



**HAL**  
open science

# L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles : le cas du diagnostic en psychiatrie

Yoann Bazin

► **To cite this version:**

Yoann Bazin. L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles : le cas du diagnostic en psychiatrie. Psychologie. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM, 2011. Français. NNT : 2011CNAM0779 . tel-00682189

**HAL Id: tel-00682189**

**<https://theses.hal.science/tel-00682189>**

Submitted on 23 Mar 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ÉCOLE DOCTORALE 415****Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Sciences de l'Action****THÈSE** présentée par :**Yoann Bazin**soutenue le : **5 octobre 2011**pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**Discipline/ Spécialité : **Sciences de gestion****L'institutionnalisation des pratiques  
organisationnelles****Le cas du diagnostic en psychiatrie****THÈSE dirigée par :****PESQUEUX Yvon**

Professeur, Cnam

**RAPPORTEURS :****GHERRARDI Sylvia**

Professeur, University of Trento

**MERIC Jérôme**

Professeur, Université de Poitiers

**JURY :****GHERRARDI Sylvia**

Professeur, University of Trento

**MARCHAIS-ROUBELAT Anne**

Maître de conférence HDR, CNAM

**MERIC Jérôme**

Professeur, Université de Poitiers

**MORICEAU Jean-Luc**

Professeur, Télécom &amp; Management SudParis

**PESQUEUX Yvon**

Professeur, CNAM

Je souhaite dédier ce travail à mon grand-père,  
décédé avant d'avoir pu lire ces lignes.  
En bon Papous, il en aurait sûrement été fier,  
mais il m'aurait aussi rappelé que

*Tout ça ne vaut pas la musique arabe.  
Surtout quand elle est bien jouée.*

## Remerciements

Je souhaite avant tout remercier Alain Broutin sans qui le monde de la recherche serait resté un territoire lointain et mystérieux. C'est grâce à lui que j'ai pu rencontrer Yvon Pesqueux à qui j'exprime toute ma gratitude pour la confiance qu'il m'a accordée, sa patience et ses recommandations tout au long du chemin. L'aventure de la thèse n'étant en rien solitaire, c'est avec toute l'équipe du Lipsor que j'ai voyagé. Je remercie donc Anne Marchais-Roubelat et toute la troupe des doctorants qu'elle emmène, l'air de rien, vers des travaux rigoureux, originaux et novateurs. Comme pour beaucoup, le Cnam fut pour moi un lieu de réorientation dont j'espère qu'il restera toujours aussi ouvert aux parcours atypiques.

Je voudrais aussi remercier ma famille, mes amis et mes collègues pour avoir soutenu cette thèse en supportant l'auteur. Feindre un profond intérêt pour la théorie psychiatrique ou les réformes de l'hôpital et retenir un titre aussi alambiqué que « *l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles, le cas du diagnostic en psychiatrie* » ne sont pas choses faciles au quotidien.

Plus particulièrement, j'aimerais remercier Laurent Magne, avec qui j'ai beaucoup cheminé durant ces quatre années, et Amélie Notais pour ses patientes relectures et ses multiples conseils.

Au risque de manquer d'originalité, je voudrais finir ces remerciements en mentionnant mes parents, mon frère et ma sœur qui m'ont toujours soutenu, quoi qu'il arrive, tout simplement.

## Résumé

Cette thèse étudie le phénomène d'institutionnalisation des pratiques organisationnelles avec pour terrain d'observation le diagnostic en psychiatrie. Fondamentalement attaché à l'organisation comme objet d'étude, nous chercherons à répondre à une question de recherche qui y est profondément ancrée : **Quels sont les phénomènes organisationnels qui participent de l'institutionnalisation des pratiques au quotidien ?** Notre travail aura alors pour ambition de se confronter à trois difficultés principales : théorique, épistémologique et empirique.

Dans un premier temps, il s'agira de clarifier conceptuellement la notion de pratique organisationnelle. En effet, si le *practice turn* est maintenant déjà bien engagé en Sciences de gestion, nous sommes encore loin d'une théorie qui, sans être unifiée, aurait au moins posé une définition claire de son concept central. Nous proposerons une revue de littérature problématisée des travaux portant sur la pratique qui posera l'institutionnalisation comme leur acte de naissance. Cela débouchera sur une grille de lecture de ces manières de faire instituées que sont les pratiques.

Dans un deuxième temps, il nous faudra nous confronter à une difficulté épistémologique. La pratique, objet d'étude classique en anthropologie comme en sociologie, est un élément de la vie sociale qu'il est complexe de saisir au travers des catégories théoriques classiques. Il faudra interroger plus encore la notion de pratique pour comprendre comment sortir de l'impasse épistémologique que constitue le projet de construction d'une théorie de la pratique. Nous verrons en quoi c'est une théorie de la logique pratique qui sera notre véritable projet, et plus particulièrement l'origine historique de cette pratique et sa transmission quotidienne.

Dans un troisième temps, il s'agira d'aborder le terrain d'observation fort de toutes ces exigences. Au-delà des difficultés classiques de l'étude empirique, c'est la restitution d'une compréhension pratique fine, fruit de plusieurs mois d'immersion, qu'il faudra être capable de transmettre. Afin de laisser au terrain son foisonnement et de ne pas le réduire à un ensemble d'observations directement capturées dans un cadre théorique, nous ferons le choix d'une synthèse scénarisée qui condensera quatre semaines de la vie du service. C'est une solution stylistique qui nous permettra de rendre compte d'un terrain débordant toujours le prisme particulier qui est le nôtre : l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles.

## Résumé en anglais

This PhD thesis analyses the institutionalization of organizational practices with the psychiatric diagnostic as a field of study. Fundamentally attached to the organization as an empirical object, we will try to answer a research question deeply rooted in it: what are the organizational phenomena involved in the daily institutionalization of practices? Our work will tackle three main issues: theoretical, epistemological and empirical.

In a first time, we will clarify the concept of organizational practice. If the practice turn is now well engaged in Organization Studies, scholars are still far from a theory that would have given a clear definition of its central concept. We will provide a review of the literature on practice that considers the process of institutionalization as its birth. This will lead to a grid analyzing the multiple institutionalized ways of doing that are practices.

In a second time, we will address an epistemological issue. Practices, classical empirical objects in sociology and anthropology, are central elements of the social life that cannot be easily captured through classical theoretical categories. We will have to go further in the concept in order to get out of the epistemological dead-end that the elaboration of a theory of practice is. In fact, it is a theory of practical logic that will be our real project, and precisely, the historical origins of this practice and its daily transmission.

In a third time, we will face our field study loaded with these requirements. Behind classical methodological difficulties, it is the restitution of a fine-grained practical understanding produced by several months of immersion that will be challenging. In order to respect the field's abundance and to not reduce it to a series of observations seen through a theoretical lens, we choose to present a scenarized synthesis that will condense our six-months study into a four-weeks story of a psychiatric department in a teaching hospital. This stylistic solution will allow us to account for a field that always overwhelms our perspective: the institutionalization of organizational practices.

# Table des matières

I.	La notion de pratique, un état de l'art problématisé.....	17
	Introduction : dernière ligne droite avant le <i>practice turn</i> .....	17
	Première tension : une question de fluidité.....	21
	Une réplication à visée efficace, le <i>practicing</i> , ...	22
	... débouchant sur une procédure figée .....	23
	Une répétition une quête d'élégance, le <i>practising</i> , ...	24
	... amenant à l'improvisation.....	25
	Deuxième tension : une question d'acquisition .....	28
	Par nature, la pratique est le produit d'une transmission.....	28
	... ce qui en fait une activité collective fondatrice d'une communauté. ....	29
	La pratique passe fondamentalement par une appropriation, .....	30
	... ce qui en fait une action individuelle.....	31
	Troisième tension : une question de réflexivité .....	33
	La pratique comme <i>explicit knowledge</i> .....	33
	... ou comme <i>tacit knowing</i> , .....	34
	... liés par une dynamique de réflexivité.....	35
	Quatrième tension : une question d'échelle.....	36
	La pratique vue comme un produit institutionnel .....	37
	... ou considérée comme une action locale .....	38
	... liés par un processus de structuration.....	39
	Conclusion .....	41
II.	L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles.....	43
	Introduction : une rapide revue de littérature des théories institutionnalistes .....	44
	Les fondations de l'institution.....	48
	L'analogie : ressemblance et mémoire .....	48
	Le naturel : légitimité et évidence .....	50
	Le processus d'institutionnalisation .....	53
	Habituation.....	54
	Objectivisation .....	55
	Sédimentation.....	56
	Un ensemble d'activités hétérogènes .....	59
	Une coordination facultative.....	59

Travail institutionnel et création d'institutions .....	61
Les dimensions de l'institutionnalisation .....	64
Trois forces .....	64
Trois piliers .....	65
Une grille de lecture .....	68
Les routines .....	68
Les procédures.....	69
Les <i>best practices</i> .....	70
Les standards.....	71
Les rituels.....	73
Les traditions.....	74
Conclusion .....	76
III.    Considérations épistémologiques et implications méthodologiques .....	79
Les difficultés d'une théorie de la pratique .....	79
Les apports de l'épistémologie bourdieusienne .....	80
L'impossible construction d'une théorie de la pratique .....	81
La possibilité d'une théorie de la logique pratique .....	82
Positionnement épistémologique.....	83
Implication méthodologiques.....	85
Deux objets d'étude principaux : fondements et transmission .....	85
Un impératif : l'immersion .....	87
Conclusion en forme d'impasse .....	88
IV.    Méthodologie.....	89
Choix de l'objet d'étude empirique.....	89
Méthodologie .....	91
Une inspiration majeure : l'ethnographie .....	91
Une étape indispensable : l'étude exploratoire .....	92
Une influence forte : l'auto-ethnographie.....	94
Une présentation du terrain particulière : la scénarisation.....	95
Présentation du terrain d'étude .....	97
V.    Ethnographie d'un service de psychiatrie.....	100
Introduction : Premiers contacts.....	101
La préparation .....	101

Aparté n°1 : l'organisation hospitalière.....	102
Première semaine .....	104
Mercredi.....	104
Jeudi.....	106
Aparté n°2 : les principaux acteurs d'un service hospitalier.....	109
Vendredi.....	111
Samedi .....	114
Deuxième semaine .....	118
Lundi matin.....	118
Lundi après-midi .....	121
Mardi.....	124
Aparté n°3 : Les classifications diagnostiques en psychiatrie .....	128
Mercredi.....	129
Jeudi.....	133
Aparté 4 : le diagnostic dans le concours de l'internat.....	136
Vendredi.....	137
Samedi .....	141
Semaine 3.....	144
Lundi.....	144
Aparté n°5 : Quelques approches classiques du processus de diagnostic .....	147
Mardi.....	149
Mercredi.....	153
Aparté n°6 : Historique des grandes écoles diagnostiques .....	154
Jeudi.....	156
Aparté n°7 : une brève histoire du DSM .....	158
Vendredi.....	160
Semaine 4.....	162
Lundi.....	162
Mardi.....	166
Mercredi.....	168
VI. Discussion .....	173
Mobilisation de la grille de lecture.....	173
Standards et <i>best practices</i> .....	173

Procédures et routines.....	175
Traditions et rituels.....	177
Institutionnalisation des pratiques et contrôle organisationnel.....	178
Le diagnostic comme unité du système de contrôle à l'hôpital.....	179
Les difficultés d'un contrôle des pratiques organisationnelles.....	179
Retour sur la question de la réflexivité.....	181
Entre réflexes et réflexion.....	182
Les épisodes réflexifs.....	183
VII. Conclusion.....	185
Limites.....	185
Apports managériaux.....	186
Conclusion.....	188

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Le processus d'institutionnalisation.....	58
Tableau 2 : Les trois piliers de l'institution.....	66
Tableau 3 : Les écoles épistémologiques en Sciences de gestion.....	84
Tableau 4 : Typologie des formes de contrôle organisationnel.....	180

## Liste des figures

Figure 1 : Les quatre tensions de la littérature.....	21
Figure 2 : La <i>practice perspective</i> , un champ en tension.....	41
Figure 3 : Les étapes du processus d'institutionnalisation.....	54
Figure 4 : Institutionnalisation et habitudes.....	55
Figure 5 : Institutionnalisation et routines.....	56
Figure 6 : Institutionnalisation et pratiques.....	57
Figure 7 : Le processus d'institutionnalisation des pratiques.....	58
Figure 8 : Les piliers de l'institutionnalisation des pratiques.....	67
Figure 9 : Grille de lecture de l'institutionnalisation des pratiques.....	76
Figure 10 : Schéma de présentation des unités du service.....	109
Figure 11 : Organigramme du service.....	111

# Introduction

Analyser l'organisation sous le prisme de ses pratiques permet d'en bien saisir les constantes reconstructions autour de certaines manières de faire. Bien que par définition réductrice, cette approche redonne aux actions des acteurs une profondeur en en faisant son point de focale. Ainsi, le *practice turn* a maintenant été pleinement engagé en Sciences de gestion. Depuis l'étude de la stratégie (Whittington, 1996), jusqu'à celle du contrôle organisationnel (Ahrens & Mollona, 2007) en passant par les théories de l'apprentissage (Gherardi, 2005) et l'analyse des technologies (Orlikowski, 2000), l'épithète *as practice* semble fleurir dans toutes les disciplines. Cette *practice perspective* est ancrée sur un corpus théorique extrêmement riche qui trouve ses racines en philosophie (Turner, 1984 ; Schatzki, Cettina & Von Savigny, 2001), en anthropologie (Ortner, 1984) et en sociologie (Bourdieu, 1972). Dès lors, il est aujourd'hui classique d'étudier les pratiques organisationnelles. Ce faisant, il devient parfois difficile de savoir ce qu'est une pratique, ou plutôt, ce qui n'en est pas une. Nous commencerons donc par clarifier la notion dans un état de l'art problématisé auquel nous tenterons de donner une cohérence par l'identification de quatre tensions conceptuelles (chapitre 1). Ces dernières permettront de rendre compte de la littérature tout en affinant les contours de la notion. Ainsi, nous verrons que les pratiques organisationnelles peuvent être envisagées sous l'angle de leur fluidité, de leur acquisition, de la réflexivité du praticien ou de l'échelle choisie par le chercheur. Cette dernière nous intéressera plus particulièrement du fait de son lien avec la notion d'institution. En effet, les pratiques sont, selon nous, des manières de faire instituées et c'est donc la question de leur institutionnalisation qui sera au cœur de cette thèse. Pour autant, le processus d'institutionnalisation ne débouchant pas nécessairement sur l'institution, l'émergence de pratiques ne pourra être simplement envisagée comme simplement linéaire et automatique.

Si le « tournant pratique » est initié, celui de l'institution est derrière nous depuis quelques décennies maintenant et l'institutionnalisme est maintenant une des approches classiques des Sciences de gestion. Un retour aux sources que sont Berger & Luckmann (1967) et Douglas (1986) s'avèrera indispensable pour bien saisir en quoi l'analogie et le naturel forment l'institution. Nous trouverons alors dans la théorie néo-institutionnelle quantité d'éléments conceptuels éclairants au regard du processus d'institutionnalisation et nous permettra de le comprendre comme un flux construit sur trois piliers : normatif, régulateur et culturel-cognitif (Scott, 2001). Nous proposerons de mailler ces derniers pour obtenir une grille de lecture du processus redonnant aux pratiques leurs multiples modalités d'institutionnalisation. Tour à tour envisagée comme une routine, une procédure, une *best*

*practice*, un standard, un rituel ou encore une tradition, la pratique apparaîtra alors sous toutes ses formes (chapitre 2). Ce foisonnement de modalités d'existence engage chaque élément de l'organisation, des acteurs à leurs activités en passant par les outils qu'ils manipulent et le langage utilisé.

Contrairement aux études portant sur l'émergence des professions (et des pratiques qui les fondent) ou les évolutions sociales, c'est sur le site de l'organisation que nous envisageons les productions et reproductions de ces manières de faire. C'est donc dans le contexte organisationnel que nous chercherons à répondre à la problématique suivante : **quels sont les phénomènes organisationnels qui participent de l'institutionnalisation des pratiques au quotidien ?** Cette problématique générale soulève deux sous questionnement de recherche : Quel a été le contexte d'émergence de ces pratiques ? Et par quelles modalités sont-elles transmises au quotidien ? Il ne s'agira donc pas d'étudier les dynamiques sociales et politiques qui président à l'émergence d'une pratique, même si cette dimension ne sera pas absente. Il nous semble essentiel de nous focaliser sur la façon dont une pratique est instituée au quotidien, dans son exercice et sa transmission constante au sein de l'organisation.

Avant d'entrer sur le terrain, il nous faudra cependant nous confronter aux implications épistémologiques de ce corpus théorique ; c'est l'objet de notre deuxième partie. En effet, la proposition d'une théorie des pratiques, au sens strict du terme, ne nous semblait pas être une évidence. Nous nous inspirerons donc de Bourdieu (1980) pour sortir de l'impasse et chercher dans les origines de la pratique et sa transmission continue une théorie de la logique pratique. Ce positionnement aura, nous le verrons, des conséquences fortes en termes de méthodologie. Ainsi, nous choisirons d'approcher le terrain par une immersion ethnographique afin d'avoir accès à la richesse du quotidien des pratiques organisationnelles. La subtilité demandée par le diagnostic en psychiatrie, les multiples débats dont ce dernier est l'objet et les réformes continues de l'hôpital public font d'un service hospitalier de psychiatrie un terrain adéquat pour l'étude du processus d'institutionnalisation d'une pratique. En effet, la psychiatrie est une discipline jeune dont l'épistémologie et les manières de faire sont à peine stabilisées et les origines houleuses de la pratique de diagnostic sont encore présentes, en filigrane du quotidien. De plus, en étant un lieu à la fois d'exercice du diagnostic et de formation des étudiants psychiatres, les services hospitalo-universitaires mettent en scène les dynamiques de transmission que nous cherchons à étudier. Nous avons eu l'occasion de passer six mois immergé dans le service de psychiatrie d'un hôpital universitaire, en blouse blanche et sans

restriction de circulation. Nous avons ainsi pu avoir accès au quotidien du service, des réunions de staff aux entretiens avec les patients, en passant par les urgences psychiatriques et les cours dispensés aux étudiants. Ainsi, nous avons eu la chance de pouvoir développer une connaissance intime de la pratique de diagnostic. Cette dernière n'est en rien comparable à celle des praticiens mais elle permet d'avoir accès à certaines dimensions tacites inaccessibles autrement.

La difficulté, dès lors, sera de restituer toute cette richesse de l'étude empirique composée d'éléments formels et factuels comme de compréhensions tacites et d'évidences incorporées. Nous aurons alors recours à ce que nous appellerons une scénarisation en racontant quatre semaines de la vie du service étudié. Si les faits ne sont pas déroulés exactement dans la temporalité exposée, aucun d'eux n'a été inventé et leurs multiples enchevêtrements ont été respectés, tant que faire se peut. Nous cherchons à donner à cet extrait l'« épaisseur » de la vie du service dans lequel nous avons été immergé pendant six mois. En émaillant le récit de moments réflexifs, nous souhaitons que le lecteur puisse saisir en partie la compréhension pratique dont nous sommes maintenant porteur. Ainsi, ce dispositif de scénarisation nous permettra de retranscrire la vie de l'organisation hospitalière dans toute sa richesse. Ce faisant, une partie des résultats de l'étude sera déjà intégrée au sein de celle-ci.

Nous ouvrirons notre discussion par un retour sur la grille de lecture du processus d'institutionnalisation proposée en première partie afin d'en évaluer la pertinence. Nous verrons dans quelle mesure elle permet d'extraire des données empiriques un ensemble d'éléments permettant de comprendre ce processus continu. Sa capacité à clarifier le phénomène sans pour autant être trop réductrice sera un test de sa qualité.

Nous explorerons ensuite un lien qui s'est peu à peu imposé lors de notre étude de terrain entre pratique, institutionnalisation et contrôle organisationnel. Nous verrons en quoi ce triptyque peut constituer une piste de recherche pour l'avenir. Enfin, nous reviendrons sur la notion de réflexivité. Au regard de nos observations, l'opposition parfois caricaturale qui est souvent faite entre clairvoyance des praticiens et cécité complète ne tient plus. Nous proposerons alors le concept d'épisode réflexif qui nous semble mieux saisir ce que nous avons pu constater sur le terrain.

Nous concluons alors ce travail en examinant les limites et les apports managériaux.

Première partie  
Corpus théorique

# I. La notion de pratique, un état de l'art problématisé

## Introduction : dernière ligne droite avant le *practice turn*

L'étymologie d'un terme est toujours riche en enseignements ; celle de la pratique ne déroge pas à la règle. En effet, les concepts aujourd'hui centraux en sciences de gestion ont une histoire, une émergence faite d'idées et d'emprunts, de revendications et de débats, d'adhésion et de rejet. Ainsi, sans rentrer dans une archéologie foucaldienne du terme et devant le foisonnement de ce que nous révèlent l'origine et les usages du mot, nous faisons le choix d'en présenter une synthèse orientée vers son émergence en tant que concept à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle.

Le terme « pratique » est en partie emprunté au grec ancien où *prassein* signifie « faire, exécuter, accomplir » mais aussi « traverser, parcourir » (Bloch & Wartburg, 1932). On y trouve une dimension de réalisation, de conduite efficace de l'action ; elle est un moyen complet d'atteindre un objectif fixé - idée que l'on retrouve dans la *praxis* grecque qui est fondamentalement orientée vers un résultat. Pratiquer c'est, étymologiquement, mener une action à bien, concevoir et réaliser une activité : la modeler. Il est intéressant de souligner ici que ce n'est pas tant l'objectif qui est central mais bien son atteinte par une conduite définie que l'on nomme la pratique. À partir du 14<sup>ème</sup> siècle, cette pratique est entendue en français comme étant l'application des règles et des principes d'une discipline, elle se pose alors en opposition à l'idée de théorie et désigne la façon d'exercer une activité : « mettre en pratique ». Elle est donc une manière de faire concrète, répétitive et reconnue par un groupe légitime. Au 16<sup>ème</sup> siècle, elle devient la fréquentation habituelle d'une personne ou d'un lieu avant de composer, deux siècles plus tard, l'expression « peindre de pratique » qui signifie peindre d'après des formules prescrites, et figées, de l'Académie. Dès lors, la routine est partie intégrante de la pratique et l'on retrouve cette idée dans la figure religieuse du pratiquant, de l'utilisateur répétitif. On ne peut cependant résumer la notion de pratique à cette branche étymologique renvoyant à une répétition figée de principes prescrits.

Toute la richesse du concept de pratique vient du fait que le verbe grec *praktikê* se rapporte à la science pratique, plutôt qu'à une action répétitive. Dans cette perspective, la pratique relève plus de l'attitude et de la posture que de l'action et de son déroulement purement efficace ; elle est un rapport au monde. En effet, elle s'oppose à la *theoretikê* et à la *gnôsis*, car, au-delà d'un résultat, elle constitue une présence face à un monde qu'elle transforme volontairement. Ainsi, à la fin du 14<sup>ème</sup> siècle, la pratique va être synonyme de finesse et de ruse allant même jusqu'à l'idée de complot et d'intrigue politique (Bloch & Warburg, 1932). C'est à cette époque que l'on commence à parler de praticien en médecine, soulignant par là l'expérience et la souplesse nécessaires à celui qui pratique ; « *pratiquer le Droit* » par exemple requiert une maîtrise la procédure juridique permettant de la manipuler et de l'appliquer avec élégance. À la fin du 17<sup>ème</sup> siècle, la figure du praticien se généralise pour désigner celui qui se consacre plus à la pratique de son art qu'à sa théorie avec comme figure de référence, non plus seulement le médecin, mais plutôt le sportif. Il y a donc aussi une dimension d'intelligence pratique, de capacité d'action qui fait de celui qui pratique une personne capable de pertinence dans son activité et d'élégance dans ses gestes. Il est celui qui sait « ménager un passage » (sens du terme en architecture) là où les profanes n'en voient pas, trouver ce qui est commode et fonctionnel (sens de l'adjectif) pour *habere praxim* (faire ses preuves) auprès de ses pairs. Cette dimension plus « esthétique » de la pratique ne peut se faire sans une forme de subordination à l'objectif, c'est-à-dire en tension avec le *prassein* plus « téléologique ». D'ailleurs, cette perspective utilitariste se retrouve dans l'histoire du terme puisque la pratique est aussi un outil qui sert à réaliser une action : par exemple l'appeau servant dans certaines chasses au 18<sup>ème</sup> siècle.

Aujourd'hui, les sciences humaines et sociales, tout comme la philosophie, ont intégré le concept de pratique dans leurs analyses, de manière souvent centrale (Schatzki, Korr-Cetine & Von Savigny, 2001). Selon Turner (1994), les pratiques constituent même le point de fuite de la philosophie du 20<sup>ème</sup> siècle : l'« *arrière-plan hérité* » de Wittgenstein (1969), le « *savoir tacite* » de Polanyi (1962) ou encore la convention de Lewis (1969). Ainsi, en philosophie, la diversité des pratiques humaines a peu à peu pris la place des notions classiques de vérité et de validité (Turner, 1994 : 9). Ces dernières étaient auparavant génératrices de pratiques, elles sont aujourd'hui considérées comme en étant les produits. De même, la sociologie des sciences est passée d'une justification des pratiques comme autant de moyens d'atteindre la vérité à la vérité comme étant ce que nos pratiques nous permettent de construire comme vrai

(Schatzki, 2001 : 14). Cette tension entre théorie et pratique traverse l'histoire de la philosophie puisque Kant (1793) s'interrogeait déjà sur le lieu commun : « *Cela est peut-être vrai en théorie mais ne fonctionne pas en pratique* ». Selon lui, l'explication de l'écart systématique entre théorie et pratique relève d'erreurs dans la formulation de la théorie. À partir d'une théorie correctement énoncée, seul un jugement pratique serait nécessaire pour appliquer ses principes généraux aux cas particuliers. C'est en opposition à cette perspective que se fonde la notion marxienne de *praxis*, l'idée d'une activité vivante ayant ses propres objectifs, irréductible à des principes, des procédures ou une théorie correctement appliquée.

L'héritage conceptuel du 19<sup>ème</sup> siècle est donc, en partie, celui d'une notion de pratique dont les contours restent cependant flous ; que sont exactement ces « pratiques » auxquelles beaucoup de chercheurs font référence ? En quoi sont-elles « partagées » ou « sociales » ? Qu'est-ce qui leur permet de prendre ce rôle central dans notre pensée ? Le chantier reste vaste et la notion est loin d'être bordée. Malgré ces confusions, le concept va permettre de faire des avancées importantes dans plusieurs courants contemporains, tant sur la nature de l'activité scientifique, que sur celle de la subjectivité et du langage ou encore sur l'organisation de la vie sociale (Schatzki, 2001). Il permet ainsi de rendre obsolètes certains dualismes considérés comme étouffants. En philosophie, il rend possible le dépassement du clivage sujet-objet par un travail sur les conditions d'intelligibilité de l'action. En sociologie, on évite l'opposition rigide entre action et structure en abordant la question de l'action individuelle en tant qu'unité de l'action sociale. Enfin, dans l'étude des sciences et des techniques, on va se débarrasser de la dichotomie humains - non humains en décrivant la science comme étant une activité certes spécifique mais fondamentalement humaine et sociale (Garfinkel, 1967 : 401). Selon Schatzki, Knorr-Cetina & Von Savigny (2001), les sciences humaines et sociales sont ainsi peu à peu passées des notions de structure, de système, de signification, d'événement ou encore d'action au concept de pratique comme fait social fondamental. Otner (1984) résume bien ce qui est en jeu dans ce tournant : on étudie l'action humaine au travers de son cadre et de ses conséquences. Au-delà de l'objet d'étude (le déroulement concret de l'action réalisée par un individu à un endroit donné), la pratique est donc aussi, et surtout, un prisme d'observation qui donne au politique – au sens noble de contexte social, culturel et historique – une importance fondamentale. On ne cherche pas simplement à observer la façon dont le praticien agit mais aussi à le comprendre, le décrire et expliquer son statut dans une société à ce moment donné, le contexte historique de ses

manières de faire, les techniques et la technologie en jeu ou encore les raisons de son action. On cherche finalement à voir tout ce qui n'est pas présent dans le déroulement de l'action mais qui lui donne son sens et sa profondeur.

Cette dernière ligne droite mène à l'émergence d'une analyse des phénomènes sociaux en termes de pratiques ; ce fameux *practice turn* de Schatzki (2001) certes hétérogène mais profondément dense qui va faire de la notion de pratique un concept dorénavant central. Forte de ses racines en philosophie et en sciences sociales, elle s'impose depuis une vingtaine d'année en sciences de gestion : la *knowing-in-practice* de Gherardi (2003), la *practice lens* d'Orlikowski (2000), le courant *strategy-as-practice* de Whittington (1996), l'*institutional work* de Lawrence & Suddaby (2006) ou encore le *management accounting as practice* de Ahrens & Chapman (2007). Cependant, le seul consensus de ce champ foisonnant semble être l'absence d'une définition claire de son concept central. Selon Ortner (1984), les théoriciens se concentrent sur « un paquet de termes interdépendants : pratique, praxis, action, interaction, activité, expérience, performance », rendant « l'approche par la pratique (...) variée » (Ortner, 1984 : 146). Un euphémisme que Schatzki (2001) formule plus directement : « il n'existe pas d'approche unifiée par la pratique » (Schatzki, 2001 : 2). Dès lors, il est devenu classique dans ce que nous nommerons la *practice perspective* de s'excuser pour cette absence avant de proposer une définition supplémentaire. Cependant, nous nous accordons avec Reckwitz (2001) sur le fait que « le manque d'analyse théorique systématique affiché par certains théoriciens de la pratique ne doit pas amener à un rejet précipité » (Reckwitz, 2002 : 243).

L'état de l'art problématisé qui est proposé dans ce premier chapitre n'a pas pour but d'ajouter une nouvelle définition à l'édifice déjà précaire, mais plutôt de clarifier le champ et d'essayer d'en comprendre le foisonnement. Une lecture en profondeur de la littérature permet de percevoir les tensions qui la trament et de voir la pratique comme un concept mu entre plusieurs pôles et sur plusieurs dimensions. Nous en avons identifié quatre principales : la fluidité, l'acquisition, la réflexivité et l'échelle. Sans prétendre réduire le concept à elles seules, nous affirmons, par contre, qu'elles permettent de rendre compte, et de donner sens, aux multiples théories de la pratique. Ces quatre tensions n'ont pas pour vocation d'être indépendantes, ni parfaitement homogènes, elles s'influencent, se superposent et se recoupent.

Ainsi, elles sont un moyen de représenter une foisonnante littérature de manière problématisée plutôt que chronologique ou disciplinaire.

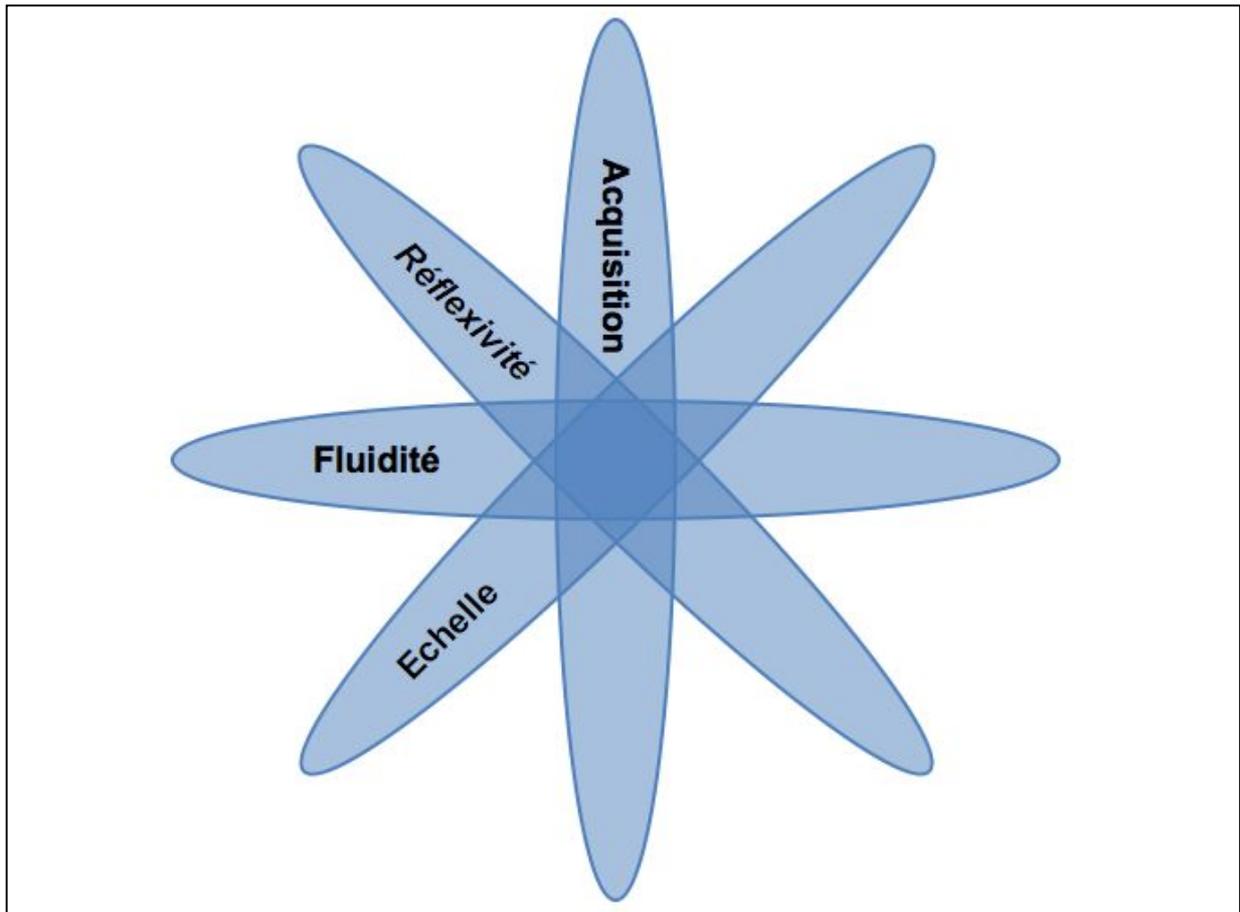


Figure 1 : Les quatre tensions de la littérature

### Première tension : une question de fluidité

L'étymologie présentée précédemment a déjà introduit cette première tension retrouvée dans la littérature autour de la liberté et de la variabilité dans la pratique. Si l'on parle de pratique, c'est bien qu'une stabilité existe, mais cela veut-il dire qu'elle est nécessairement figée ? En Sciences de gestion, une partie des analyses peuvent être positionnées sur un continuum allant de la procédure figée à l'improvisation. Sur cet axe, nous nous intéresserons tout autant aux pôles qu'aux tensions allant de l'un vers l'autre.

## Une répliation à visée efficace, le *practicing*<sup>1</sup>, ...

Dans la génération et le devenir d'une pratique, une première volonté de l'organisation sera, conformément au *prassein* grec, d'en stabiliser la forme reconnue comme suffisamment efficace. On cherche alors à la reproduire à l'identique puisqu'elle n'est plus *une* manière de faire parmi d'autres mais *la meilleure* manière de faire voire même *la* manière de faire. Cette volonté de figer, entre stabilisation et réification, renvoie au terme anglais « *a practice* » qui est un nom, potentiellement un objet, et que nous l'opposerons plus loin au verbe d'action « *to practise* ». Ainsi, on nommera *practicing* cette action de routinisation de l'action qui cherche à identifier les *best practices* afin de les répliquer ailleurs – voire partout - dans l'organisation. Elles constitueront une référence qui, plus qu'une recommandation ou une possibilité de conduite de l'action, deviendra la seule manière de faire. Le *one best way* de Taylor en est une illustration au niveau organisationnel. De ce point de vue, la pratique devient une norme qui instaure une logique de conformité dans laquelle l'écart constitue une faute. Elle impose une façon de faire indiscutable ayant été explicitée et institutionnalisée. L'acquisition de la pratique est alors atteinte par des exercices répétitifs et normatifs – les gammes sans fin que pratiquent les apprentis musiciens par exemple. L'objectif de cette « pratique de la pratique » en est la reproduction à l'identique. C'est donc une répliation des pratiques au sein de l'organisation que porte le *practicing*, la production de pratiques-objets stabilisées. Une logique d'efficacité imprègne ce processus qui assure une cohérence au sein de systèmes complexes par l'établissement d'une pratique de référence. Cette source est ensuite diffusée et actualisée en permanence. Cela ne signifie en rien l'impossibilité d'une quelconque évolution étant donné que, comme en biologie avec l'ADN, la répliation est toujours synonyme de mutations et de variations. Pour autant, le processus de *practicing* vise toujours à la stabilisation d'une pratique localement pertinente et à sa transmission à l'identique dans d'autres contextes. C'est donc un exercice de transposition complexe qui tend à sédimenter les manières de faire et à les institutionnaliser (Szulanski, 1996). Cette stabilisation pourra produire, et produit souvent, des *best practices* et des procédures qui sont répliquées à l'identique.

---

<sup>1</sup> Ce terme, ainsi que plus loin celui de *practising*, sont empruntés au groupe de travail GNOSIS présidé par Elena Antonacotopoulou.

... débouchant sur une procédure figée

Le *practicing* vise la stabilité, l'efficacité et l'efficience. Dans cette perspective technique, la pratique devient un modèle d'action efficace orienté vers la réalisation d'un objectif prédéfini. La meilleure pratique ayant été identifiée, la conformité prédomine. Dans cette perte de degrés de liberté par rapport à un script de référence, le pôle extrême n'est pas une habitude (des réponses identiques face à des situations répétitives) mais plus encore, une procédure figée. Cette approche est particulièrement présente dans les travaux les plus anciens des sciences de gestion. Stene (1940) par exemple oppose décision et routine, décrivant cette dernière comme une habitude acquise par la répétition et « *suivie sans indications spécifiques ou supervision particulière par un quelconque membre de l'organisation* » (Stene, 1940 : 1129).

Figée ne signifie pas gravée dans le marbre, il y a donc toujours une possibilité d'adaptation et d'évolution, mais dans cette perspective, les pratiques restent des actions répétitives. On parle alors plutôt, dans la littérature, de routines organisationnelles, des réactions identiques face à des situations considérées comme similaires à celles passées. Ces réactions peuvent être vues comme les activations d'un schème d'action, une réponse certes automatique, mais potentiellement complexe et organisée (March & Simon, 1958). On retrouve ici ce que Weick (1979) appelle les procédures d'opération standards, des réactions se déployant relativement automatiquement – ce qui introduit la question de l'agence dans ce type de pratiques organisationnelles que Ashfort & Fried (1988) décrivent comme machinales (*mindless*). On retrouve cette idée d'automatisme chez Gersick & Hackman (1990) qui définissent la routine comme la manifestation répétée de modèles de comportements similaires générant des réponses à un stimulus sans une sélection explicite par rapport à d'autres possibilités. Cette description d'inspiration biologique était déjà présente chez Nelson & Winter (1982) pour qui la routine peut être considérée comme un matériel génétique porteur de connaissance organisationnelle. Même figée, la pratique peut alors évoluer, ses répliques étant sélectionnées par un environnement concurrentiel. Elle reste adossée à un modèle d'actions répétitives dont la réalisation est stable et qui contraint les acteurs en forgeant peu à peu leurs cadres cognitifs. Dans cette perspective, les pratiques organisationnelles ne requièrent pratiquement aucune réflexion, et constituent donc une

source d'inertie pour l'organisation. Comme le disent Weiss & Ilnen (1985), « *la plupart du temps, les individus ne sont pas activement engagés dans la surveillance de leur environnement, la recherche d'informations, la constitution d'un jugement et la prise de décisions. Les comportements dans les organisations sont souvent des réponses habituelles face à des situations familières* » (Weiss & Ilnen, 1985 : 57). Pour autant, ce type particulier de pratique que sont les routines organisationnelles peut aussi être source de changement (Feldman, 2000). En les définissant comme « *des modèles de comportement récurrents* », Feldman & Rafaeli (2002) les dotent d'une dualité dont l'une des dimensions est dite « *ostensive* » - le script d'action dont nous parlions plus haut – et « *qui peut être codifiée par une procédure d'opération standard ou exister à l'état de norme considérée comme acquise* » (Feldman & Pentland, 2003 : 101).

**Dans cette perspective, la pratique est un modèle stable de comportements récurrents.** Cependant, alors qu'ils réalisent leur pratique, les acteurs doivent s'adapter, prendre en compte la singularité du contexte local de leur action. Dans la dualité identifiée par Feldman & Pentland (2003), les routines ont aussi une dimension performative : « *les actions particulières réalisées par des personnes particulières à des moments particuliers* ». Cette dualité explique en quoi les routines organisationnelles ne peuvent être seulement comprises comme des procédures figées appliquées perpétuellement. La pratique n'est pas uniquement un pur modèle d'actions routinisées et le praticien devra s'exercer pour pouvoir exercer sa pratique.

Une répétition une quête d'élégance, le *practising*, ...

À l'opposé de la réplication efficace, le praticien cherche à exercer *sa* pratique plutôt qu'à en reproduire une. Il s'entraîne pour progresser, pour s'améliorer et ainsi maîtriser son art. C'est avec le verbe « *to practise* » qu'on évoquera cette volonté de s'exercer par et dans la pratique, plus tournée vers le praticien lui-même que vers son environnement. C'est le *practising*, la quête d'une maîtrise des logiques de l'action afin de pouvoir réagir avec pertinence face à un univers complexe, changeant et incertain. Dans un tel contexte, le praticien ne peut pas se concentrer uniquement sur un critère d'efficacité, il doit aussi être capable de répondre élégamment au problème qu'il rencontre puisque celui-ci est toujours porteur d'une nouveauté, d'une singularité. On parle alors de beauté du geste, cette dextérité

dans l'application d'un répertoire acquis à une situation originale complexe. Dans ce cas, l'objectif est l'acquisition d'une liberté dans laquelle l'écart par rapport au script est maintenant un moyen d'explorer de nouvelles possibilités. Le critère d'évaluation est alors plutôt celui de l'esthétique d'une pratique reconnue comme élégante (Strati, 2003). C'est une répétition plus qu'une réplique, une façon d'incorporer la pratique puisque finalement « *participer à une pratique revient à en apprendre la logique* » (Gherardi & Nicolini, 2001 : 49). L'exemple musical est encore une fois intéressant avec le modèle de la répétition qui n'est jamais deux fois identique mais qui permet d'incorporer le sens de la pratique instrumentale. Ici, le *practising* est moins une stricte reproduction de la pratique que l'acquisition de son geste et de sa posture caractéristiques. Ainsi, le praticien développera une forme d'élégance non seulement caractéristique de sa pratique mais reconnaissable par les autres praticiens et qui permettra de l'identifier comme quelqu'un d'habile, de dextre. Si l'efficacité n'est jamais absente du résultat du *practising*, elle n'en est pas l'objet. La raison d'être de la beauté du geste ne peut se résumer à son élégance - encore que l'art pour l'art existe dans tous les domaines - car la pratique est toujours une manière spécifique d'arriver à un résultat. Par la répétition, la maîtrise de l'application du schème d'action s'inscrit peu à peu dans le corps. Le praticien saura alors réagir avec cette évidence caractéristique de celui qui, par sa pratique, a acquis une expérience (Bourdieu, 1980). Sa capacité à trouver des solutions originales, à répondre avec pertinence face à l'inattendu ne peut émerger que d'un *practising*, d'une répétition qui a laissé place à la nouveauté, à l'invention et donc aussi à l'erreur. Ce n'est pas un simple *learning by doing* ou *learning by failing*, c'est un processus qui ne cherche pas seulement à optimiser chacune des étapes mais qui reconnaît l'importance de l'expérimentation dans la diversité des tentatives. S'il n'est pas toujours efficace, le *practising* reste un processus qui permet, à terme, de s'adapter efficacement. Le praticien expérimenté sera alors capable d'improviser, de réagir avec pertinence et élégance dans toutes les situations rencontrées, même les plus improbables.

### ... amenant à l'improvisation

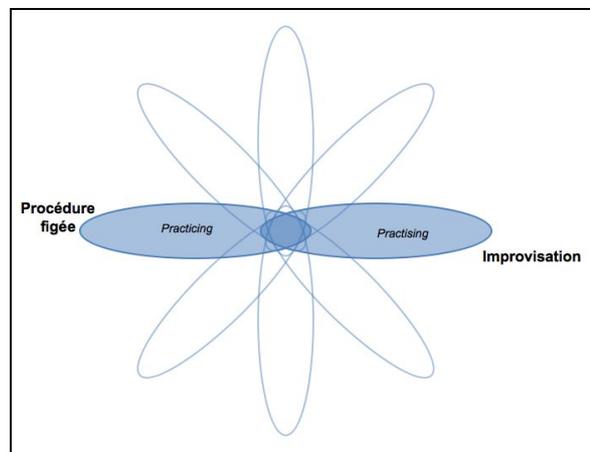
La procédure – la dimension ostensive de la pratique – est un moyen de guider les actions et de transmettre facilement une manière de faire. Cependant, ce n'est pas suffisant pour décrire et expliquer les multiples façons par lesquelles les pratiques sont réalisées et comment elles évoluent. Comme le dit Polanyi (1962), « *les règles d'un art peuvent être*

*utiles, mais elles ne peuvent déterminer la pratique d'un art* » ; le *practising* n'est donc pas juste un éloignement de la procédure, c'est le développement d'une compétence spécifique. Pratiquer est une manière de faire les choses en situation, avec pertinence par rapport au contexte et ses contraintes. Étudiant les pratiques quotidiennes de ses contemporains, de Certeau (1990) a saisi la vie de tous les jours comme étant une invention par « *mille manières de braconner* ». Selon lui, les pratiques ne peuvent être capturées par un modèle rationnel, elles sont inséparables d'un « *art de l'utilisation* ». Il parle ainsi de rituels, de bricolages ou encore de *métis* dans son analyse puisque même les actions les plus banales sont traversées d'une « *créativité de tous les jours* ». En effet, étant donné que le contexte de toute action ne peut être pensé comme toujours identique, les acteurs doivent s'adapter à ces situations qui ne seront au mieux que semblables. Cette conception nous amène à l'idée de bricolage développée par Levi-Strauss (1962). Face à une situation problématique, le bricoleur doit faire appel à son expérience passée, plonger dans son répertoire pour y trouver quelque chose d'utile dans le présent. « *La règle de son jeu est de toujours faire avec ce qu'il a* » (Levi-Strauss, 1962). Ce faisant, il doit trouver de nouveaux moyens d'utiliser ce répertoire qui n'est pas construit rationnellement mais plutôt structuré par accumulation « *selon le principe du fait que cela pourra servir* ». Comme le formule Hatton (1989), « *la réponse du bricoleur face à la tâche à réaliser est limitée à un réarrangement, incluant les nouveaux usages d'ensembles de moyens existants. Ce réarrangement implique une réorganisation ou une improvisation avec des éléments existants pour créer de nouvelles structures, des réponses ad hoc à l'environnement* ». Le pôle extrême de cette dimension sociale de la pratique est l'improvisation, « *le nouveau travail de matériel et de motifs pré-composés en relation avec des idées non anticipées qui sont conçues, formées et transformées dans les conditions de la réalisation, ajoutant ainsi de nouveaux aspects à toute création* » (Berliner, 1994). Dans l'organisation, le résultat sera évidemment toujours influencé par les modèles organisationnels préexistants puisque le répertoire a été élaboré sur cette base (Baker & Nelson, 2005). Cette improvisation dans la pratique est un gain en degrés de liberté par rapport au script d'action, permettant à l'expérience de chacun de s'appliquer dans des situations complètement nouvelles. Ainsi, ce qui est en jeu « *implique un certain degré de nouveauté plutôt que de suivre des routines existantes et un certain degré d'intentionnalité plutôt que de représenter des déviations aléatoires de routines passées* » (Baker, Miner & Dale, 2003 : 259). L'improvisation est toujours plus « *qu'une paraphrase, une ornementation ou une modification* », elle est l'utilisation de l'intuition face aux contraintes du moment (Weick,

1995 : 545), un point dans le temps où convergent la conception et la réalisation d'une nouvelle action (Miner, Bassof & Moorman, 2001). Ce qui est recherché dans le contexte organisationnel n'est pas tant la création esthétique qu'une capacité à mobiliser son expérience face à un nouveau problème. Cependant, le processus reste relativement similaire dans l'acquisition de ces compétences d'improvisation. Ainsi, on parle d'une « *spontanéité répétée* » qui « *permet à une équipe ou une troupe de tester un répertoire pré-arrangé* » (Mirvis, 1998 : 587). Cette notion de répertoire collectif nous permet de comprendre les multiples connections entre contrôle, ordre et improvisation que mentionne Weick (1995) puisque « *la liberté produit du contrôle* » (Mirvis, 1998 : 590). En travaillant ensemble, les acteurs d'une organisation construisent dans le temps une expérience commune qui permet une stabilité dans leurs improvisations quotidiennes.

Sur cette tension, la pratique évolue entre *practicing* et du *practising*, constituant finalement **un modèle d'actions apparemment répétitives demandant l'invention de solutions locales** pour pouvoir être appliqué.

Ainsi, l'expérience que le praticien construit et mobilise n'est pas seulement figée et formelle (règles, standards d'opération, procédures), elle est aussi créée et re-créée en permanence (improvisations, bricolages, épiphanies). On retrouve ces mêmes éléments tant au niveau individuel qu'à celui du groupe et de l'organisation, et avec tout autant de fluidité. La question de l'acquisition de la pratique se pose alors puisque, pour exister, elle doit à la fois être maîtrisée par l'individu et être transmise au sein d'une communauté.



## Deuxième tension : une question d'acquisition

L'acquisition de la pratique se fait dans une tension en apparence contradictoire. Elle est fondamentalement exogène puisque l'individu l'apprend d'un autre en le prenant pour modèle, elle lui est donc transmise. Mais, étant donnée la fluidité inhérente à la pratique, il devra se l'approprier, la faire sienne, pour ne pas être prisonnier d'une procédure figée qu'il appliquerait mécaniquement. Pratiquer sa pratique renvoie alors aussi à une intériorité produite par une appropriation. Mais la pratique pour la pratique ne clôt pas le processus puisque le praticien passera, à terme, du statut d'imitateur à celui de modèle. C'est entre appropriation individuelle et transmission collective que va se jouer la tension de cette question de l'acquisition.

Par nature, la pratique est le produit d'une transmission...

Même si la pratique prend l'apparence du naturel, il n'en est rien. Elle est, par nature, socialement construite, transmise d'un modèle à un imitateur où le maître montre à l'apprenti la façon dont les choses se font, « dans les règles de l'art ». Si la pratique ne se réduit jamais à cette procédure, nous l'avons vu plus haut, elle se fonde tout de même sur la stabilisation d'une manière de faire reconnue par un groupe social. Cette référence abstraite ne fonctionne pas en suspension, dans une abstraction pure. Le praticien montre, explique, décrit, réfléchit sur sa pratique pour mieux la faire comprendre et expérimenter à ceux qui ne la maîtrisent pas. Il en est la figure de référence, le modèle légitime. Ainsi, les collègues de l'environnement de travail aident à appréhender les tâches. En tant que praticien, il s'inscrit dans une communauté qui n'existe que parce qu'elle partage et transmet un ensemble de pratiques. Il est donc fondamentalement un émetteur, un exemple et, simultanément, un imitateur. Cette contrainte a non seulement un impact exogène – la transmission – mais aussi endogène dans le sens où ce statut de modèle le renvoie à lui-même. En montrant aux autres, il évolue dans un nouvel univers qui lui permet de comprendre sa propre pratique à un autre niveau. La pratique ne peut donc être pensée sans une transmission constructrice non seulement d'une communauté mais aussi d'une progression des praticiens dans leurs pratiques. Pour accepter cette pratique d'un autre, il faut lui reconnaître une certaine légitimité. Cette reconnaissance par définition

sociale se réfère autant à la pratique qu'au praticien-source. Ce dernier n'est identifiable que par le contexte collectif de la pratique qui fait de lui un modèle au sein d'une communauté. Devenant exemplaire au sens plein du terme, le praticien sera alors un support d'imitation permanent. Cela lui demande de ne jamais être isolé car sa visibilité assure la pérennité de la communauté à laquelle il appartient. En pratiquant, il ne fait pas qu'agir : il montre, il transmet. Le geste de la pratique se travaille dans cette tension entre un modèle extérieur et une incorporation personnelle. Ainsi, la transmission est tout à la fois tournée vers les autres que vers soi-même, donnant leur statut collectif, organisationnel ou social aux pratiques.

... ce qui en fait une activité collective fondatrice d'une communauté.

Cette dimension collective de la pratique a été source de la plupart des analyses dans cette tension. Pour Schatzki (2001), une pratique est par définition incorporée dans un champ qui lui fournit un sens partagé ; elle est l'unité d'un réseau de pratiques interconnectées. Dans ce même ouvrage, Barnes (2001) ne peut pas être plus clair : la pratique *est* une action collective. Les chercheurs ne peuvent dissocier le praticien de ses collègues dans leurs analyses. « *Ce qui est nécessaire pour comprendre une pratique, c'est qu'elles ne sont constituées, ni d'individus dirigés par leurs propres habitudes, ni d'individus dirigés par le même objet collectif ; elles sont plutôt des êtres humains orientés vers d'autres êtres humains* » (Barnes, 2001 : 22). Les pratiques n'existent que dans la transmission entre plusieurs acteurs, c'est une action collective au sens plein. De même, selon Brown & Duguid (2001), une pratique ne peut s'analyser que comme l'élément d'un contexte collectif puisqu'elle est façonnée par des histoires communes, des collaborations et une construction sociale. La communauté est constituée autour de manières de faire et de penser qui fournissent les éléments communs permettant le partage, la collaboration et l'échange. Pratiquer c'est faire partie d'un collectif dans lequel on collabore plus que la recherche solitaire d'une maîtrise technique. Ainsi, devenir praticien c'est surtout être accepté et reconnu au sein d'un collectif : « *la dynamique centrale dans l'apprentissage, c'est de devenir un praticien, pas de connaître la pratique* » (Brown & Duguid, 1991 : 48). Ainsi, ce praticien ne peut pas se contenter de simplement réaliser une tâche dans les règles de l'art, il doit aussi « *se comporter comme des membres de la communauté* ». Cette perspective a été développée dans le contexte organisationnel par Lave & Wenger (1991) selon qui l'apprentissage se fait par l'appartenance à des communautés de pratique (Lave & Wenger, 1991 ; Wenger, 1998). Cette

approche sociale de l'apprentissage met une emphase extrême sur la dimension collective des pratiques qui évoluent autour de trois caractéristiques majeures : (1) l'engagement mutuel d'individus dans des actions réalisées en vue (2) d'une entreprise commune sur la base des ressources (3) d'un répertoire partagé (routines, vocabulaire, outils, histoires, symboles, etc.). Étant une activité fondamentalement partagée – c'est-à-dire qu'*a minima*, elle sera commune – la pratique participe de l'organisation en tant que flux (l'*organizing* de Weick, 1979) et la communauté qu'elle fonde permet ainsi, selon Wenger (1998), de les comprendre dans ce contexte organisationnel, fait d'imbrications permanentes entre travail individuel et travail collectif. Ainsi, la pratique doit pouvoir être appréhendée et comprise par les autres acteurs, tant dans sa réalisation que dans sa transmission. Cependant, cette transmission dépend d'un autre phénomène qui lui est corrélatif, celui de l'appropriation, cette manière de faire sienne la pratique du praticien cible.

### La pratique passe fondamentalement par une appropriation, ...

La pratique s'acquiert par la pratique, par la répétition du geste qui permet de saisir ce qui est en jeu dans le modèle d'action qu'elle constitue. Il s'agit bien de copier ce modèle, d'imiter celui qui en est porteur, à la fois pour en maîtriser la routine – l'exactitude du mouvement – et en posséder la dextérité – l'esprit du geste. Il ne s'agit donc pas simplement de répliquer, nous l'avons dit plus haut, même si cette idée n'est pas absente. Il s'agit de faire de cette pratique extérieure, *sa* pratique individuelle. Ainsi, la pratique relèvera de l'intériorité du praticien en ce sens que, même si elle ressemble à celle des autres, elle est fondamentalement sienne. Les détails exacts d'une pratique sont révélateurs de celui qui l'a exécutée. Ainsi, deux sportifs, même s'ils ont la même activité, n'auront jamais le même « style ». De même, tout musicien imprime sa marque dans son interprétation. Étant donné que la pratique est irréductible à une procédure figée, rigoureusement identique pour tous, elle est porteuse de marqueurs dont le praticien est porteur. En acquérant la pratique, le praticien se l'approprie et pourra donc, à tout moment, agir avec le naturel de celui qui l'a incorporé. À partir du moment où l'on parle de praticien, il n'y a plus de distance entre l'individu et sa pratique, il en est porteur, il l'a faite sienne. L'appropriation n'est donc pas une simple habitude à une manière de faire, elle est l'incorporation de l'esprit d'une action dans toutes ses subtilités, ses variations et ses contraintes. Le praticien se forme à sa pratique dans le sens où il façonne son corps et son esprit durant le processus (Bourdieu, 1980). Les mille et une

répétitions ne sont qu'un moyen de s'approprier profondément, personnellement, individuellement cette pratique d'abord étrangère (De Certeau, 1990). Les acteurs doivent s'exercer pour acquérir la logique de leur pratique, c'est aussi un moyen pour le praticien de se contrôler lui-même, dans ses gestes et ses réflexes. C'est au travers de l'expérimentation, de l'erreur et de l'entraînement que les praticiens saisissent les subtilités de leurs pratiques avec leurs défauts personnels, les fautes qui leurs sont typiques. C'est ce qu'évoque Bourdieu en parlant d'apprentissage « *par corps* » (Bourdieu, 2003 : 205), le fait que la transmission de pratiques peut être comprise comme une inscription à la fois d'un modèle et des détails de son application dans nos gestes et attitudes. Schatzki (2001), lui aussi, souligne cette dimension physique dans l'appropriation d'une pratique qu'il dit « *incorporée* » par chacun (Schatzki, 2001 : 2). S'approprier sa pratique c'est la faire sienne jusque dans son corps.

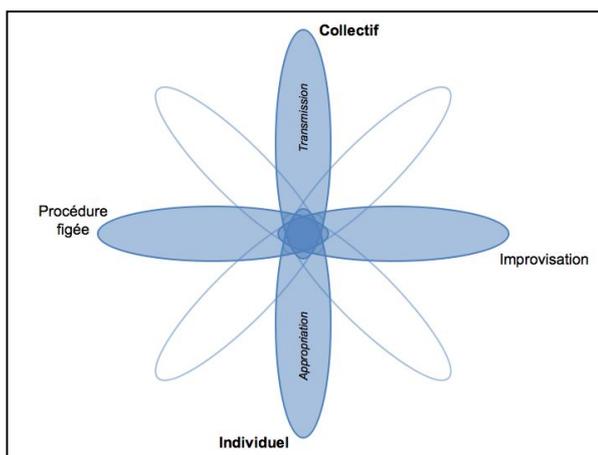
... ce qui en fait une action individuelle.

L'individu devient praticien lorsqu'il s'est approprié sa pratique. Il l'a alors faite intimement sienne et le moment précis de déroulement de son action est le plus souvent individuel. Bien sûr, le processus complet s'inscrit dans un contexte collectif, rien dans la littérature ne le nie, mais la discussion porte plutôt sur la focalisation jugée plus pertinente. Partant du cadre conceptuel proposé par Weber (1922) en sociologie, l'individualisme méthodologique affirme le besoin d'une compréhension des individus pour décrire les phénomènes collectifs (Boudon, 1984). « *Les individualistes ontologiques soutiennent que les phénomènes sociaux sont, soit une construction des individus, soit une construction d'individus et – dans certaines versions – de leurs relations* » (Schatzki, 2005 : 466). Dans cette perspective, les phénomènes sociaux sont vus comme étant l'agrégation d'actions individuelles. Ce sont des processus émergents et les chercheurs doivent donc d'abord comprendre les raisons d'agir des acteurs pour pouvoir analyser les phénomènes collectifs. Tout phénomène social que l'on cherche à expliquer doit alors être interprété comme étant fonction d'actions individuelles. Cependant, ces actions sont influencées par la structure de la situation que les acteurs rencontrent, situation définie par le système dans lequel le phénomène s'inscrit. L'idée n'est pas de nier toute influence macroscopique mais de se concentrer sur les individus et leurs « *bonnes raisons* » d'agir (Boudon, 2003). Dès lors, les théories sociales devront avant tout se fonder sur une théorie de l'action individuelle (Coleman, 1986 : 1309) et une pratique sociale ne pourra alors être vue comme un phénomène

purement collectif. Dans le champ de la philosophie, Turner (1984) perçoit cette dimension individuelle comme une tension problématique et s'interroge : qu'est-ce qui est partagé exactement dans ces soi-disant pratiques *partagées* ? Comment de tels objets peuvent-ils passer d'une personne à l'autre tout en gardant la même nature ? « *Aucune explication de l'acquisition des pratiques qui fasse sens d'un point de vue causal ne soutient l'idée que la même chose interne, la même pratique, soit reproduite chez une autre personne* » (Turner, 1984 : 13). Il refuse donc toute tentative de construction d'une hypothétique référence collective abstraite qui ne serait pas incorporée dans les individus. En réponse à ce problème, Turner conceptualise la pratique partagée comme un ensemble d'habitudes individuelles se ressemblant suffisamment pour être incluses dans la même catégorie. Dans cette perspective, le praticien sera toujours, à un moment de son action, seul face à sa pratique et c'est sur cela que les théoriciens devraient se concentrer.

Puisqu'elle doit être appropriée – à la fois par rapport au contexte et par l'acteur – et transmise, **une pratique est une manière de faire propre à un praticien inscrit dans une communauté qui les définit, lui et son activité.**

La pratique sociale n'est alors pas une essence, mais une collection d'actions individuelles suffisamment similaires. Cependant, toute référence à la figure du praticien pose l'existence d'une communauté au sein de laquelle ce dernier a pu acquérir sa pratique. Il s'insère donc dans un contexte collectif qui n'existe que par la présence d'une tension : appropriation d'un côté, certes, mais aussi transmission de l'autre. Même pratiquée seule, la pratique reste donc un phénomène social. Entre appropriation et transmission, elle est à la fois fondamentalement individuelle (car propre à un praticien) et toujours collective (car forcément insérée dans une communauté). Ainsi, pratiquer une pratique n'est pas seulement un moyen de devenir dextre, c'est aussi le développement d'une capacité à montrer élégamment la manière de faire les choses dans les règles de l'art. En cela, le praticien prend conscience de son action. La



pratique pose alors, par sa fluidité et son acquisition, la question de la réflexivité dans une troisième tension entre savoir explicite et connaissance tacite.

## Troisième tension : une question de réflexivité

Selon Gherardi (2000), les études sur la pratique ont considéré la connaissance soit comme un processus cognitif, soit comme une ressource ; dichotomie que Cook & Brown (1999) formulent par la différence entre une épistémologie de la possession (*knowledge*) et une épistémologie de la pratique (*knowing*)<sup>2</sup>. Ces processus d'apprentissage et de réalisation lient fondamentalement savoir et connaissance dans la pratique, particulièrement dans le champ des sciences de gestion. Tout cela pose la question des dimensions explicite et tacite de la réflexivité du praticien.

### La pratique comme *explicit knowledge* ...

Nombre d'études ont été faites sur les mécanismes d'expression explicite, de transfert et d'institutionnalisation des savoirs-faire (Szulanski, 1996 ; Nonaka & Takeuchi, 1997). La théorie des ressources par exemple promeut la définition de *capabilities* par l'organisation pour que celle-ci soit capable de conserver et saisir des avantages compétitifs dans un environnement concurrentiel (Teece, Pisano & Shuen, 1997). Le projet sous-jacent est la formulation d'un ensemble de *best practices* pour lesquelles on expliciterait la connaissance dont elles sont porteuses afin de les faire aisément circuler, voire même, de les harmoniser stratégiquement autour de *core competencies* (Prahalad & Hamel, 1990). Cette réification d'une pratique par sa formalisation permet son transfert entre les membres de l'organisation et entre les unités ou les sous-unités d'une entreprise, et cela à moindre coût. En explicitant ces manières de faire, on peut travailler sur leur script, les corriger et les améliorer avant de pouvoir les formaliser dans un langage transférable (Nonaka & Takeuchi, 1997).

---

<sup>2</sup> Nous garderons les termes anglais *knowledge* et *knowing* pour éviter leur traduction très imparfaite en savoir et connaissance.

Évidemment, les pratiques ne fonctionnent par la suite qu'après une étape de socialisation (partage d'expériences entre les praticiens, échanges et discussions, apprentissage et expérimentation) mais cette explicitation constitue selon ces auteurs un moteur de circulation de la connaissance qu'elles contiennent. En effet, « *les descriptions formelles du travail et de l'apprentissage (...) omettent inévitablement et intentionnellement les détails (qui) sont apparus comme accessoires, secondaires et qui se diffusent aisément une fois que l'abstraction pertinente a été saisie* » (Brown & Duguid, 1991). Le script explicite, extrait de la pratique, va alors être un guide de l'action, certes incomplet, mais suffisant pour s'assurer d'une cohérence entre les différents acteurs. Ainsi, si l'on considère la tension précédente, la dimension fondamentalement collective de la pratique peut être vue comme corrélative de la formalisation d'une manière de faire au sein d'une communauté ; ça n'est cependant pas une nécessité. Une fois le script exprimé, suivant l'impératif d'efficacité et d'efficience inhérent aux organisations modernes, les *best practices* pourront alors être transférées rapidement et facilement, et par la suite « stockées ». Cette dimension explicite de la pratique comme porteuse de savoir organisationnel a été d'autant plus étudiée qu'elle est une forme particulièrement facile à faire circuler.

... ou comme *tacit knowing*, ...

Le processus d'appropriation, central dans l'acquisition de la pratique, rend en partie tacite le script d'action, lui permettant alors d'être pratiqué. Ainsi, le praticien incorpore les schèmes d'action (Schatzki, 2001), schèmes dont la pratique devient un modèle générateur, les inscrivant en lui, dans ses postures et ses gestes (Bourdieu, 2000). Cependant, cette dimension tacite est problématique au regard des efforts déployés par une volonté d'apprentissage organisationnel ; dans une perspective managériale, le fait que « *la compréhension pratique (soit) souvent inarticulée, esthétique et tacite* » (Gherardi & Nicolini, 2001 : 50) pose problème quant à son transfert. Étant donné qu'« *on peut savoir plus que l'on ne peut dire* » (Polanyi, 1962 : 4), les pratiques sont alors toujours plus riches que leur script. Elles sont l'expression en actes de la connaissance individuelle et organisationnelle (Weick, 1995 ; Orlikowski, 2002). Cette connaissance va les guider et elles en seront le médium d'existence dans sa reconstitution permanente (Blackler, 1995). Dans ce cycle, on ne pourra pas réduire la connaissance à un ensemble d'informations, ni sa dimension tacite à une simple absence de codification (Duguid, 2004). Ainsi, il existe un *tacit knowing* inhérent à toute

expertise pratique (Strati, 2003). Dès lors, acquérir une pratique est aussi un processus d'intégration dans une communauté au sens de laquelle cette dimension tacite fait sens sans nécessiter d'explicitations. La maîtrise des références communes (langage, expressions, valeurs, codes de conduite et autres normes) permet de devenir ce que l'on peut appeler un « *insider* » dans la perspective proposée par Lave & Wenger (1991). En faisant de cette acquisition une part de son identité, le praticien rend inaccessible et indicible des éléments de sa pratique. La part tacite s'intègre ainsi à la définition même de la pratique, n'étant plus un simple constituant mais bien un révélateur de son existence. C'est lorsque que l'acteur ne plus formuler tous les éléments de ses actions de manière explicite qu'il devient véritablement un praticien.

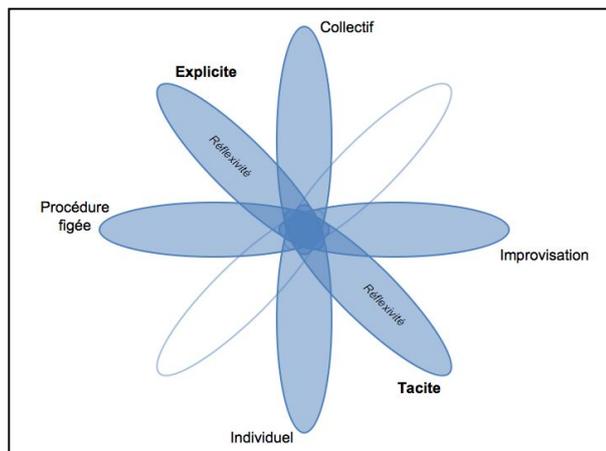
... liés par une dynamique de réflexivité.

Etant donné que savoir et connaissance interagissent et s'engendrent mutuellement dans une « *danse générative* » (Cook & Brown, 1999), séparer ce qui est fait et ce qui est su n'a pas de sens. Les deux processus sont essentiels dans une approche basée sur la notion de pratique ; dès lors, pour pouvoir « *accéder à notre connaissance-en-action consciente, il nous faut identifier les règles et les normes qui gouvernent notre compréhension collective à ce moment* » (Raelin, 2007 : 497). Tentant de comprendre ces processus d'apprentissage, certains théoriciens de la connaissance organisationnelle ont développé des analyses intéressantes autour de la notion de réflexivité pouvant lier « *connaissance en pratique et connaissance d'une pratique* » (Gherardi & Nicolini, 2001 : 51). Ainsi, une meilleure compréhension de cette réflexivité et de ses relations avec la notion de pratique permet de dépasser cette opposition entre tacite et explicite. Yanow & Tsoukas (2005) ont ainsi distingué deux niveaux de réflexivité : réfléchir en pratique et réfléchir sur la pratique. Apprendre une pratique relève de l'acquisition d'un geste, d'une série de mouvements qui est d'autant plus aisément mobilisée qu'elle est « *porteuse d'une structure qui évite d'en apprendre mécaniquement la totalité de ses unités* » (Bourdieu, 2000 : 286). Ainsi, le praticien doit être aveugle aux détails de son action afin de pouvoir la maîtriser. C'est par l'oubli des détails de son action qu'il peut faire preuve de cette souplesse indispensable à la pratique. C'est une logique de l'approximation, du « *voir comme* » de Schön (1983) qui permet la mobilisation d'une expérience passée qui, au sens strict, ne peut s'appliquer mécaniquement à une nouvelle situation peut-être semblable mais non identique. Cependant, pour pouvoir agir avec

pertinence, le praticien doit aussi être capable d'une certaine clairvoyance pour pouvoir mettre en œuvre une « réflexion-dans-l'action » (Schön, 1983). Une tension subsiste donc entre cette conscience des conditions que le praticien aurait de son action qui s'oppose à une cécité dans la pratique qui semble indispensable.

Entre savoir explicite et connaissance tacite, **le praticien n'est pas complètement aveugle, ni parfaitement réflexif, il est simplement presbyte** ; pour pouvoir maîtriser sa pratique, il doit ne pas pouvoir la voir de près.

La réflexivité du praticien conduit à ré-envisager les tensions exposées plus haut sous un angle nouveau, celui de la légitimité du modèle. En effet, la question de la reconnaissance sociale du praticien modèle (dans l'acquisition) ou du modèle d'action (dans la fluidité) renvoi à celle du niveau



d'analyse. De fait, selon la distance prise par le chercheur par rapport à son objet d'étude, des éléments totalement différents ressortiront. Ce nouvel éclairage révèle une quatrième et dernière tension identifiée dans la littérature : la question de l'échelle.

## Quatrième tension : une question d'échelle

Selon le niveau d'analyse retenu par les chercheurs dans la littérature, les pratiques organisationnelles sont tour à tour vues comme des actions locales relativement autonomes ou des produits dérivés des cadres institutionnels. Cette tension autour de l'échelle amènera finalement la question de l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles qui constitue le cœur de cette thèse.

## La pratique vue comme un produit institutionnel ...

Dans les études portant sur le concept de pratique organisationnelle, la plupart des chercheurs se sont concentrés sur ses sources institutionnelles. Partant d'une approche durkheimienne des phénomènes sociaux (Durkheim, 1984), cette perspective considère que les actions individuelles trouvent leur motif et leurs ressources dans les institutions, qui sont incorporées au travers de cadres normatifs acquis durant l'éducation (Parsons, 1973) ou au sein des bureaucraties (Merton, 1940). Ainsi, ces institutions qui étaient auparavant de simples conventions - des arrangements explicites et connus de tous - deviennent peu à peu évidentes légitimées au cours du temps par des groupes sociaux puissants (Marx, 1867 ; Douglas, 1986). Elles sont diffusées au sein des champs organisationnels par un phénomène d'isomorphisme (DiMaggio & Powell, 1983). Dans cette perspective, les pratiques obéissent à une logique de conformité par rapport à ce qui est considéré comme légitime (isomorphisme coercitif), standard (isomorphisme mimétique) ou professionnel (isomorphisme normatif). Ainsi, les pratiques organisationnelles sont produites et reproduites selon un modèle légitime identifié et abstrait du champ. Ces éléments étrangers institutionnalisés (techniques, technologies, politiques, programmes) seront adoptés par les acteurs des organisations qui les réaliseront comme autant de « *mythes et de cérémonies* » (Meyer & Rowan, 1977 : 344). Les organisations ne sont alors plus seulement guidées par l'efficacité et l'efficience mais elles sont aussi « *structurées en termes d'archétypes qui sont dérivés des institutions* » (Greenwood & Hinings, 1996 : 1028). Agissant sous forme de prescriptions évidentes et de cadres normatifs, les institutions orientent les acteurs vers les bonnes manières de faire les choses pour que l'organisation atteigne ses objectifs ; comme le formule Selznick, « *institutionnaliser signifie infuser avec des valeurs au-delà des besoins techniques de la tâche en jeu* » (Selznick, 1957 : 16). Selon cette perspective, l'institution fournit une logique, une légitimité et un sens aux actions individuelles. Elle est composée de multiples « *éléments régulateurs, normatifs et culturels-cognitifs qui, ensemble et associés à des activités et des ressources, fournissent stabilité et sens à la vie sociale* » (Scott, 2001 : 48). Ainsi, les pratiques peuvent être comprises comme des « *modèles pour l'organisation* » (DiMaggio & Powell, 1991 : 27) fournis par le contexte institutionnel. On peut alors considérer que, dans cette perspective, « *les pratiques sont mieux comprises comme étant une forme d'institution* » (Lounsbury & Crumley, 2007 : 995).

Cependant, ces auteurs soulignent aussi le problème inhérent à une approche d'échelle exclusivement institutionnelle : sa tendance à adopter un niveau d'analyse parfois trop éloigné des acteurs et de leurs pratiques concrètes. Afin de comprendre les subtilités des actions locales continues dans leurs similarités comme dans leurs évolutions, il est nécessaire de se rapprocher et d'assouplir les liens parfois rigides tissés entre les actions et leur contexte institutionnel.

... ou considérée comme une action locale ...

En réaction à cette focalisation sur les structures sociales, les sociologues des années 1960 ont cherché à développer une perspective soulignant les actions locales des acteurs. Suivant les analyses de Wittgenstein (1969), selon lequel la compréhension est toujours déjà accomplie dans les activités quotidiennes de la vie ordinaire, ils se sont concentrés sur les arrangements continus des individus dans leurs actions. L'interactionnisme symbolique et l'ethnométhodologie se sont ainsi focalisées sur les procédures utilisées par les acteurs pour donner un sens à leurs pratiques comme à celles des autres afin de réduire les écarts entre leurs perceptions du monde (Goffman, 1973). Dans cette perspective, le monde social (et ses institutions) ne sont pas un phénomène objectif stable mais un accomplissement pratique continu des acteurs sociaux (Garfinkel, 1967). Ces acteurs ne sont pas des idiots culturels dépourvus d'agence, ils manipulent, modifient et utilisent de manière pertinente les éléments évidents de leur environnement social pour adapter leur comportement. Les ethnométhodes – savoir-faire, procédures, routines et autres règles – sont constamment re-produites et re-crées. Selon Garfinkel (1967), c'est bien cette re-crédation qui gène les faits sociaux (comme les institutions) et non l'inverse. Dériver directement les actions des institutions serait problématique et irréaliste au vue de la profonde pertinence et des capacités pratiques des acteurs sociaux. De plus, étant donné qu'il existe des pratiques canoniques qui respectent les prescriptions institutionnelles et des pratiques non-canoniques qui ne le font pas (Brown & Duguid, 1991), les pratiques locales ne peuvent être réduites à de simples produits institutionnels. Les routines les plus habituelles et familières ne peuvent jamais être données d'avance, telles de parfaites reproductions mécaniques d'un modèle plus ou moins formalisé.

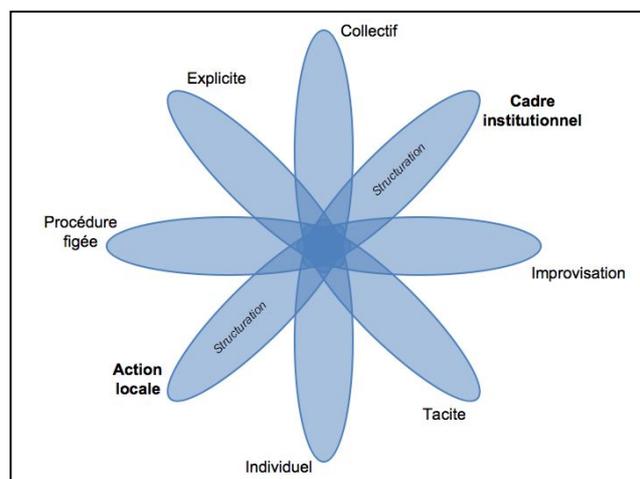
Une sur-évaluation des institutions dans les analyses rendait difficile la compréhension du changement, des compétences sociales ou même des banales erreurs quotidiennes. À l'opposé, ces approches proposent de se focaliser sur la réalisation continue des phénomènes sociaux dont les conditions d'accomplissement demandent des compétences pratiques infiniment subtiles.

... liés par un processus de structuration.

Giddens (1984) a tenté de réconcilier cette tension entre action et institution avec sa « *dualité du structurel* ». Selon lui, les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois les conditions et le résultat des pratiques accomplies par les agents qui font partie de ces systèmes (Giddens, 1984). Les systèmes sociaux n'ont donc pas de structure, ils possèdent des propriétés structurelles qui n'existent que dans leur actualisation par les pratiques qui les constituent. Ces pratiques émergent d'un point de rencontre continu entre le domaine institutionnel (la structure) et le domaine de l'action (les interactions). Sur cette base, Orlikowski (2000) développe une « *compréhension pratique des interactions récursives entre les individus, les technologies et leur utilisation* » (Orlikowski, 2000 : 405). Elle analyse ainsi le processus de structuration par lequel les pratiques de travail d'une compagnie de logiciels ont été adaptées, transformées et graduellement institutionnalisées afin d'intégrer une nouvelle technologie. Dans cette perspective, les pratiques sont influencées par les institutions qui les encadrent, mais elles les forment aussi. Le système est donc à la fois habilitant et contraignant pour les actions sociales et la dualité de la structure est un processus continu. Barley & Tolbert (1997) ont conçu sur cette base un modèle séquentiel du phénomène d'institutionnalisation : le domaine institutionnel encode un script qui est accompli dans celui de l'action ; il est ensuite répliqué ou révisé dans un nouveau script qui est externalisé et objectivé dans le domaine institutionnel. D'un point de vue méthodologique, l'institution ne sera accessible que dans ses mises en œuvre concrètes : les pratiques sociales. La même logique peut être appliquée à l'élaboration de la stratégie dans les organisations, amenant les chercheurs à promouvoir le besoin d'une approche centrée sur les pratiques pour « *mettre Giddens en action* » (Whittington, 1992). « *Ce lien entre action et interactions de la vie quotidienne et la réalisation ou la modification des structures institutionnalisées fait de la théorie de la structuration un cadre interprétatif important pour comprendre l'activité stratégique* » (Jarzabkowski, 2008 : 623). Ainsi, la stratégie va être réinterprétée comme étant

une pratique de l'activité stratégique dans les actions quotidiennes des acteurs organisationnels (Whittington, 1996 ; Johnson, Melin & Whittington, 2003). Ainsi, les institutions sont à la fois des contraintes pour les praticiens qu'elles encadrent et une habilitation de leur action par les ressources qu'elles fournissent. Les piliers institutionnels de Scott (2001) montrent bien cela. Les règles et les lois (pilier régulateur), en limitant les champs d'action, permettent aux acteurs de collaborer. De même pour les obligations sociales (pilier normatif) ou les valeurs partagées (pilier culturel-cognitif) qui, en contraignant *a priori* les individus, permettent de fonctionner sans systématiquement recourir à des contrats exhaustifs. Dès lors, le processus de structuration constitue un moyen de comprendre les liens entre actions locales et cadres institutionnels (Barley & Tolbert, 1997).

Cette question de l'échelle pose **la pratique comme une manière de faire instituée** qui va s'inscrire dans un cadre institutionnel à la fois contraignant et habilitant pour les actions locales. Les acteurs vont agir en référence à un modèle légitime qui leur permet non seulement de donner sens à leur action mais aussi de pouvoir la rendre visible et compréhensible par les autres.



## Conclusion

Au travers de ces quatre tensions, nous avons pu rendre compte de la littérature portant sur la notion de pratique tant sociale qu'organisationnelle. Comme tout état de l'art, cet exposé avait principalement pour vocation d'épuiser les perspectives pour mieux saisir le concept en jeu. Certains pourraient présenter trois dimensions (Gherardi, 2009 ; Orlikowski, 2010) et d'autres en trouver neuf, ça n'est pas l'objet du présent travail. Ces quatre tensions fournissent la base d'une bonne compréhension de ce qui se joue dans la notion de pratique organisationnelle : une question de fluidité entre *practicing* et *practising*, une question d'acquisition entre appropriation et transmission, une question de réflexivité entre explicite et tacite et une question échelle entre actions locales et cadre institutionnel.

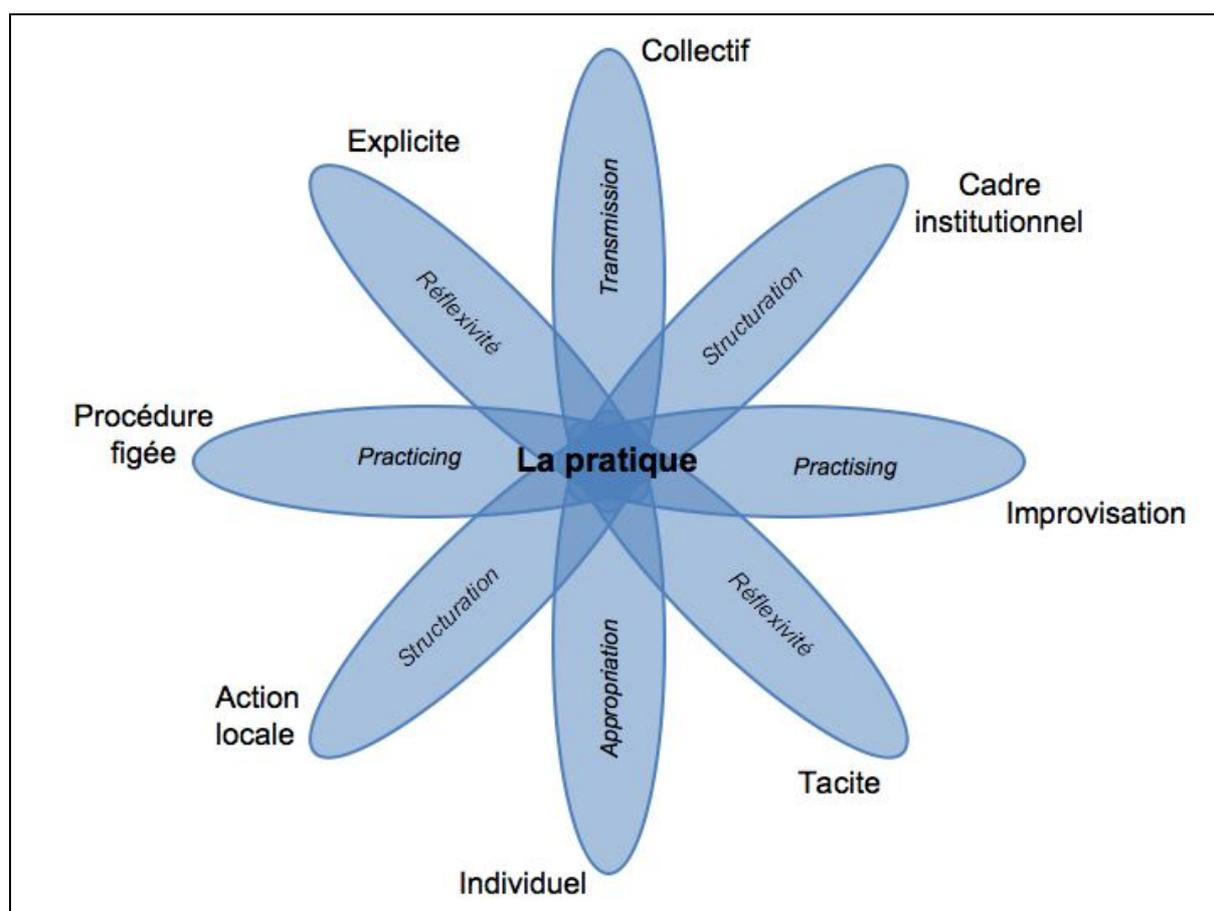


Figure 2 : La *practice perspective*, un champ en tension

Au-delà de la tension entre action et institution, c'est le processus d'institutionnalisation qui va nous intéresser plus particulièrement maintenant. En reprenant la définition de la pratique dans cette perspective - une manière de faire instituée - nous allons chercher à comprendre comment « *bien des improvisations d'hier deviennent les standards d'aujourd'hui* » (Mirvis, 1998 : 590). En effet, il nous semble que pour une pratique ce processus d'acquisition de légitimité précède chronologiquement les trois autres tensions que nous avons examinées. Si une action est considérée comme fluide ou rigide, c'est au regard d'un modèle ; si on peut l'acquérir, c'est parce qu'elle fait sens pour un groupe social qui en juge la maîtrise. La question de la réflexivité, elle, est différente et nous reviendrons dessus plus loin, mais il est clair que sa dimension explicite n'est pas sans lien avec cette question de l'institution. L'enjeu principal de cette thèse sera d'étudier la pratique dans cette perspective institutionnelle sans pour autant perdre complètement la richesse du concept présentée à l'instant. **Le chapitre suivant sera donc consacré à une analyse du processus d'institutionnalisation d'une manière de faire qui donne naissance à une pratique.**

## II. L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles

Nous l'avons vu, les multiples facettes des pratiques organisationnelles ont généré de nombreux débats académiques, parfois houleux. Une dynamique particulière va nous intéresser plus particulièrement ici, celle de l'institutionnalisation de ces manières de faire. Ce processus semble d'autant plus intéressant qu'il va impacter, à terme, les quatre tensions exposées dans le chapitre précédent ; en effet, une volonté organisationnelle d'institutionnalisation tend à faire d'une pratique une procédure collective, réfléchie et conforme aux cadres institutionnels. En abordant le problème dans ce sens, nous posons un primat des fondements institutionnels dans la pratique organisationnelle sur les autres phénomènes dont elle est porteuse.

Toute la richesse du processus tient dans le fait que, tout comme l'*organizing* ne génère pas systématiquement de l'organisé, l'institutionnalisation ne débouche pas mécaniquement sur une institution. C'est un phénomène complexe conférant à des objets sociaux comme les pratiques une certaine légitimité – une évidence naturelle – sans toujours nécessairement l'intégrer dans les canons institutionnels du système social. Ces modèles d'actions que sont les pratiques restent alors fondamentalement tramés de tensions et ne pourront jamais être simplement réduits aux pôles présentés en première partie. Si l'institutionnalisation est constitutive des pratiques, elle n'en reste pas moins processus hétérogène et multidimensionnel, irréductible à un hypothétique faisceau coordonné et cohérent. Elle appelle un examen particulier qui nous demandera d'interroger les fondations des institutions.

Nous commencerons par exposer les théories qui, en sciences de gestion, se sont intéressées à cette question de l'institution. Cela nous permettra d'en clarifier le sens. Nous examinerons en alors les fondements au travers des notions d'analogie et de naturel en nous référant principalement aux travaux de Douglas (1986) et Berger & Luckmann (1967). Nous nous intéresserons ensuite au processus d'institutionnalisation que nous séquencerons en trois principaux moments : l'habituatation, l'objectivisation et la sédimentation. Nous insisterons sur

sa nature fondamentalement hétérogène avant de l'envisager sous l'angle des trois piliers de la théorie néo-institutionnelle : normatif, régulateur et culturelle-cognitif (Scott, 2001). Nous serons alors en mesure de proposer une grille de lecture des modes d'institutionnalisation d'une pratique organisationnelle.

## Introduction : une rapide revue de littérature des théories institutionnalistes

On peut dater la naissance d'une véritable théorie néo-institutionnelle en Sciences de gestion à la parution de l'ouvrage séminal de DiMaggio & Powell (1991). Cette approche n'a pu émerger que dans un contexte scientifique et intellectuel bien précis, permettant aux théoriciens des organisations de bâtir un corpus conceptuel autour de cet objet encore inatteignable dans notre discipline il y a quelques décennies. C'est ce cheminement historique que nous proposons de retracer ici.

L'approche institutionnaliste en économie a connu ses développements les plus solides avec Thorstein Veblen et John Commons sur la base d'une même critique de l'économie classique : des hypothèses, selon eux, irréalistes et un manque d'attention portée aux changements historiques. Veblen (1898) porte ses attaques sur la vision simpliste du comportement individuel qu'il conçoit comme étant plutôt gouverné par les habitudes et les conventions. Commons (1934), de son côté, propose la transaction comme unité d'analyse nouvelle et plus pertinente pour l'économie. Il a alors recours aux institutions pour encadrer les individus et les firmes dans la poursuite de leurs objectifs. On retrouve chez ces premiers institutionnalistes en économie l'influence de l'école historique allemande mais aussi celle des philosophes pragmatiques dans leur méfiance vis-à-vis des principes abstraits à vocation universelle. Jaccoby (1990) résume les divergences entre les institutionnalistes et les néoclassiques autour de quatre points : l'indétermination contre le déterminisme, une construction de préférences exogène plutôt qu'endogène, le réalisme comportemental à l'opposé des hypothèses simplificatrices et, enfin, des analyses synchroniques à la place des analyses diachroniques.

D'un point de vue conceptuel, ce sont les sociologues qui ont particulièrement prêté attention à l'étude des institutions, plus encore peut-être que les anthropologues. Marx (1867) a initié la tradition institutionnaliste en Europe ; en inversant le raisonnement hégélien, il va analyser les structures en tant que production des idées et actions humaines. Elles finissent alors par apparaître comme extérieures et objectives aux participants, fondant ainsi les conditions sociales de l'aliénation. Le concept d'institution est clairement sous-jacent à cette conception historique et politique des phénomènes sociaux. Côté français, Durkheim (1871) cherche à comprendre les bases évolutives de la société qui accompagnent la révolution industrielle. Il finira par se concentrer sur le rôle central des systèmes symboliques et des cadres cognitifs partagés produits par les interactions des acteurs qu'ils considèrent comme objectifs. Ces systèmes sont perçus à la fois comme extérieurs et coercitifs (soutenus par une sanction) : ils sont, selon lui, des institutions. « *La sociologie peut alors être définie comme la science des institutions, de leur genèse et de leur fonctionnement* » (Durkheim, 1871 : XXII).

Tous ces courants accordent peu d'attention aux organisations. Il faut attendre les années 1970 pour voir émerger une analyse spécifiquement organisationnelle ; avant cela, et sans employer le terme d'institutionnalisation, certains chercheurs ont déjà posé un certain nombre d'éléments théoriques. Merton, par exemple, fournit un ensemble de concepts pour penser les dynamiques culturelles et normatives dans les organisations - mais il parle plutôt de sanctification (Merton, 1940). Selznick développa une approche plus systématique en se focalisant sur la transformation, avec le temps, de l'organisation en institution. Pour lui, les organisations s'institutionnalisent lorsqu'elles tendent à devenir des systèmes sociaux qui contraignent l'action par un ensemble d'objectifs et de procédures ayant acquis un statut reconnu comme étant légitime (Selznick, 1957). Nous l'avons déjà dit plus haut, l'institutionnalisation consiste, selon lui, à « *infuser des valeurs au-delà des demandes techniques de la tâche à réaliser* » (Selznick, 1957 : 16). Le maintien d'une organisation devient alors une lutte pour la préservation d'un ensemble particulier de valeurs. L'institutionnalisation est ici considérée comme quelque chose qui arrive naturellement aux organisations avec le temps.

Les travaux de Merton et Selznick ont permis de faire émerger l'organisation comme objet d'étude et d'en développer une approche spécifiquement institutionnelle. En étudiant les relations des organisations avec leur environnement, Talcott Parsons a développé une

approche culturelle des institutions (Parsons, 1973). Les acteurs, en intégrant des normes partagées, en font les bases de leurs actions individuelles ; Parsons souligne ainsi la dualité à la fois subjective et objective des institutions. Ces ensembles normatifs et englobants légitiment, non seulement l'existence des organisations, mais aussi des modèles de fonctionnement dominants nécessaires à l'infusion des valeurs. Il distingue trois niveaux dans les organisations : le technique, le managérial et l'institutionnel - ce dernier étant le domaine des relations de l'organisation avec les normes et conventions de la société. L'organisation est donc un sous-système de ce système social plus vaste qui lui fournit les sources des significations et de la légitimation. La question est dès lors celle de l'articulation entre ces différents niveaux. Il fournit ainsi des pistes d'analyse reconnues par la suite dans les concepts d'éléments structurels « *généralement couplés* » ou « *découplés* » (Weick, 1979 ; Meyer & Rowan, 1977).

Cherchant à corriger l'approche économique conventionnelle de la rationalité individuelle, Simon (1977) est parmi les premiers à faire le lien entre les limites des capacités cognitives des acteurs et les structures organisationnelles. Ces dernières fonctionnent, selon lui, de manière à simplifier les situations et à permettre à l'individu de prendre des décisions en palliant les manques de leur rationalité limitée. L'adhésion des membres à l'organisation suppose alors une adhésion à des valeurs organisationnelles souvent déclinées sous forme de procédures et de règles. La plupart des comportements dans les organisations sont donc orientés par des programmes qui prennent la forme d'ensembles de routines permettant de répondre aux demandes récurrentes. On en arrive à un ensemble de valeurs supposées, de cadres cognitifs, de règles et de pratiques qui amènent les individus à agir rationnellement : « *l'individu rationnel est, et doit être, un individu organisationnel et institutionnel* » (Simon, 1977 : 111).

C'est l'ensemble de ces travaux qui ont posé les bases de l'approche néo-institutionnelle dans l'étude des organisations, la positionnant à la frontière de disciplines voisines (philosophie, anthropologie et sociologie). Silverman (1971) est l'un des premiers chercheurs à tenter d'introduire l'approche néo-institutionnelle dans l'étude des organisations. Il reproche aux différentes conceptions des organisations (y compris celles de Parsons et Selznick) d'être trop préoccupées par les notions de stabilité, d'ordre et de systèmes de maintien et propose une approche plus phénoménologique, prêtant davantage attention aux systèmes de

significations et à la façon dont ils construisent l'action sociale. Le comportement des acteurs devient alors le reflet des caractéristiques du système social. S'inspirant de Durkheim, il affirme que les significations ne prennent pas seulement place dans l'esprit des individus, mais aussi dans les faits sociaux intégrés par les institutions sociales. L'environnement de l'organisation devient ainsi une source de sens pour les membres de l'organisation (Silverman, 1971 : 19).

Selon Meyer & Rowan (1977), les institutions sont des règles culturelles complexes qui structurent l'activité organisationnelle. Ils soulignent ainsi l'importance des croyances rationalisées qui définissent des manières particulières d'atteindre certains objectifs. Les organisations sont alors aussi le résultat d'une rationalisation grandissante des règles culturelles. Zucker (1977), de son côté, analyse le pouvoir cognitif de ces croyances sur les comportements des acteurs, développant ainsi une approche microscopique des fondations des institutions. Reprenant ces thèmes, DiMaggio & Powell (1983) s'intéressent plus spécifiquement aux rapports entre les organisations et leur environnement. S'étonnant de la grande homogénéité que l'on trouve dans les champs organisationnels, ils proposent le concept d'isomorphisme pour expliquer cette tendance.

Dans son ouvrage de 2001 *Institutions and organizations*, Scott synthétise les différentes conceptions des institutions ainsi :

- Les institutions sont des structures sociales ayant atteint un degré d'endurance élevé.
- Elles sont composées d'éléments normatifs, régulateurs et cognitifs qui, ensemble et associés à des actions et des ressources, fournissent stabilité et sens à la vie sociale.
- Les institutions sont transmises par différents types de médias comme les systèmes symboliques, les réseaux de relations, les routines et les artefacts.
- Les institutions existent à de multiples niveaux de juridictions : du système mondial aux relations interpersonnelles locales.
- Elles sont, par définition, porteuses de stabilité, mais elles sont aussi soumises à des phénomènes de changements à la fois incrémentaux et discontinus.

Les institutions sont donc des structures sociales durables et complexes fondées sur des éléments symboliques, des actions sociales et des ressources matérielles. Comme nous l'avons mentionné, Scott (2001) identifie trois piliers fondamentaux des phénomènes

institutionnels : un pilier régulateur, un pilier normatif et un pilier cognitif. Mais avant d'en développer les implications en termes d'institutionnalisation, il nous faut revenir sur les fondements de l'institution.

## Les fondations de l'institution

Comprendre les phénomènes d'institutionnalisation, c'est chercher à saisir ce qui, dans la vie sociale, donne stabilité et sens à un univers fluctuant et incertain. Les anthropologues ont depuis longtemps travaillé sur cette question, explorant les dynamiques culturelles de la vie sociale. Ils ont ainsi identifié deux fondations principales des institutions, exposées ici dans un ordre que l'on peut considérer comme « chronologique ». Dans un premier temps, une certaine stabilité est nécessaire à leur existence et c'est la construction sociale d'analogies (structurées entre ressemblance et mémoire) qui assurera ce rôle central selon Douglas (1986). Ensuite, la dimension naturelle des institutions sera fondée sur un principe d'évidence et de légitimité, qui, selon Berger & Luckmann (1967), les intégrera dans ce qu'ils appellent la construction sociale de la réalité.

### L'analogie : ressemblance et mémoire

Nous l'avons vu, les institutions sont des éléments fondateurs de la vie sociale qui, par un ensemble de références, gouvernent nos perceptions et orientent nos choix, parfois sans même que nous n'en ayons conscience. Cette évidence est constitutive de leur nature ; elles ne sont ni dissimulées, ni conscientes, elles sont présentes en filigrane et rarement questionnées. Selon Douglas (1986), ces institutions, qui fondent l'ordre social, sont évidentes dans le sens où elles justifient leur propre vérité à la fois en raison et en nature. Elles s'inscrivent profondément dans les cognitions individuelles ce qui exclut de cette catégorie les conventions qui restent à l'état d'arrangements purement utilitaires et reconnus comme tels. Les institutions s'inscrivent dans l'histoire, intégrant les expériences passées pour contrôler les incertitudes du présent et de l'avenir. Ainsi, si tout est institutionnalisé, « *c'est l'institution qui dit tout* ». Pour stabiliser le monde social, l'institution doit en naturaliser les

classifications par un jeu de références croisées entre la société et la nature ; bref, « *il doit y avoir une analogie* » (Douglas, 1986 : 83).

Ainsi, les institutions « *confèrent une similarité* » dans le sens où elles fournissent une clarification de l'ambiguïté fondamentale de l'environnement, clarification essentielle pour l'existence de toute vie en société. En effet, les incertitudes de l'existence sociale ont une conséquence entropique sur l'individu et sa vie en communauté. Les institutions fondent des analogies stabilisatrices nécessaires : des disjonctions et conjonctions régulières dans un environnement incertain. Un principe de ressemblance arbitre ce processus d'analogie, ressemblance qui doit faire consensus. Cela se fait d'autant plus facilement si l'institution en question s'inscrit dans un système cohérent fournissant un ordre universel. Par cela, « *on assigne des éléments à des ensembles dans lesquels les institutions puisent leurs propres rapports d'analogie avec la nature* » (Douglas, 1986 : 89). Cette logique de reconnaissance de similarités, dans un univers où le désordre règne, demande un effort cognitif, un jugement qui est effectué *a priori* puisqu'« *elle est conférée à des éléments pris dans un schéma cohérent* » (Douglas, 1986 : 94). La ressemblance n'est pas une qualité intrinsèque des objets, physiques ou sociaux, elle est donnée par l'institution et s'impose comme une évidence au sein d'une culture qui la fonde. Vont alors émerger des classifications spécifiques, portant la marque des catégories dont chaque communauté sociale s'est dotée au cours de son histoire.

C'est un processus historique et actif qui demande de polariser et d'exclure les éléments de la vie sociale, de tracer des frontières qu'une autre communauté pourrait mettre ailleurs. L'apprentissage de ces lignes tracées dans un univers fluctuant et en reconstruction permanente se fait, selon Douglas (1986), par une organisation sociale de la mémoire dès le plus jeune âge. Incapable de s'appuyer sur ses habitudes, le novice, tout comme l'enfant, apprendra à connaître et reconnaître les ressemblances en observant l'autre et en l'imitant, par le lien social donc. L'institution va ainsi lui permettre de comprendre le monde en même temps qu'elle lui permet de se définir par rapport à lui : l'institution fonde donc l'identité des individus. Ces derniers vont mémoriser les classifications et intégrer les zones de lumière que l'institution jette sur le monde, de même que ses zones d'ombre qui échappent au questionnement et à l'observation. Or la mémoire, tout comme l'oubli, est fondée sur un système mnémonique socialement organisé : « *la mémoire collective sert de système de*

*stockage à l'ordre social* » (Douglas, 1986 : 106). L'orchestration collective de la mémoire va être transmise et diffusée, donnant ainsi une cohérence à la vie sociale.

En structurant ressemblances et mémoire dans un univers incertain, les institutions fondent la possibilité d'existence d'un espace social stable et cohérent. Elles vont émerger, persister et disparaître, se maillant pour former ce qu'on appelle la culture d'une société ou d'une organisation. Selon Douglas (1986), une convention sociale explicite devient une institution dès que sa raison d'existence peut être justifiée par « *une référence au mouvement des planètes dans le ciel ou au comportement naturel des plantes, des animaux ou des hommes* » (Douglas, 1986 : 81). Sa légitimité se fonde sur une analogie avec la nature de l'univers. C'est cette naturalisation qui portera le processus d'institutionnalisation et qui dotera les institutions de leur stabilité.

## Le naturel : légitimité et évidence

Les premières approches en sciences de gestion considéraient les organisations comme des systèmes rationnels - des machines sociales transformant efficacement des *inputs* en *outputs* (Scott, 1987 : 31) -, une perspective que les institutionnalistes se sont proposés d'enrichir. On sait, depuis les travaux de DiMaggio & Powell (1991), qu'une grande partie des dynamiques des champs organisationnels ne provient pas seulement des impératifs techniques ou matériels, mais aussi des normes culturelles, des symboles, des croyances et des rituels. Au cœur de cette approche, on trouve le concept de légitimité que Meyer & Rowan (1977) ont été parmi les premiers à mettre au centre de leurs analyses.

Pour ces derniers, la théorie des organisations avait oublié une dimension fondamentale de la structure formelle : sa légitimité une fois instituée. C'est en cela qu'elle va avoir un poids social aussi fort dans les descriptions de la « réalité », parce que certains éléments de ces structures formelles ne sont autres que les manifestations de règles institutionnelles. Ces manifestations fonctionnent dès lors comme des mythes hautement rationalisés qui vont avoir deux propriétés fondamentales : agir comme des prescriptions rationalisées et impersonnelles indiquant les moyens d'action légitimes pour atteindre des buts techniques donnés et être dotées d'une portée dépassant largement le cadre de l'action locale. Leur impact est donc extrêmement important puisqu'elles définissent et redéfinissent les situations dans lesquelles

les organisations évoluent, facilitant ainsi leur propre persistance. Ils créent la nécessité, l'opportunité et l'impulsion qui poussent les acteurs (individuels et collectifs) à s'organiser au-delà ce qu'exige l'environnement concurrentiel. Les organisations sont ainsi structurées par des dynamiques environnementales qui les poussent à être « *isomorphiques* », c'est-à-dire à copier les formes des acteurs considérés comme légitimes. D'un côté, l'environnement génère des exigences et des demandes qui empiètent sur les organisations, les obligeant ainsi à incorporer un certain nombre d'éléments (DiMaggio & Powell, 1983). De l'autre, on peut aussi considérer que ces mêmes organisations reflètent structurellement la construction sociale de la réalité et portent donc naturellement en elles une partie des règles institutionnelles. Cet isomorphisme va avoir des conséquences importantes sur la vie et la gestion des organisations car « *(celles) qui incorporent des éléments rationalisés et socialement légitimés dans leur structure formelle maximisent leur légitimité et augmentent à la fois leurs ressources et leurs chances de survie* » (Meyer & Rowan, 1977 : 352). Face à une recherche d'efficacité inhérente au caractère rationnel de toute organisation, se posera aussi une quête de légitimité dans une perspective institutionnelle. En regard, mais non nécessairement opposées, ces deux logiques cohabitent pour doter l'organisation d'une rationalité bidimensionnelle. Toutes deux, par la légitimité et les ressources qu'elles fournissent, garantissent la survie de l'organisation en dépit des divergences structurelles qui peuvent survenir.

Pour Suchman (1995), toute cette littérature institutionnaliste parle de légitimité organisationnelle tout en restant étonnamment fragile sur ce concept central dans les analyses modernes des organisations. Selon lui, les théoriciens en viennent à oublier de définir la notion de légitimité. C'est pour cela qu'il propose d'ouvrir son article, sur une clarification : « *La légitimité est une perception ou une supposition généralisée du fait que les actions d'une entité sont désirables, justes ou appropriées dans un système socialement construit de normes, de valeurs, de croyances et de définitions* » (Suchman, 1995 : 574). Dès lors, la légitimité apparaît bien comme étant une quête centrale pour les organisations, effectuée en parallèle d'un souci constant d'efficacité. Ainsi, les organisations légitimes pourront jouer de leur crédibilité pour perdurer puisque leurs actions seront de fait désirables, justes ou appropriées (Parsons, 1973). Elles ne seront pas seulement plus efficaces, mais elles auront plus de sens et seront vues comme plus dignes de confiance. Elles pourront être à la fois soutenues activement, et bénéficier d'un accord passif, du fait de leur légitimité. Suchman

(1995) recense trois types de légitimité : pragmatique, morale et cognitive. La légitimité pragmatique repose sur le calcul intéressé du public d'une organisation, sur l'évaluation des bénéfices pratiques qu'il peut en retirer. La légitimité morale, elle, part d'un jugement normatif examinant si l'activité organisationnelle est bonne au regard d'un système de valeurs socialement construit. Enfin, la légitimité cognitive se base sur l'évidence de la nécessité et du sens émanant de la compréhension des acteurs.

Scott (2001) reprend cette dualité entre efficacité et légitimité et place la seconde au cœur de l'approche institutionnelle. Se référant à Berger & Luckmann (1967), il voit dans la légitimation une justification « *de l'ordre institutionnel en conférant une dignité normative à ses impératifs pratiques* » (Berger & Luckmann, 1967 : 92). On retrouve ici la perspective wébérienne d'étude de la manière dont le pouvoir, en se fondant en légitimité, devient une domination qui structure l'espace et la vie sociale. Les trois types de domination qu'il identifie reposent sur trois types de légitimité. Tout d'abord, une légitimité charismatique qui repose « *sur la croyance et l'attachement à l'égard de ce qui est extraordinaire, et (le détenteur du pouvoir) est valorisé parce qu'il va au-delà des qualités humaines normales* ». Ensuite, une légitimité traditionnelle qui s'adosse à « *une disposition d'esprit à l'égard des problèmes quotidiens et à la croyance en la routine de tous les jours, en tant que norme d'action inviolable* ». Enfin, une légitimité rationnelle légale dont le pouvoir « *est plutôt basé sur des relations impersonnelles avec les devoirs d'une charge, définie de façon générale et fonctionnelle* ». Si une structure légitimée peut toujours être contestée (Scott, 2001 : 61), cela est rendu complexe par l'inscription de sa légitimité dans le temps ; inscription qui va en faire un élément évident de la vie sociale.

Une institution est donc bien une construction mais qui s'est ancrée si profondément dans le corps social qu'elle devient invisible de par son évidence. « *Les logiques institutionnelles constituent une cosmologie au sein de laquelle les significations prennent un sens, où les couples moyens-fins sont considérés comme appropriés et deviennent naturels, conditions impensées de l'action sociale, mettant en acte les substances en jeu en eux* » (Friedland, 2002 : 383). En devenant évidente, l'institution se fait centrale dans la société comme dans les organisations, constituant un référent implicite de l'action, une ressource naturellement donnée. Ainsi, selon Zucker (1977 : 726), les actions hautement institutionnalisées sont à la fois objectives (potentiellement répétables par d'autres acteurs

sans changement de sens) et extérieures (définies inter-subjectivement afin qu'elles puissent sembler faire partie d'une réalité externe). Face à cela, ce qui va nous intéresser plus particulièrement, c'est le processus par lequel une manière de faire, jusqu'alors anodine ou nouvelle, va émerger et s'imposer comme une pratique sociale légitime, voire incontournable.

## Le processus d'institutionnalisation

Berger & Luckmann (1967) ont étudié le rôle des institutions dans ce qu'ils appellent la construction sociale de la réalité, développant plus avant la question de la naturalisation et la place de l'institutionnalisation dans la création et la perpétuation de certains groupes sociaux. Ils notent en préambule que les « *processus d'accoutumance précèdent toute institution* » (Berger & Luckmann, 1967 : 118), soulignant cette idée que l'institution se fonde d'abord sur une récurrence que l'on finit par trouver naturelle et qui nous permet de prévoir l'avenir. Pour eux, une institution se manifeste « *chaque fois que des types d'acteurs effectuent une typification réciproque d'actions habituelles* » (Berger & Luckmann, 1967 : 118). Ils lui assignent une fonction sociale proche de celle identifiée par Douglas (1986) : la possibilité de prédire, avec suffisamment de certitude, le cours des actions sociales.

Les comportements institutionnalisés dans la résolution de problèmes récurrents permettent alors de minimiser l'effort de décision face à ces stimuli similaires par un phénomène d'**habituat**ion. Par la suite, le sens donné à ces comportements devient normal, c'est-à-dire qu'il n'est plus spécifique au contexte ou aux personnes mais qu'il est généralisé. C'est ce que Zucker (1977) nomme l'**objectivisation** qui est, selon elle, une composante principale de l'institutionnalisation. Ces étapes d'habituat

ion et d'objectivisation ont été identifiées dès les premières analyses phénoménologiques. Berger & Luckmann (1967) vont les enrichir d'une nécessité de transmission, car c'est leur extériorité qui va faire que ces typifications sont « *ressenties comme possédant une réalité en elles-mêmes, une réalité que l'individu rencontre comme un fait externe et coercitif* » (Berger & Luckmann, 1966 : 58). Zucker (1977) lie cette étape au processus de transmission qui accompagne l'idée même d'institutionnalisation dans une dynamique que Tolbert & Zucker (1983) nomment la **sédimentation**.

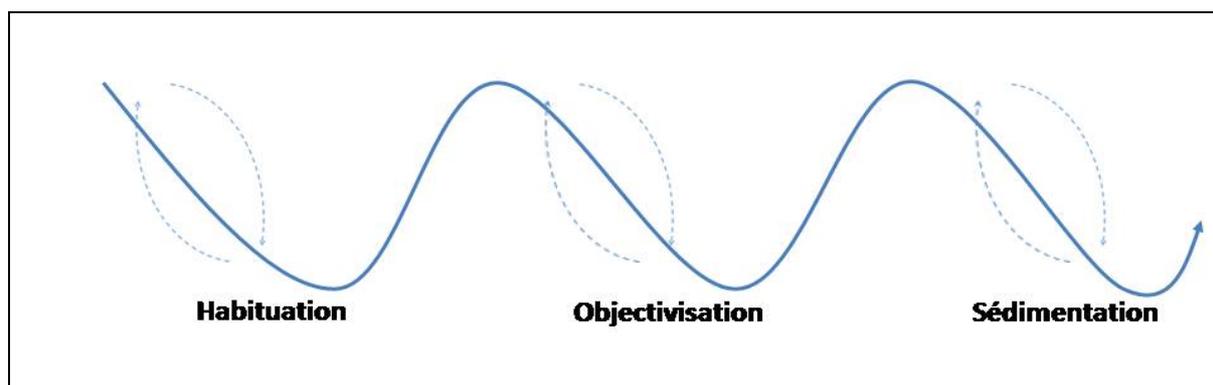


Figure 3 : Les étapes du processus d'institutionnalisation

## Habituation

Au cours de leur vie sociale, les individus constatent un certain nombre de régularités ; régularités culturellement construites par analogie et mémorisation comme nous l'avons vu avec Douglas (1986). Ainsi, ils perçoivent un univers tramé de rôles, d'actions récurrentes, bref, d'une multitude de stabilités locales. Ce processus d'habituation émerge du simple constat récurrent d'une similarité entre des manières de faire – similarités socialement produites rappelons le. « *Toute action répétée fréquemment se fonde dans un modèle, qui peut être reproduit avec peu d'effort* » (Berger & Luckmann, 1966 : 116). Cette habitude produit ainsi des inférences fortes qui donnent des habitudes et des traditions structurantes pour l'individu. On retrouve cette idée chez Hume lorsqu'il propose d'expliquer le phénomène de la coutume basé sur la réalisation de ces inférences causales. Selon lui, c'est une démarche que nous faisons de manière quotidienne et qui donne naissance à des croyances fortes. Cependant, les principes logiques à la base de ces inférences sont étonnamment faibles et en général basés sur la supposition que « *le futur ressemblera au passé* ». Hume (1739) affirme que ce qui nous pousse à agir de la sorte est le fait que depuis notre enfance nous acquérons l'habitude de faire ces inférences ; idée que Douglas (1986) reprend à propos de l'organisation sociale de la mémoire. C'est cette accoutumance, qu'elle qu'en soit la pertinence sociale ou la solidité logique, qui va précéder tout phénomène d'institutionnalisation. Dans le contexte organisationnel, l'habituation correspond à la création de réponses similaires face à des problèmes constatés comme étant récurrents. Cette étape de

« *pré institutionnalisation* », qui fait émerger une structure de l'action, a été considérablement étudiée dans la littérature portant sur l'innovation et le changement organisationnel (Tolbert & Zucker, 1983 : 181).

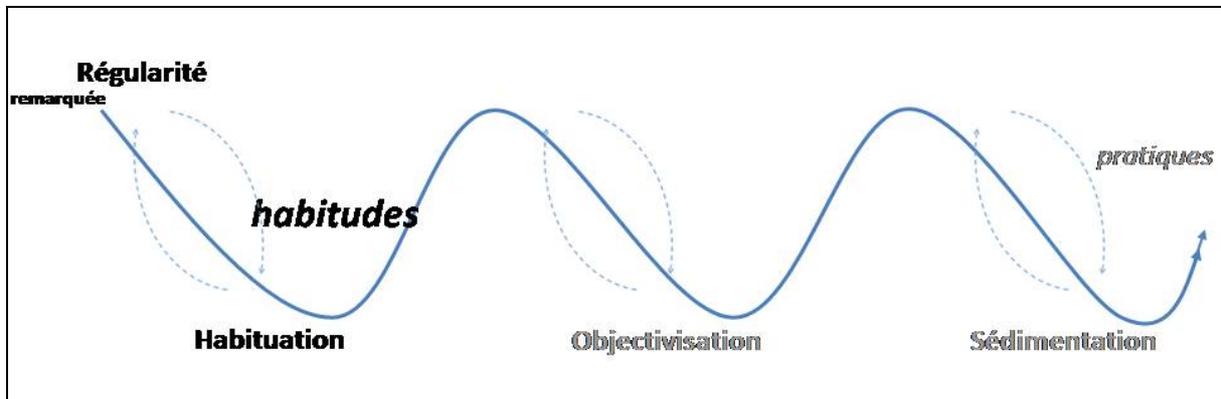


Figure 4 : Institutionnalisation et habitudes

## Objectivisation

Durant cette habitude, un certain naturel s'installe autour des récurrences ; on attendra alors de chacun qu'il se comporte comme il s'est comporté précédemment. Ce processus fait de l'habitude une routine, générant une naturalité des actions sociales qui sont alors « *vécues comme existant au-dessus et en dessous des individus* » (Berger & Luckman, 1967 : 124). Les typifications, ou classifications, que manipulent les individus ne sont plus simplement des constats empiriques mais plutôt des réalités extérieures qui s'imposent à eux, elles sont objectivées. Cette dimension reste encore accessible à des changements puisque les individus qui l'ont générée en ont encore une relative conscience, mais elle s'est extraite de leur production pour devenir une référence externe relativement stable. Ainsi, le questionnement s'en retire, les expérimentations sont perçues comme des écarts et l'on stabilise les manières de faire et de penser. Si l'objectivité qui caractérise ce processus peut même parfois être coercitive, elle n'en est pas moins socialement construite. Ainsi, ce qui donne une stabilité à l'institution est, au-delà d'une habitude à une manière de faire, le développement d'un consensus sur la valeur d'une structure ainsi que son adoption dans et entre les organisations sous forme de multiples procédures. Ces dernières pourront alors être générées et se verront proposées à travers l'organisation de manière, non plus contextuelle,

mais impersonnelle et générale. C'est cette réification, qui permet et facilite sa diffusion. Une forme de théorisation pourra alors être bâtie sur cet objet pour en faciliter la circulation par la légitimité ainsi conférée (Tolbert & Zucker, 1983). Le mimétisme peut se faire par simple imitation d'un *leader* considéré comme légitime mais peut aussi prendre la forme d'un impératif normatif. À ce stade, il sera encore possible de confronter la manière de faire en cours d'institutionnalisation à ses résultats sur le terrain, réussites comme échecs, et de la faire évoluer. Sa forme est stabilisée mais pas encore rigidifiée.

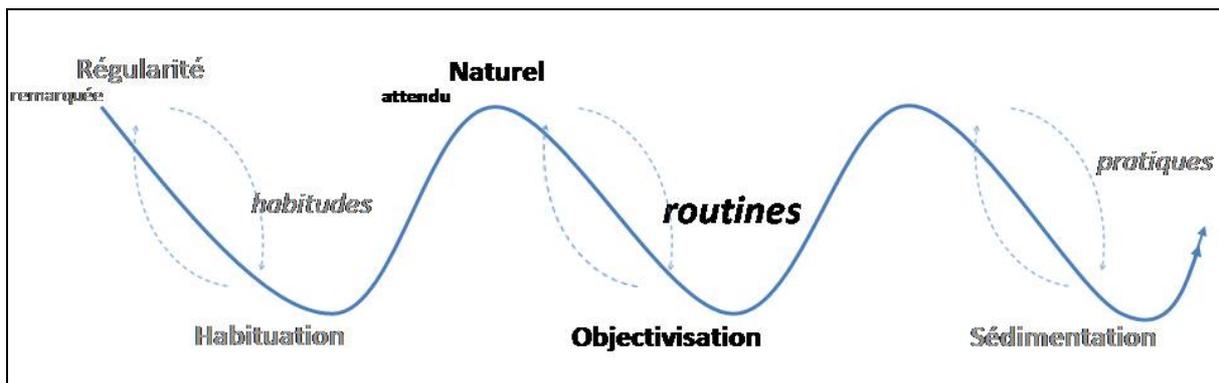


Figure 5 : Institutionnalisation et routines

## Sédimentation

« La pleine institutionnalisation implique une sédimentation, un processus qui se base fondamentalement sur la continuité historique de la structure, et plus particulièrement sur sa survie entre les générations de membres de l'organisation » (Tolbert & Zucker, 1983 : 184). Cette sédimentation est renforcée par le ou les groupes sociaux que le processus d'institutionnalisation légitime et qui cherchent à instituer une manière de faire stabilisée. Lorsque cette routine, dorénavant attendue, commence à être diffusée à la fois entre les individus et entre les générations, elle se fait peu à peu évidente et l'objectivisation devient objectivité. Ce processus de transmission fait de ce qui était attendu une exigence en donnant une densité et une épaisseur plus fortes à la sphère objective de la réalité. L'apprentissage de la routine lui confère une importance nouvelle car elle l'inscrit dans un système institutionnel dorénavant cohérent et sur lequel les individus comptent. La pratique naissant de cette transmission « devient le monde (...) C'est seulement de cette manière, en tant que monde

*objectif, que les formations sociales peuvent être transmises à une nouvelle génération* » (Berger & Luckmann, 1966 : 125). Ce qui n'était qu'une habitude fait maintenant partie des éléments stables et nécessaires au bon fonctionnement de la vie sociale : us et coutumes, traditions, rituels, etc. Ces éléments sont diffusés par socialisation, dans un état qui peut rester tacite et dont les détails ne sont pas nécessairement explicités. On les questionne alors d'autant moins qu'ils forgent les cadres cognitifs des acteurs, rendant ainsi non pertinente la question de leur sens. Ces éléments institués appartiennent à un ensemble qui structure le monde, qui lui donne sens. À tel point que « *la réalité objective des institutions n'est pas entamée si l'individu ne comprend pas leur finalité ou leur mode de fonctionnement* » (Berger & Luckmann, 1966 : 126). Succédant à l'habituation et à l'objectivisation, la sédimentation des routines par leur transmission déclenche l'institutionnalisation, acte de naissance des pratiques. « *Plus la conduite est considérée comme allant de soi au niveau de la signification, plus les alternatives possibles aux « programmes » institutionnels s'éloigneront, et plus la conduite elle-même sera prévisible et contrôlée* » (Berger & Luckmann, 1966 : 130). Ce n'est qu'à ce stade qu'on peut parler de réalité « objective » des éléments sociaux, notamment des pratiques.

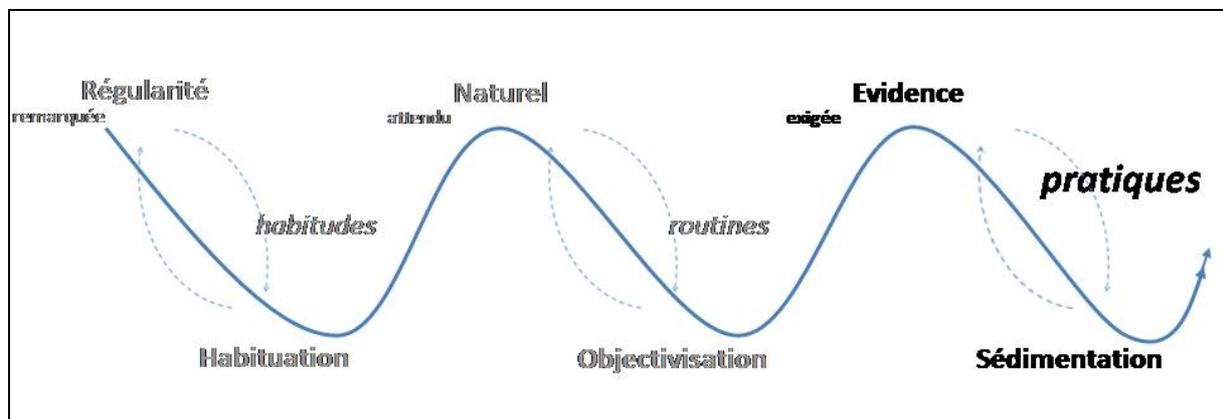


Figure 6 : Institutionnalisation et pratiques

On peut alors, avec Tolbert & Zucker (1983 : 185), synthétiser le séquençage du processus d'institutionnalisation :

	<i>Pré- institutionnalisation</i>	<i>Semi- institutionnalisation</i>	<i>Pleine institutionnalisation</i>
<i>Processus</i>	Habituations	Objectivisation	Sédimentation
<i>Logique de diffusion</i>	Imitation	Imitation normative	Normative
<i>Variations dans l'application</i>	Fortes	Modérées	Faibles

Tableau 1 : Le processus d'institutionnalisation

Les notions d'institution et d'institutionnalisation maintenant clarifiées, il s'agit pour nous d'explorer le contenu du tableau ci-dessus, c'est-à-dire analyser les modalités de diffusion, de variation, de justification ou encore de négociation qui le trament. Finalement, quels sont les phénomènes organisationnels qui participent de ce processus ? Il faudra saisir comment les modalités d'institutionnalisation ne peuvent réduire la pratique organisationnelle à une simple procédure figée. Il existe bien une tension dans l'institutionnalisation des pratiques qui demande de rentrer plus profondément dans le processus pour en comprendre la richesse et l'hétérogénéité souvent cachées. À chacune des étapes d'institutionnalisation proposées, de multiples variations peuvent, et vont, intervenir. Elles génèrent ainsi un univers institutionnel qui, s'il donne cohérence, sens et stabilité au monde social, n'en est pas moins riche et divers.

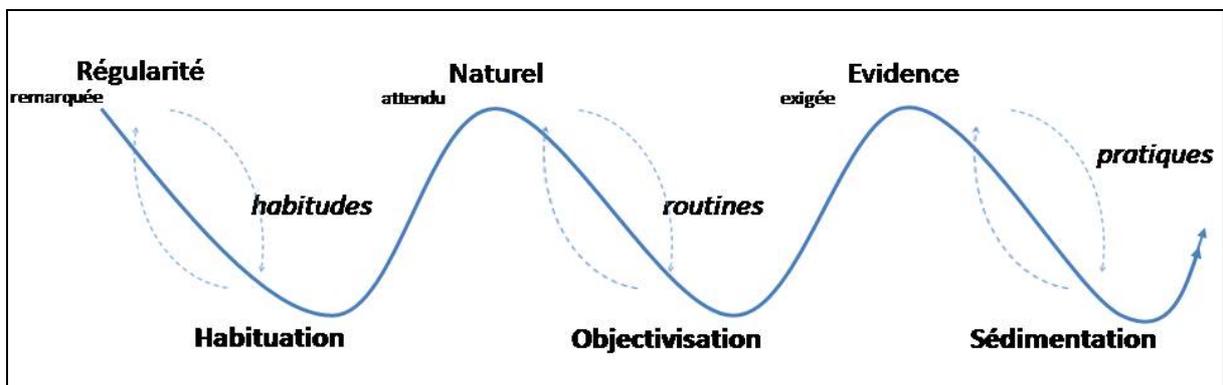


Figure 7 : Le processus d'institutionnalisation des pratiques

## Un ensemble d'activités hétérogènes

Il nous semble essentiel, avant de préciser plus finement les modalités du processus, d'insister sur le caractère hétérogène de l'institutionnalisation. Elle n'est pas nécessairement un faisceau cohérent et coordonné d'actions visant à instituer, selon une tactique particulière et prédéfinie, une manière de faire qui deviendra une pratique. Elle est plutôt un agrégat d'actions, de stratégies, de revendications et de routines dont la stratégie est le plus souvent émergente et rationalisée *a posteriori*. Si les acteurs, individuels et collectifs, ont bien des objectifs qui leur sont propres, l'ensemble du processus reste plus riche et foisonnant, demandant la coexistence et les interactions d'une multitude d'activités.

## Une coordination facultative

Il existe, selon Berger & Luckmann, un fait empirique : « *les institutions tendant à coller ensemble* » (Berger & Luckmann, 1967 : 131). Certes, mais on a vu avec Giddens (1984) que les institutions sont à la fois le produit des actions sociales et leur cadre contraignant, évoluant donc dans une dualité dynamique générant un « flottement » inhérent au système institutionnel. Ainsi, par leurs choix et leurs actions quotidiennes, les acteurs, individuels comme collectifs, peuvent continuellement modifier, améliorer, détériorer voire même éliminer les institutions au sein desquelles ils évoluent (Barley & Tolbert, 1997 : 94). Ainsi, le processus d'institutionnalisation d'une pratique n'a rien d'automatique. Il est le produit d'une dialectique complexe entre acteurs, actions et significations (Zilber, 2002) dans un contexte institutionnel hétérogène au sein duquel cette manière de faire ne s'insère pas nécessairement avec évidence. Ce processus est le produit d'une coexistence de pratiques émergentes, de sens partagés et d'une multitude d'individus qui les mettent en actes ; la logique qui y préside n'est pas forcément coordonnée ou cohérente, elle est émergente. On notera ici que, puisque l'institutionnalisation est aussi liée au sens, des pratiques apparemment identiques dans la forme pourront avoir des significations différentes selon les acteurs et les contextes, et donc, finalement, être d'une toute autre nature (Zilber, 2002 : 246). Cela produira des opportunités de récupération d'anciennes formes, d'anciens sens, au profit d'une

nouvelle génération de pratiques. Dans cette perspective, on comprend comment, en faisant les choses de la même manière, les pratiques peuvent, et vont, évoluer. Si l'institutionnalisation est un processus dont la stratégie est émergente, les acteurs qui y participent, directement ou non, n'en sont pas pour autant démunis. Si l'on constate une institutionnalisation d'une manière de faire, c'est bien parce qu'à de multiples niveaux, en de multiples endroits et à différents moments, des acteurs œuvrent de manière volontaire et déterminée. On retrouve cette idée dans l'approche des logiques institutionnelles qui « *peuvent se développer à différents niveaux, par exemple, les organisations, les marchés, les industries, les réseaux inter-organisationnels, les communautés géographiques et les champs organisationnels* » (Thornton & Ocasio, 2008). « *Ainsi, de facto, les institutions sont intégrées. Mais leur intégration n'est pas un impératif fonctionnel pour les processus sociaux qui les produisent. Elle s'opère plutôt de façon dérivée* » (Berger & Luckmann, 1966 : 133). De ce point de vue, **l'institutionnalisation sera toujours un processus continu évoluant sur plusieurs niveaux d'analyse, hétérogène et non nécessairement coordonné.**

L'institutionnalisation n'est pas et ne peut pas être un processus linéaire uni directionnel, un faisceau d'actions focalisé et cohérent. Comme Lounsbury & Crumley (2007) l'affirment, elle est le produit d'activités hétérogènes et dispersées sur des niveaux multiples. La coordination n'étant en rien une nécessité dans cette émergence d'une manière de faire légitime, les directions prises par les différents acteurs ont des conséquences qu'ils ne maîtrisent pas et donc des résultats toujours inattendus. Les pratiques sont un type d'institution forgeant un modèle d'activité et leurs performances dans le temps proviennent de stratégies de déviations et de leur élasticité théorique qui permet des modifications. Elles ne sont pas de purs produits institutionnels, bien au contraire. Elles sont plutôt le moyen par lequel les acteurs font coexister différentes logiques institutionnelles dans leurs manières de faire au quotidien. L'évolution est donc inhérente à l'institutionnalisation qui est porteuse de réplication, de variations et, finalement, d'innovations. Comme le disent Schneiberg & Soule (2005), le processus d'institutionnalisation se fait sur plusieurs niveaux et reste toujours tramé de contestations. Il est « *moins le développement d'un consensus qu'une liaison, une combinaison ou une recombinaison de différents modèles, principes, groupes et projets, une articulation ou une convergence qui préserve l'ambiguïté et la multiplicité et contient un éventail de possibilités pour des assemblages, des réassemblages et des recombinaisons futurs* » (Schneiberg & Soule, 2005 : 157). L'institutionnalisation d'une pratique n'est donc

en rien la suppression de toute forme de variantes ou d'alternatives, c'est la quête de légitimité et d'évidence d'une manière de faire toujours potentiellement contestable. C'est « *un accord final entre conflits politiques à propos de modèles concurrents* » (Davis & al., 2005 : 71).

## Travail institutionnel et création d'institutions

L'institutionnalisation n'est pas un simple processus historique inhérent à tous les faits sociaux, elle est le résultat d'un ensemble d'actions et de la rencontre de multiples individus. Ainsi, il apparaît clairement que les acteurs sont capables d'avoir un impact significatif sur les institutions et les champs organisationnels. Ce sont leurs actions individuelles et collectives qui portent les institutions et le travail institutionnel peut être défini comme « *l'ensemble des actions délibérées d'individus et d'organisations visant à créer, maintenir ou perturber les institutions* » (Lawrence & Suddaby, 2006). Loin du modèle de l'acteur rationnel, c'est plutôt une volonté de prendre en compte leur capacité à travailler de manière pertinente et donc en faisant preuve d'une logique institutionnelle définie.

Selon Lawrence & Suddaby (2006) le travail de création d'institutions est de loin le domaine qui a été le plus étudié, notamment dans le cadre des recherches effectuées sur l'entrepreneuriat institutionnel qui se concentrent sur le rôle des acteurs visant à la création d'institutions. Celle-ci s'effectue en trois étapes. Dans un premier temps, un travail politique de redéfinition des règles, droits et frontières ainsi que des accès aux ressources est nécessaire :

- *Promotion* : La promotion est la mobilisation de supports politiques et régulateurs au travers de techniques de persuasion (rhétorique, argumentation). Ce travail institutionnel prend la forme d'une représentation directe et délibérée des intérêts de certains acteurs. Il a pour objectif de redéfinir la distribution des ressources ou des capacités nécessaires à la création de nouvelles institutions. Il y a ici une opportunité pour les acteurs marginaux d'acquérir une légitimité et donc de créer de nouvelles institutions. La promotion est un moyen pour les acteurs d'influencer la perception des normes de l'institution au sein de l'organisation.

- *Définition* : La définition est la construction d'un système de règles conférant une identité, définissant des frontières d'appartenance et créant une hiérarchie sur le terrain. C'est un élément clef du travail institutionnel en ce sens qu'il implique la formalisation d'un système de lois et de règles. Contrairement à la nature plutôt prohibitive des activités de régulation, la définition se focalise plutôt sur l'établissement de nouveaux paramètres des structures et des pratiques institutionnelles futures.
- *Investiture* : C'est un travail institutionnel de création des structures de règles qui confèrent des droits de propriété et d'appropriation. C'est un micro processus de création de nouveaux acteurs et de nouvelles dynamiques de champs par le changement des règles de relations de marché. Il implique un degré de partage de l'autorité coercitive et régulatrice.

Ensuite, vient un travail de normalisation et de reconfiguration des systèmes de croyance :

- *Construction des identités* : L'identité décrit la relation entre l'acteur et le champ dans lequel il opère. Ce travail institutionnel, décrit dans les travaux de Bourdieu & Wacquant (1992), n'est pas sans poser problème. Il avait été assimilé au développement des professions avant qu'on ne souligne l'importance de l'action collective dans la construction de l'identité comme une forme de travail institutionnel normatif (Lounsbury, 2001).
- *Changement des normes* : Afin de créer de nouvelles institutions, il est nécessaire de reformuler les associations normatives, c'est-à-dire de remodeler les connections entre les pratiques et leurs fondements moraux et culturels. Cela mène souvent à la création de nouvelles institutions, de manière parallèle ou complémentaire à celles existantes et sans forcément les menacer directement.
- *Constructions de réseaux normatifs* : Les réseaux normatifs sont des ensembles de connections inter organisationnelles dont les pratiques sont validées par les normes et qui instaurent un groupe de pairs pertinents pour assurer la conformité, la surveillance et les évaluations normatives. Certains groupes d'acteurs construisent des réseaux normatifs qui fournissent les bases de nouvelles institutions. Ainsi, des coalitions faibles et anciennes d'acteurs divers peuvent construire des réseaux normatifs esquissant de

nouvelles institutions souvent sans menacer directement les structures et les activités institutionnelles préexistantes.

Enfin, la mise en place d'une forme de conceptualisation va conclure ce travail de création :

- *Imitation* : Les acteurs tentant de créer de nouvelles institutions peuvent profiter des pratiques, technologies et règles existantes s'ils arrivent à associer le nouveau et l'ancien. L'imitation est l'un des moyens pour y arriver. Elle permet de rendre le nouveau modèle compréhensible et accessible tout en soulignant les limites de l'ancien.
- *Théorisation* : La théorisation correspond au développement et à la spécification de catégories abstraites et à l'élaboration de chaînes de causalité. Un de ses aspects fondamentaux est le fait de nommer les concepts et les pratiques qui pourraient faire partie de la carte cognitive du champ. Nommer représente la première étape qui donne ses fondations à la théorisation par laquelle l'acteur articulera les causalités des relations temporelles au sein des éléments institutionnels.
- *Éducation* : La dernière étape du travail institutionnel de création est l'éducation des acteurs en termes de capacités et de savoirs nécessaires au soutien de ces nouvelles institutions. La création de nouvelles institutions implique souvent le développement de nouvelles pratiques ainsi que la connexion de ces pratiques à des mécanismes de contrôle.

L'important dans la création d'institutions est la capacité non seulement d'établir des règles mais aussi de construire des récompenses et des sanctions qui les renforcent. Cette capacité peut être acquise grâce à des processus politiques et économiques par lesquels un acteur acquiert une position supérieure dans le champ. Les acteurs moins puissants sont particulièrement associés à ce travail de création des institutions impliquant l'association de nouvelles pratiques avec les institutions existantes.

## Les dimensions de l'institutionnalisation

Composé d'activités multiples, hétérogènes et non nécessairement coordonnées, évoluant sur différents niveaux, le processus d'institutionnel est fondamentalement multi dimensionnel. Il ne peut être compris comme un faisceau structuré d'actions stratégiquement agencées, il faut, dès l'analyse conceptuelle, se donner les moyens d'en saisir la complexité. Si une grille de lecture est, par définition, simplificatrice (à la fois partielle et partiale), nous nous efforcerons d'en produire une tout de même capable de rendre compte de cette richesse dans le processus d'institutionnalisation des pratiques organisationnelles. Si nous avons déjà évoqué les travaux de DiMaggio & Powell (1983) plus haut, il nous semble nécessaire d'y revenir maintenant pour mieux comprendre les forces qui trament ce processus.

### Trois forces

DiMaggio & Powell (1983) proposent de renouveler l'approche wébérienne qui enfermerait les organisations dans une cage d'acier rationnelle légale. Si la forme bureaucratique reste effectivement dominante, les entreprises ne semblent pas être simplement guidées par la concurrence ou la pure quête d'efficience. Selon eux, les organisations tendent à se ressembler du fait de la structuration des champs organisationnels - des agrégats d'organisations constituant une zone reconnaissable de la vie institutionnelle. Or, les champs très structurés fournissent un contexte dans lequel la rationalité des efforts individuels face à l'incertitude et aux contraintes de l'environnement mène le plus souvent à une homogénéité non seulement de structure mais aussi de culture et de production. Plutôt que de chercher les raisons de la diversité des sortes d'organisations, les institutionnalistes vont donc étudier les mécanismes de structuration du champ organisationnel menant à une homogénéisation. Si des entreprises *leaders* restent guidées par une volonté de recherche d'efficacité, l'adoption de ces formes par d'autres relève plutôt, nous l'avons vu, de la quête de légitimité (Meyer & Rowan, 1977). C'est cette dernière qui donne une telle puissance à ce que DiMaggio & Powell nomment l'isomorphisme, processus qui ne mène pas nécessairement à une augmentation de l'efficacité de l'organisation. En revanche, il garantit une forme de légitimité dans l'appartenance au champ. DiMaggio & Powell (1983) en identifient trois principaux types qui sont autant de forces structurant le champ :

- *L'isomorphisme coercitif* basé sur l'influence politique et la question de la légitimité : ces forces contraindront les pratiques par les pressions formelles et informelles qui sont portées par les attentes de l'environnement.
- *L'isomorphisme mimétique* basé sur les réponses standards aux incertitudes rencontrées : en limitant les coûts de l'action, les modèles légitimes façonnent les pratiques.
- *L'isomorphisme normatif* associé principalement à la question de la professionnalisation : les pratiques seront alors définies par l'éducation, la formation et l'influence des réseaux sociaux.

Ces trois types d'isomorphisme seront chacun porteurs d'une dimension du processus d'institutionnalisation.

### Trois piliers

Reprenant les travaux de DiMaggio & Powell (1983), Scott (2001) présente les institutions comme étant basées sur trois piliers : normatif, régulateur et culturel-cognitif. Ceux-ci vont former un continuum allant « *du conscient à l'inconscient, du légalement imposé à l'évidence* » (Hoffman, 1997 : 36). Dans une **perspective régulatrice**, les institutions contraignent et régulent les comportements par « *des procédures explicites : définition de règles, surveillance et sanctions* » dont les effets peuvent aussi se diffuser par des mécanismes informels (Scott, 2001 : 52). Le contrôle se fait alors par la coercition pour assurer la conformité par un système de règles et de lois stable générant un sentiment de culpabilité chez les contrevenants. Dans une **approche normative**, on insistera plutôt sur « *les dimensions de prescription, d'évaluation et d'obligation dans la vie sociale* » (Scott, 2001 : 54). Au travers de faits et de valeurs, des rôles sont attribués aux acteurs, produisant ainsi des attentes extérieures contraignant les comportements. Les contrevenants seront alors considérés comme des déviants qui ressentiront une honte et un déshonneur. Dans une **optique culturelle cognitive**, les institutions sont des conceptions et des compréhensions partagées qui génèrent une réalité sociale. Le sens des pratiques sociales est le produit d'interactions entre les acteurs et est maintenu par le cours continu de leurs activités. Une institution est alors le produit d'une sédimentation d'une compréhension particulière qui devient un sens commun. On insiste alors sur la constitution de cadres cognitifs communs

permettant la communication, les échanges et les interactions. Scott (2001 : 59) synthétise les principaux éléments de ces trois piliers dans le tableau suivant :

	<i>Régulateur</i>	<i>Normatif</i>	<i>Culturel-cognitif</i>
<i>Logique de conformité</i>	Opportunisme	Obligation sociale	Évidence et compréhension partagée
<i>Mécanismes</i>	Coercitifs	Normatifs	Mimétiques
<i>Logique</i>	Instrumentale	Justesse	Orthodoxie
<i>Indicateurs</i>	Règles, lois, sanctions	Certification, accréditation	Croyances partagées, logiques d'action partagées, isomorphisme
<i>Affects</i>	Peur de la culpabilité, innocence	Honte, honneur	Certitude, confusion
<i>Source de légitimité</i>	Sanction légale	Morale	Compréhensible, reconnaissable, acceptation culturelle

Tableau 2 : Les trois piliers de l'institution

Une pratique sera donc instituée au travers de ces trois dimensions. Même si chacune n'en constituera jamais l'unique facette, il est nécessaire de considérer chacune de ces dimensions une par une pour en mieux saisir les interactions dans notre analyse :

- **D'un point de vue normatif, les pratiques sont des procédures** habituelles auxquelles les acteurs se conforment. Elles constituent une obligation soutenue par des valeurs et des normes.
- **D'un point de vue régulateur, les pratiques sont des standards.** Appliquées de manière coercitive, elles constituent des exigences plus ou moins explicites en matière de production, de travail et de comportement dont les acteurs se sont dotés.

- **D'un point de vue culturel-cognitif, les pratiques seront vues comme des traditions**, une logique d'action particulière traversée des croyances communes sur lesquelles les acteurs basent leurs certitudes. Elle est principalement alimentée par un processus d'isomorphisme mimétique qui manifeste l'appartenance à une communauté.

Ces piliers coexistent nécessairement et le processus d'institutionnalisation sera toujours le maillage des trois. Cependant, les distinguer a un effet heuristique dans l'analyse de l'*institutionalizing*, cela nous permet d'en envisager les proximités et superpositions.

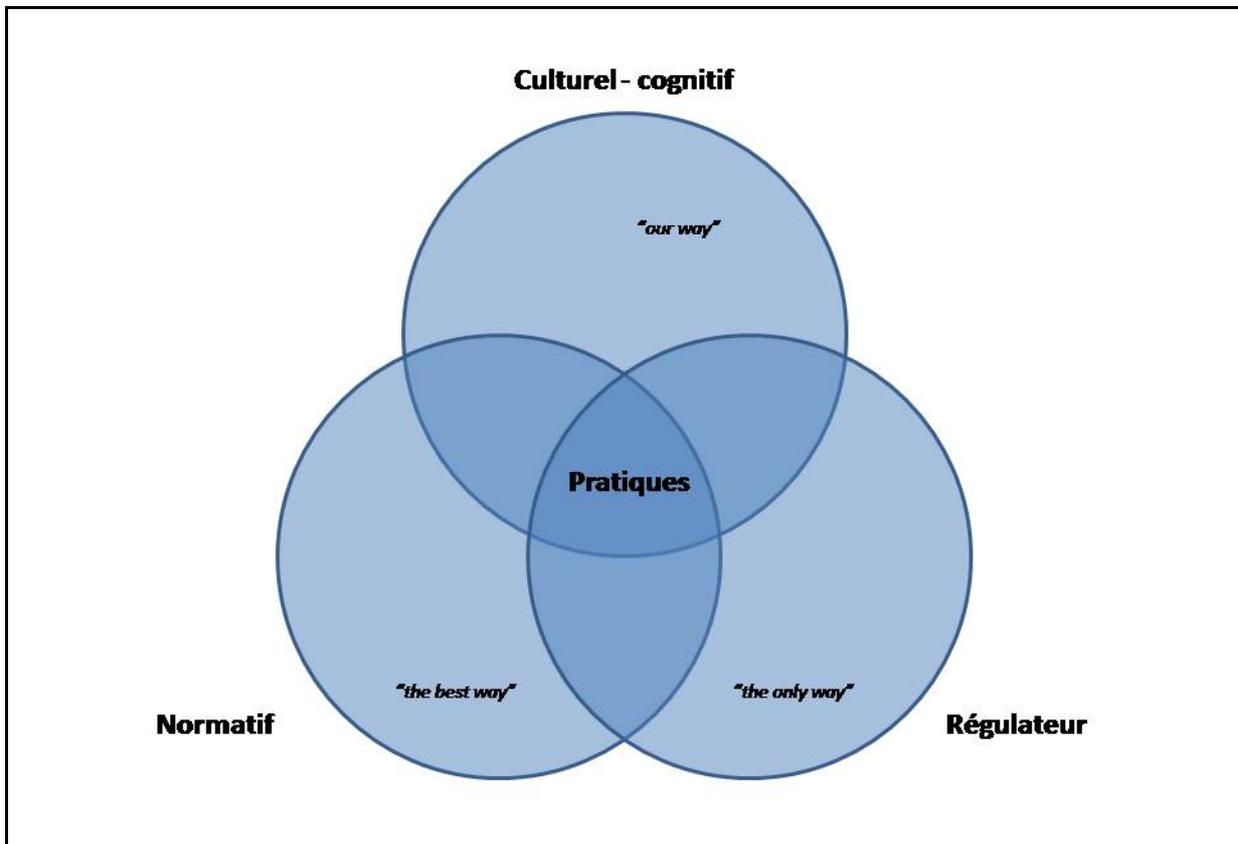


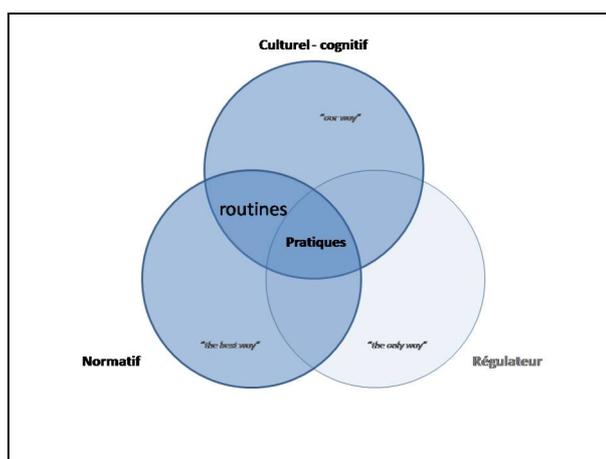
Figure 8 : Les piliers de l'institutionnalisation

## Une grille de lecture

Notre tâche est maintenant d'identifier les multiples modalités d'existence de ces manières de faire instituées en fonction du pilier sur lequel elles s'appuient. Des dimensions de la pratique émergent alors, comme autant de facettes d'un même phénomène. Chacune d'entre elles pourra être restituée dans cette grille et elle sera alors à la fois simplifiée (conséquence inhérente à la production d'un modèle) et mieux caractérisée (identification plus claire de ses éléments constitutifs). Reste à explorer ces trois « zones » et leurs recouvrements.

### Les routines

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, les routines ont été très tôt identifiées comme des notions centrales en sciences des organisations (Stene, 1940 ; March & Simon, 1958). Elles ont longtemps fait l'objet de deux constats empiriques apparemment contradictoires ; elles seraient à la fois un alourdissement de l'inertie organisationnelle face au changement ou à

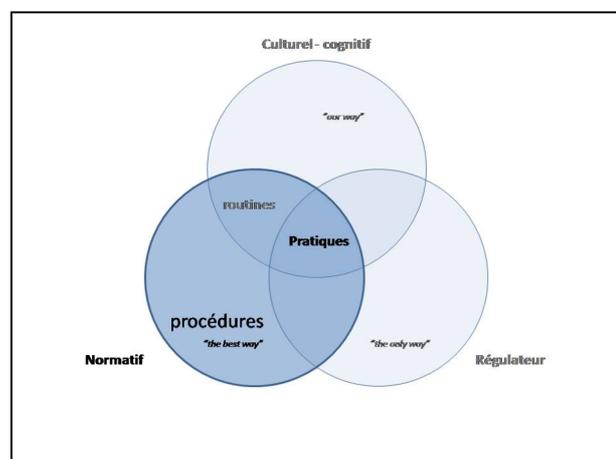


l'innovation et un atout central de leur flexibilité. Dans la littérature, elles sont maintenant considérées, non plus comme des objets statiques, mais bien comme des systèmes dynamiques produits par les interactions entre ses deux dimensions : ostensive et performative (Feldman & Pentland, 2003). D'un côté, les routines peuvent être vues comme des modèles abstraits que les acteurs suivent pour guider et rendre compte de leurs actions répétitives ; c'est leur part ostensive. D'autre part, on peut comprendre les routines comme autant de réalisations effectives d'actions spécifiques réalisées par des acteurs spécifiques en des lieux et des moments spécifiques ; c'est leur aspect performatif. Ce n'est que dans la rencontre et la coexistence des deux dimensions que l'on pourra voir émerger **des routines organisationnelles, ces « modèles répétitifs et reconnaissables d'actions interdépendantes, réalisés par de multiples acteurs »** (Feldman & Pentland, 2003 : 95). Ces deux dimensions s'enrichissent mutuellement et interagissent en permanence avec des artefacts

organisationnels qui peuvent recouvrir de multiples formes : règles écrites, procédures, formulaires, *etc.* Si ces derniers peuvent encoder une partie de l'ostensif, le performatif restera toujours inhérent aux routines. En effet, bien qu'adosés à des règles et à des attentes, ces cours d'action particuliers sont toujours, dans une certaine mesure, nouveaux. La dimension d'improvisation est d'ailleurs, comme nous l'avons déjà dit, très souvent décrite dans les travaux académiques (Feldman 2000, Orlikowski 2000, Weick & Robert 1993). Tout comme en musique, le degré de divergence par rapport au script de référence peut varier considérablement, depuis des ajustements mineurs à la cadence jusqu'à la réinvention totale. Mais la référence à un script reste essentielle et c'est à ce modèle abstrait ou généralisé de la routine que l'aspect ostensif correspond. C'est un récit ou un script qui peut potentiellement être extrêmement détaillé dans ses adaptations au contexte. Selon Feldman & Pentland (2003), il est important de saisir que la compréhension de ce modèle peut fortement varier d'un acteur à l'autre et d'un moment à l'autre. S'il peut être codifié, il n'est pas nécessairement uniforme, unique ou unifié. Les artefacts seront alors la manifestation physique de ces routines qui émergent de l'ostensif et du performatif. Ils peuvent prescrire formellement l'action sous la forme de procédures d'opérations standards, ils peuvent aussi les faire exister à l'état latent dans des machines ou des dispositifs techniques. Cependant, quelle que soit la finesse de la formalisation, l'artefact laisse toujours ouverts certains détails, ne serait-ce que contextuels. En ce sens, les artefacts sont à la fois contraignants et habilitants pour les routines organisationnelles.

## Les procédures

Si l'aspect performatif des routines organisationnelles ne peut jamais totalement disparaître, force est de constater que, dans la littérature comme sur le terrain, l'extrême formalisation de certaines pratiques tend à faire de l'aspect ostensif leur principal constituant. On ne parle alors plus véritablement de routines, mais plutôt de procédures dans ce pôle normatif. On n'est alors plus devant *une* manière de faire, mais bien *la* manière de faire. March & Simon (1958)

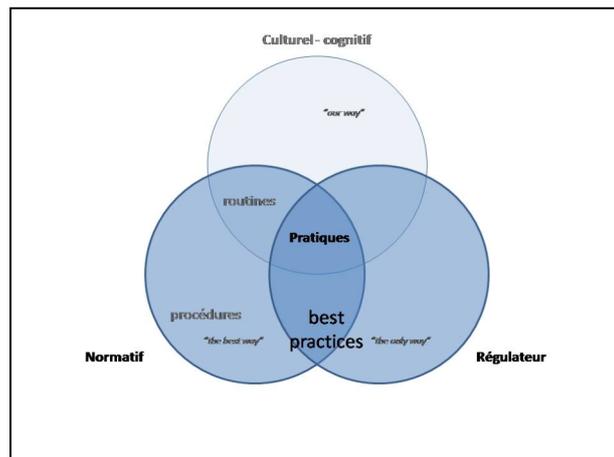


vont ainsi considérer l'activité répétitive de l'organisation comme un stimulus provoquant une réaction. Face à des situations déjà rencontrées plusieurs fois dans le passé, les acteurs développent un schéma de réponse bien structuré, considéré comme optimal et qui appartient alors à leur répertoire. Ainsi, selon ces auteurs, la plupart des choix sont extrêmement simplifiés et un stimulus provoque, de manière automatique, un ensemble de réactions potentiellement complexe et organisé : la procédure. Pour pouvoir s'adapter à un grand nombre de situations, cette procédure ne peut être rigide, elle doit être dotée d'une stratégie d'exécution qui en permet la réalisation. **Une pratique sera alors considérée comme relevant de la procédure si la recommandation d'une réponse déterminée à un stimulus défini existe.** Plus la programmation est poussée, plus la prévisibilité des activités est forte ; de même, plus la répétition des activités sera grande, plus la schématisation sera poussée. Le contenu de l'action sera ainsi relié aux fonctions accomplies et permettra au passage de mieux contrôler l'activité et de pouvoir l'intégrer dans le système de coordination de l'organisation. La procédure a donc fondamentalement une nature normative, tant dans la prescription que dans l'exécution des actions. La procédure se structure en deux ensembles : la démarche évocatrice de son schéma qui en énonce les spécifications de circonstance et la démarche exécutive du schéma qui guide l'action. Cette dernière encadre la stratégie d'action de l'acteur et définit donc sa marge de liberté par rapport à la marche à suivre considérée comme étant la bonne. Loin du seul aspect performatif de la routine, la procédure prescrit la manière dont le script doit être appliqué, normant ainsi le cours de l'action. March & Simon (1958) avaient déjà saisi cette tension dans le fait qu'un programme ne puisse définir l'intégralité de ses modalités d'application. Ils décrivent ainsi la mosaïque complexe d'exécution que forme la rencontre entre les procédures et les résultats.

### *Les best practices*

La prescription de l'action, présente dans la procédure, peut aussi avoir pour vocation d'encadrer les pratiques au niveau organisationnel en s'assurant que tous les acteurs concernés réagiront de la bonne manière face à ces situations répétitives. On est alors entre la régulation et la normalisation, rôle que les *best practices* jouent dans les organisations. En effet, selon Pesqueux (2009), elles s'adosent « à la fois à des référentiels externes à l'organisation (un corpus normatif) et à un référentiel interne issu du jugement de la direction générale ». Une fois non seulement partagée mais aussi légitimée au regard de sa

réussite organisationnelle, une manière de faire peut être institutionnalisée et devenir une *best practice*, la pratique à mettre en place, reconnue comme le meilleur mode opératoire du moment pour l'ensemble des acteurs d'une organisation ou d'un champ. La phase d'intégration a lieu une fois que la pratique a été non seulement transmise, mais qu'elle s'est révélée



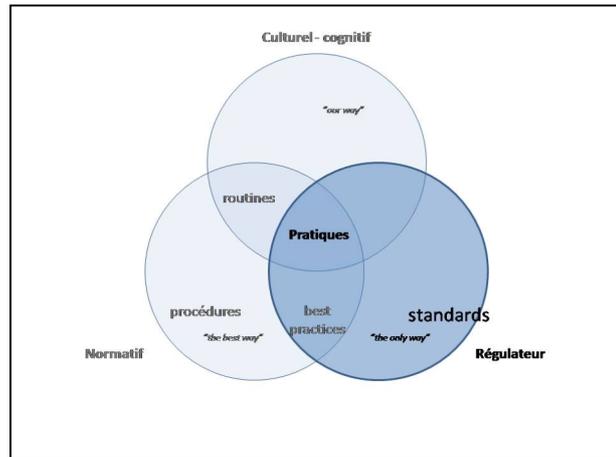
« satisfaisante ». Ses modalités sont alors peu à peu routinisées. Cet ensemble de sens et de comportements partagés facilite la coordination des activités car il rend les actions des acteurs compréhensibles et prévisibles (Szulanski, 1996). La *best practice* régule une multitude de modes d'action et, en perdant sa nouveauté, elle s'intègre à la réalité objective et évidente de l'organisation. Ce modèle répliquatif, ou modèle McDonald's, est aujourd'hui mobilisé par bon nombre d'entreprises qui tentent de diffuser le plus largement possible leurs meilleures pratiques, régulant et normant ainsi leurs activités. Le recours systématique aux *best practice* pose cependant la question de la stratégie d'une organisation qui reproduirait sans cesse ce qui est institué dans son champ. Ainsi, selon Falcone (2011 : 170), dans l'univers des *best practice*, le monde est prévisible et les organisations se concentrent uniquement sur l'inventaire des meilleures pratiques et artefacts locaux en guise de gestion des connaissances. Le concept de *best practice* comme modèle organisationnel et stratégique est alors trop simplificateur, souvent inapproprié et trop prescriptif. Mais si les dérives du concept posent problèmes c'est bien parce qu'elles évoluent entre le normatif et le régulateur. Elles renvoient aux jugements de valeur qui font d'une manière de faire la bonne pratique, renvoyant les autres à un statut de *bad practices* (Pesqueux, 2009).

## Les standards

Quittant le domaine du normatif pour explorer celui de la régulation, la notion de standard correspond à cette idée d'une construction nécessaire à l'activité collective sans pour autant porter de jugement moral sur l'action. On est alors dans le domaine de la convention qui ne définit pas une normalité mais plutôt une passerelle nécessaire entre plusieurs organisations ou plusieurs acteurs qui cherchent à collaborer ou, du moins, à évoluer dans un

espace commun. Le standard est défini par le Larousse comme étant « *un modèle, un type, une norme de fabrication ou de production* ». D'ailleurs, comme le remarque Pesqueux (2009), le terme anglais *standard* renvoie en français à la fois au standard et à la norme (au sens de la norme professionnelle ou de la norme ISO).

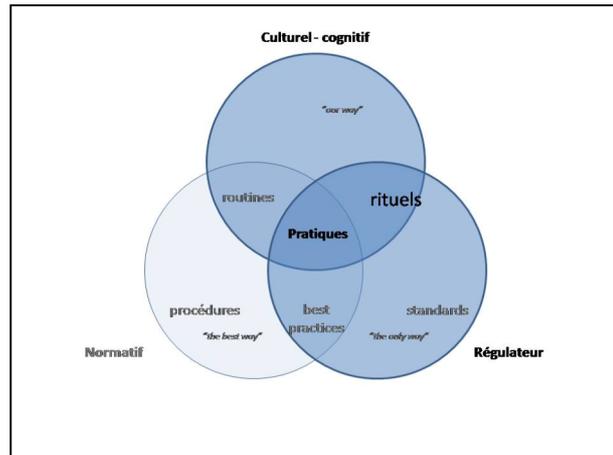
**Le standard est alors un accord sur les manières de faire émergeant « au travers de la médiation des processus de marché » (Pesqueux, 2009) et qui est donc bien un élément fondamentalement régulateur pour l'action collective.** Les notions de normes industrielles ou professionnelles relèvent de cette catégorie conceptuelle. Le



standard permet ainsi d'adosser les descriptions et informations concernant une organisation ou son activité à un ensemble de références dans une logique de certification ou d'accréditation. On ne juge plus de la normalité ou de la moralité d'une manière de faire, mais plutôt de sa compatibilité au sein d'un champ ou sur un marché. Selon l'organisme ISO, une norme est « *un document établi par un consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et repérés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné* ». Le standard est alors une façon de stabiliser des pratiques afin d'assurer la possibilité d'une collaboration tant intra organisationnelle qu'inter organisationnelle. Selon Lelong & Mallard (2000), elles « *servent de base pour la solution de problèmes répétitifs* » et renvoient à un choix collectif accessible au public. Pour Pesqueux (2009), ce type de pratiques « *concrétise la volonté d'un groupe de définir un référentiel commun, public et reconnu. (...) La norme pose le problème de sa mise en œuvre, mais elle fournit une référence commune destinée à faciliter le processus de communication* » (Pesqueux, 2009 : 65). La pratique standard régule donc l'action en fournissant aux différents acteurs une référence qui, si elle est adoptée, leur permettra de fonctionner entre autres praticiens.

## Les rituels

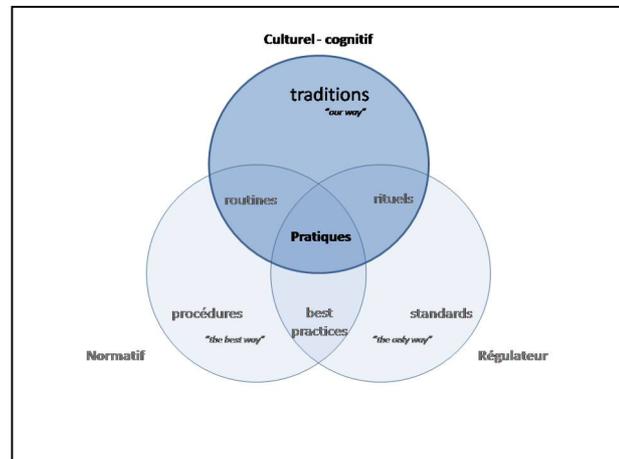
Si les pratiques peuvent avoir une dimension purement régulatrice, les standards, elles peuvent aussi être teintées d'une dimension culturelle. Dans ce cas, elles correspondent à des éléments sociaux permettant de fonctionner ensemble sur une logique de consensus, tout en contenant un certain sens de la communauté, d'appartenance à un groupe au sein duquel



elles favorisent la communication : les rituels. Selon Goffman (1974), la vie quotidienne est tramée de pratiques qu'il nomme rites d'interactions et qui permettent d'afficher un statut et, ainsi, de présenter son identité dans l'espace social afin de pouvoir interagir avec les autres. **Le rituel est la version codifiée et répétée d'une pratique vue comme une convention sociale, un ensemble des « règles de conduite qui prescrivent à l'homme comment se comporter »** (Durkheim, 1912). En régulant la vie sociale, le rituel dit aussi plus qu'il n'affiche, il signifie une manière de voir le monde social et l'appartenance à une communauté – par exemple la fonction d'agrégation dans les rites de passages décrits par Van Gennep (1909). Ainsi, Rivière les définit comme « *des actes répétitifs et codifiés, souvent solennels, d'ordre verbal, gestuel et postural, à forte charge symbolique* » (Rivière, 2003). La dimension culturelle de ce type particulier de pratique est toujours présente et ne peut se réduire à une régulation dans le sens où il ne constitue pas nécessairement un système cohérent garantissant une compatibilité dans les rencontres entre les pratiques. Il s'agira plutôt d'un ensemble de croyances partagées et codifiées. Ainsi, Mauss (1950) parlera de rites positifs (comme la prière par exemple) et de rites négatifs (les interdits, les tabous). Le rite est donc aussi affaire de communauté, de vie commune et le rituel permettra d'instaurer des rites pour maintenir la cohésion sociale et renforcer les liens (Thomas, 1985). Il n'est alors plus seulement question d'une efficacité (compatibilité régulatrice) mais d'une performativité qui dépasse ce que l'on peut voir dans la pratique : le renforcement des liens (Isambert, 1979). Il reste toutefois un élément de régulation, ne serait-ce que dans sa fonction de communication (Bourdieu, 1982).

## Les traditions

Lorsque les rites perdent leur dimension régulatrice, on entre dans le domaine purement culturel-cognitif de **la tradition dont la fonction principale devient alors de fonder une compréhension partagée du monde social, un système d'évidences culturelles permettant aux individus de comprendre et penser leur environnement.** La tradition



est constituée, selon Hibbert & Huxham (2010) de trois principaux éléments : un contenu, un processus et une autorité. La tradition étant fondamentalement transmise, ce qu'elle contient en constitue un premier élément de définition. De plus, ces pratiques circulent entre et au sein des générations, elles peuvent être riches et complexes, « *une constellation de symboles, amas d'images, qui sont reçus et modifiés. Une chaîne de variations transmise* » (Shils, 1981). Ainsi, la pratique traditionnelle n'est pas seulement progressive, elle est aussi cumulative dans le sens où elle préserve à la fois le cœur du contenu et ses interprétations successives (Hibbert & Huxham, 2010). Finalement le contenu accumule des éléments à la fois symboliques et culturels ainsi que des micro institutions de pratiques (Dacin & Dacin 2008) en lien avec la récréation et la performance de la tradition. Ainsi, les pratiques traditionnelles sont porteuses à la fois d'une projection imaginée du futur (des manières de faire pour les situations à venir) et une interprétation du passé (des manières de faire issues de l'expérience passée). La tradition constitue ainsi un processus d'interprétation du passé pour construire le futur. En effet, en répétant le passé, la pratique traditionnelle organise l'avenir en s'ancrant sur des événements fondateurs mythiques dont la vérité ou la réalité n'ont plus besoin d'être établies. Dans une perspective heideggerienne, Hibbert & Huxham (2010) décrivent la tradition comme se donnant avec une forme d'évidence qui bloque l'accès aux sources premières. On est bien ici dans un processus d'institutionnalisation qui instaure une analogie avec le monde naturel et se pose alors comme une évidence. La pratique traditionnelle définit une forme de vérité dans le sens où elle fait autorité à la fois dans le passé (qu'elle intègre), dans le présent (dont elle organise le cours) et le futur (qu'elle modèle). Son bon fonctionnement est donc

nécessaire à la tradition pour qu'elle puisse persister (Shils, 1981). Elle ne perdure que tant qu'elle fournit une source de réponses d'autorité aux problèmes persistants. Ainsi, selon Friedrich (1972), tradition et autorité sont des jumeaux siamois, indissociables par nature. C'est la tradition qui fournit la continuité du sens des structures sociales et c'est en ce sens qu'elle constitue le pôle culturel-cognitif de notre typologie d'institutionnalisation des pratiques. Elle ne peut pas « tomber » dans une dimension purement normative du fait du rôle central de l'interprétation dans la préservation et l'adaptation de son contenu. Interprétation qui limite le potentiel totalitaire de l'autorité (Hibbert & Huxham, 2010). Ainsi, les praticiens « traditionnels » seront plutôt porteurs d'une compréhension partiellement conditionnée. En effet, ils mobilisent un processus d'utilisation du passé pour construire le futur qui implique nécessairement de multiples interprétations à la fois synchroniques et diachroniques (Hibbert & Huxham, 2010).

Explorant les trois piliers de l'institution dans une perspective « pratique », on obtient un ensemble de manières de faire qui, bien qu'elles se ressemblent, ne sont pas porteuses des mêmes logiques. Ainsi, la richesse des modalités d'institutionnalisation des pratiques organisationnelles pourra être préservée si on l'étudie en respectant ses multiples formes.

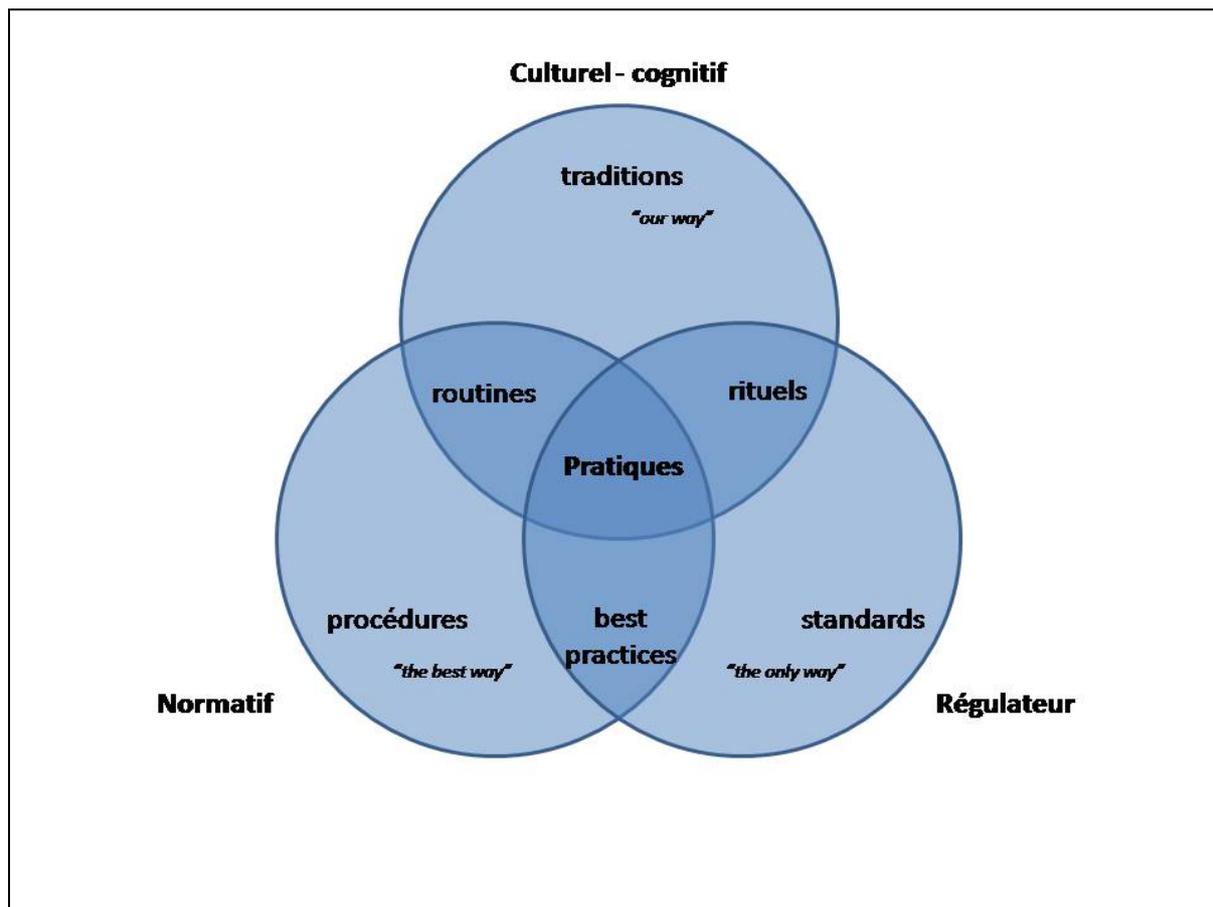


Figure 9 : Grille de lecture de l'institutionnalisation des pratiques

## Conclusion

En posant l'institutionnalisation comme un processus fondateur de toute pratique, on en revient à s'interroger sur la nature même des institutions. On trouve alors l'analogie (ressemblance et mémoire) et le naturel (évidence et légitimité) au cœur de ces conventions profondément ancrées dans le monde social. La pratique, pour émerger, doit donc suivre un cours historique qui la fait passer par l'habitude puis l'objectivisation avant de naître dans la sédimentation. Dès lors, elle « va de soi », elle constitue une manière de faire évidente et partagée que tous comprennent et se transmettent. Cependant, l'institutionnalisation ne débouche pas nécessairement sur une institution intégrée dans un système cohérent, c'est un processus complexe composé d'une multitude d'actions hétérogènes et non coordonnées. Les acteurs (individuels et organisationnels) participent de la légitimation d'une manière de faire

avec des intentions, des stratégies et des perspectives totalement différentes, voire divergentes. De ce foisonnement peut naître une manière de faire instituée, une pratique, qui restera porteuse de cette tumultueuse histoire. Routines, procédures, best practices, standards, rituels et traditions seront autant de formes différentes d'une même pratique, d'une même institution reposant sur des piliers normatifs, régulateurs et culturels-cognitifs.

Ce qui nous semble particulièrement intéressant, c'est que toutes ces formes sont porteuse d'une manifestation organisationnelle. Ainsi, le processus d'institutionnalisation peut être étudié dans ses productions et reproductions concrètes et quotidienne par les acteurs dans l'organisation. C'est pour cela que nous formulons une question de recherche qui y ancre notre travail. **Quels sont les phénomènes organisationnels qui participent de l'institutionnalisation des pratiques au quotidien ?** Il ne s'agit donc pas d'étudier les dynamiques sociales et politiques qui président à l'émergence d'une pratique, même si cette problématique ne sera pas absente. Nous nous concentrerons plutôt sur la façon dont une pratique est instituée au quotidien, dans son exercice et sa transmission constante au sein de l'organisation.

Avant de se lancer dans une étude empirique simplement muni de cette grille de lecture, il nous semble important de revenir sur la nature même du concept de pratique. En effet, il ne semble pas évident, dans la littérature de cette *practice perspective*, que l'on puisse faire l'économie d'une véritable réflexion épistémologique avant de pouvoir envisager une méthodologie.

Deuxième partie  
Epistémologie et méthodologie

### III. Considérations épistémologiques et implications méthodologiques

Dans notre perspective, la pratique est une manière de faire instituée. Cette définition et la grille de lecture que nous avons proposé dans le second chapitre sont, par nature, réductrices par rapport à l'ensemble des travaux et des approches présentés dans le premier chapitre. C'est cependant en assumant ce côté partiel et partial que cette grille peut forger un prisme pertinent pour notre étude empirique. De plus, stabiliser une définition ne signifie en rien oublier l'intégralité des développements qui l'ont précédé et c'est par une analyse épistémologique et une méthodologie appropriée que nous pourrons les réintégrer. Ainsi, si la grille de lecture est bien orientée vers des manières de faire instituées, la façon dont nous chercherons à les étudier sur le terrain devra leur redonner une profondeur. Ce chapitre d'épistémologie n'a donc pas pour fonction de simplement positionner la présente recherche au regard d'écoles préexistantes, mais plutôt d'essayer de saisir les enjeux d'une production de connaissance scientifique sur cet élément particulier de l'action humaine qu'est la pratique. Nous nous positionnons bien dans la production d'une connaissance *de* l'action (et non pas une connaissance *pour* l'action), mais nous ne pourrons renvoyer à un quelconque positionnement classique (trichotomie habituelle : positivisme, interprétativisme, constructivisme) qu'après une analyse épistémologique plus approfondie de l'objet d'étude, et en conclusion. Nous organiserons donc ces considérations épistémologiques en deux temps. D'abord, saisir la difficulté et les enjeux de la proposition d'une théorie de la pratique. Et ensuite seulement, nous pourrons en tirer un certain nombre de conclusions quant à l'étude de l'institutionnalisation des pratiques et à une forme de positionnement épistémologique.

#### Les difficultés d'une théorie de la pratique

Évoquer Bourdieu dans les théories de la pratique relève de l'évidence. Cependant, nous nous proposons de mobiliser ici, non pas son cadre conceptuel maintenant classique et

souvent enfermant, mais plutôt ses réflexions épistémologiques antécédentes. Et, plus particulièrement, celles du « Bourdieu anthropologue » de *l'Esquisse d'une théorie de la pratique* (Bourdieu, 1972) et du *Sens pratique* (Bourdieu, 1980) qui cherche à savoir comment construire un savoir théorique sur un objet aussi fluide.

## Les apports de l'épistémologie bourdieusienne

Nous l'avons vu, la pratique est un type d'action particulier qui n'est, ni purement déterminé, ni rationnellement calculé. Elle est le produit d'une dialectique entre une situation et un praticien dont l'expérience lui permet de « *faire face à des situations imprévues et sans cesse renouvelées* » (Bourdieu, 1972: 257). Les pratiques sociales sont porteuses d'une pertinence relative au contexte, constituant ainsi une forme de grammaire de l'action sociale. Bourdieu parle de « *transfert de schèmes* » à propos de cette transposition d'un ensemble de situations passées à une situation nouvelle. Il y a, dans la pratique, une logique de reproduction et de transmission qui permet d'en comprendre non seulement la stabilité mais aussi la possibilité d'évolution puisqu'on se rappellera que l'improvisation et la variation font partie intégrante du processus. Cette capacité d'adaptation spontanée et instantanée s'accompagne, selon Bourdieu, d'une cécité qui fait de la pratique une évidence, un allant-de-soi et l'individu devient alors un producteur et un reproducteur d'une forme d'objectivité qui va instituer ses schèmes d'action. À chaque situation locale va correspondre une pratique appropriée qui sera mobilisée sans calcul, spontanément. Une fois acquis, le sens pratique devient naturel et l'individu agit ainsi « *comme il faut* » sans avoir à y penser. Mais il n'est en rien un instinct infaillible, c'est plutôt une disposition façonnée par les contraintes sociales car, finalement, « *rien n'est plus libre ni plus contraint à la fois que l'action du bon joueur* » (Bourdieu 1987 : 80). Cette acquisition produit une capacité d'ajustement immédiate et spontanée face aux situations qui se présentent, le tout donnant d'une illusion de facilité. Posséder ce sens pratique c'est, pour Bourdieu, avoir un rapport pratique à la pratique, et « *c'est parce que les agents ne savent jamais complètement ce qu'ils font que ce qu'ils font a plus de sens qu'ils ne le savent* » (Bourdieu, 1980 : 116). C'est cette richesse et cette cécité qui va rendre les pratiques organisationnelles aussi intéressantes à étudier mais c'est justement ce rapport pratique à la pratique des praticiens qui va poser problème à l'analyse du scientifique qui va avoir, lui, un rapport théorique à la pratique...

Cette perspective nous amène à une réflexion proprement épistémologique sur la question de la construction d'une connaissance scientifique des pratiques organisationnelles ainsi que sur les rapports entre théorie et pratique.

## L'impossible construction d'une théorie de la pratique

Envisager cette impossibilité est essentiel du point de vue du chercheur ayant pour vocation d'étudier les pratiques des organisations et des acteurs de manière rigoureuse. Selon Bourdieu (1980), il est extrêmement complexe d'étudier scientifiquement les pratiques parce qu'elles relèvent du temps de l'action et non du « *temps intemporel de la théorie* »<sup>3</sup> ; c'est donc nier la structure temporelle de la pratique qui fait son sens car elle « *joue stratégiquement du temps* ». En effet, elle est un ajustement à ce que l'acteur pré-voit de la situation, « *à ce qu'il voit à l'avance dans le présent déjà perçu* ». Le praticien est loin du recul et du détachement, il est à la fois pleinement dans le présent et déjà dans l'à-venir immédiat. Le temps de la pratique n'est donc pas le temps de la contemplation et, dès lors, il apparaît complexe pour la science de réussir à étudier les pratiques sans leur faire subir des transformations logiques et temporelles rédhitoires qui dépassent de loin le simple changement de repère. Selon Bourdieu, le théoricien se doit d'avoir conscience du fait que la pratique exclut intrinsèquement les questions tandis que la science, de par sa nature même, en pose. En effet, la logique de la pratique n'est pas celle de la logique qui articule l'analyse entre cohérence et incohérence. Une pratique est fondamentalement, pour Bourdieu, un acte de simplification et de sacrifice de la rigueur au regard des canons de la science. « *L'économie de logique qui veut que l'on ne mobilise pas plus de logique qu'il n'en faut pour les besoins de la pratique fait que l'univers de discours par rapport auquel est constituée telle ou telle classe (donc son complémentaire) peut rester implicite parce qu'il est implicitement défini en chaque cas dans et par le rapport pratique à la situation* ».

Les schèmes de pratiques sont le produit d'une « *logique de l'à-peu-près et du flou* » qui ne leur permet d'engendrer que des produits systématiques ne résistant pas à une critique logique rigoureuse. La pratique suit un principe de pertinence implicite et pratique qui donne

---

<sup>3</sup> Sauf indications, à partir de ce point et pour toute cette partie, les citations en italique sont tirées de Bourdieu (1980 : ch. 5).

au sens pratique une tendance à la sélection arbitraire de ce qui fait sens à la fois dans la situation présente et dans celles à venir où la pratique sera répétée. Mais le praticien ignore cela et il n'y a que le chercheur qui remarque ces « *effectuations partielles d'un même schème* », la pratique devenant alors un modèle plus ou moins abstrait que le praticien, lui, ne connaît pas nécessairement. Selon Bourdieu, la disposition de l'acteur qui possède une maîtrise pratique ne s'exprime que dans la relation avec une situation et ne lui apparaît qu'en actes. C'est pour cela qu'il n'est pas mieux placé qu'un autre pour comprendre sa pratique ; et il est peut-être même moins bien placé que l'observateur qui a accès, lui, à la totalité des actions successives. Pour pouvoir exprimer la vérité de sa pratique, le praticien devrait opérer un changement de position le poussant à adopter une posture problématique, non pas seulement réflexive mais bien analytique. En fait, la vérité de la pratique ne peut être qu'effleurée, « *par omissions, au travers des silences et des ellipses de l'évidence* », et Bourdieu d'enfoncer le clou en posant « *la vérité de la pratique comme cécité à sa propre vérité* ». C'est donc un véritable défi que de vouloir étudier les pratiques car, étant donné qu'elles n'existent qu'en situation, et non « à vide », leur observation demande une finesse de compréhension particulière qui ne peut être développée que dans une intime compréhension du champ. Cette dernière permettra, entre autres, de reconnaître le langage de familiarité de ceux qui pratiquent... La logique pratique apparaît alors comme étant à la fois une contradiction dans les termes et ce qui sous-tend les pratiques en acte.

## La possibilité d'une théorie de la logique pratique

C'est dans une théorie de la logique pratique que le scientifique trouvera, selon Bourdieu, une solution à l'impasse épistémologique que constituerait une théorie de la pratique. On ne peut faire s'exprimer la pratique par un discours explicite, de préférence logique, car elle émerge d'une sorte d'implicite absurde, non pas illogique mais bien a-logique du point de vue scientifique. Pour comprendre la cohérence d'une pratique il faudrait concevoir les « *modèles générateurs qui reproduisent dans leur ordre propre la logique selon laquelle elle s'engendre* », en opérant sur la base d'équivalences. Ainsi, on permettrait une « *généralisation pratique de tous les problèmes de même forme pouvant surgir dans des situations nouvelles* ». On cherche donc à comprendre la logique qui préside à celle des modèles d'action, leur production passée comme leurs multiples reproductions présentes. Le travail du théoricien consiste alors à comprendre ce système générateur de la perception du monde et

des actions dans le monde qu'ont les acteurs. Mais ces schèmes générateurs de fonctionnement ne peuvent apparaître que flous et approximatifs car, pour pouvoir être systématisés, ils doivent fonctionner à « *l'état pratique* » c'est-à-dire implicitement et sans contrôle logique. Ainsi, l'étude d'une pratique organisationnelle ne demande pas seulement qu'on en restitue la logique interne, chose déjà peu aisée, mais aussi sa « *nécessité pratique en la rapportant aux conditions réelles de sa genèse c'est-à-dire aux conditions dans lesquelles se trouvent définies et les fonctions qu'elle remplit et les moyens qu'elle emploie pour les atteindre* ». Pour éviter de tomber dans un fonctionnalisme simpliste, Bourdieu propose au théoricien de chercher à retracer la fonction assignée à la pratique ainsi que les schèmes opératoires qui en assurent la mise en œuvre sans pour autant la réduire « *à je ne sais quelle « articulation » entre les systèmes* ».

La pratique constitue donc un objet d'étude qui fait problème du point de vue la théorie, tant dans son déroulement que dans sa logique, sa reproduction ou sa fonction. Le praticien, en ayant ce que Bourdieu nomme un rapport pratique à la pratique, entretient un rapport flou et ambigu au contenu de son action qui doit, pour pouvoir exister, faire preuve d'une certaine cécité. Le chercheur, de son côté, tendra à en expliciter les logiques sous-jacentes, et son rapport théorique à la pratique l'empêchera toujours comprendre réellement son objet d'étude s'il persiste à opérer sur lui des torsions rédhitoires. Ce faisant, il risque de créer un nouvel objet d'étude, dérivé de la pratique mais qui n'est plus en lien avec ce que fait véritablement le praticien. C'est en fait à la logique pratique que le théoricien doit s'attaquer plutôt qu'à la pratique elle-même : logiques d'acquisition, de contexte d'exercice, de contraintes ou encore de transmission. Ainsi, cette analyse épistémologique nous ancre encore un peu plus profondément dans l'organisation comme contexte d'étude puisqu'il nous faudra chercher ces reproductions multiples d'une pratique organisationnelle.

## Positionnement épistémologique

Étymologiquement, l'épistémologie est un discours (*logos*) sur la science ou la connaissance (*épistémê*) qui « *étudie de manière critique la méthode scientifique, les formes logiques et modes d'inférence utilisés en science, de même que les principes, concepts fondamentaux, théories et résultats des diverses sciences, afin de déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée objective* » (Nadeau, 1999: 209). Suivant une approche

inspirée de Piaget, nous la considéreront de manière plus restreinte comme « *l'étude de la constitution des connaissances valables* » (Piaget, 1950). Ainsi, notre réflexion épistémologique s'est focalisée sur une analyse du mode de production de connaissance scientifique de l'objet théorique et empirique étudié. Dès lors, il ne semble pas possible de faire l'économie d'un rapprochement entre cette analyse et les différentes écoles existantes. Ce positionnement nous amènera à mettre en perspective, non pas ces écoles, mais plutôt le présupposé d'une affiliation simple. Trois écoles majeures sont classiquement proposées en Sciences de gestion : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. Elles renvoient principalement à la relation qu'entretient, ou revendique, le chercheur par rapport à son objet de recherche. Leurs caractéristiques peuvent être synthétisées par le tableau proposé par Allard Poesi & Maréchal (2003 : 40) dans l'ouvrage de Thiétart (2003) :

	<b>Positivisme</b>	<b>Interprétativisme</b>	<b>Constructivisme</b>
<b>Vision de la réalité</b>	<i>Ontologie du réel</i>	<i>Phénoménologie du réel</i>	<i>Phénoménologie du réel</i>
<b>Relation sujet/objet</b>	<i>Indépendance</i>	<i>Interaction</i>	<i>Interaction</i>
<b>Objectif de la recherche</b>	<i>Découvrir la structure de la réalité</i>	<i>Comprendre les significations que les gens attachent à la réalité sociale, leurs motivations et intentions</i>	<i>Construire une représentation instrumentale et/ou un outil de gestion utile pour l'action</i>
<b>Validité de la connaissance</b>	<i>Observation de la réalité</i>	<i>Cohérence avec l'expérience du sujet</i>	<i>Utilité/convenance par rapport à un projet</i>
<b>Origine de la connaissance</b>	<i>Observation de la réalité</i>	<i>Empathie</i>	<i>Construction</i>
<b>Nature de l'objet de recherche</b>	<i>Interrogation des faits</i>	<i>Développement d'une compréhension de l'intérieur du phénomène</i>	<i>Développement d'un projet de connaissances</i>
<b>Origine de l'objet de recherche</b>	<i>Identification d'insuffisances théoriques pour expliquer ou prédire la réalité</i>	<i>Immersion dans le phénomène étudié</i>	<i>Volonté de transformer la connaissance proposée en élaborant de nouvelles réponses</i>
<b>Position de l'objet dans le processus de recherche</b>	<i>Extérieur au processus de recherche Guide le processus de recherche</i>	<i>Intérieure au processus de recherche Se construit dans le processus de recherche</i>	<i>Intérieure au processus de recherche Guide et se construit dans le processus de recherche</i>

Tableau 3 : Les écoles épistémologiques en Sciences de gestion

Cette synthèse soulève deux problèmes distincts. Premièrement, la tendance à la simplification de toute classification. En effet, il est clair que les catégories généralement manipulées sont, par nature, caricaturales. Cette définition du positivisme, par exemple, étonnerait probablement Auguste Comte, son fondateur ; de même que Von Glasersfeld ne se

reconnaitrait pas nécessairement dans ce constructivisme. Nous ne cherchons pas à refaire la classification des écoles épistémologiques, ni à la raffiner, mais plutôt à exprimer notre difficulté d'adoption d'un positionnement dans ces conditions. Le second problème émerge du cloisonnement et du manque de porosité de ces catégories. En effet, si notre corpus théorique nous affilierait *a priori* plutôt au constructivisme (objet empirique socialement construit, références multiples à Berger & Luckmann, 1967), il nous semble que l'interprétativisme serait une école correspondant plus à notre approche (compréhension, interaction, immersion). Cependant, poser la possibilité d'existence d'une théorie de la logique pratique révèle quelques accents positivistes. En effet, dans cette classification, poser une structure stable et pré existante que l'on chercherait à étudier évoque un certain positivisme. S'il fallait choisir une école – impératif auquel nous n'adhérons pas – l'interprétativisme sous une forme dérivée serait probablement notre référence. Pour autant, c'est plutôt une réflexion sur la possibilité et la nature de la connaissance scientifique produite à propos de notre objet d'étude qui nous semblait nécessaire ici.

## Implication méthodologiques

La méthodologie n'est pas un dérivé simple et linéaire du positionnement épistémologique ; leur couplage est lâche. En effet, tout comme les constructivistes font appel aux méthodes quantitatives, les positivistes peuvent parfaitement avoir recours au qualitatif. La méthodologie est plutôt, à notre sens, le produit d'une dialectique entre un cadre théorique, une réflexion épistémologique et une étude de terrain. Nous nous en tiendrons donc, dans ce chapitre, aux implications des développements précédents sur notre futur mode de preuve. Les détails « pratiques » de confrontation à notre objet empirique concret ne seront abordés que dans le chapitre suivant.

## Deux objets d'étude principaux : fondements et transmission

La première partie nous a amené à considérer les pratiques comme des manières de faire instituées dont le processus d'institutionnalisation est à la fois continu et hétérogène. Etant donné que l'on parle d'une pratique, sa légitimité et son existence sont déjà actées ;

mais ses fondements restent à identifier. C'est pourquoi il nous faudra chercher à étudier principalement deux éléments : l'émergence historique passée (organisationnelle ou sociale) de la pratique et ses mécanismes de transmission au quotidien.

Étudier une pratique c'est en reconnaître l'existence et une première nécessité sera alors d'en comprendre l'origine dans ses multiples points de départ. Sans rentrer systématiquement dans une étude historique, il faut saisir dans la chronologie de la pratique, ou du faisceau de pratiques, en question les moments clefs qui lui ont permis d'émerger puis d'être reconnue comme légitime. Nous avons déjà exposé en quoi le processus d'institutionnalisation était complexe et hétérogène, il ne s'agit donc pas de retracer les multiples modalités dans l'évolution de la manière de faire étudiée. On cherchera plutôt les épisodes majeurs qui permettront de comprendre comment elle s'est imposée comme *la* manière de faire. Ce faisant, il faudra toujours éviter les caricatures historiques donnant l'impression qu'une pratique émerge hors d'un champ social tramé de rapports de force, de jeux de pouvoir et de stratégies politiques. Ce sont de multiples interprétations, parfois divergentes voire antagonistes, qui ont permis à une pratique d'être légitimée, il faudra donc toujours éviter l'illusion d'uniformité. Dès lors, la grille que nous avons proposée en conclusion du second chapitre permettra de commencer à éviter cet écueil en redonnant à une pratique ses multiples formes passées et présentes. Il ne faudra cependant pas se contenter d'en raconter l'histoire car c'est surtout sa production permanente qui en garanti l'existence.

Le quotidien d'une pratique n'est en rien une simple reproduction d'un modèle institué. Il est plutôt, comme nous l'avons dit plus haut, traversé de multiples arrangements locaux autour d'une logique pratique faite de deux éléments mêlés en permanence. Le premier consiste en cette capacité d'application et de mobilisation du sens pratique dans les situations quotidiennes. Pour être capable de rendre compte de la pratique qu'il étudie, le chercheur devra saisir la finesse des actions du praticien, la souplesse et la dextérité dont il peut faire preuve face aux variations infinies des situations du quotidien. Il lui faut voir ce que le praticien lui-même ne voit pas, comprendre le modèle qui se dessine au travers des multiples réponses mises en place en continu. Le second élément, et peut-être le plus important, est celui de la transmission. Nous l'avons vu dans le premier chapitre, celle-ci est fondatrice de la pratique comme de la communauté au sein de laquelle elle s'inscrit. C'est dans la mise en scène publique de la pratique, dans son mode de monstration, de représentation et de

justification envers les membres de la communauté que le schème, le modèle, apparaît en filigrane. C'est dans ces moments anodins, normaux et continus que se fait l'institutionnalisation et c'est dans ces moments que la pratique perdure. Dès lors, en plus des origines, la transmission devient, elle aussi, un moment clef de l'étude de l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles.

### Un impératif : l'immersion

Si la pratique ne peut se saisir que dans les ellipses, les non dits et les *private joke*, alors il faut au chercheur une connaissance intime des praticiens et de leurs activités. Sans nécessairement devenir l'un d'eux, il est essentiel pour le chercheur de les comprendre tant dans leurs pratiques que dans leur formation et leurs manières de penser. On n'étudie pas la pratique de loin, au travers d'une multitude de filtres, il faut s'y confronter le plus directement possible et avec la plus grande richesse possible. Ce n'est en rien un impératif abstrait de quantité mais plutôt une conséquence directe de notre analyse épistémologique qui impose une connaissance intime du phénomène pratique pour ne pas le « tordre ». Il faut donc aller au contact de la pratique pour en saisir toute les subtilités. Il faut *voir* les effectuations partielles d'un même schème et être capable d'*entendre* au-delà du discours des acteurs. Il faut pouvoir *sentir* non pas comme eux, mais différemment, à la fois plus clairement et moins finement. Nul besoin de forcément pratiquer mais il faut « mettre les mains dans le cambouis » et *toucher* les artefacts, leurs outils. Dès lors, le recours exclusif à certaines méthodologies nous semble inapproprié. L'approche quantitative pure n'est pas une option tant la distance avec l'objet de recherche pose un problème rédhibitoire, même en considérant son potentiel de généralisation. De même, les seuls entretiens ne permettront pas de saisir ce que les praticiens ne savent pas eux-mêmes. Même s'il donnent accès à une autre perspective, ils restent limités par le fait qu'ils partent de la représentation que se font les praticiens plutôt que la pratique elle-même. Il faut, avant tout, comprendre la pratique en allant la voir directement, soit dans des documents (manuels, circulaires, ouvrages), soit sur site. C'est l'observation directe qui sera, pour nous, centrale pour éviter la distorsion des filtres du discours et de la statistique. Cependant, il serait stérile de rejeter toute autre source. C'est dans le foisonnement des données qu'une compréhension pratique peut émerger, par l'immersion. Nous ne mettons pour autant pas toutes les méthodologies au même niveau et privilégions clairement l'observation directe qui permettra une compréhension intime de la

pratique. En effet, ce n'est qu'à partir de cette compréhension qu'il sera possible de rendre compte de la pratique elle-même.

## Conclusion en forme d'impasse

Ces implications méthodologiques posent un problème majeur : la compréhension pratique ainsi développée génère chez le chercheur des éléments tacites difficiles à retranscrire. En effet, comment celui-ci peut-il restituer ce qui n'est plus seulement une analyse d'un matériau empirique extérieur mais bien quelque chose dont il est aussi maintenant porteur ? Il a dorénavant en lui un savoir, d'une grande subtilité, certes, mais dont l'expression est complexe. À ce niveau, il serait illogique de proposer une solution ou un ensemble limité de solutions. La méthodologie étant une dialectique contingente au travail du chercheur, alors la solution qu'il trouve face à cette difficulté ne peut que lui être propre - fonction de son cadre théorique, de son positionnement épistémologique et de son étude empirique. Nous exposerons dans la partie suivante le dispositif qui est le nôtre, mais ces considérations empiriques ne pouvaient pas se conclure sur la fausse évidence que la simple retranscription du terrain suffise à présenter les résultats de la recherche. Au-delà de la méthode de collecte des données, leur restitution se doit d'être vue de manière problématisée afin de ne pas passer à côté de cette compréhension pratique - à la fois connaissance fine et savoir tacite - à laquelle nos considérations épistémologiques menaient nécessairement.

## IV. Méthodologie

### Choix de l'objet d'étude empirique

L'hôpital a connu, ces trois dernières décennies, des mutations profondes. D'une institution de service public, il est devenu, pour le meilleur comme pour le pire, une organisation en quête d'efficacité et d'efficience. Au travers de multiples réformes, ça n'est pas seulement la structure et les bâtiments qui ont été modifiés mais aussi la prise en charge des patients et la manière de travailler des médecins. C'est l'ensemble de la profession médicale qui est impactée par ces changements, et non seulement les praticiens hospitaliers. Ainsi, on trouvera là un point de rencontre qui en fait un espace d'observation empirique riche. D'autant plus que les dernières réformes ont fait du diagnostic, en plus d'être l'acte fondateur du processus de traitement, un élément central de l'organisation et du contrôle organisationnel.

Les réformes politiques ne sont pas les seules à l'origine des mutations de l'hôpital. Les évolutions des pratiques médicales en font déjà une organisation en renouvellement perpétuel. Des changements mineurs qu'apportent les innovations dans les techniques médicales jusqu'aux révolutions institutionnelles, l'activité hospitalière est soumise à un flux constant de nouveautés. De plus, les grandes tendances de chacune des disciplines trouveront un écho fort dans cette organisation qui les concentre en un même lieu. C'est au cœur de toutes ces dynamiques que notre étude du diagnostic psychiatrique dans un service hospitalier se place et trouve tout son intérêt.

Depuis les années 1980, la psychiatrie est en profond renouvellement. Après un siècle de débats scientifiques, épistémologiques et même politiques, la discipline s'est stabilisée autour d'une manière d'envisager la maladie mentale. Aux confluents de la remédicalisation de la prise en charge, d'un besoin de normalisation de la recherche, d'une restriction des ressources hospitalières, d'une volonté interne d'établir une véritable profession et de

violentes attaques de la société civile, la psychiatrie s'est trouvée contrainte de se donner une nouvelle forme acceptable pour tous, ou du moins la plupart. L'approche psychanalytique a ainsi été mise de côté, et la chimiothérapie<sup>4</sup> s'est vue largement privilégiée dans une approche clinique adossée à des référents stables.

Dès lors, le diagnostic a été l'objet d'un grand nombre de transformations. Les organismes tiers-payeurs (sécurité sociale, assurances maladies, mutuelles) ont besoin de le connaître pour prendre en charge les patients. Ces derniers en ont besoin, eux aussi, pour pouvoir se penser comme individus malades ayant besoin d'un traitement, particulièrement en psychiatrie. Les médecins organisent *a priori* leur activité autour de cette identification de la pathologie, de même que le reste du service hospitalier qui soigne les patients. Plus encore, l'ensemble de l'hôpital a fait du diagnostic la pierre angulaire de son système de contrôle interne.

Identifier une pathologie est loin d'être un simple relevé de symptômes que l'on listerait ensuite dans un arbre de décision d'où sortirait un diagnostic. Les signes d'une maladie se cachent toujours derrière ce que le psychiatre est capable de voir, de ce que le patient arrive à exprimer – et de ce qu'il veut bien dire ! Certains symptômes peuvent être latents ou non détectables, il faut alors aller les chercher. Pis encore, les maladies se présentent rarement sous la forme idéal-typique que les manuels présentent ; il faut alors une certaine expérience pour en reconnaître les multiples variations. Tout cela se déroulant dans un service hospitalier où les contraintes organisationnelles pèsent : disponibilité des lits, sécurité des patients, impératif de productivité. Sans parler des urgences !

Le diagnostic est véritablement une pratique au regard de la littérature étudiée dans deux premiers chapitres et de la définition que nous en avons donné. Tout en étant adossé à un modèle académique, il demande une souplesse dans la mobilisation de l'expérience du psychiatre – on se rappellera du « *voir comme* » de Schön (1983). Sans être parfaitement clairvoyants dans leurs intuitions cliniques, ils deviendront réflexifs dans leurs échanges avec les étudiants présents en stage. Devant prendre en charge les patients en équipe, ils se devront de naviguer entre un travail individuel dans les interactions avec ces derniers et une activité

---

<sup>4</sup> Thérapie par la chimie : soin par les médicaments.

collective dans la quête d'un soin qui fonctionne. C'est finalement bien une manière de faire instituée dont on retrouvera des traces dans un passé extérieur à l'hôpital et de multiples mécanismes de transmission à l'intérieur du service.

Que le diagnostic psychiatrique soit une pratique ne résout en rien nos problèmes épistémologiques et méthodologiques. Cette rapide présentation était cependant nécessaire puisque, comme nous l'avons dit, cette dernière se formule dans une dialectique entre le corpus théorique, le positionnement épistémologique et le terrain empirique. Dès lors, nous allons exposer en quoi l'anthropologie, et plus précisément l'auto-ethnographie, nous a inspiré dans notre approche du terrain et, surtout, dans notre manière de le retranscrire dans le chapitre suivant.

## Méthodologie

### Une inspiration majeure : l'ethnographie

*« Conditions propres au travail ethnographique. - Elles consistent surtout, nous venons de le dire, à se couper de la société des Blancs et à rester le plus possible en contact étroit avec les indigènes, ce qui ne peut se faire que si l'on parvient à camper dans leurs villages »*

Malinowski, 1922 : IV

Prolongeant l'impératif épistémologique posé précédemment d'une immersion au contact de la pratique, il nous a semblé évident que l'approche ethnographique constituait une méthodologie pertinente. En effet, au regard des exigences mentionnées plus haut, cette « description des peuples » (*ethno – graphie*) propose un mode de collecte des données qui permet de capter finement les habitudes, les croyances et les rites d'un groupe social. Plus précisément, l'anthropologie culturelle se propose d'étudier l'ensemble des éléments partagés qui permettent à un groupe de faire communauté, de se reconnaître et de définir son identité. Nous avons donc choisi de conduire notre étude empirique dans cette perspective, par un travail de terrain et un contact prolongé avec les pratiques de diagnostic au sein d'un service

de psychiatrie d'un hôpital universitaire. Suivant les principes de Malinowski, et dans le prolongement de notre perspective épistémologique, nous avons cherché à comprendre le « *point de vue de l'indigène* » (Malinowski, 1922 : 25). Nous avons ainsi abordé le terrain par une immersion en profondeur, non seulement dans l'organisation (présence quotidienne dans le service durant plusieurs mois), mais aussi dans le mode de vie (travail en bibliothèque des facultés de médecine, présence à des cours en université) et l'apprentissage de la « langue » (lecture de manuels, multiples discussions avec des médecins). Cette participation à la vie d'un service relève bien ce que Malinowski nommait une observation participante au sens d'une implication sans intermédiaires dans les rites et autres habitudes d'une population donnée. Si le chercheur reste toujours plus ou moins distancié, il convient tout de même de parler d'implication dans le sens où il fini nécessairement par faire partie du groupe dans une certaine mesure. En cela il n'est plus ni tout à fait étranger, ni véritablement un membre du groupe, c'est un observateur participant.

*« Mais l'ethnographe n'a pas seulement à placer ses filets au bon endroit et à attendre qui viendra s'y jeter. Il doit se montrer chasseur dynamique, talonner sa proie, la diriger vers les rets et la poursuivre jusqu'en ses derniers retranchements. Ceci nous conduit aux méthodes plus actives pour la recherche des documents ethnographiques »*

Malinowski, 1922 : V

### Une étape indispensable : l'étude exploratoire

*« L'ethnographe doit s'inspirer des résultats les plus modernes de l'étude scientifique, de ses principes et de ses buts. Je ne m'étendrai pas sur ce sujet et ne ferai qu'une remarque à ce propos, pour éviter tout malentendu. Un bon entraînement portant sur la théorie et la connaissance de ses données les plus récentes ne consiste pas à avoir l'esprit farci d'idées préconçues »*

Malinowski, 1922 : IV

Toute la difficulté d'une étude anthropologique est de ne pas arriver trop tôt sur le terrain, car le risque est alors d'être submergé par les données et de voir sa compréhension saturée. D'autant plus que les impératifs pratiques actuels laissent rarement plusieurs années à l'étudiant pour faire son étude de terrain. Pas trop tôt donc, mais pas trop tard non plus. Ou, plus précisément, pas après s'être fait une idée trop précise de ce terrain au travers de

multiples lectures qui finissent par former un filtre qui risque de le « tordre » pour le faire rentrer dans un cadre pré-conçu. Il faut préparer son étude sans saturer sa compréhension, mais tout de même avoir une idée des coutumes, des hiérarchies, du vocabulaire, des tabous et des choses sacrées afin de « *limiter les dégâts* » (Copans, 2002 : 27). Le système universitaire est ainsi fait que, en arrivant en doctorat, il est classique que le sujet retenu ait déjà été étudié en master. Ce fut notre cas, faisant de nous un familier du terrain, non seulement de la psychiatrie en général, mais aussi de ce service hospitalier en particulier. Cependant, la précision que requiert un travail de thèse demande un certain nombre de compléments.

Nous avons commencé par étudier le diagnostic « de loin », allant consulter des ouvrages de psychiatrie dans les bibliothèques universitaires des facultés de médecine. Cela nous a permis de rencontrer des étudiants, entre la première et la cinquième année, régulièrement présents sur le campus, de discuter avec eux et de découvrir ce qu'était le parcours d'un psychiatre en formation. Certes cela aurait pu aussi être fait directement dans le service hospitalier, mais cette connaissance nous a permis de mieux comprendre par la suite les silences et les ellipses dont parle Bourdieu, les sous entendus et les *private joke* saisis çà et là. Pour compléter cette approche, nous avons rencontré des étudiants et des psychiatres hors des universités, en premier lieu des connaissances personnelles mais aussi en allant à certains séminaires publics de formation ou de réflexion sur la psychiatrie, précisant ainsi notre vision du contexte psychiatrique.

En effet, la psychiatrie a fait l'objet de multiples travaux, tant en philosophie (Deleuze & Guattari, 1972 ; Foucault, 1973) qu'en sociologie (Goffman, 1961 ; Castel, 1977) ou en anthropologie (Atkinson & Heath, 1981). Les médecins n'ont eux-mêmes que peu étudié le processus de diagnostic, de manière étonnamment éparse pour une pratique aussi centrale dans leur activité. Ces multiples lectures, complétées de manuels et autres ouvrages de préparation aux examens, étaient essentielles pour appréhender sereinement un terrain où les références techniques comme les non-dits évidents seraient multiples. D'autant plus que, l'activité de prise en charge des patients étant absolument primordiales, le temps pour les clarifications serait probablement réduit au strict minimum. Pour être accepté parmi indigènes, il fallait au moins en connaître le vocabulaire et les habitudes. L'arrivée dans le service allait ainsi être déterminante et il faudrait, dès les premières minutes, arriver à se faire oublier.

*« Aussitôt que je me fus établi à Omarakana (îles Trobriand), je commençai à participer, à ma façon, à la vie du village, à attendre avec plaisir les réunions ou festivités importantes, à prendre un intérêt personnel aux palabres et aux petits incidents journaliers; lorsque je me levais chaque matin, la journée s'annonçait pour moi plus ou moins semblable à ce qu'elle allait être pour un indigène »*

Malinowski, 1922 : IV

## Une influence forte : l'auto-ethnographie

*« Je dus apprendre comment me conduire et, dans une certaine mesure, J'acquis le sens des bonnes et des mauvaises manières propres aux natifs de ce pays. Grâce à cela, et aussi parce que j'étais arrivé à me plaire en leur compagnie et à partager quelques-uns de leurs jeux et amusements, je commençais à me sentir vraiment proche d'eux, et c'est certainement la condition préalable de tout succès dans le travail de prospection. »*

Malinowski, 1922 : IV

Nous avons mentionné dans le chapitre précédent en quoi cette immersion générait à la fois une qualité nécessaire de compréhension extrêmement fine mais aussi une difficulté dans sa production d'une connaissance éminemment tacite. Tout le défi du chercheur à ce moment réside dans sa capacité à transmettre cette compréhension, à produire un « récit » permettant aux lecteurs de saisir les infinies subtilités du savoir pratique. Ce « *sens des bonnes et des mauvaises manières propres aux natifs* » acquis par l'anthropologue a émergé au cours de son immersion, peu à peu, et c'est en retraçant cette histoire de manière réflexive que la compréhension peut être exposée. En effet, l'ethnographe doit être vigilant quant à « *ses propres compréhensions évidentes<sup>5</sup> du monde social observé* » (Van Maanen, 1979 : 547) et il se doit d'en rendre compte pour les désamorcer.

L'auto-ethnographie est justement une méthode d'enquête qui encourage le chercheur à « *utiliser son auto observation comme élément de la situation étudiée* », légitimant ainsi « *l'auto introspection et l'auto-ethnographie* » dans les études empiriques (Ellis, 1991 : 30). Ainsi, le premier chapitre de l'ouvrage séminal d'Ellis (2003), *The ethnographic I*, s'ouvre

---

<sup>5</sup> « taken-for-granted understandings »

sur la description de la première séance d'un cours de méthodologie donné par l'auteure. La méthode consiste en une narration qui fait intervenir une description fine des situations (contexte, temporalité, personnalités, tenues vestimentaires, attitudes, tons employés, etc.) ainsi que les émotions ressenties et les pensées de l'auteur. Il en ressort une transmission, non pas seulement analytique, mais aussi esthétique et sensible de la situation en jeu. Dès lors, le lecteur est capable d'appréhender, au-delà de l'analyse de l'auteur, des éléments supplémentaires lui permettant de comprendre la situation en partie par lui-même. L'auto-ethnographie prend alors parfois des apparences de confession où les sensations du chercheur sont exprimées et donc proposées au lecteur sous la forme d'un mouvement entre émotion, sentiment et impression. Il ne s'agit pas de faire de l'étude empirique un exercice purement littéraire mais bien d'inclure pleinement cette dimension narrative dans la présentation des données de terrain. Alternier tour à tour analyse descriptive et compréhension réflexive apparaît comme un complément intéressant de la méthode anthropologique.

*« Je désire indiquer ici que le procédé de la présentation concrète et classée des faits doit s'appliquer d'abord aux propres pièces à conviction de l'ethnographe. C'est dire qu'un chercheur, qui veut qu'on lui fasse confiance, doit présenter de façon claire, concise, et sous la forme d'un état, les observations personnelles directes, d'une part, les informations indirectes qui étayent son exposé, de l'autre. »*

Malinowski, 1922 : VI

### Une présentation du terrain particulière : la scénarisation

*« Recueillir des données concrètes sur une grande série de faits est donc l'un des points essentiels de la méthode empirique. Il ne suffit pas d'énumérer quelques exemples, il faut épuiser, dans la mesure du possible, tous les cas qui sont à votre portée. »*

Malinowski, 1922 : VI

La discipline dans laquelle s'inscrit cette thèse n'est pas l'anthropologie, ni la sociologie d'ailleurs. C'est un doctorat en Sciences de gestion que nous effectuons et, si les autres disciplines des sciences sociales sont une inspiration évidente et récurrente, nous nous devons de respecter un certain nombre de canons. Ainsi, il ne serait, ni acceptable, ni pertinent, d'imposer ici la lecture des 300 pages de notre journal de bord retranscrivant l'intégralité des six d'étude effectués. En effet, si Malinowski peut présenter dans le détail ses cinq années de

séjour en Mélanésie en quelques centaines de pages, c'est bien parce que le support en est un livre d'ethnologue et non une thèse. Nous avons donc choisi de condenser nos observations, de les scénariser pour en faire un récit que le lecteur pourra appréhender, tout en respectant le foisonnement de la vie de tout terrain d'observation. Ainsi, nous raconterons dans le prochain chapitre quatre semaines de la vie quotidienne d'un service. Si le diagnostic était bien notre point de focal, il n'était pas le seul objet de notre observation et la retranscription se doit de le montrer. « *Les histoires vraies comme celle-ci se situent entre la fiction et les sciences sociales (...) encourageant les lecteurs à expérimenter l'expérience* » (Ellis, 1993 : 711). Si les faits ne sont pas déroulés exactement dans la temporalité exposée, aucun d'eux n'a été inventé et leurs multiples enchevêtrements ont été respectés, tant que faire se peut. La subjectivité du chercheur n'est donc en rien évacuée ou dissimulée, elle est mise en avant pour faire comprendre, pour donner à voir. Ici, les travaux de Latour (2002) ont été une inspiration majeure. Alternant entre récits des situations du Conseil d'Etat, ses impressions ressenties face aux situations observées et des retours vers les textes et manuels juridiques, il permet au lecteur d'appréhender, lui aussi, la fabrique du Droit dans toute sa complexité. Nous ferons donc de même, émaillant notre récit de moments réflexifs qui feront partager au lecteur l'émergence de la compréhension pratique que nous avons acquis.

La rigueur du travail ne tient alors plus seulement à la méthode d'observation, mais aussi à la qualité de la retranscription et de la présentation. Et l'évaluation en est double. Dans un premier temps, il s'est agi de présenter ce récit à des praticiens pour estimer dans quelle mesure cette production correspond à une réalité plausible au regard de la leur. C'est ce que nous avons fait – sur et en dehors de notre terrain - et les retours ont été positifs. Ça n'est finalement pas surprenant puisque, comme nous l'avons dit plus haut, six mois de présence et quatre années d'étude sur un sujet donnent, naturellement, une compréhension intime du phénomène en question. La seconde évaluation vient ensuite, et c'est l'objet du prochain chapitre de cette thèse de doctorat : la présentation des éléments du terrain à des non-praticiens. Il s'agit alors pour le chercheur d'être capable de faire comprendre, non plus seulement aux *insiders*, mais aux spécialistes de notre discipline de référence ce qui est en jeu dans son étude. C'est peut-être l'exercice le plus difficile mais c'est aussi celui qui donne à l'étude empirique sa scientificité. En effet, c'est à ce moment précis que le terrain ne se suffit plus à lui-même et qu'il est renvoyé à la fois à une production théorique et à une discussion lui succédant. Dès lors, on sort de l'empirie pure, dans toute sa richesse et sa subtilité, pour

entrer dans le véritable travail du chercheur en gestion : la production non pas de connaissances d'un terrain spécifique, mais d'un savoir scientifique portant sur les organisations.

La question des résultats est alors complexe quant à leur présentation autonome au sein du texte. Notre retranscription étant fortement réflexive, un grand nombre d'éléments intégrés dans l'étude empirique relèvent formellement de ce que seraient les résultats de l'observation. Nous faisons donc le choix de les intégrer pleinement au chapitre suivant. Nous ne reviendrons sur le terrain avec un niveau d'analyse plus distancié qu'après, lors de la discussion. Ce faisant, le chapitre classique synthétisant les résultats disparaît et se trouve disséminé entre les chapitres empiriques et conclusifs. C'est un choix particulier que nous assumons et qui nous semble faire sens au regard du format de cette thèse.

## Présentation du terrain d'étude

Nous l'avons dit en introduction, notre étude de terrain porte sur l'hôpital public, et plus précisément sur la question du diagnostic psychiatrique. Nous avons conduit une étude ethnographique de six mois, observant le quotidien d'un service de psychiatrie. Durant cette période, nous étions intégrés dans le service, sans fonction officielle mais présent tous les jours. Un service hospitalier faisant face à un *turn over* important (les externes changent tous les 3 mois, les internes tous les 6 mois et les chefs de clinique tous les 2 ans) et étant donné que nous avons le même âge que les internes, notre observation s'est déroulée dans des conditions très confortables. Les acteurs nous identifiaient bien comme « étranger » mais nous ne perturbions pas le flux continu de l'activité hospitalière. Nous avons eu ainsi accès à énormément d'éléments (réunions, quotidien du service, dossiers des patients, *etc*). Cette immersion a été complétée en parallèle par une étude historique de la psychiatrie (principalement les cinquante dernières années) ainsi que des multiples travaux en sciences sociales, une étude des documents officiels (lois et règlements régissant l'hôpital) et des entretiens (avec une dizaine de psychiatres de services différents). L'ensemble nous a permis de développer une compréhension fine de l'univers hospitalier en général et du fonctionnement d'un service de psychiatrie en particulier.

La découverte de l'organisation faisant partie de l'étude de terrain plus que la méthodologie, nous avons préféré inclure ces éléments concrets dans le chapitre suivant. En effet, nous ne sommes pas arrivé à l'hôpital Lariboisière avec une connaissance exhaustive de sa structure et de son fonctionnement. Les découvertes à propos des détails de son organisation ont donc été incluses dans le récit. Récit qui, pour des raisons de cohérence avec notre méthodologie, sera à la première personne du singulier.

Troisième partie  
Etude empirique

## V. Ethnographie d'un service de psychiatrie

*« En ethnographie, entre le matériau brut de l'observation - tel qu'il se présente au chercheur dans ses propres observations, dans les récits des indigènes et dans le kaléidoscope de la vie tribale - et l'exposé ultime et apodictique des résultats, il y a souvent une distance énorme à parcourir. Abolir cette distance est la tâche qui incombe à l'ethnographe au cours des années laborieuses qui séparent l'heure où, abordant sur une rive indigène, il tente d'entrer en contact avec les habitants, de l'époque où il couche ses conclusions sur le papier. Un bref aperçu de ces tribulations, telles que je les ai moi-même vécues, éclairera ce point mieux sans doute que ne le ferait un long débat abstrait. »*

Malinowski, 1922 : II

L'objet de mon étude n'est pas la psychiatrie en tant que discipline médicale ou scientifique, ni en tant que phénomène historique et social. Je ne me positionnerai donc pas sur son rôle dans la société d'hier et d'aujourd'hui, pas plus que sur son impact sur les patients et encore moins sur la question de la folie. Je prends la psychiatrie comme un fait organisationnel donné au sein duquel des diagnostics sont opérés. La pertinence et l'intelligence des actes médicaux ne m'intéressent que dans leur propre système de référence. L'objet de l'étude porte bien sur l'institutionnalisation d'une pratique organisationnelle qu'est le diagnostic en psychiatrie du point de vue des Sciences de gestion, pas de celui de la médecine ou des sciences politiques et encore moins de celui de la philosophie.

## Introduction : Premiers contacts

### La préparation

Nous sommes le mardi 27 janvier 2009 et, après quelques relances, Florence Vorspan vient de répondre positivement à ma demande d'accès au service d'hospitalisation psychiatrique de l'hôpital Lariboisière pour mon terrain de doctorat. J'y avais déjà effectué une première observation pour mon Master, il y a quelques mois. Elle est d'accord « *sur le principe* » mais veut savoir en quoi consiste mon travail en thèse « *en pratique* »<sup>6</sup>. Partant du flou qui régnait déjà sur mon premier travail, je parle d'une simple présence au sein du service pour en comprendre plus finement le fonctionnement. C'est elle qui m'avait accueilli la fois précédente mais elle ne travaille plus aussi souvent dans ce service même si elle y a encore des contacts. Cela m'arrange car nos échanges de l'époque avaient commencé à la mettre sur la voie de ce sur quoi porte globalement mon travail. En effet, c'est elle que j'avais principalement suivi lors de mon étude des fondements institutionnels de la pratique de diagnostic. Reprendre à zéro sera donc parfait ; pas tout à fait à zéro d'ailleurs puisqu'elle va forcément présenter sa perception de mon projet à Jean-Pierre Lépine, le chef du service. Ce dernier donnera son accord 15 jours plus tard sur la base d'un sujet d'étude que Florence me dit avoir résumé comme cela : « *comment se pose un diagnostic, se transmet l'information, ...* » Tout tient dans ces trois petits points finaux et elle lui a donc déjà donné des indications relativement précises de ce sur quoi porte l'observation, mais il serait impensable d'arriver sur un terrain vierge. De plus, ce chef de service n'est pas présent au quotidien, ce n'est donc pas lui que j'aurai l'occasion d'observer en action.

Les échanges de mail que je vois circuler entre les acteurs me font comprendre que le fonctionnement du service est, comme prévu, extrêmement bureaucratique. Mais pas dans le sens où des démarches administratives sont obligatoires (je ne remplirai aucun papier en six mois). La bureaucratie se sent dans l'absence totale de consultation

---

<sup>6</sup> Dans cette partie, les citations entre guillemets proviennent de mails échangés ou reprennent directement les propos des acteurs.

formelle de l'équipe, c'est au chef de service de décider et, une fois sa décision prise, les subordonnés suivent.

Ainsi, le 11 février, Lépine donne son accord pour ma « *venue en observateur dans le service* ». Comble du confort dans la quête souvent complexe d'un terrain de doctorat, « *la durée est laissée à (mon) choix* ». Une fois les détails pratiques gérés (dates, horaires, etc.), Florence se charge de transmettre mes dates de « *stage* » à ses collègues du service d'hospitalisation. Je ne sais pas si elle pense réellement que je réalise un stage, si c'est le terme requis pour que l'administration valide ma présence (point qui ne sera jamais soulevé par la suite) ou si elle joue le jeu pour faciliter mon immersion. Cela va, en tout cas, laisser un flou autour de mon arrivée et de son motif. C'est le docteur Niéto qui devrait m'accueillir « *en hospitalisation tous les matins pour suivre les visites des médecins* ». Florence s'est occupé d'absolument tout, je n'ai eu à prendre contact ou à décrire mon projet de thèse à personne d'autre.

L'ensemble s'organise tellement facilement que l'hôpital, à ce moment, me donne l'impression d'être parfaitement géré. L'information circule rapidement, elle est validée dans la foulée et la mise en place semble aller de soi. Si c'est une bureaucratie, pour le moment, elle fonctionne extrêmement bien.

### Aparté n°1 : l'organisation hospitalière

L'histoire de l'hôpital en tant qu'institution n'est pas l'objet de cette ethnographie, je me contenterais donc ici de caractériser plus précisément le type d'organisation au sein duquel cette étude empirique se déroule. L'hôpital Lariboisière est un Centre Hospitalier Universitaire, un « *CHU* »<sup>7</sup>, c'est-à-dire un établissement possédant une convention avec plusieurs UFR<sup>8</sup> de médecine afin de dispenser, en plus de son activité de prise en charge des patients, un enseignement dans plusieurs disciplines médicales, dont la psychiatrie. Ainsi, le personnel qui y évolue a une double appartenance : les acteurs sont à la fois praticiens et enseignants (Professeur des Universités - Praticien Hospitalier ou « *PUPH* », Maître de

---

<sup>7</sup> Plus précisément, une sous-unité du CHU de Paris appelée Groupement Hospitalier Universitaire.

<sup>8</sup> Unité de Formation et de Recherche

Conférence des universités - Praticien Hospitalier ou « PH » et Chef de Clinique des universités - Assistant des hôpitaux ou « CCA »). L'établissement accueille des médecins en cours de formation, les externes et les internes, à qui le personnel délivre une formation sur laquelle ils ont une relative autonomie. Dans les multiples réformes de l'hôpital public français<sup>9</sup>, trois points principaux sont importants à relever pour cette étude de terrain car relevant principalement de l'organisationnel : « l'organisation par pôle », la « T2A » et le « PMSI ». Tout d'abord la restructuration de l'hôpital en pôles hospitaliers d'activité, dite « organisation par pôles », qui réunit les services dont les pathologies présentent des proximités du point de vue du séjour du patient. Le plus souvent, on retrouve un pôle de médecine, un de chirurgie et un de biologie (qui regroupe les laboratoires). L'objectif est de permettre une véritable gouvernance de l'hôpital. Ensuite, la mise en place de la Tarification à l'activité, ou « T2A », qui est un système d'allocation des ressources par hôpital fondé sur la nature et le volume de son activité. Avant cette réforme, produit direct du Plan hôpital 2007 et de la Loi Organique relative aux Lois de Finance, les établissements recevaient une dotation globale de fonctionnement reconduite chaque année en l'absence de négociation et corrigée d'un taux de croissance des dépenses. Avec la T2A, ce sont les recettes de l'hôpital qui déterminent ses dépenses. Cette réforme repose nécessairement sur un dispositif permettant ces calculs complexes : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, ou « PMSI ». Ce programme repose sur l'établissement de Groupes Homogènes de Malades (ou GHM) qui ont été mis en place comme unité d'activité hospitalière. Le GHM est constitué d'un ensemble de patients homogènes du point de vue du montant des ressources requises pour leur traitement et si l'on postule qu'il existe une forte corrélation entre la durée du séjour et la consommation des ressources, il peut être considéré comme un produit hospitalier pertinent pour l'évaluation de la gestion de l'hôpital. Cette approche met, de manière un peu confuse, le diagnostic au centre du processus. En effet, la constitution des GHM se fait au travers de Catégories Majeures de Diagnostic (CMD) identifiées via les Résumés de Sortie Standardisés (RSS) dans lesquels on trouve le diagnostic principal et des actes médicaux. Ces derniers sont élaborés par un ensemble de Résumés d'Unité Médicale (RUM) qui encodent tous les actes durant le séjour du patient. Les GHM se doivent d'être homogènes du point de vue non seulement médical mais aussi économique et ces catégories, au-delà des difficultés de

---

<sup>9</sup> Principalement le « Plan hôpital 2007 » et la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de 2009.

leur élaboration, reposent entièrement sur la pertinence du diagnostic du médecin. Or, cette notion, bien qu'elle soit relativement établie en médecine générale, chirurgie ou obstétrique, est loin d'être évidente dans le champ de la psychiatrie. Il se joue donc bien quelque chose d'essentiel pour l'organisation hospitalière dans ce diagnostic, non pas simplement pour son activité, mais bien aussi pour toute la structure qui l'encadre.

## Première semaine

### Mercredi

J'arrive donc le mercredi 1<sup>er</sup> avril 2009 dans ce service d'hospitalisation psychiatrique que je connais déjà un peu puisque j'y ai fait des observations durant mon master. Suivant les recommandations classiques, j'arrive un peu plus tôt que prévu et griffonne quelques notes dans la cafétéria adjacente. L'objectif que je me suis fixé pour ces premiers jours est d'identifier les acteurs et de prendre contact avec eux. Je ne le sais pas encore mais cela me prendra bien plus de temps si je veux ne pas avoir l'air d'épier le moindre de leurs mouvements. L'organisation est un flux dans lequel je vais devoir me plonger. Je connais un peu le lieu ce qui calme ma timidité naturelle, je me sens moins perdu que la première fois même si j'appréhende la découverte de ce nouvel environnement. Je suis censé l'étudier et prendre du recul et pourtant, ce que je ressens me rappelle plus une rentrée des classes qu'autre chose... Je me prépare mentalement à l'observation, à ce qui pourrait la biaiser et donc principalement à l'explication que je vais donner de ma présence. Ce faisant, je suis moi-même sceptique de toutes ces précautions, je note dans la marge de mon cahier : « *le réel ne doit pas être si dur à appréhender si je sais ce que je veux observer* » (sic). Je finis par trancher, la raison de ma présence sera une étude des fonctions et de la communication organisationnelle dans un service de psychiatrie. Les termes sont relativement techniques mais en même temps compréhensibles. Avec un peu de chance, ils poseront peu de questions et mes réponses pourront rester vagues. À neuf heures moins cinq, je me présente à l'accueil pour rencontrer le médecin que je dois suivre pour les visites et découvrir le service. « *Le docteur Niéto n'est pas là aujourd'hui, elle n'est jamais là le mercredi* ». Première surprise,

cette organisation qui semblait idéale s'avère déjà déficiente ; on m'avait pourtant bien dit de me présenter le 1<sup>er</sup> avril et me voilà déjà démuni. D'autant plus que l'infirmière de l'accueil, n'a aucune intention de laisser entrer un étranger dans le service, encore moins de lui fournir une blouse blanche. Je manque d'aplomb face à cet imprévu et m'imagine déjà faire demi-tour et devoir trouver un autre terrain d'étude... Elle appelle la « CCA<sup>10</sup> ». Cette dernière arrive, elle a vaguement entendu parler de ma venue mais il y a une confusion sur mon identité (elle me pense étudiant en Master 2 en sciences sociales). Je laisse planer le doute mais insiste sur la légitimité ma présence (préparation avec Florence Vorspan, validation par le chef de service, rendez-vous avec le docteur Niéto). Etant donné que je tombe « *pendant le rush du matin* », et vu que « *la démarche (lui) dit vaguement quelque chose* » même si on ne l'a pas vraiment avertie, elle me donne une blouse et me propose de la suivre. Elle s'appelle Sarah, elle a une trentaine d'année, semble un peu stressée et le tutoiement se fait spontanément. Elle se propose de me présenter l'autre CCA un peu plus tard.

Je commence à comprendre qu'une fois dans les rouages, la présence d'un acteur, quel que soit son statut, est automatiquement acceptée. Cela doit permettre de contourner les rigidités potentielles ainsi que les dysfonctionnements de l'organisation. La légitimité vient apparemment du fonctionnement bureaucratique qui fait que tout poste a une fonction officielle précise (dérivée du Droit) et est de ce fait accepté. De plus, tous les acteurs semblent pressés de reprendre leur activité, cette déconcentration ne leur plait pas.

Nous sommes à peine arrivés dans le service que Sarah me présente aux étudiants présents comme « *un étudiant en observation* ». Elle me demande si c'est bien ça et j'acquiesce. Il y a dans la pièce deux internes (Laurence et Filipe) et deux externes. Après s'être présentée comme « *la CCA, la responsable de l'unité* », Sarah commence à faire un point sur les patients avec les internes, oubliant presque instantanément ma présence. Des deux internes présents, Laurence semble plutôt proche d'elle et lui demande des conseils, Filipe de son côté, est plus en demande de confirmation sur sa démarche avec une patiente.

Je perçois déjà des types de relations très différents selon les personnalités, et une hiérarchie très présente. Les internes demandent conseil aux CCA, les externes demandent conseils aux internes. Même si l'ambiance est plus que détendue (tenues

---

<sup>10</sup> Chef de Clinique Assistant.

identiques en dehors du badge, tutoiement, pas de positions formelles) les différences de statuts sont clairement structurantes pour les interactions.

Ils évoquent rapidement les cas des patients de leur unité et je suis un peu perdu. Une heure passe sans que je ne comprenne exactement ce dont ils parlent. Ils prennent des nouvelles des patients et échangent leurs avis. C'est manifestement Sarah qui mène la danse, les autres suivent. Je passe ensuite chercher une blouse et un badge pendant qu'ils vont voir certains des patients dont ils ont parlé. De toute façon, je ne reste que la matinée ce premier jour, je ne veux pas imposer ma présence dès le début et je préfère adopter l'emploi du temps des étudiants qui partent à la mi-journée pour le moment.

## Jeudi

Ce matin, je continue de suivre l'activité de l'unité Chiray (au rez-de-chaussée) en attendant qu'on me présente l'autre CCA en charge de l'étage dont on m'a appris hier qu'il s'appelait Gaël. Sarah semble avoir un peu oublié ce point, je ne dis rien pour l'instant. Le matin, CCA, internes et externes se réunissent pour s'informer auprès des infirmières de ce qui s'est passé dans la nuit, faire un point sur les patients et préparer la journée ; ce moment est appelé « *les transmissions* ». Un des infirmiers explique qu'il a réussi à retenir une patiente ambivalente quant à son hospitalisation et qui a failli faire demi-tour une fois entrée dans le service.

Je découvre l'importance du personnel infirmier qui, même s'il apparaît formellement comme opérationnel par rapport aux médecins, administrant le traitement décidé par ces derniers, est composé d'acteurs essentiels dans l'organisation. Essentiels mais peu valorisés, je le verrai plusieurs fois par la suite. Etant donné que les acteurs tournent sur les créneaux de nuit et de week-end (les fameuses « *gardes* »), les interlocuteurs ne sont pas toujours les mêmes et cela rend le processus très collectif.

Certaines décisions sont prises au fil des échanges. Notamment celle de faire sortir un patient qui, durant la nuit, n'a, une fois de plus, pas respecté le « *contrat* ». Une discussion s'engage sur le fait qu'un diabète lui a été diagnostiqué durant son hospitalisation mais Sarah va quand même appuyer pour sa sortie. Ils parlent ensuite d'un patient, de son attitude depuis l'avant-veille. Il y aurait apparemment des incohérences entre son comportement et le diagnostic qui a été posé. Sarah cherche à clarifier ce qu'il s'est passé pour mieux comprendre.

L'élaboration du diagnostic ressemble à une quête de sens où les médecins font « *tourner* » les informations, ils les font varier et évoluer pour essayer de faire émerger une cohérence. Dans la discussion, les formulations de la description changent un peu, des tentatives sont faites et retenues ou écartées en fonction du sens qu'elles donnent à la situation. Je n'arrive pas encore à bien caractériser ce processus. En les regardant, c'est l'image de l'enquête policière qui me vient spontanément à l'esprit. Le rang hiérarchique est présent mais pas de manière formelle.

On m'explique que les patients arrivent, soit des urgences où le psychiatre de garde a décidé d'une hospitalisation en accord avec les CCA, soit d'un psychiatre « *avec lequel le service travaille* ». Le diagnostic n'est pas définitivement posé, et c'est aux internes de voir comment le comportement du patient évolue avec le temps. L'heure tourne et il faut commencer les visites.

Après un rapide bilan sur ce qu'il s'est passé dans la nuit, je suis Filipe en entretien avec ses patients puis traîne un peu dans la salle de garde. Au détour d'un couloir, nous croisons Gaël par hasard. Il a aussi la trentaine, plus décontracté que Sarah, et il est avec Elise, « *son interne* ». Sarah me présente, se rappelant qu'elle devait le faire en arrivant.

Je comprends alors que l'activité primera toujours sur mon observation, ce qui est plus que logique, mais que je ne le réalise clairement qu'à ce moment. Ma compréhension est secondaire voire inexistante, les médecins que je suis n'ont pas conscience de ma démarche. Cela est essentiel, je dois le garder à l'esprit, car si je veux plus d'informations, il faudra que je les cherche sans en avoir l'air pour ne pas perturber le flux continu de l'activité organisationnelle.

Je monte à l'étage avec Gaël pour « *un tour du propriétaire* ». Si c'est officiellement le même service, l'ambiance y est clairement différente. Le climat semble plus détendu (le premier étage est plus lumineux) le personnel n'a pas exactement la même attitude (plus cordiale) et même les équipements ont l'air plus neufs... Gaël et Elise sont plus curieux de mon travail et l'explication de la veille, le fameux « *stage d'observation* », ne leur suffit pas. Ils semblent sincèrement intéressés par ma démarche et je suis obligé d'en dire un peu plus. Je rebondis sur mon « *étude fonctionnelle du service* » préparée la veille. L'explication ne répond pas tout à fait à leur question, mais un infirmier vient les voir à propos d'un patient ce qui clôt la

discussion pour le moment. La façon dont ils discutent est, elle aussi, plus détendue qu'à Chiray.

Je commence à comprendre pourquoi les médecins parlent des services en des termes très différents selon l'hôpital dans lequel ils sont. En fonction des acteurs, principalement le chef de service (mais les autres ont aussi une influence), le climat peut changer du tout au tout. Au-delà de ça, même si l'activité est directement encadrée par le Droit et si les procédures administratives sont omniprésentes, la liberté d'action d'un service semble très importante.

Une fois dans la salle de garde, Elise, l'interne de l'étage, me précise que je peux poser toutes les questions que je veux « *mais pas devant les patients* ».

En fait, ce n'est pas que les psychiatres n'ont pas conscience de ma démarche. Ils savent que j'observe, ils voient bien que je note des choses, mais dans le moment de leur activité, ils n'y font plus attention. Nous sommes dans un hôpital universitaire, ils ont l'habitude d'être entourés d'étudiants prenant des notes. Par contre, pendant les quelques moments de calme, ils m'interrogent sur mon travail, mes conclusions, mes observations. Je prends conscience que ma position dans le service ainsi que les relations que je vais nouer vont forcément évoluer. Nous ne sommes que le deuxième jour et la distance diminue déjà.

Les choses se précisent rapidement sur les différences entre les unités. Non seulement le personnel circule peu entre les deux, mais les admissions sont sélectives. Gaël me confie que « *Sarah n'aime pas trop les toxicos, donc ils sont plutôt au 1<sup>er</sup> étage.* » Apparemment, ce sont les CCA qui décident entre eux de la répartition des patients.

Là encore, une certaine souplesse de l'organisation m'apparaît. Dans un univers aussi formalisé (statuts, fonctions, nominations, procédures bureaucratiques) ces arrangements me surprennent. Ils n'ont en fait rien d'étonnant, mais, au second jour de mon étude, il est peut-être mieux d'être surpris. Je note au passage sur mon cahier qu'il me faut absolument un organigramme de l'organisation. En cinq mois, je n'en aurai jamais un sous les yeux...

Je jette un œil au panneau d'affichage de la salle de garde, sur lequel s'accumulent des informations diverses. Je tombe sur un tableau de « *répartition des internes* » indiquant que le

service est composé de trois unités, celle de Chiray (unité du rez-de-chaussée) où Sarah est la CCA, avec Filipe et Laurence comme internes et celles de Monod/Clerc (unités du premier étage) où Gaël est CCA avec 3 internes, Elise et Lazhar à Monod (unité ouverte) et Walid à Clerc (unité fermée). Les externes sont absents du tableau.

Je réalise que le flou induit par le *turn over* permanent demande en contrepartie une certaine formalisation pour que les « permanents » sachent où donner de la tête. L'originalité ici semble tenir au fait que ce sont des acteurs centraux (internes et CCA) plutôt que des « opérationnels » (brancardiers, infirmières) qui tournent relativement souvent.

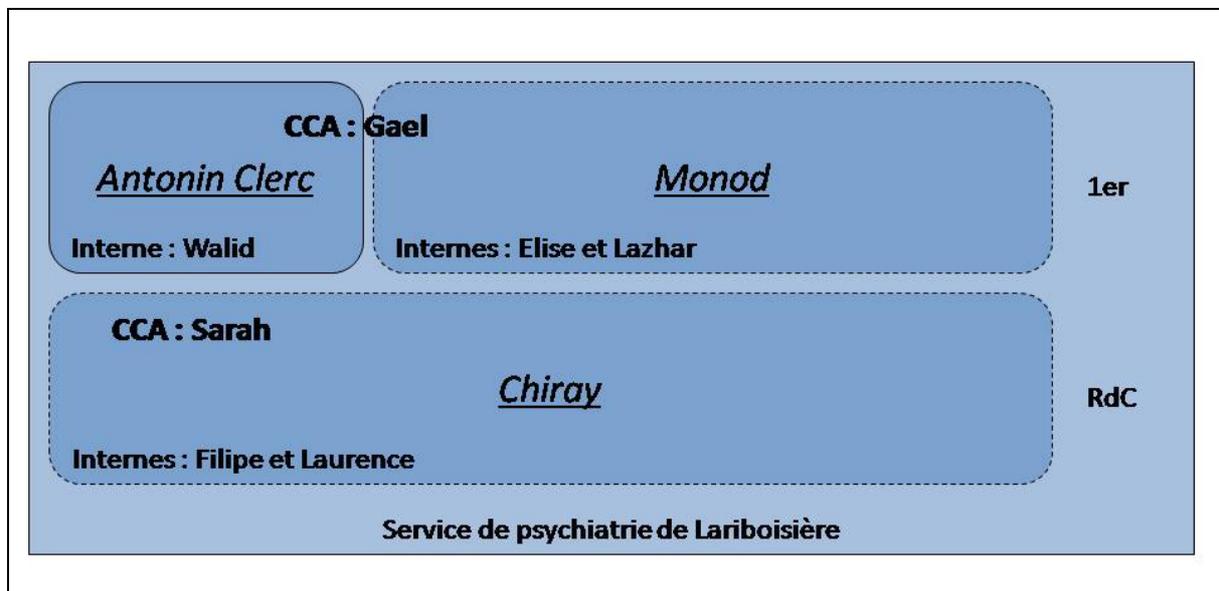


Figure 10 : Schéma de présentation des unités du service

## Aparté n°2 : les principaux acteurs d'un service hospitalier

Tout en haut de la pyramide du service trône le chef de service qui est en charge de la coordination. Si la loi Hôpital 2007 a institué les pôles comme les unités officielles de fonctionnement, leur subdivision en services laisse leur chef en charge de l'organisation interne. Il est en général Professeur des Universités en plus d'être un Praticien Hospitalier, c'est un « PUPH » et organise donc son équipe en pleine connaissance de l'activité. Comme le dit Masquelet (2001, Cités Cairn), il est à la fois un chef d'équipe et un chef d'école puisqu'il instaure la « philosophie » du service au travers à la fois des différentes techniques

et méthodes employées mais aussi de la formation délivrée. Pour organiser son unité, il « réunit chaque matin son état-major (les assistants et les chefs de clinique) » (Masquelet, 2001 : 138). Les CCA sont nommés, sur proposition du chef de service, à la fois par la structure hospitalière (le directeur du centre hospitalier régional) et par l'université (celui de l'UFR concernée), pour deux années durant lesquelles ils sont en charge d'une unité du service en même temps qu'une activité d'enseignement dans et en dehors de l'hôpital. Etant donné qu'il faut postuler à ce poste dans les trois années qui suivent l'internat, ce sont en général des personnes relativement jeunes qui les occupent, avec comme perspective de faire carrière dans le milieu hospitalo-universitaire. Ils sont responsables des internes du service. Ces derniers, même si ils sont encore étudiants, sont autonomes puisqu'ils peuvent déjà prescrire. Pour valider son internat, l'étudiant devra effectuer trois années de stages durant chacun six mois et soutenir une thèse d'exercice lui attribuant le titre de docteur en médecine. Le sujet doit relever de la spécialité médicale qu'il aura choisie au concours. Ces « épreuves classantes nationales » (ECN ou encore concours de l'internat) ont lieu en sixième année. Le rang obtenu à l'issue des épreuves détermine le choix de la spécialité (le premier choisissant parmi tous les postes disponibles, le dernier prenant ce qu'il reste). Ce concours est l'aboutissement du second cycle d'étude médicales qui se caractérise par l'externat, c'est-à-dire trois années de formation à la fois théorique et pratique, suivant des modules qui peuvent être disciplinaires ou transversaux. Ces modules constituent le programme officiel du concours. Durant cette période, les étudiants sont en stage dans un service hospitalier, sous la responsabilité des internes ou des praticiens dits senior (CCA ou PH). Ils apprennent à reconnaître les différents signes d'une maladie sans avoir de responsabilité thérapeutique ou le droit de prescrire. Durant ces trois années, les « étudiants hospitaliers » vont effectuer quatre stages de trois mois par an, consistant en cinq matinées par semaine. L'enseignement magistral dispensé en université est remplacé par des travaux dirigés où l'étudiant aborde des cas cliniques plutôt que des concepts et théories. Avant cela, les étudiants avaient passé la plupart de leur temps en Faculté, découvrant peu à peu les services hospitaliers au travers de stages d'initiation courts en fin de premier cycle (deuxième et troisième année). Les praticiens hospitaliers, ou « PH », sont officiellement situés dans la hiérarchie entre les CCA et le chef de service. Cependant, étant focalisés principalement sur la prise en charge des patients en hospitalisation et surtout en consultation, ils sont moins impliqués dans l'organisation du service. Ils restent des acteurs essentiels, eux aussi à la fois praticiens et chercheurs.

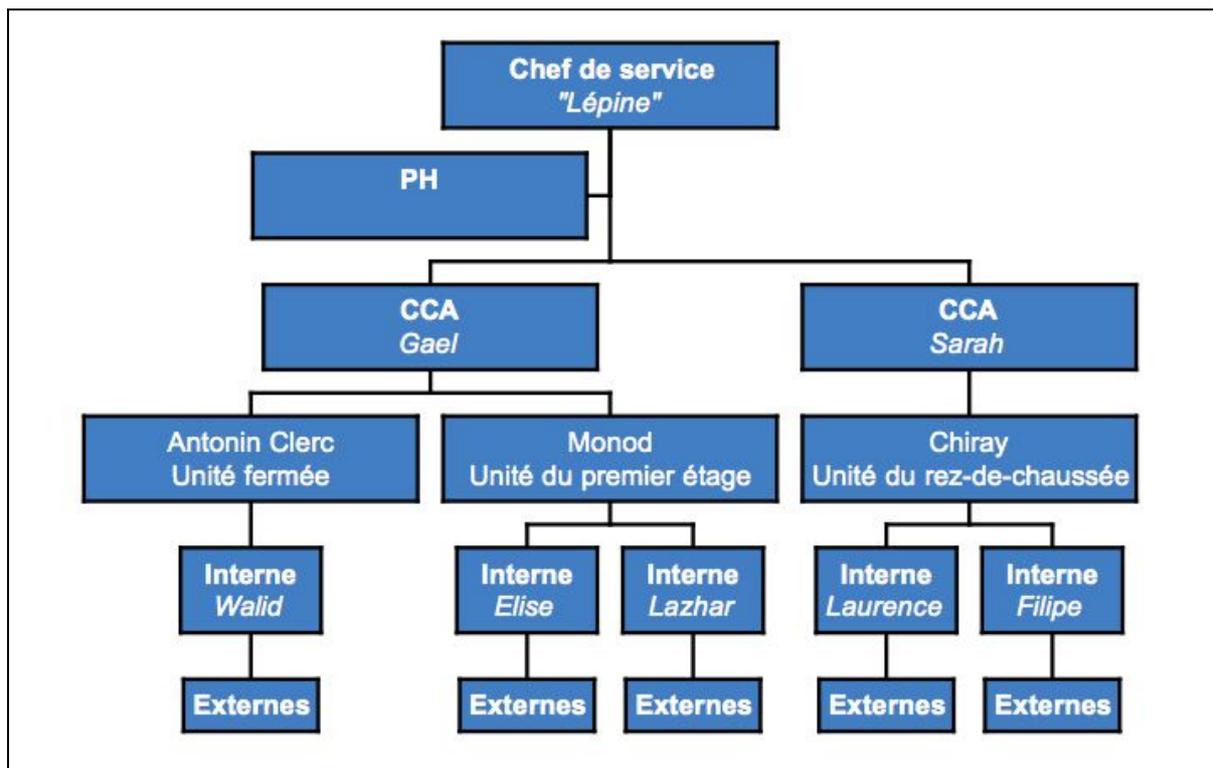


Figure 11 : Organigramme du service

## Vendredi

Aujourd’hui, je suis à Monod pour suivre Gaël, accompagné d’Elise et d’une externe, dans ses entretiens avec les patients. Peut-être que c’est parce que son patient souffre de « *TOC<sup>11</sup>* » dont les manifestations sont omniprésentes mais il semble bien plus focalisé sur les symptômes que sur le reste. Il cherche à identifier les effets du traitement pour comprendre comment les TOC se sont greffés sur autre chose car tout cela fait partie, selon lui, « *du même cadre diagnostique* ».

Je me demande dans quelle mesure mes travaux précédents sur le diagnostic biaisent mon observation en me poussant à le voir à chaque détour de conversation. En même temps, c’est inévitable puisque je ne peux pas arriver sur le terrain en étant vierge de tout prisme d’observation et que l’identification des pathologies constitue une part importante du métier de médecin.

<sup>11</sup> Troubles Obsessionnels Compulsifs.

L'objectif affiché par Gaël face au patient est d'abord de s'attaquer à sa dépression. Il alterne entre une préoccupation centrée sur les symptômes (humeur, angoisses, sommeil) et une volonté d'entretenir une relation avec le patient : « *vous nous croyez quand on vous dit que vous allez guérir ? Vous nous faites confiance ?* »

Je commence à comprendre que, malgré la caricature que peuvent parfois présenter les recommandations des autorités administratives, les seuls critères diagnostiques ne pourront jamais suffire au psychiatre. S'ils constituent une base de référence solide pour identifier la pathologie et traiter le patient, ils ne lui permettent pas de créer une relation de confiance essentielle ne serait-ce que pour avoir accès aux symptômes.

Quand le patient revient sur ses problèmes de TOC, Gaël détourne la conversation vers le soin de la dépression : « *on va d'abord guérir ça. Pour l'instant il faut juste gérer les symptômes obsessionnels, c'est tout.* » Il se concentre alors sur la symptomatologie en lui posant des questions sur son appétit et son humeur.

Le diagnostic de la pathologie, s'il passe par un bilan des critères diagnostiques, m'apparaît comme extrêmement sinueux. Le psychiatre va et vient entre les informations pour chercher à faire émerger quelque chose qu'il ne connaît pas encore mais dont il a une vague idée. Ses intuitions le guident sans pour autant lui donner d'indications précises. Sa connaissance des maladies mentales lui permet de s'orienter ponctuellement et de tester certaines hypothèses mais l'ensemble du processus de diagnostic semble passer par mille et un détours, d'autant plus que les patients présentent rarement une seule pathologie, homogène et canonique.

Nous passons dans la chambre adjacente. Une patiente, internée suite à une tentative de suicide, voudrait sortir la semaine prochaine. Gaël commence par revenir sur les raisons de cette envie avant de parler de la sortie. Il échange avec elle sur un mode particulièrement compréhensif, bien plus qu'avec le précédent, et lui propose de continuer à l'extérieur le traitement mis en place pendant le séjour. Une fois sortie, il dit à Elise, « *c'est bien ça, ça va faire de la place* ».

Je suis un peu choqué par ses propos. Plus surpris que choqué en fait puisqu'il avait conduit l'entretien sur un mode plus « humain » qui contrastait avec des approches souvent assez techniques que j'ai pu observer par le passé. Je commence à comprendre la double préoccupation d'un médecin pris entre une exigence de qualité – ne serait-ce que par déontologie – et des contraintes logistiques de gestion du service – présentes à

l'esprit de tous les membres. Je doute que la première puisse être subordonnée aux secondes dans l'esprit d'un psychiatre, mais la tension est là.

Dans le couloir, un infirmier demande si « *le big boss va passer aujourd'hui* ». Je fronçe les sourcils, faisant mine de ne pas comprendre. Il se tourne vers Gaël, « *il est nouveau dans la maison lui ?* » Il m'explique qu'il parle de « *Lépine, le chef de service* » qui passe tous les vendredis en fin de matinée. Gaël ne s'attarde pas là-dessus et demande à une externe des détails sur l'histoire du patient atteint de TOC. Elle lui explique qu'elle a appelé le service qui l'avait accueilli avant et a parlé au psychiatre qui s'en était occupé. Ce dernier lui a demandé en quelle année elle était pour savoir si elle « *pouvait comprendre ce qu'il disait* ». Elle en profite pour demander à Gaël des précisions sur la pathologie et la façon dont on la diagnostique.

Je comprends que pour les médecins, la structure hiérarchique va de pair avec la compétence et que le respect du statut n'est pas qu'une question de titre. Plus on monte dans les échelons plus on est reconnu comme étant un praticien confirmé, et donc un interlocuteur légitime à qui l'on pourra demander indications et conseils. C'est un système organisationnel qui pose une corrélation forte entre âge, titre, expérience et compétence.

Nous entrons dans la salle de garde de Monod où je remarque un panneau d'affichage sur lequel il est demandé aux infirmières de « *remplir les RUM régulièrement et les feuilles de PMSI une fois par semaine, le week-end* ». Gaël donne des conseils à l'externe sur la façon d'obtenir des informations à propos des patients dans d'autres hôpitaux puis il le fait avec elle pour lui montrer.

Dans le cours de l'activité, les relations entre niveaux hiérarchiques semblent être, quand les acteurs s'entendent, des relations de transmission par l'exemple et l'explication. Le tout relève presque d'une forme de tutorat. Si la compétence se construit tout au long de l'expérience, c'est aussi parce que les médecins s'accompagnent entre pairs tout au long du parcours. Cependant, étant données les anecdotes qui circulent, ce n'est manifestement pas systématiquement le cas. Mais l'esprit est là.

Je discute avec l'infirmier pour qu'il m'en dise plus sur le chef de service. A propos des horaires, il m'explique que les visites se terminent à 13h et qu'une arrivée 5 minutes en retard

n'est pas possible. « *C'est militaire ici* » me dit-il, plaisantant à moitié. Gaël sourit et précise que « *les CHU sont très hiérarchiques. Dans la psychiatrie de secteur, c'est moins présent.* »

Il me présente les grades :

- « *Le chef de service s'occupe de la coordination, de l'administratif et d'autres trucs politiques. Il passe une fois par semaine mais ne voit pas les patients, il examine leur dossier.*
- *Les PH sont rattachés au service et voient les patients une fois par semaine au moins.*
- *Les CCA sont présents tous les jours pour gérer les hospitalisations et le quotidien du service. On est relativement autonomes.* »

La structure hiérarchique entre médecins est donc très formalisée. Elle ne semble pas uniquement liée à la gestion de l'administratif (les « PH », n'ont pas de fonction de gestion) mais aussi à la maîtrise de la pratique. Je remarque au passage que, ni les étudiants (externes et internes), ni les infirmières ne sont présents dans son exposé. Pour l'instant, tout semble formel sur le papier mais souple dans la pratique. Des routines sont formalisées mais restent plus que discrètes au quotidien.

Gaël se dit satisfait de cette organisation puisqu'il est « *indépendant* » mais en ayant en même temps « *pleins de personnes vers qui se tourner* ». Il est 12h30 et pendant l'heure qui suit, tout le monde continue de vaquer à ses occupations tout en restant potentiellement disponible en cas de passage du chef de service. À l'approche des 14h, Gaël décrète que « *là il ne viendra pas, c'est sûr* », ce qui équivaut à une autorisation de départ en pause déjeuner pour les étudiants. Cela m'arrange, je dois partir pour assister au séminaire mensuel du CNAM. Je descends l'escalier de service et pour sortir, je traverse Chiray où il n'y a personne, eux sont apparemment déjà partis depuis quelque temps.

## Samedi

Je passe le samedi après-midi à l'hôpital pour voir comment s'organisent les week-ends. Gaël m'avait prévenu que ce serait calme et, effectivement, l'activité semble être mise en pause. Je le suis tout de même pendant cette journée où il n'est présent qu'exceptionnellement, « *une garde de temps en temps* » ; il a l'air fatigué. Il n'y a pas grand monde dans le service et il doit courir entre les deux étages. Tard hier, il a appris qu'un patient qui devait sortir aujourd'hui allait en fait rester quelques jours de plus car « *on lui a*

*trouvé un problème aux reins* ». Il a consulté le chef de service qui a entériné la décision. En parlant du médecin qui a diagnostiqué le patient dans le service de néphrologie, Gaël dit en plaisantant « *non pas un interne, c'est un médecin... un vrai, pas un psychiatre* ». Nous nous dirigeons vers la chambre du premier patient avec qui il est principalement question du « *contrat d'hospitalisation* ». Ils se mettent d'accord sur des autorisations de visite, de sortie, sur la possibilité d'ouvrir les fenêtres ou de recevoir des appels téléphoniques.

Dans ces moments d'échange sur les conditions de séjour du patient, le psychiatre se pose en expert et oriente le malade dans ses choix, le conseille. Ce dernier participe à la discussion mais c'est le CCA qui a le mot final, en accord a posteriori avec l'interne référent du patient. J'ai plus l'impression d'être face à une mise en scène de dialogue que d'assister à une véritable discussion entre un usager et son médecin.

Sur le chemin de la chambre du second patient, Elise vient voir Gaël parce qu'elle voudrait faire sortir sa patiente. En lui présentant les dernières nouvelles qui motivent sa proposition de départ, elle cherche clairement à le convaincre et il accepte sur le principe. Ça l'arrange d'autant plus qu'il a besoin de la chambre pour une patiente de Chiray qui connaît mieux l'étage et qu'il préférerait donc faire monter.

Je comprends que les internes sont les pièces centrales du service. Pas seulement en termes logistiques mais aussi par leur expertise puisqu'ils posent le premier diagnostic d'accueil et peuvent être à l'initiative de la sortie d'un patient par exemple. Certes, c'est un univers bureaucratique dans lequel toute décision doit être validée par le supérieur, mais leur valeur est surtout mesurée par la confiance qu'on leur accorde. Cela tient entre autre à leur capacité à exposer le cas d'un patient de manière concise et, par définition, orientée. Plus un interne maîtrisera le langage, les références, les profils des patients et de leurs pathologies ainsi que les contraintes du service, plus il pourra présenter sa requête de manière pertinente. Je constaterai tout au long de l'étude que les internes les plus expérimentés obtiennent la plupart du temps ce qu'ils veulent car ils intègrent une logique finalement tout autant professionnelle qu'organisationnelle.

Cela relance la discussion à propos d'une patiente pour laquelle ils n'ont pas encore posé de diagnostic : « *on attendait des examens neuro en plus* ».

Je découvre à ce moment que, malgré les contraintes légales, bureaucratiques et organisationnelles, le diagnostic n'est en fait pas un impératif d'entrée pour les

psychiatres. C'est d'autant plus étonnant que les textes officiels sont formels : une cotation diagnostique est une condition d'entrée dans tout service hospitalier car elle détermine la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie. Or, les médecins traitent souvent des patients pour lesquels ils n'ont pas encore une compréhension précise de la pathologie, surtout en psychiatrie. Ils gèrent une souffrance qui pourra, à terme, être identifiée et adossée à un trouble mental. S'ils ont une idée de la pathologie, ils ne posent pas pour autant un diagnostic précis dès le début. Je commence à avoir cette intuition que le diagnostic n'est pas une décision tranchée posée à la fin du premier entretien avec le patient mais un processus qui traverse tout le séjour à l'hôpital, de l'entrée à la sortie.

Le temps que je prenne quelques notes, Gaël est déjà entré dans la chambre d'un patient. J'attends devant. Une externe arrive frappe doucement et entre discrètement. Ça ne ressemble pas du tout à l'ambiance du rez-de-chaussée où je ne verrai presque jamais cela. Quand ils sortent, Gaël explique à l'externe que « *elle est mélancolique cette dame. Là il y a un problème de confusion mais, une fois réglé, elle sera toujours mélancolique* ». Je discute de l'organisation du service avec l'externe qui me confie que « *avant que Lépine ait son bureau à l'étage (ils) le voyaient jamais* » car « *à l'hôpital, plus on monte, plus on fait d'administratif et moins on voit des patients* ». Je demande à Gaël si je peux être à l'étage la semaine suivante, il est d'accord. Dans la foulée je demande si je peux assister lundi à une réunion administrative dont on m'a vaguement parlé. « *Ca c'est un peu compliqué, il n'y aura que le chef de service, les chefs de clinique et les cadres hospitaliers* », « *mais le reste du temps pas de problème* ».

L'illusion de neutralité de ma présence s'efface peu à peu. Je peux passer relativement inaperçu dans le quotidien du service car je ressemble plus ou moins aux autres étudiants. Cependant, certains moments du service se révèlent plus politiques que d'autres, et là ma présence devient problématique. Ce qui est plutôt logique finalement.

Gaël me voit noter pendant la visite du patient suivant, et plaisante en sortant, disant que ça le « *stresse un peu* ». Plus sérieusement, il me dit qu'il faudra que je leur en dise plus à un moment quand même.

Il faut que je fasse attention aux moments et à la façon dont je note... Je propose une présentation pour éviter toute suspicion « d'espionnage ». Le plus tôt sera le mieux je pense.

En descendant à Chiray, je croise une PH à qui je demande si je peux l'accompagner dans ses visites de la journée, ce qu'elle accepte sans problème et nous nous dirigeons vers les chambres avec Laurence, l'interne de Chiray. Devant la patiente, elle se présente comme étant « *la PH du service* » sans expliquer ce que cela veut dire. Elle survole le dossier avec la patiente pour « *passer en revue ce qui s'est passé ces derniers jours* ». Elle est très focalisée sur les symptômes, elle cherche à savoir « *comme ça s'est manifesté, cet épisode dépressif* ». Elle enchaîne directement sur le traitement et explique à la patiente qu'être déprimé ne réduit pas à « *être triste, c'est aussi manquer d'énergie par exemple* ». La discussion qui s'engage reste centrée sur des symptômes que la PH cherche même à quantifier : « *combien sur 100% aujourd'hui ? (...) et il y a trois mois ?* » En sortant de la chambre, elle demande à l'interne ce qu'elle avait décidé et l'interroge : « *est-ce que c'était un vrai EDM<sup>12</sup> ?* ». Elles discutent de la portée et de la gravité des symptômes en allant chercher le dossier suivant dans la salle de garde.

Je commence à voir l'intérêt de la formalisation du DSM. Elle permet de cadrer la compréhension d'un praticien quand il « *prend le train en marche* ». La PH ici connaît manifestement déjà le cas, de loin, mais la grille de lecture symptomatologique lui permet de saisir rapidement ce qui est en jeu et ce qui a évolué. Même si cela est réducteur, c'est aussi extrêmement puissant pour synthétiser rapidement un cas et ainsi pouvoir faire quelque chose. Par contre, ce que la PH apporte ne se limite pas à cette grille, son expérience semble lui permettre de faire des propositions pertinentes sur cette base apparemment fragile. La focalisation sur les symptômes a un véritable intérêt, mais elle ne suffit pas. Elle permet cependant un échange rapide et efficace, non seulement avec les patients, mais aussi avec les autres praticiens.

Je sors de la salle de garde en demandant s'il y aura quelqu'un le lendemain. Aucune des deux ne le sait mais la PH me dit que je peux passer si j'en ai envie.

---

<sup>12</sup> Épisode Dépressif Majeur

## Deuxième semaine

### Lundi matin

Nous sommes lundi matin, j'avais prévu de venir à l'hôpital le jour précédent, mais j'ai préféré me reposer. Cette étude de terrain est plus éprouvante que je ne l'avais imaginée. Je ne relate pas ici toutes les séances avec les patients, mais leur détresse est extrêmement éprouvante pour quelqu'un qui n'a pas encore la « *carapace du médecin* »<sup>13</sup>. J'arrive un peu tard à Chiray et j'apprends que Sarah, la CCA, est en vacances pour quelques jours. Je ne suis pas plus étonné que ça, la psychiatre qui devait m'accueillir la semaine dernière n'était pas là, pourquoi serais-je encadré maintenant ? Laurence me dit qu'il n'y a aucun problème pour que je sois là mais qu'il sera sûrement plus intéressant que je monte à l'étage voir Gaël.

Je vois bien à ce moment précis que Laurence se sent seule et en difficulté. Il est rare que l'organisation pèse autant sur une unique personne qui ne soit en rien un responsable (officiel ou symbolique). Il peut y avoir des moments de pression et de stress, mais ils sont organisés (réunion de staff) ou collectifs (épisode violent d'un patient). Dans un service, la responsabilité semble rarement être purement individuelle.

J'en profite donc pour monter à l'étage où je me sens plus à l'aise et tombe sur Gaël. Il n'est pas encore vraiment habitué à me voir, surtout qu'il est trop occupé pour m'accueillir. Quelques secondes d'inattention et je rate un moment de départ. Je me retrouve à la porte pendant l'entretien entre l'interne et un patient. Étant donné que je ne suis pas encore « dans la boucle », je ne suis pas inclus dans tous les mouvements et passe parfois à côté de certaines choses.

Le fonctionnement d'un service va tellement de soi pour les médecins et leurs étudiants qu'ils ont du mal à me l'expliquer, ou même à m'y intégrer. Les informations fusent et parfois se contredisent mais je ne ressens aucune formalisation stricte de la routine quotidienne pour le moment. Elle est connue mais pas exprimée : évidente. Et si elle est

---

<sup>13</sup> Expression empruntée à une des externes

exprimée, les termes sont souvent vagues. La seule chose claire à ce moment, c'est qu'au quotidien, l'activité prime toujours sur la coordination.

Je redescends donc à Chiray où Laurence fait les transmissions avec les externes et deux infirmières. Elle a « *vu deux nouvelles têtes que (elle) connaissait pas dans le service, des nouveaux ?* » Elle passe les patients en revue : « *je veux pas faire trop de sortie pour éviter trop d'arrivées la semaine prochaine et que ce soit le bordel* ». L'infirmière réagit : « *ah oui, les nouveaux internes arrivent bientôt* ».

Une fois de plus, je perçois que les acteurs ont toujours en tête la structure de l'activité pour en anticiper le bon fonctionnement. Ça n'est jamais vraiment formalisé et donc forcément faillible, mais l'intention est là. Il n'y a pas de tableau actualisé des chambres, ni même quelque chose de prévisionnel. On gère l'activité au fur et à mesure en essayant de pré-voir au mieux.

À propos de la sortie d'un patient, elle dit ne pas vouloir « *signer la sortie si c'est pour que Florence<sup>14</sup> dise non après* ». Un patient hospitalisé depuis trois semaines a des esquarres et Laurence demande à une des externes s'il y a un service de traitement des plaies chroniques dans l'hôpital. Cette dernière ne sait pas non plus et la discussion s'arrête là. Nous sortons pour aller faire les visites et une des externes me raconte que la veille, à la fin d'une visite, elle avait parlé du cas alors que le patient était encore là et qu'il avait réagi un peu violemment. Elle ne comprend pas pourquoi il s'était agacé, apparemment « *il s'était sentis chosifié* ». Laurence lui explique un peu sévèrement qu'il fallait éviter de parler des patients devant eux pour éviter qu'ils ne se sentent vus que comme des malades. « *C'est du bon sens* ».

J'assiste pour la première fois à une tension dans le couple autonomie/responsabilité entre les échelons. Si chaque niveau hiérarchique accompagne celui en dessous, il en est aussi garant. Il semble donc y avoir à la fois une bienveillance et une sévérité dans leurs rapports. Si le supérieur est là pour montrer et expliquer, il doit aussi corriger voire sanctionner en cas de problème.

---

<sup>14</sup> Florence Vorspan, une des PH du service

À l'étage, Gaël et quelques externes rencontrent une patiente qui a fait une tentative de suicide. Il voit dans le dossier que c'est sa deuxième hospitalisation et lui demande les raisons de la première. En cherchant à avoir des informations, il se rend compte d'un léger problème de mémoire. Tout en discutant avec elle il parcourt le dossier, le feuilletant « *un peu au hasard* » me dira-t-il plus tard. Il revient sur le traitement et les dosages. Soudain, son téléphone de service sonne, il décroche sans faire de transition (pas d'excuses, pas d'explications) et nous attendons en silence. Il raccroche et s'informe du suivi de la patiente ces derniers temps. Apparemment il connaît son ancien psychiatre ainsi que le « *CMP* »<sup>15</sup> dont elle parle. Ensuite, il passe aux symptômes : idées noires, énergie (toilette, hygiène, ménage, etc.) Puis soudain, « *vous pensez qu'on peut vous aider alors ?* » Il insiste sur le fait qu'il lui faudra un suivi après son passage dans le service et sur les dosages qu'il faut respecter, « *sinon ça sert à rien, il faut qu'ils soient à la bonne dose* ». La patiente est au bord des larmes, Gaël garde un ton très empathique.

Le dossier semble être un élément essentiel du processus de diagnostic. Il faudra que j'y revienne plus tard.

Quand ils sortent de la chambre, Gaël débriefe avec les externes :

- « *Je la trouve assez passive agressive*, dit-il sans s'adresser à l'un d'eux en particulier.
- « *C'est quoi exactement la différence avec l'incurie ?* » demande un externe.

Gaël explique et détaille pour s'assurer qu'il ait bien compris. Il mentionne au passage les troubles de l'adaptation.

- « *Et la différence entre une dépression réactionnelle et un trouble de l'adaptation ?* demande Maëlle, une autre externe.
- « *C'est simple, la dépression réactionnelle, ça n'existe pas*, répond Gaël en souriant, mi sérieux, mi ironique.
- « *Pourtant, c'est dans les bouquins*, s'étonne-t-elle.
- « *Alors il faut les jeter*, rétorque Gaël plus sérieusement.
- « *Mais c'est dans le manuel que Filigr a écrit...* insiste-t-elle.
- « *... De toute façon, à l'internat vous dites épisode dépressif majeur*, dit Gaël en la coupant. Puis il revient au cas de la patiente, *là si on fait rien de plus, dans une semaine ça va mieux. C'est pour ça que je lui ai parlé de son psy. (...) Mais*

---

<sup>15</sup> Centre Médico-Psychologique

*elle a surtout un trouble du comportement alimentaire (...) et un trouble de la personnalité.*

- *Lequel ?* demande Maëlle.
- *Bah passive agressive* » répond Gaël un peu sèchement.

Je réalise alors à quel point la psychiatrie ne peut s'apprendre seulement dans les manuels. C'est le praticien qui tranche sur la question, en faisant référence à la fois aux « vrais » patients, à la manière dont on les soigne dans ce service précis mais aussi aux concours qui approchent. L'apprentissage du diagnostic se fait par rapport à un ensemble de sources disparates et sur une logique de légitimité. L'épreuve de l'internat étant l'objectif principal des externes, c'est le programme qui fera autorité, idem pour ceux qui l'ont passé récemment. Pour les internes, ce sont leurs supérieurs, plus avancés dans leur pratique ou la recherche. Tout en haut trône le chef de service à qui on ose peu demander quoi que ce soit.

Pour l'apprenti psychiatre, le manuel n'est qu'une base de départ pour comprendre ce qui se passe en stage. L'application concrète ne peut se faire que par les observations et la participation à l'activité du service. « *C'est à ce moment que la théorie rencontre les recettes de cuisine* » me dira un jour une PH.

L'heure de la pause déjeuner approche, ce qui conclut les entretiens de la matinée. Les patients restants sont repoussés au lendemain.

## Lundi après-midi

J'apprends au détour d'un couloir qu'il y a un cours tous les lundis matins à 9h pour les étudiants du service. Il est midi mais ils viennent à peine de sortir du service pour y aller. Je les rattrape en chemin et ils m'expliquent que les horaires varient en fonction des intervenants et des besoins du service. Chaque semaine, en plus du cours, ils étudient la vidéo d'un patient du service et tous les mardis, ils assistent à une lecture critique d'un article par un interne.

Je prends conscience du fait qu'une grande part de l'enseignement, y compris la partie théorique, se fait durant le stage dans le service. Si les cours en Faculté servent à formaliser le savoir, ils ont surtout pour fonction d'encadrer la préparation au concours et les externes me confirment apprendre « *autant en stage qu'à la fac* ». Le transfert de la pratique par capillarité est accompagné de moments réflexifs comme celui-ci. Ils ne sont

pas séparés dans le temps, ils sont extrêmement proches et même parfois se superposent. La pratique de diagnostic s'acquiert ainsi dans un va-et-vient constant entre action et connaissance.

Étudier les vidéos de patients dans le service leur permet d'étudier des cas tous ensemble. Et d'en découvrir de nouveaux. Un des externe me dit que « *ça permet de voir encore d'autres patients vu qu'ils sont tous différents* ».

Je commence à réaliser une spécificité de la psychiatrie par rapport aux études sur la pratique. Si les situations ne peuvent jamais être réellement identiques, celles que rencontrent les psychiatres sont particulièrement diverses. Non seulement les patients ont des histoires différentes, mais les pathologies peuvent se présenter sous des formes toujours renouvelées ; pire encore, un même patient sera différent d'une visite à l'autre.

Cette semaine, le cours porte sur la psychanalyse. Maëlle râle, elle a vu « *anal ou quelque chose comme ça dans le titre, si c'est pour qu'elle nous fasse du Freud et tout c'est bon...* » Avant d'entrer, une autre externe lui demande si elle a signé la feuille de présence. Elle répond qu'elle signe à la semaine : « *j'y vais le lundi et je signe pour tous les jours* ». Des fois, elle ne vient pas certains jours et elle a remarqué que « *quelqu'un barrait la signature, donc il doit quand même y avoir un contrôle* ». Je demande si on lui dit quelque chose après, elle me dit que non : « *qu'est-ce que tu veux qu'ils fassent de toute façon ? Au pire il me mettent un 0 à ma note de stage, je m'en fous, cette note elle me sert à rien dans mes études* ». L'autre externe lui dit que ça peut servir si elle doit compenser des matières. Maëlle lui répond qu'au pire elle ira au rattrapage, « *il y a des stages où (elle a) 18 ou 19. Là (elle est) pas à fond dans celui là* ». D'après elles, c'est « *souvent un peu une note de gueule* », les critères d'évaluation des stages n'ont pas l'air clairs.

L'organisation apparemment très structurée ne fonctionne pas du tout de manière figée. L'architecture du système est en fait une sorte de référence autour de laquelle les services et les acteurs gravitent avec une marge d'action basée sur un critère de pertinence, manifestement lié à leur logique professionnelle. Les cours sont obligatoires mais leurs horaires variables selon l'activité du service, les présences sont contrôlées mais pas surveillées, les évaluations sont automatiques mais pas formalisées. Il est intéressant de voir une organisation fonctionner entre une bureaucratie extrêmement formelle et un principe qui est finalement celui d'une déontologie que les acteurs se transmettent de manière très libre.

On entre dans la salle de cours. Gaël s'excuse auprès de la psychanalyste car il ne va pas pouvoir assister à la séance. Il n'y a que des externes dans la salle, nous ne sommes qu'une petite dizaine pour le moment. Les internes arrivent en dernier, avec un café et un peu en retard. Pendant la séance, une des externes note, Maëlle lit discrètement un manuel sous la table, les autres sont relativement attentifs. Les internes écoutent plus ou moins distraitement. Au bout d'une heure, la psychanalyste conclue et demande s'il y a des questions. Il plane un silence gêné, « *c'est sans commentaires ?* », Un des internes la remercie et ils échangent quelques phrases sur le fait que ce texte est moins théorique que le précédent. Elle essaye timidement de susciter quelques questions mais personne ne bouge.

Le cours du service fait partie intégrante de la formation universitaire, il est reconnu par les facultés de médecine. Pourtant, le programme et le choix des enseignements restent à la discrétion du chef de service. Je suis étonné de voir à quel point il est peu encadré (aucun des responsables n'est là) et peu valorisé. Manifestement, ce qui sort de la pratique concrète n'est pas la préoccupation des étudiants. Cette théorie, très fondamentale, n'intéresse finalement que les plus expérimentés, les apprentis psychiatres cherchent plutôt du concret.

Je perçois la limite de ces moments de recul que proposent les cours. Si le savoir qui y est transmis est, certes, un moment de réflexivité, il ne sera apprécié que s'il est en lien avec la pratique. L'étude d'un cas concret mobilisant la théorie psychanalytique pourra susciter leur intérêt, mais la lecture d'un texte fondateur ennueie. À ce stade, la connaissance n'intéresse les apprentis praticiens que si elle leur permet d'alimenter leur action, et, pour les externes, de préparer le concours de l'internat.

En retournant dans le service, je croise une des PH avec nous discutons du mois que j'ai passé aux urgences à en étudier le fonctionnement. Elle me dit ne pas aimer les urgences qui ne « *sont pas intéressantes pour un praticien. Il faut juste orienter les patients : je l'hospitalise chez moi celui-là ? C'est une torche ou pas celui-là ?* » Elle me confirme au passage que tous les internes partent bien le vendredi de la semaine prochaine, tous en même temps. Elle me raconte que, des fois, ça tombe même en même temps que le renouvellement des CCA. Elle, elle est arrivé en novembre dernier exactement à ce moment-là et « *c'était le bordel* ». Je vais prendre une pause à la cafétéria et je me retrouve seul à une table entre les deux équipes des deux étages. J'ai l'impression d'une légère méfiance de la part des internes

de Chiray, je suis peut-être un peu parano. Mon impression d'immersion totale est forcément un peu illusoire et montre ses limites avec le temps...

La familiarité que je développe avec le service et les acteurs fait de moi un membre du groupe. Cela me permet d'avoir plus d'informations, mais c'est aussi le début des complications. Si je ne suis plus un étranger venant de l'extérieur, alors je dois avoir une position par rapport aux autres. Je vais ainsi devoir faire d'autant plus attention à ce que je dis ou fais.

Sachant que Laurence est seule cette semaine, Gaël fait des allers-retours, passant régulièrement mais rapidement à Chiray. Laurence va confier à la PH qui est de passage dans le service qu'elle « *(se) sent un peu toute seule* » avec un rire nerveux.

Je comprends que, malgré une organisation très formalisée, la machine n'est pas si bien rodée et que ce sont alors les acteurs qui s'arrangent entre eux pour réussir à continuer. La PH n'est sûrement pas là par hasard. Sachant que l'interne est seule, elle a dû penser à venir voir comment les choses se déroulaient, de même pour Gaël. Je le verrai à plusieurs reprises, ce genre de bricolages organisationnels est en fait permanent. Certains sont spontanés, d'autres presque routiniers et ancrés dans la culture à la fois de l'organisation et de la profession. L'arrivée des nouveaux internes dans une dizaine de jours en sera un excellent exemple.

Je me rends compte que les externes sont partis juste après le cours. Ils sont censés être dans le service à mi-temps mais manifestement, l'activité primant sur tout le reste, ils doivent parfois rester plus tard. Je vais ranger ma blouse dans la salle de garde et pars moi aussi.

## Mardi

Ce matin, il y a un cours de « *LCA*<sup>16</sup> » auquel les externes n'assistent pas. Laurence doit présenter un papier publié en 2009 dans l'*American Journal of Psychiatry*. Tout le monde est là sauf le chef de service et Sarah remarque que « *il est assez mystérieux sur ses horaires d'arrivée* ». Gaël tente d'appeler son bureau mais n'obtient pas plus de détails. Un PH arrive et s'assoit. Sara lui fait remarquer qu'il est « *à la place de Lépine* », mais il ne réagit pas. Il

---

<sup>16</sup> Lecture Critique d'Article

discute avec Gaël : « *Il est là le patron ? Non ? On va attendre encore 5 minutes...* » Lépine fini par arriver en trombe et sans s'excuser. « *Allez, zou !* ». Il parle de la manifestation tamoule de la veille et fait un aparté sur la situation politique au Sri Lanka. Ensuite, et sans transitions, il demande à Laurence de commencer. L'article porte sur l'évaluation de l'efficacité d'une molécule sur les troubles bipolaires. Pour lui, les statistiques sont bancales et « *ce n'est pas parce que c'est publié dans une grande revue que l'étude est bonne* ». D'ailleurs, la molécule n'est pas accréditée en France mais il explique, qu'avec un arbitrage européen, « *on sera obligé de l'accepter* ». Walid, l'interne d'Antonin Clerc, présente à son tour un article sur le lien entre anti-dépresseurs et diabète publié dans la même revue. Lépine critique les posologies mises en place dans l'étude épidémiologique en plaisantant sur le manque d'adaptation des dosages de la part des généralistes ainsi que sur l'obsession des psychiatres à vouloir faire varier les doses. Au passage, il rappelle les différences de prescriptions entre la France et l'Angleterre. Il a un certain franc parler et ne porte pas de blouse. Sa chemise est assez ouverte et laisse entrevoir ses poils de torse.

Loin d'être tenue éloignée du champ de la pratique, la recherche en médecine me semble en faire partie intégrante. D'ailleurs, le concours de l'internat intègre une épreuve de lecture critique d'article. On m'avait parlé du *publish or perish* à l'œuvre dans le système français mais la manière dont elle est envisagée ici apparaît avec plus de souplesse. Durant cette séance hebdomadaire, les psychiatres les plus avancés peuvent partager leur expérience, non seulement en matière de recherche ou d'essai thérapeutique, mais aussi à propos de la pratique quotidienne. La figure du chef de service s'impose ici de manière un peu caricaturale mais j'ai le sentiment que je ne suis pas non plus face à une exception.

Avant de retourner dans le service, les internes passent par la cafétéria. Autour du café, ils discutent de la grève de la semaine prochaine. Laurence m'explique que « *le ministère veut mettre des administratifs à tous les postes décisionnaires* ». Les discussions restent vagues sur l'organisation et la structure administrative de l'hôpital. Lépine les a autorisé à se mobiliser mais il faut qu'il y ait au moins un interne dans le service, apparemment Filipe accepterait de rester...

Les étudiants, internes comme externes, semblent très ignorants du fonctionnement de l'hôpital. Au-delà du flou de la discussion, quelques aberrations sont échangées. La

manière dont les choses fonctionnent en dehors des services médicaux n'a pas l'air de les intéresser vraiment. Ils sont principalement préoccupés par leur activité et les éléments périphériques qui peuvent l'impacter. Le reste compte assez peu. Ils vont se mobiliser car ils sentent intuitivement que quelque chose se passe mais rien n'est précis. Ils sont surtout très attentifs au fait que le service puisse continuer de tourner durant leur absence.

Je décide de monter à Antonin Clerc, l'unité fermée à l'étage, car je sais que Gaël est en train d'y faire les transmissions. Nous discutons avec Walid et lui du cours de la veille et il me décrit rapidement les rapports hiérarchiques. Je lui demande si Lépine est directement au-dessus de lui. Il sourit et répond « *quand même pas* ». Une infirmière nous interromps, lui reprochant d'avoir fait trop d'entrées la veille. Il m'explique qu'il est passé aux urgences et qu'en l'absence de Sarah il a du « *faire quelque chose* ».

Je commence à ce moment à percevoir une tension qui existe dans une structure hospitalière. La hiérarchie y est très formelle, le statut confère automatiquement une autorité. Cependant, la zone d'autonomie de chaque échelon est grande, chacun en est entièrement responsable. Cela s'applique particulièrement aux médecins. Pour les autres acteurs, si le statut est tout aussi important, le respect formel l'est moins et les infirmières semblent loin d'être purement subordonnées au corps médical.

Voyant que Gaël ne va pas faire d'entretien aujourd'hui, je retourne au rez-de-chaussée où c'est Laurence, l'interne, qui mène les transmissions en l'absence de sa CCA. Une des infirmières en profite d'ailleurs pour donner beaucoup plus son avis que la semaine précédente. Elle n'empiète pas sur le terrain de la psychiatrie et reste sur une description de l'état des patients, de leurs humeurs et de leur comportement mais elle est plus présente. Le docteur Niéto, la PH qui devait m'accueillir, nous rejoint. Elle semble être familière avec le service, cherchant des informations directement dans les dossiers et sur l'intranet. Elle ne demandera que quelques détails pendant la réunion. Par contre, ses avis ou suggestions ont un poids important dans les discussions, même si elle ne tranche pas. Tout le monde se dirige en groupe vers les chambres pour les entretiens de la matinée.

Le statut des PH me semble bien particulier. De ce que j'en vois, ils ne font pas partie du cœur de l'activité du service (accueil, traitement, sortie des patients) mais leur présence est à la fois normale et importante. Ils sont plus mobilisés comme ressource de

référence que comme décideurs même lorsque le rang en dessous d'eux, les CCA, est absent.

Les patients voient l'interne qui les suit chaque jour, le plus souvent dans le bureau médical et ils rencontrent le CCA ou le PH environ une fois par semaine en moyenne, en général dans leur chambre cette fois. Sont aussi présents dans la salle les externes qui suivent l'interne (les internes se répartissent les externes à leur arrivée), et potentiellement différents observateurs (psychologues, psychanalyste ou encore moi par exemple). Ce premier entretien de la matinée commence par un survol des « *observes* » (notes que prennent les internes et les externes au quotidien) tout en faisant un point avec l'interne. La décision du mode d'hospitalisation (durée, autorisation de visites, sorties) se fait principalement sur la base des échanges avec le patient et par rapport à son comportement plus que sur une référence explicite à des critères diagnostiques.

Une fois le premier entretien terminé, la PH fait un rapide bilan avec Laurence tout en précisant certains points aux externes. Elle se réfère aux théories psychiatriques et psychanalytiques puis explique les options possibles pour le traitement et les raisons du choix.

J'ai le sentiment que ma présence la pousse à en faire un peu plus que d'habitude mais je surestime peut-être mon impact. Je commence tout de même à comprendre la façon dont la pratique se transmet au cours de la formation. L'externe est plongé dans le bain sans réelle préparation. Cependant, on ne lui demande d'abord que des choses simples tout en le mettant progressivement au contact de l'activité médicale. Assistant aux actes principaux (diagnostic, suivi des patients, choix du traitement), il va apprendre par capillarité, au contact des praticiens confirmés tout en formalisant une partie de son savoir en cours. Mais ils commencent déjà durant leurs stages à se familiariser avec leur future communauté.

Pendant ce *debriefing*, j'aperçois un panneau sur le mur qui précise que « *les internes et les externes sont responsables de la bonne tenue des dossiers des patients* » et qu'il est « *impératif de classer les documents régulièrement jusqu'à la date de sortie* » car « *à tout moment le dossier doit être consultable* ».

Je commence à comprendre que chaque acteur dans la hiérarchie médicale est une source d'information essentielle pour son supérieur. Ainsi, même l'externe, malgré son ignorance relative de l'activité, est un maillon important de la chaîne. Si son statut n'est

pas le plus valorisé, il reste un acteur à part entière dans l'organisation du service à qui l'on demandera souvent des détails et parfois son avis.

À la fin des visites, et après le départ de l'interne et de la PH, Léna, une des externes me dira qu'ils sont les « *petites mains du service* » réalisant les actes de physiologie (ECG<sup>17</sup>, tension, pesée, etc.) et « *peu de psy* ». Mais pour eux cette situation est « *normale* » puisqu'ils apprennent « *quand même beaucoup* ». Les autres acquiescent. Quand il y a de nouveaux arrivants, c'est aux externes de faire les premiers examens physiologiques et de « *discuter avec eux* ».

### Aparté n°3 : Les classifications diagnostiques en psychiatrie

En tant qu'unité fondamentale de l'activité médicale, dans la pratique comme dans la recherche, le diagnostic a été l'objet de débat houleux et de multiples approches. Les résultats en 1972 de la *UK-US Study* furent déterminants dans l'histoire du diagnostic en psychiatrie. Deux groupes de malades, préalablement examinés par une équipe américano-anglaise, furent hospitalisés, les uns à Londres, les autres à New York. Il est alors apparu qu'un malade donné avait deux fois plus chance d'être déclaré schizophrène par un psychiatre américain que par un psychiatre anglais et deux fois moins de chance d'être diagnostiqué dépressif. Les divergences de conceptions entre les pathologies ne pouvaient dès lors plus être niées et le problème devait être résolu. Un foisonnement d'initiatives et de travaux eut alors lieu pour produire des références stables et utilisables par tous, praticiens comme chercheurs. En parallèle, la standardisation informatique dans les hôpitaux favorisa la formalisation de critères diagnostiques et des entretiens cliniques.

Ce fut l'APA (*American Psychiatrists Association*) qui édita le manuel qui devint la référence : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Elle fit preuve d'un positionnement affiché et revendiqué, à savoir une approche profondément clinique et a-théorique. Étant donnée la prédominance de la psychiatrie américaine dans la recherche, à peine menacée par la création de l'Association Européenne de Psychiatrie en 1984 (en 1990, sur les 50 revues de recherche les plus importantes en psychiatrie, les 42 premières étaient américaines), la diffusion du DSM fût importante et rapide. La publication de sa troisième

---

<sup>17</sup> Electroencéphalogramme

version en 1980 illustre bien le processus de remédicalisation de la psychiatrie de la fin du siècle dernier. Tous les éléments étiologiques et pathogéniques dont l'existence n'était pas significativement démontrée furent supprimés au profit d'un abord essentiellement descriptif. L'assurance d'une bonne fidélité inter-juges du diagnostic fut basée sur la définition des classes syndromique par des critères diagnostiques formalisés et en partie quantitatifs. À la surprise des auteurs eux-mêmes, le DSM fut, après quelques critiques, très vite adopté dans les différents travaux de recherche clinique qui permirent, de plus, d'en améliorer les critères. La classification initiale fut donc enrichie, sans pour autant que sa philosophie initiale ne soit changée, et le DSM-IV fût publié en 1994 (APA, 1994).

Une difficulté subsistait : l'OMS publiait en parallèle, depuis 1975, une classification, la CIM (Classification Internationale des Maladies), que l'ensemble des pays de l'ONU était censé utiliser. À la suite de réunions communes, les principes fondateurs du DSM furent adoptés et les deux classifications, bien que distinctes, devinrent compatibles voire identiques sur la grande majorité de leur contenu. Les nosologies successives (DSM-III-TR, DSM-IV et CIM-10) relèvent plus de l'amélioration ponctuelle des terminologies que du tournant radical que fut le DSM-III en apportant les limites des classes pathologiques, leur subdivision en formes cliniques et les définitions des entités pathologiques. Ces améliorations s'accompagnèrent de l'élaboration d'outils cliniques standardisés comme des guides d'entretien par exemple. Cela participa fortement de l'introduction du DSM au sein de la pratique quotidienne des psychiatres cliniciens non forcément impliqués dans la recherche.

Le DSM est aujourd'hui dominant dans la psychiatrie, tant dans la recherche que dans la pratique et l'enseignement. Sa prochaine version, le DSM-V, est prévue pour 2013 et le programme d'élaboration ne prévoit pas de remise en cause de ses fondements.

## Mercredi

Ce matin, je suis Filipe et « *son externe* » Léna dans leurs entretiens. Pendant la discussion avec la première patiente, Léna remplit une « *échelle de dépression* ». À la fin, elle lui confesse avoir eu « *du mal à cocher pendant les échanges* ». Filipe lui explique comment faire et lui conseille de ne remplir ces échelles que « *dans les cinq derniers jours, pas avant* ».

La relation entre les externes et les internes m'apparaît moins professionnelle et formelle que celle des internes avec les CCA. C'est sur le mode de la recommandation
---

et de l'accompagnement que cela semble se jouer. Il y a quelque chose de plus paternaliste dans les recommandations qui sont faites. Cette impression est renforcée par les conseils que donnent régulièrement les internes pour la préparation du concours d'internat qui obsède légitimement les externes.

Avec les patients, Filipe fonctionne sur un mode plutôt empathique, différent de celui des autres internes. À la patiente suivante qui souffre de d'amnésie, il demande si elle se sent « *prête à sortir* ». Il ne passe qu'ensuite au registre plus formel des critères diagnostiques pour valider ou non la possibilité d'accorder une permission pour le week-end.

À Chiray, Laurence est toujours seule pour gérer le service. En discutant avec un PH de passage, elle se rend compte qu'un des dossiers est vide. Le PH lui dit qu'il faut le remplir, « *c'est un patient de Lépine donc tu mets ce que tu veux mais tu le remplis. C'est apparemment un dossier qui va être lu et relu* ».

Il semble que le chef de service ait des patients « *privés* » qu'il faut particulièrement soigner. Le respect qu'il inspire confine parfois à la peur et il représente plus une figure presque totémique qu'une présence réelle. J'imagine qu'il doit être relativement peu présent pour avoir ce statut et, d'ailleurs, il semble être physiquement peu au contact des acteurs, psychiatres comme des patients.

Intrigué, je demande à Laurence si Lépine passe souvent. « *Régulièrement, et surtout il regarde les dossiers* » m'indique le PH.

Peut-être que cette figure un peu abstraite est le produit de passages rapides et d'une surveillance « *à distance* » par le biais des dossiers.

À propos d'une patiente qui a posé des problèmes de diagnostic, Laurence se tourne vers le PH en lui disant que « *elle avait un tableau vachement bizarre* » et « *un contact étrange* »

Les PH semblent avoir dans leur attitude cette tranquillité des acteurs expérimentés. Attitude qui me fait à la fois l'impression d'une véritable détente mélangée à une volonté de montrer aux plus jeunes que l'action peut être appréhendée avec un certain calme. Cependant, le registre des échanges avec les internes reste très professionnel, notamment dans l'exigence qui est maintenue ; l'indulgence ne semble pas aller de soi. Le champ lexical est très porté sur le sensitif et l'esthétique : tableau, contact, étrangeté.

Décrivant le cas, Laurence lui explique que la patiente est là depuis dix jours et qu'elle est encore en train d'être testée. Elle dit au PH que c'est un cas vraiment intéressant, très original. Un « *beau cas* » répond-t-il.

Encore une fois le critère esthétique intervient. Quand la PH parle de « *beau* », je commence à comprendre que ce qui plaît, c'est le diagnostic et le travail à faire autour du patient. Il va falloir découvrir quelque chose, avoir une idée originale, relever un défi. Dans la routine de l'univers hospitalier, ces « *beaux cas* » sortent de l'ordinaire et semblent stimuler les psychiatres. C'est pour cela que quand elle parle avec ce PH, Laurence se concentre sur des patients considérés comme intéressants qui sont à la fois ceux qui leur posent le plus de problèmes et ceux qui les stimulent.

Le PH connaît manifestement les cas dont l'interne parle, mais pas dans les détails et dans les dernières nouvelles. Il les a en tête.

Un peu plus tard dans le poste de soin du rez-de-chaussée, Maëlle me confit qu'elle ne se sentait pas bien la veille. Elle a fait son premier entretien d'accueil avec un toxicomane qui lui a dit avoir introduit des produits dans l'hôpital. Elle était officiellement obligée de le signaler et elle l'a fait. Gaël intervient pour la rassurer : « *ça a rien à voir avec toi. Ils sont tous comme ça, tu verras* ». Elle s'informe de la façon dont ça s'est terminé.

Ainsi, même les étudiants sont régulièrement seuls. Ils apprennent par essais-erreurs, et parfois dans la douleur manifestement. Certes, leurs encadrants ne sont jamais loin, mais en l'occurrence, l'épisode a été difficile. D'après mes observations, la raison de cette distance est double. D'un côté il y a une vraie démarche pédagogique selon laquelle l'étudiant doit faire face à ce genre d'expérience pour apprendre à développer sa propre pratique. Mais force est de constater qu'il y a, de l'autre côté, une contrainte organisationnelle qui oblige à se reposer parfois sur les étudiants, quitte à rattraper les erreurs par la suite.

Je remonte à l'étage avec Gaël pour suivre ses entretiens. Pendant la discussion avec un des patients, il interroge souvent Elise, l'appelant systématiquement « *docteur* » alors qu'elle est interne. Le discours devant le malade reste souvent purement technique et, durant cet entretien, il lui dira qu'il « *faut juste trouver le bon traitement et que c'est ça qui prend du temps* ». L'accent est mis sur le soin plus que sur la maladie. En sortant de la chambre, il

explique aux externes « *comment faire avec ce genre de patient qui verbalise mal* ». Il leur donne des conseils sur la façon d'initier le dialogue en se servant des « *échelles diagnostiques standardisées* ».

Le recours aux critères diagnostiques formalisés dans le manuel est particulièrement conseillé aux externes pour leur permettre de structurer leurs échanges avec les patients. Si la souplesse dans le dialogue est essentielle et visible au quotidien chez les praticiens, on recommande aux étudiants de recourir aux « *items des pathologies* » des classifications officielles.

Une fois le débriefing terminé, le CCA conclut avec l'interne sur les évolutions éventuelles du traitement et sur le suivi psychiatrique à mettre en place. Il lui demande ensuite de compléter le dossier d'observation.

En fin de matinée, je patiente dans la salle de garde en feuilletant un vieil exemplaire de la CIM-10<sup>18</sup> qui traîne sur la table. Léna me tend le DMS-IV en me disant que « *c'est plutôt celui-là qu'il faut connaître pour l'internat. Les autres sont censés déjà le maîtriser* ». Un autre externe me tend un ouvrage plus petit qu'il sort de la poche de sa blouse, le Mini DSM-IV. Il précise : « *celui là c'est le résumé, l'autre c'est vraiment tout ce qu'il faut savoir pour l'internat* ». Il sort de son sac le livre officiel de révision pour le concours co-écrit par un interne du service : « *ça c'est l'essentiel tiré du DSM-IV* ».

Enfin ! Pensant trouver le manuel américain dans chaque recoin du service, il aura fallu une semaine pour qu'on m'en fasse mention. Il est bien présenté comme central pour tout apprenti psychiatre mais ne constitue pas non plus une référence explicite incontournable. Je comprends simultanément à quel point il est institué, mais aussi la souplesse que les praticiens peuvent tirer de cette dimension implicite. En n'étant pas contraint de toujours s'adosser formellement à lui, puisqu'il est évident, alors les psychiatres vont sûrement pouvoir le contourner, le détourner, bref, bricoler avec.

Léna mentionne l'annulation de « *la réunion de staff* », une réunion de l'ensemble des psychiatres et étudiants du service, officiellement programmée les mercredis après-midi. « *Mais ça bouge tout le temps* » me dit-elle.

---

<sup>18</sup> La Classification Internationale des Maladies éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé

## Jeudi

Il est 9h, j'attends dans la salle de garde avec trois externes qui discutent entre eux. La conversation oscille entre des problèmes pratiques (réalisation des ECG, déroulement du stage) et des échanges sur leurs études (révision, conseils). L'entraide semble être de mise dans ces moments. Lorsque nous voyons Laurence passer dans le couloir, tout le monde se dirige spontanément vers le bureau médical pour les transmissions.

Un peu plus tard dans le poste de soins à l'étage, je parle de Florence Vorspan avec Wajdi, l'interne d'Antonin Clerc. On évoque ses qualités de diagnosticienne, il me dit que « *déjà, elle est PH, mais en plus, c'est Florence* ». Nous discutons de l'ambiance dans le service et les rapports entre médecins et infirmières. Maëlle trouve que c'est plutôt détendu par rapport aux autres stages d'externat qu'elle a faits avant (« *et j'en ai fait pas mal* »). Wajdi lui dit de creuser, que c'est pas si simple : « *si toi tu as fait pas mal de stages, imagine moi...* » et que « *certaines choses ne se voient pas* ». Une cadre hospitalier entre, on discute un peu. Elle me dit qu'elle s'occupe de la logistique et de l'équipe de soin : « *on encadre, on fait faire, on re dynamise et on fait le planning* ». Gaël, qui est entré pendant qu'elle parlait, sourit discrètement. Quand nous avons fini de discuter, je propose à Gaël une présentation sur mes observations la semaine suivante. Il accepte tout de suite et trouve même que c'est une bonne idée, il va quand même demander à Lépine « *pour le principe* ».

Je me rends compte qu'il y a, en plus de la hiérarchie très présente entre les psychiatres, une hiérarchie « non médicale » dans l'organisation du service. C'est parfaitement logique, puisqu'il n'est pas uniquement constitué de médecins, mais c'est loin d'être évident même après quelques jours d'immersion. Il y a bien une activité organisationnelle d'accueil et de traitement des patients adossée à une activité professionnelle propre aux psychiatres. Les deux se chevauchent, s'alimentent, s'entraident mais elles m'apparaissent bien distinctement.

Dans la salle de garde, Lazhar fait compléter un dossier par une externe. Il est interne à Monod, mais il me semble un peu plus âgé que la moyenne. Maëlle m'explique qu'il est en fait « *FFI*<sup>19</sup> », il a déjà son diplôme de médecine en Tunisie, mais il doit refaire deux années d'internat en France pour pouvoir exercer. Nous discutons un peu de ce qu'elle fait au

---

<sup>19</sup> Faisant Fonction d'Interne

quotidien et elle me dit que, tous les matins, ce sont les externes qui sont en charge des « examens physio » et qu'ils sont « plutôt autonomes là-dessus ». Pendant son premier stage, personne ne lui avait donné d'indications, mais il fallait en faire dès le premier jour. Elle avait donc photocopié une méthode dans un livre de la bibliothèque et l'avait suivie. Ensuite, on l'avait corrigé plus ou moins gentiment, « mais jamais méchamment. De toute façon, en externat on doit toujours se débrouiller seuls, c'est pas forcément le mieux mais bon... Les internes au moins on leur explique un peu comment ça marche dans le service. Ils ont même un manuel et tout... Nous, rien. » À son arrivée dans le service, c'est un externe un peu plus expérimenté, qui lui a fait « un topo rapide sur la marche à suivre ». Plus tard, ce dernier me dira avoir trouvé sa méthodologie dans un autre manuel, personne ne lui avait jamais expliqué non plus.

Je comprends alors que les étudiants sont parfois livrés à eux-mêmes pour certains actes, dont le diagnostic. D'où la nécessité de manuels, certes caricaturaux voire risibles pour les acteurs expérimentés, mais indispensables pour les débutants qui ne savent pas encore comment faire qui doivent se débrouiller seuls.

Un peu plus tard dans la journée, je discute avec une infirmière croisée dans le couloir : « Ici, les psychiatres ont besoin de nous pour le suivi quotidien, surtout au niveau de l'humeur. Dans d'autres service, c'est un peu différent. D'ailleurs, les patients nous disent souvent plus de choses qu'aux médecins. En plus, psychiatres, ça fait un peu peur comme mot... » Elle se rappelle soudain qu'elle devait aller voir une patiente.

Je passe voir la cadre hospitalier dans son bureau. J'aimerais qu'elle me montre les feuilles de poste des gens du service. Il n'y en a pas pour les psychiatres et elle ne se rappelle pas en avoir jamais vu une, ses collègues non plus. Je demande s'il existe des textes administratifs sur le diagnostic. Apparemment non, mais elles m'expliquent comment cela fonctionne : « c'est sur la base des observations du psychiatre, de la théorie qu'il connaissent et des examens complémentaires ». Le diagnostic est ainsi posé à l'arrivée dans le service, mais « des fois on l'a déjà » et « des fois on en pose pas ». Elle précise cependant que le compte-rendu d'hospitalisation doit systématiquement faire état d'un diagnostic.

Certaines incohérences sautent aux yeux et les acteurs les reconnaissent sans le moindre problème. Ça n'est manifestement pas quelque chose de nouveau ou d'oublié, c'est un

flou avec lequel ils composent et qui, dans le quotidien du service, semble même secondaire voire anodin. Il semble aussi parfois être salutaire.

En sortant du bureau, je croise la même infirmière qui doit aller faire une admission. Elle me dit en passant qu'elles sont les premiers acteurs du service à voir les patients pour faire un « *examen physio, poser des questions administratives, faire les antécédents et voir leur humeur* ». Je demande si je pourrai venir une prochaine fois : « *bien sûr, sans problème* ».

Je découvre peu à peu l'importance du personnel non-médical dont l'activité est officiellement soit en support (administratif), soit en exécution (infirmier) mais qui, en fait, interagit avec les psychiatres de manière plus complexe que cette simple description fonctionnelle. Ce n'est pas simplement une bureaucratie faisant descendre des ordres et remonter des informations que j'ai devant moi. Dans ces échanges qui mêlent compétences et statuts très différents, les interdépendances apparaissent clairement sans jamais être exprimées ou formalisées.

Notant toutes ces informations, je descends dans la salle de garde de Chiray. J'y trouve Wajdi toujours en grande discussion avec les externes, leur donnant des conseils pour l'internat. « *En dehors de vos révisions pour les partiels, vous faites que des cas cliniques. Le matin, cas clinique ; quand tu manges, cas clinique ; quand tu vas aux toilettes, cas clinique ; même quand tu baises, cas clinique ! Tous les gens que je connais qui sont arrivés dans les 100 premiers ont travaillé comme ça. Moi j'ai fait ça et j'ai eu aucun cas en dessous de 55* ». Apparemment, à l'épreuve il y a 9 cas : 6 classiques et 3 difficiles et « *c'est sur ces trois-là que ça se joue, le reste tout le monde les réussit. Si tu les réussis pas c'est mort...* » Ils parlent des manuels de révisions. À propos de l'un d'eux, il précise que « *dedans il y a presque trop de trucs mais il est bien. J'ai eu les grands pontes de la psy à Paris 5 et ils disaient que si on voulait être spécialistes, il fallait prendre le gros rouge, mais pour les autres, il fallait prendre celui-là* ». Une des externes dit qu'il manque quand même des choses, il lui répond sèchement : « *écoute Maëlle, il faut que tu arrêtes de vouloir être systématique comme ça. J'ai passé l'internat et je l'ai eu alors fait moi confiance ! Il vous faut pas tous les détails de ce qu'on trouve sur l'ECG par exemple, vous allez pas vous spécialiser là-dedans.* »

Sans pour autant être violent le ton est sec, et emprunt d'un certain paternalisme. Je comprends que puisqu'ils suivent tous le même parcours, toute personne à un niveau de l'échelle est en droit de conseiller celles d'en dessous. Dans tous les rapports entre

médecins se trament à la fois l'autorité de la hiérarchie et la légitimité de l'expérience. D'ailleurs, je constaterai par la suite qu'il y a une référence constante au parcours et au fait que ce que les plus jeunes découvrent a déjà été vécu.

*« Il vous faut les grandes lignes, la logique générale du truc. Vous n'aurez qu'une heure par cas donc il faut vite aller à l'essentiel. Si vous avez bien compris la logique clinique, vous allez aller super vite et vous gagnez du temps. Si vous rentrez dans les détails, vous allez vous planter. C'est pas que ça marche pas de tout apprendre, c'est que c'est juste pas possible ! »*

L'apprentissage est donc officiellement reconnu comme devant relever d'abord des grandes lignes, d'une vision d'ensemble ; ça n'est pas juste ma vision de « théoricien de la pratique », je suis rassuré. Je comprends que, pour les psychiatres, la compréhension globale que demande la formation sera ensuite affinée par la mise en pratique. La capacité de diagnostic viendra petit à petit, avec le temps et l'expérience, et la profession en a bien conscience. Ça n'est en rien quelque chose de seulement intuitif ou d'oublié, il y a une réelle réflexivité derrière cela.

#### Aparté 4 : le diagnostic dans le concours de l'internat

Si depuis 2004 le concours de l'internat a été remplacé par les ECN, « *épreuves classantes nationales* », le terme d'origine est resté. Le programme est constitué de trois grands ensembles. L'un des 11 modules qui composent le premier, nommé « *apprentissage de l'exercice médical* », exige de l'étudiant une capacité à communiquer et à justifier son diagnostic, la démarche qu'il a utilisé pour y aboutir et la thérapie qu'il préconise. Il doit être à même d'établir une relation sereine avec le patient, de par son expertise, mais aussi dans le respect de la déontologie et du droit des patients. Un autre module, « *synthèse clinique et thérapeutique* », demande à l'étudiant de formuler rapidement un diagnostic et un traitement approprié pour un cas urgent. Les neuf autres modules relèvent plus d'un savoir médical et clinique. Le second ensemble traite des maladies et des grands syndromes, environ soixante-dix items dont trois relèvent de la psychiatrie. Le dernier ensemble, nommé « *orientation diagnostique devant -* », met l'étudiant face à des cas dont il doit identifier la pathologie et indiquer les principaux actes nécessaires.

Dans les manuels de préparations au concours, le diagnostic est présenté de manière simplifiée : identification des symptômes, arbres diagnostiques, diagnostic différentiel et formulation. En clair, on demande à l'étudiant de relever méthodiquement les symptômes présentés par le patient. La méthode clinique et la parfaite connaissance des différentes maladies est alors *la* solution proposée. Sur cette base, l'arbre diagnostique conduit à un ensemble de possibilités. La plupart du temps, il n'en reste qu'une seule mais le relevé des symptômes étant souvent non exhaustif, plusieurs pathologies peuvent subsister. Le diagnostic différentiel permet alors de revenir vers le cas à la recherche de nouveaux éléments permettant de les infirmer ou confirmer. Enfin, un diagnostic unique est posé et la thérapeutique peut alors proposée.

Il est important de préciser qu'aucun des manuels n'affirme que c'est ainsi que le processus se déroule dans la pratique. Ce sont des ouvrages qui n'ont pour vocation que de préparer un concours et la plupart d'entre eux précisent que ce n'est pas comme cela que les choses se déroulent « *dans la réalité* »<sup>20</sup>.

## Vendredi

Ce matin, j'assiste aux transmissions de Chiray. En regardant le dossier Laurence critique les rapports d'hospitalisation des urgences : « *ici, ils sont nuls ! Au moins quand c'est des dossiers de généralistes, même si c'est n'importe quoi, on comprend quelque chose. Là, rien !* ». Elle discute avec une des infirmières de l'organisation des lits pour pouvoir accueillir une personne en plus ; il faut apparemment gérer la non mixité dans les chambres. Une PH passe dans la salle et discute avec l'infirmière. Elle compatit avec elle sur le nombre d'entrées puis me dit qu'ils vont faire « *les visites* » avec Lépine à l'étage si je veux. Je monte rapidement et croise Gaël qui attend dans la salle de garde avec Elise. Elle me confie qu'elle stresse à chaque fois qu'elle apprend que « *le chef fait sa visite* ». Gaël prend tous les dossiers et nous allons dans le bureau de Lépine. Nous entrons, Gaël, deux internes, une externe et moi.

---

<sup>20</sup> Le terme est emprunté au manuel de préparation au ECN spécialisé en psychiatrie et rédigé par un des internes du service.

Je comprends que le statut « totémique » du chef de service est institué par quelques moments forts dont ces visites font partie. Il y a clairement une appréhension quant aux interactions qui vont avoir lieu. Au passage, je suis surpris que les « visites » semblent se passer dans le bureau du chef de service et non dans les chambres. Dans le nom comme dans la préparation, l'ensemble me fait vraiment l'effet du rituel qui, s'il est hors de l'action quotidienne, la rythme voire même la façonne.

Quand nous entrons, Lépine discute avec un psychiatre du même âge que lui de l'exposition Utrillo qui se tient en ce moment à la Pinacothèque de Paris. Ils s'interrogent sur sa santé mentale et la manière dont cela transparait dans son travail. Ils font une analyse psychopathologique de l'exposition en elle-même (à propos de la récurrence du rapport mère-fils) tout en évoquant les liens du peintre avec les impressionnistes. Il s'arrête soudain : « *Bref, les dossiers !* » Tout le monde se met en place, Maëlle se retrouve devant et décide de reculer sa chaise pour être en retrait par rapport aux internes ; le psychiatre qui était là à notre arrivée sort. Ils passent alors en revue les chambres de Monod dans l'ordre croissant. Ce sont les internes qui présentent les patients. Ils exposent l'historique du patient, le diagnostic et le traitement.

Si le rituel a un effet stimulant, voire stressant, sur les acteurs du service, il m'apparaît comme étant très codifié et d'une relative stabilité. Tout semble se passer « comme d'habitude » et être à peu près sans surprise. La dimension routinière est extrêmement présente, depuis le déroulement de ces « visites » jusqu'aux réactions de chacun. Tout le monde semble bien connaître la musique.

Lépine survole les dossiers pendant qu'Elise lui présente le premier cas. À propos du diagnostic « *borderline* » proposé, il base ses critiques sur les informations notées par les infirmières. Selon lui, son comportement dans le service ne correspond pas à la pathologie, « *il y a des éléments qui ne collent pas cliniquement avec un diagnostic de PHC* ». Elise fronce les sourcils en entendant le terme et Gaël lui explique qu'une PHC est maintenant appelée « *Schizophrénie Paranoïde à début tardif* » dans les nouveaux manuels. « *Vous me traitez de vieux Gaël ?* » rétorque Lépine en souriant. Il cherche des tests projectifs dans le dossier sans les trouver. En questionnant Elise et Gaël, il trouve de nouvelles informations qui l'intéressent : « *il faut absolument le mettre dans le compte-rendu ça* ». Il leur demande de refaire des tests et de les montrer à la psychologue. Il est détendu mais plutôt direct quant à

ses doutes : « *sur cette base, je remets en cause la PHC* ». Elise se défend un peu mais il plaisante sur son manque d'expérience : « *la patiente vous teste mais vous ne vous en rendez pas compte... C'est normal à votre age...* ».

Je réalise à quel point le dossier est un artefact essentiel dans l'organisation. Au-delà de la dimension administrative qui permet de suivi des patients d'un séjour ou d'un service à l'autre, tous les acteurs du diagnostic (les externes, les internes et les PH mais aussi les infirmières) participent à sa constitution. Sur cet élément relativement lacunaire et non nécessairement bien tenu, il formule des intuitions qui semblent régulièrement s'imposer, non seulement d'un point de vue hiérarchique, mais aussi du point de vue de l'expertise. En quelques questions et avec un rapide aperçu du dossier, son expérience lui permet d'enrichir, si ce n'est de dépasser, le diagnostic formulé par les psychiatres qui sont avec leurs patients au quotidien. J'avais bien saisi la fulgurance de certaines intuitions lors de mon observation aux urgences mais l'acuité de Lépine est d'autant plus intéressante ici qu'elle éclaire d'autres acteurs - tout de même compétents - sur des cas qu'ils fréquentent au quotidien.

Lazhar présente à son tour très rapidement une patiente. Il suit le même plan : antécédents, traitements, situation familiale, accueil, diagnostic et physiologie. Lépine est surpris, c'est apparemment un cas étonnant où une crise inattendue a eu lieu. Il semble que l'infirmière n'ait pas administré le traitement dans la nuit (il y a un relevé des produits donnés et des heures d'administration dans le dossier). Il propose la « *machine à claques* » : « *J'ai déjà dit que je me fous qu'on réveille les patients sinon il y a une confusion entre un traitement sédatif pour être tranquille et le curatif qui soigner. On va revenir là-dessus lundi pendant la réunion avec les cadres hospitaliers parce qu'il faut que ça passe dans les mœurs ! C'est comme pour les pompes à insuline Gaël, il faut que vous preniez des exemples marquants ! On avait eu du mal à les mettre en place et maintenant ça tourne... Là, c'est nous qui avons provoqué la crise d'épilepsie vu qu'il y a eu un sous dosage dans le sevrage aux benzos<sup>21</sup>* ». Il généralise le propos aux toxicomanes en général puis passe en revue d'autres symptômes pouvant expliquer l'addiction du patient.

---

<sup>21</sup> Benzodiazépines

Les visites n'apparaissent pas comme étant juste un moyen de s'assurer que les patients sont bien traités. Elles ont aussi pour fonction de contrôler la bonne gestion de l'ensemble du service, depuis la bonne tenue des dossiers, jusqu'aux modes de traitement ou aux manières de travailler. Ce rituel renvoie ainsi à toute l'organisation et je comprends qu'il n'a pas besoin de sortir du bureau pour cela. La « visite » est tout autant une visite des chambres qu'une visite du service. J'ai à ce moment le sentiment d'être plutôt face à une inspection et le stress de l'interne devient d'un coup plus compréhensible. Bien qu'étant totalement en dehors de l'activité je ressens moi même une certaine mise sous pression.

En écoutant les présentations, Lépine va en général rapidement vers des pages jaunes dans le dossier. En survolant les tableaux qui sont dessus, il demande « *pourquoi elle a eu deux cachets* ». Élise s'explique et Gaël intervient pour lui dire qu'elle « *aurait pu ne lui en donner qu'un seul* ». Lépine durcit un peu le ton, il ne veut pas de cette posologie. « *C'est une TS à quoi ? Il faut le préciser ça !* » En aparté, il dit « *vous voyez, Bachelot elle a raison de vouloir mettre un directeur à l'hôpital, ils font n'importe quoi les médecins ! C'est le bordel...* » Il liste ensuite les informations qu'il faut selon lui recueillir dans les antécédents. Il y a des précisions selon lui indispensables et il veut que certains points soit systématiquement explorés avec les patients. Il dit à Gaël : « *avec les prochains internes, il faudra remettre les formes dans les dossiers* ». Gaël acquiesce. Lépine se tourne vers les internes, « *Pas vous, vous vous êtes déjà partis ; pour les prochains.* » Il clarifie ensuite ce qui était important dans le cas précis de ce patient.

Je me rends compte que Gaël fait tampon entre les internes et Lépine. Il défend parfois les diagnostics et précise les choses aux internes. La fonction de chaque échelon se définit par son encadrement de celui d'en dessous, pour une surveillance mais aussi pour des corrections et des explications. Chacun semble chargé de la progression des autres, même si la méthode n'est pas toujours à proprement parler « pédagogique ».

Sur le dossier suivant, il détecte à nouveau un nouveau problème de non-respect du protocole de sevrage. Il s'énerve : « *c'est encore le même problème ! Moi ça m'emmerde de me fâcher comme chef de service. Ça ne m'amuse pas, je préfère soigner des patients. C'est aussi à vous de le faire, si vous ne regardez pas les dossiers, les infirmières le savent et elles ne respectent pas les protocoles* ». Il veut en reparler lundi à la réunion, « *sinon on sort tous les dossiers un à un et on reprend un à un les soignants qui n'ont pas suivi les consignes !* »

Les dossiers vont défiler ainsi un à un dans l'ordre croissant. Nous n'aurons pas le temps de voir tous les cas, c'est l'horaire qui donne la fin de ces « visites », par l'exhaustivité. Il est midi et je décide de partir plus tôt pour garder un peu d'énergie, j'aimerais passer demain, au moins dans la matinée.

## Samedi

Je suis un peu en avance ce matin donc je circule dans l'hôpital en attendant et j'en profite pour explorer un peu l'espace et sortir du service, voir les lieux hors des espaces « fonctionnels ».

Je suis encore étonné de pouvoir circuler aussi facilement partout dans l'hôpital. Je découvre instantanément ce que veut dire « conférer un statut ». La blouse permet d'être identifié facilement et je suis assimilé automatiquement au corps médical. On me prend pour un interne car j'en ai l'habit. Si je prends un air naturel et qu'en plus je dis « *bonjour* » en passant, l'illusion est parfaite. Non seulement les patients me saluent mais les infirmières aussi et l'on me demandera même des informations (pas médicales mais sur l'hôpital ou la présence de tel médecin). Je commence à saisir que l'organisation, face à un *turn over* important (externe 3 mois, interne 6 mois, CCA 2 ans), ce sont les rôles qui deviennent primordiaux et que ces rôles s'incarnent dans certains artefacts dont la blouse fait partie.

Personne ne me demande d'où je viens et qui je suis, la blouse permet de circuler librement et légitimement. Une seule chose intriguera certains médecins : mon absence de badge ; sans pour autant qu'ils ne me disent quoi que ce soit. Chaque personne a un badge sur lequel est indiqué son nom, son grade et surtout son service. Le coup d'œil vers le badge est un automatisme entre internes s'ils ne se connaissent pas et certains sont visiblement étonnés de ne pas voir mon appartenance affichée.

Je ne comprendrai l'importance de ce badge et de tous ces détails qu'après, lors d'une discussion avec des amis, l'un psychiatre, l'autre externe. Leur racontant l'épisode de la blouse, ils me répondent que c'est surtout mon badge qui doit intriguer et que, eux jettent toujours un œil dessus. Cela donne lieu à plusieurs plaisanteries et anecdotes qui me pousseront à prêter plus attention aux réactions face au badge. Je saisis alors que la

blouse ne suffit pas tout à fait à faire le médecin, son service hospitalier est aussi essentiel. Dans l'univers quelque peu impersonnel de l'hôpital, le rattachement à un service apparaît comme central. D'ailleurs, lorsque les médecins se présentent, le nom du service précède la plupart du temps celui de l'hôpital ; les deux restent toutefois toujours énoncés.

En revenant dans le service, je tombe sur Sarah qui est apparemment de garde dès son retour de vacances. Elle a l'air fatigué. Il y a un problème avec la sortie d'un patient qui a un problème rénal et qui attend un examen complémentaire. Elle ne veut pas décider seule de ce qu'il y a à faire et attend donc la décision du chef de service. Filipe lui demande qui a ordonné un examen complémentaire qui prend autant de temps, « *c'est un psychiatre ?* » Sarah lui répond en plaisantant que « *non, c'est un médecin... un vrai* ».

Je note cette plaisanterie décidément récurrente. Les psychiatres ont fait autant d'étude que les autres médecins et ils ont le même diplôme mais il est évident que leur spécialité n'a pas le même statut. La chirurgie a débuté sa révolution pendant la période médiévale, la psychiatrie à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. Les méthodes des psychiatres ne sont pas encore stabilisées, leur champ académique est profondément divisé et les traitements commencent tout juste à s'affiner. Derrière cette blague, il y a sûrement de leur une expression de cette différence de statut. Je n'ai pas le sentiment qu'il y ait une réelle frustration face à cela, mais des problèmes se posent sûrement de temps à autre.

Entre la fatigue de Sarah et le fait qu'elle ne connaisse pas les dernières informations relatives aux patients, presque aucune décision n'est prise aujourd'hui. Voyant que tout le monde tourne un peu en rond, je décide de regarder plus en détail les dossiers et autres documents internes.

J'entre dans la salle de garde où un compte-rendu d'hospitalisation traîne sur le bureau. J'y trouve des formulaires donnant des informations sur le patient (son nom et celui de son psychiatre) et sur son hospitalisation (dates d'entrée et de sortie, numéro du dossier). Quelques documents officiels retracent son parcours (le médecin l'ayant adressé au service, sa destination en fin de séjour) et sur maladie (le diagnostic posé lors du premier entretien avec l'interne, celui posé par son médecin traitant ou le service des urgences). Sur les formulaires, seules deux cases restent systématiquement vides : le diagnostic DSM-IV, le diagnostic CIM-

10 dont on demande les cotes. Viennent ensuite plusieurs paragraphes dans lesquels sont présentés les antécédents du patient, des éléments biographiques ainsi que son mode de vie, l'histoire récente de la maladie, les examens demandés à son entrée, l'évolution dans le service (les symptomatologies, les syndromes, les remarques cliniques, le traitement et la posologie), le traitement prescrit après sa sortie, les examens complémentaires et une conclusion. Des feuilles volantes sont agrafées à la fin du dossier, j'y trouve des annotations et commentaires retraçant les évolutions du diagnostic tour à tour infirmé ou confirmé par les évolutions du patient durant son séjour.

Le dossier est donc bien l'élément le plus pertinent que puisse consulter le chef de service quand il fait ses visites. C'est peut-être un moyen encore plus riche pour connaître un patient. Tous les acteurs y participent (psychiatres et étudiants mais aussi infirmières, urgentistes et même les pompiers) et vont ainsi recenser toutes les informations pertinentes pour l'établissement du diagnostic et le traitement de la maladie. Certaines parties sont standardisées (feuilles de soin, relevés des prises de médicaments, fiche de PMSI) mais d'autres sont complètement libres, voire chaotiques (notes des entretiens avec les différents psychiatres et psychologues). J'ai l'impression qu'on y entretient juste ce qu'il faut d'ordre pour permettre aux subtilités du diagnostic de ne pas tomber dans un arbre de décision impraticable en médecine.

Sur le chemin de la sortie, je discute avec une infirmière du *turn over* des acteurs : les externes tournent tous les 3 mois et les internes tous les 6 mois. Pour les CCA, c'est tous les 2 ans (après les 4 années d'internat) mais ils changent d'unité pendant cette période. En sortant de la salle pour retourner voir les patients, elle me dit que « *c'est dommage quand même parce qu'on s'habitue* ».

## Semaine 3

### Lundi

Comme la semaine dernière, il y a cours ce matin. Aujourd'hui, c'est un des responsables de l'unité d'addictologie qui présente l'histoire de la toxicomanie, sur un ton clairement non-académique et avec un objectif relevant plus de la culture générale que de la clinique. Insistant sur l'émergence du terme durant le 20<sup>ème</sup> siècle, il se réfèrera au DSM pour en définir les détails.

Bien que clairement critique face à la normalisation de la discipline psychiatrique, positionné politiquement (au sens large) et plutôt d'inspiration psychanalytique, ce psychiatre cite et mobilise le DSM sans ironie ni reproches. Je comprends que le manuel fait maintenant partie intégrante de l'activité et qu'on l'utilise sans forcément une référence ou un positionnement explicites. On utilise une raquette au tennis parce que cela fait partie de la nature même du jeu. On utilise le DSM en psychiatrie quasiment pour la même raison, d'autant plus dans les cas des sujets sur lesquels porte le cours : l'émergence, la reconnaissance et les études épidémiologiques d'une pathologie.

Dans son cours, il manipule des éléments de natures très diverses. L'histoire, la sociologie et la psychanalyse sont omniprésentes mais il parlera aussi de l'organisation de l'hôpital, de l'accompagnement des toxicomanes et des signes cliniques.

Un peu perdu dans ce cours qui mobilise beaucoup de références, je me rends compte que les externes le sont aussi. Cela se voit et je le comprends d'autant mieux que les étudiants en médecine que je connais ne sont pas des familiers de toutes ces notions. Certes, ils connaissent la structure hospitalière, la réforme de l'Assistance Publique ou encore la réorganisation de l'hôpital en pôles, mais ce sont des choses auxquelles ils ne s'intéressent pas ou peu. Les nouveaux arrivants apprennent par capillarité, non seulement leur métier mais aussi la structure et la culture de l'organisation, d'où un certain flou sur ces questions.

Le psychiatre conclura sur une phrase qui résume bien à la fois son ton plutôt détendu et l'objectif du cours : « voilà pour la toxico dans l'histoire. Je vous ai fait la culture et le fond de sauve, à vous de vous occuper des détails, des signes cliniques et tout ça... »

J'ai le sentiment que pour le psychiatre praticien expérimenté, le détail de la clinique et de la définition précise des pathologies n'est plus central. Les discussions que je pourrais entendre par la suite entre psychiatres confirmés relèvent plutôt d'une connaissance historique, sociale et générale des pathologies, de la psychiatrie ou encore de la psychanalyse. Les détails des définitions ne sont pas tant parfaitement acquis (même s'ils sont évidemment maîtrisés), qu'ils sont intégrés et incorporés au point qu'il n'y a plus besoin d'y penser et ils sont donc finalement manipulés avec énormément de souplesse. J'ai même le sentiment que la distance prise par rapport à ces détails des définitions « officielles » sera un critère de différenciation révélateur de l'expérience du praticien.

De retour dans le service, nous retrouvons Sarah qui, rentrant à peine de vacances, prend des nouvelles des patients auprès de Laurence. Elle s'étonne d'avoir croisé, par hasard, un patient dans la Gare du Nord, et demande si c'est normal. Je remarque au passage que les externes, et même les internes, ont tous une feuille de brouillon pliée en quatre dans la poche de leur blouse. Ils notent dessus rapidement les informations qui peuvent les intéresser et ce qu'ils ont à faire. Gaël appelle au téléphone depuis l'étage, il a besoin d'aide pour attacher quelqu'un. Deux infirmiers partent rapidement. L'infirmière propose que je monte mais Gaël refuse malgré l'urgence.

- « *Non, lui il ne peut pas*, confirme fermement Sarah.
- *On sort quelqu'un aujourd'hui ?* enchaîne Laurence sans s'attarder.
- *Non, non*, lui répond Sarah, manifestement fatiguée. Puis, se confiant à nous, *ils me saoulaient tous aujourd'hui...*
- *Tu n'as qu'à faire de bonnes recrues*, lui répond une des infirmières en souriant.
- *Mais je n'ai pas le choix moi !* » s'agace Sarah

J'avais été étonné qu'une interne ait été laissée seule en charge de l'unité la semaine précédente. D'autant plus en voyant le stress que cela lui a fait subir. Mais à ce moment précis, je découvre que même les responsables officiels sont parfois malmenés dans la structure. Chaque échelon semble porter un poids qui n'est pas de son propre fait. Tous subissent, à un moment ou à un autre, les aléas d'une activité qu'ils ne maîtrisent pas et je trouve que certains « dysfonctionnements » ont l'air parfois presque organisés, ou en tout cas parfaitement connus et attendus.

- « Bref, est-ce qu'on fait sortir (la patiente de la 4)<sup>22</sup> ? Elle a encore posé des problèmes cette semaine ? poursuit Sarah toujours sans transition.
- Si on la sort, elle est là dans trois semaines, répond Laurence après un instant de réflexion. *Donc autant essayer de la supporter encore quelques jours.*
- Si elle est encore là la semaine prochaine moi je me mets en arrêt maladie ! intervient à nouveau l'infirmière.
- Le patient de la 7 a l'air un peu nerveux, enchaîne Sarah après un court silence. *Il faudrait peut-être lui donner des antidépresseurs. Si ça se trouve, c'est la dépression qui augmente les troubles du comportement.*
- Il suffit de lui donner un placebo, ironise l'infirmière, ça marche à chaque fois.
- Faudra voir avec la PH dans la semaine, répond Sarah, évasive. *Il a été excité ces derniers jours ?* demande-t-elle.
- Pas vraiment, répond l'infirmière.
- C'est bizarre, s'étonne Sarah, *Pourtant il nous a été envoyé pour un état mixte. Il devrait être dans un état excité, au moins de temps en temps.*
- Non, vraiment, il a été plutôt calme cette semaine, confirme Laurence.
- Alors c'est peut-être pas un état mixte, répond Sarah en prenant rapidement quelques notes. *Si les antidépresseurs fonctionnent dans les prochains jours, on en saura un peu plus* » tranche-t-elle.

Je découvre un processus diagnostique beaucoup moins précis que je ne l'imaginai. Je me doutais que le règlement imposant une cotation exacte dès l'entrée n'était pas respecté. Mais en l'occurrence, c'est bien l'ensemble du processus qui apparaît comme se faisant par tâtonnements, dans une espèce de brouillard. Le traitement n'est alors plus seulement curatif mais aussi confirmatoire. C'est au moment où l'état s'améliore et où les symptômes disparaissent, que les médicaments administrés confirment la pathologie et, par là même, le diagnostic. Je comprends alors que ce dernier, loin d'être un acte quasi instantané, est un processus long qui court de l'entrée du patient dans le service (et même un peu avant) jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

---

<sup>22</sup> Pour des raisons évidentes, les noms des patients ont été remplacés par leur numéro de chambre. La plupart du temps, les psychiatres les appellent par leur nom de famille (précédé de « monsieur » ou « madame »).

La visite des patients commence. Sarah veut en priorité voir la patiente dont elles ont parlé durant les transmissions, celle qui a causé des problèmes la semaine dernière. En effet, elle a téléphoné avec le portable d'une voisine sans demander la permission aux médecins. Sarah tente de comprendre : « *moi ce qui m'intéresse c'est de savoir ce qui se passe dans votre tête et comment vous allez. Vous flicker, ça m'intéresse pas et ce genre d'entretien c'est pas mon boulot...* » Elle conclut que « *au prochain problème, vous sortez. Et pour l'instant on va vous changer de chambre* ». En sortant, Sarah commence à parler de la patiente mais deux brancardiers passent dans le couloir avec un patient toxicomane qui arrive des urgences où il a été admis « *pour une TS<sup>23</sup>* ». Elle effectue le premier entretien d'accueil avec toute l'équipe dans la salle de garde car il n'y a pas de chambre disponible pour l'instant. Elle cherche à savoir ce qu'il cherchait dans cette tentative tout en consultant le dossier pour trouver des informations utiles. Elle y trouve un mot du psychiatre de liaison et quelques comptes-rendus d'autres hospitalisations. À la fin de l'entretien, et devant le patient, Sarah conseille Laurence sur le protocole de sevrage à mettre en place dans ces cas là. Une fois le patient sorti, Laurence s'excuse auprès de moi puisque, selon elle, « *ça n'a pas été très intéressant ce matin* ».

Je suis surpris par cette remarque. Puisque j'étudie l'activité, à peu près tout est intéressant pour moi. Il me semble qu'il y a deux choses dans ce qu'elle me dit. Premièrement que, malgré le flux continu de l'activité, elle a parfaitement conscience de ma présence et qu'elle s'est faite une idée relativement précise de ce qu'elle pense que je cherche. Deuxièmement, elle-même trouve que cette matinée n'a pas été passionnante. L'activité d'un service de psychiatrie m'apparaît comme extrêmement hétérogène, passant du patient délirant et potentiellement violent, au dépressif presque mutique. Leur pratique de diagnostic se fait donc face à une diversité extrêmement importante de cas, et doit s'adapter à des évolutions très erratiques.

#### Aparté n°5 : Quelques approches classiques du processus de diagnostic

Poser un diagnostic, en psychiatrie comme en médecine générale, est une forme d'exercice du jugement. Le praticien cherche à identifier la maladie dont souffre son patient et à la nommer. Ainsi, il ne traite pas des symptômes isolés mais un ensemble révélateur d'une

---

<sup>23</sup> Tentative de Suicide.

pathologie. Rien dans la formation psychiatrique ne subordonne directement le diagnostic à une méthode explicitée. L'apprenti médecin, dès la troisième année, est immergé dans le service hospitalier et apprend son métier (dont le diagnostic fait partie) par et dans la pratique. *« Pour arriver à rendre compte de la diversité des cheminements suivis par (un médecin) pour confectionner ses avis, pour rendre justice à la complexité de l'expertise médicale tout en la clarifiant, il nous faut bien admettre qu'il n'existe pas un modèle idéal de jugement, dont la réalité empirique des actes humains serait plus ou moins proche, mais plusieurs modèles auxquels les médecins font successivement référence dans leur action »* (Dodier, 1993 : 20). Ainsi, à propos du diagnostic médical, on peut recenser trois principales perspectives.

La première est celle d'une quête d'objectivité à laquelle pourraient parvenir les psychiatres en séparant les éléments « parasites » des éléments véritablement autonomes. Dans cette perspective, le diagnostic est une recension de manifestations physiques permettant d'identifier la maladie. Le raisonnement médical est alors vu comme une confrontation entre les données empiriques et le modèle (Dodier, 1993 : 22). C'est ce modèle que l'on retrouve décrit dans la plupart des manuels de préparation au concours de l'internat puisque la première étape que recommande Hardy-Baylé (2005) est *« le relevé soigneux des symptômes présentés par le malade »*. Selon elle, l'objectif du psychiatre est *« de faire émerger les signes pertinents permettant un relevé des symptômes en vue de l'établissement du diagnostic »*. La confrontation au modèle vient ensuite dans cette idée que *« chaque maladie ou trouble mental a une expression clinique, un cours évolutif et des causes spécifiques, différents de ceux des autres troubles mentaux »*. Ce modèle a cependant été grandement attaqué et son idéal d'objectivité rappelé à la réalité de la construction sociale des catégories médicales (repères sociaux des patients, normes dominantes chez les médecins), initiant une vision du *« médecin comme entrepreneur moral »* (Freidson, 1970 : 252). Le processus diagnostique ne s'en retrouve pas annihilé pour autant puisque sa nature « sociale » n'invalide pas nécessairement la validité de son jugement. Il s'agit plutôt ici de reconnaître que des éléments externes interviennent dans le processus et qu'ils lui sont inhérents. *« C'est un savoir qui est mobilisé de manière sélective et contextuelle par les personnes en interaction pour établir un modèle sous-jacent (...) Ainsi, ce savoir qui est fourni par la catégorisation et l'étiquetage ne doit pas être vu comme correspondant nécessairement à une réalité sous-jacente (...) mais plutôt comme des éléments sélectionnés pour être contextuellement utilisés à des fins particulières »*

(Davies *in* Atkinson & Heath, 1981 : 36). Ici, la base du diagnostic n'est donc plus l'application de règles formalisées à des cas spécifiques mais bien « *une multitude d'ajustements contingents* » (Dodier, 1993 : 24). Dans une perspective très ethnométhodologique, on pourrait affirmer que l'expertise médicale est en fait une activité ordinaire au sens de Garfinkel (1967). Une troisième perspective, d'inspiration plus épistémologique, est dite « bayésienne ». Il s'agit de voir le diagnostic que le psychiatre opère comme le rassemblement « *son expérience professionnelle personnelle dans un tableau de connaissances* » (Dodier, 1993 : 25). Il cherche alors à faire émerger une cohérence de la constellation de symptômes que présente le patient. L'exercice de ce jugement se fait en référence à une classification car « *le savoir du médecin en matière de causes, de traitement et de pronostic est organisé ainsi (...) Un tel jugement présente un mode opératoire probabiliste* » (Shaffner, 1985 : 7). Si cette logique est bien présente dans le raisonnement du psychiatre, « *ce modèle d'expertise n'est que la formalisation d'une frange limitée de segments dans l'action des médecins* » (Dodier, 1993 : 26). Ces trois modèles (sociologique, ethnométhodologique et épistémologique) appellent des condamnations en tant qu'idéaux-types mais leur co-existence permet de saisir l'ensemble des modalités du diagnostic psychiatrique dans son déroulement.

## Mardi

Ce matin, il y a une « *réunion de staff vidéo* » durant laquelle on présente le cas d'un patient dans le service à ce moment. Il y a une PH, les deux CCA, presque tous les internes, les externes et des psychologues. C'est la vidéo d'un entretien d'une patiente avec Laurence. À la fin, une des externes, Sophie, va au tableau pour faire la description du cas, elle propose un certain nombre de points. La discussion se fait surtout avec la PH et un peu avec les internes qui interviennent ponctuellement pour préciser certains éléments. L'étudiante pose des questions sur la formulation : « *j'ai pas de mots scientifiques pour le discours* ». La PH précise les termes et les choses qu'il fallait voir pour construire « *une bonne description* ». Un des internes revient sur des dimensions comportementales avant d'entrer dans les motifs d'hospitalisation. Ensuite, ils travaillent sur les critères diagnostiques. Les internes précisent la terminologie et les définitions ; le ton est très pédagogiques. On s'assure continuellement de la compréhension des étudiants.

Un nouvel élément me frappe à ce moment, les externes sont tour à tour traités comme des acteurs du service qui doivent assurer leurs tâches et comme des étudiants que l'on encadre avec une certaine indulgence. Ici, on les accompagne de manière très protectrice pour qu'ils comprennent comment « *voir comme un psy* »<sup>24</sup>. Il y a un certain paradoxe dans la coexistence de ces rôles, et en même temps quelque chose d'intéressant puisque cela permet d'alterner pratique et réflexivité en permanence.

Les conclusions sur le cas restent en suspens. Apparemment, la patiente n'a pas encore été précisément diagnostiquée, et ce n'était pas le but de la réunion que d'y arriver. La PH ajoute même que « *ça (lui) ferait mal que des externes trouvent direct alors que ça fait deux mois qu'on cherche* ». Elle précise encore les termes exacts pour la description des symptômes et conseille les internes sur les méthodes de diagnostic : un premier niveau sur l'interprétation des symptômes, un second sur le diagnostic en lui-même, « *en suivant l'arbre diagnostique du DSM* ». Ils cherchent une pathologie « *collant au tableau psy* » en incluant des critères psychologiques (tests projectifs, Rorschach, ...) À la fin, tout le monde discute librement dans son coin et Sophie me dit que « *d'habitude c'est plus simple. C'est plus fait pour nous* ».

Face à un cas difficile comme celui-là la complexité du processus de diagnostic m'apparaît. Je n'avais pour l'instant vu que des patients « standards » dont les symptômes et pathologies étaient classiques pour les psychiatres et même pour les étudiants. Il est intéressant de découvrir que, pour des cas plus complexes, le diagnostic, sous couvert de l'analyse rationnelle des symptômes, se fait de manière plus intuitive. C'est une quête d'un sens que les praticiens poursuivent, faisant tourner ce fameux « *tableau psy* » pour lui trouver une cohérence. Les écarts entre les grades deviennent alors plus prégnants puisque c'est l'expérience qui va faire la différence. On cherche à savoir si un cas similaire a déjà été vu, lu ou étudié par quelqu'un durant de son parcours.

Sarah prend ensuite la parole pour faire un cours sur la dépression bipolaire. Le propos est toujours destiné aux externes sur un mode très pédagogique. Elle commence par définir la dépression bipolaire par rapport à ses symptômes en orientant le cours spécifiquement sur l'épreuve d'internat ; même si elle ramène toujours les indications à des choses pouvant se dérouler dans le service (elle prend des exemples tirés de patients vus par les externes). Elle

---

<sup>24</sup> Expression empruntée à une des externes du service.

n'a pas l'air véritablement préparée et s'emmêle un peu dans sa comparaison entre les différentes expressions des symptômes selon les cultures mais reste précise sur les données cliniques : « *ça vous le trouverez jamais en service, mais sur le papier il faut le connaître* ». Le diagnostic exposé est entièrement axé sur les symptômes, elle interagit beaucoup avec les étudiants. « *Il y a trois groupes de symptômes pour le diagnostic : la dimension motrice, l'humeur et l'instinctuel ou le physique, comme tu veux* ». La précision du terme semble ne pas importer puisque « *l'important c'est la compréhension du symptôme, pas son terme exact* ». Elle va même plus loin en disant que certains termes dans la littérature : « *ça, c'est des termes qu'on utilise jamais en vrai* ». Elle mentionne une échelle de mesure de la dépression bipolaire qu'un des internes est en train de tester dans le service.

Les explications qu'elle donne me font comprendre à quel point la tension entre théorie et pratique est forte pour un étudiant en médecine. Étant assujetti à ses examens et, surtout, au concours de l'internat, aucun d'eux ne peut faire l'impasse sur ce que les praticiens décrivent comme inutile. Ils le savent d'ailleurs déjà puisqu'ils ont passé du temps dans les services hospitaliers. Et pourtant, si les psychiatres plus expérimentés sont passés par cet apprentissage, c'est peut-être qu'il est indispensable à l'acquisition d'une capacité de diagnostic. Leur formation s'articule finalement directement sur cette tension entre théorie et pratique qu'ils tentent de concilier au quotidien.

Sarah continue son exposé en abordant la question du traitement : « *on sait pas trop comment traiter, personne n'est d'accord mais on sait ce qu'il faut éviter. Quel que soit le correcteur, il y a une conduite à suivre. Même si y a pas de consensus là-dessus, dans le traitement des troubles mixtes, c'est pas d'antidépresseurs du tout. Jamais. Mais de toute façon ça ne tombera au concours parce que personne ne fait pareil sur ces trucs-là. De toute façon, en psy, il n'y a pas de traitement causal, on traite les symptômes* ». Elle conclut sans convictions : « *voilà, c'est tout* ». Dans les discussions qui suivent, elle ne tranche pas clairement sur cette question du traitement : « *au concours, vous devez juste proposer un thymorégulateur et exposer les possibilités* ». Finalement, elle n'aide pas à la décision, c'était un cours totalement orienté vers l'internat.

En sortant de la bibliothèque, Léna demande à Filipe à quel moment ils changent de stages. Il m'explique alors que dans une semaine, tous les internes changent dans le service. Sophie lui pose des questions sur l'enregistrement du suivi des médicaments d'un patient. Il répond que « *il n'y a pas de trucs officiels* ». Arrivé dans le service, je retrouve Gaël et Léna

dans la salle de garde de Chiray. Ils discutent des résultats d'un patient et du besoin d'un spécialiste : « *moi j'ai un pote à Pompidou en néphro, pas besoin d'organiser une consultation* ». Léna va regarder des précisions dans le Mini-DSM qui traîne en permanence sur le bureau de la salle de garde puis ils commencent à chercher les causes et raisons de la crise que le patient a apparemment faite. Gaël remonte à l'étage et nous allons faire les transmissions de Chiray. Sarah n'est pas là pour l'instant et il n'y a qu'un interne, un externe et quelques psychologues donc tout se fait de manière un peu chaotique. Avant de conclure, un cadre hospitalier propose d'écrire une procédure pour les transmissions car « *quand on n'a pas l'habitude de faire quelque chose après on sait plus...* » Filipe est partant.

Le rituel bien huilé des transmissions ne tient en fait que si tous les acteurs jouent bien leurs rôles. En l'absence de l'un d'eux, et même si Laurence avait su le faire la semaine précédente, les choses se compliquent rapidement. C'est en fait dans les attentes réciproques que tout se joue. La formalisation proposée par le cadre hospitalier m'étonne d'autant plus que ces transmissions sont un moment fondamental de l'activité du service. C'est donc une des pièces maîtresses de l'organisation qui repose intégralement sur la connaissance tacite des acteurs.

Je travaille au bureau quand Filipe et Léna entrent avec un patient. Il doit sortir aujourd'hui mais il a l'air un peu anxieux. Après l'entretien, Filipe a des doutes et trouve qu'il sort peut-être un peu tôt. Mais ils n'ont pas le temps de conclure car il sont en retard sur leurs visites ce matin. Laurence fait entrer un patient dans la salle de garde et présente Sophie, son externe, comme étant sa « *collègue* ». Elle décide de la sortie du patient sur la base de son comportement dans le service et malgré des symptômes encore persistants. En débriefant avec les externes, elle leur demande : « *si on déroule les critères du DSM-IV, qu'est-ce qu'on voit ?* » Elle les laisse chercher et proposer puis complète la description sur un ton très pédagogue. Laurence évoque un autre cas pour interroger Sophie : « *qu'est-ce que tu surveilles chez une patiente sous Anafranil<sup>25</sup> ?* » Elle déroule ensuite avec elle la liste des choses à surveiller.

Je comprends à ce moment pourquoi le DSM est intégré dans la formation. Il permet de former l'esprit, de s'entraîner à voir les choses d'une certaine manière et ainsi de finir

---

<sup>25</sup> Médicament couramment utilisé en service de psychiatrie pour traiter un épisode dépressif majeur.

par reconnaître les formes. Une pathologie, si elle est à chaque fois spécifique à un patient, correspond aussi à un idéal-type que le DSM se propose de décrire. Dès lors, les étudiants en psychiatrie vont apprendre par cœur le manuel américain pour pouvoir après s'en passer et laisser leur expérience prendre le relais. C'est la façon qu'a cette interne de présenter les choses qui me fait comprendre la fonction de DSM : un modèle pour forger ses premiers cadres mentaux. Ce quasi tutorat qui existe entre les acteurs du service permet de ne pas tomber dans la caricature d'une application stricte des modèles. C'est cette relation humaine qui évite les écueils et donne à la pratique de diagnostic sa souplesse indispensable.

## Mercredi

Ce mercredi après-midi, j'assiste à la réunion hebdomadaire du staff durant laquelle le cas d'un patient est présenté devant le reste de l'équipe. C'est une des patientes de Lépine souffrant de troubles du comportement alimentaire dont il est question aujourd'hui. Les externes décrivent le cas et vont au tableau écrire la symptomatologie. Ils proposent des idées et en discutent avec la PH. Les autres les accompagnent dans leur réflexion pour qu'ils identifient les éléments pertinents. La PH fait à nouveau référence à ce qu'est une « *bonne description* ». La phase d'identification de ce qui constitue ou non un symptôme fait l'objet de multiples discussions. Pour les externes, la différence entre un comportement normal et des signes de pathologie n'est pas évident et les internes peinent à leur expliquer. La PH arbitre et affine les explications, laissant parfois ces derniers s'embrouiller un peu. Ils ne rentrent qu'ensuite dans la problématique du diagnostic à proprement parler.

Je me rends compte que cette réunion est d'abord faite pour les externes. On leur apprend à présenter un patient, mais pas n'importe comment. On leur explique comment organiser leur compréhension de cette nébuleuse de symptômes à laquelle ils sont confrontés. Perdus devant les patients, ils apprennent ici à voir ce qui est important. Comme hier, c'est un véritable transfert de pratique. L'apprentissage ne se fait donc pas purement sur un mode tacite immergé. On cherche clairement ici à les rendre réflexifs. Et ce faisant, les autres praticiens plus expérimentés le deviennent aussi. C'est en tout cas une des conséquences de la manière de faire de la PH qui pousse les internes à bien expliquer comment ils procèdent.

Avant de conclure, la PH les aide à préciser encore un peu plus les termes et en profite pour conseiller les internes sur la méthode du diagnostic différentiel. « *Comme toujours, l'objectif est de trouver un diagnostic collant au tableau psychiatrique* ».

C'est un véritable cours de méthodologie. C'est aussi le moment de montrer ses capacités à ceux d'au-dessus... La méthodologie transmise, même si elle se base sur les symptômes, n'est en rien réductrice. Ou en tous cas pas de manière caricaturale. C'est un moyen de donner sens au « tableau », trop complexe pour être appréhendé comme tel. C'est un prisme mis en pratique qu'on cherche à leur transmettre directement au sein du service, au contact des patients qu'ils connaissent déjà, qu'ils peuvent « voir ».

La réunion n'aura duré qu'une petite heure. Etant donné que les externes ne sont pas censés être là les après-midi, je sens qu'ils sont tous un peu pressés d'y aller. La conclusion par la PH est sommaire et tout le monde pars rapidement.

#### Aparté n°6 : Historique des grandes écoles diagnostiques

Beaucoup de controverses actuelles à propos du diagnostic psychiatrique trouvent une résonance avec la pensée antique (Pilgrim, 2007 : 536). Pour Socrate, maladie et santé mentales avaient la même valeur puisque la première pouvait engendrer l'inspiration poétique, l'élan amoureux voire même la prophétie (Screech, 1985). Il s'oppose ainsi à Hippocrate et son école pour qui une analyse clinique, plutôt qu'une reconnaissance morale, était nécessaire. La question se posait alors de savoir si l'on pouvait segmenter le comportement du fou en symptômes (confusion, mélancolie, perte de mémoire, etc.) ou bien si il fallait l'aborder comme un ensemble cohérent. Cette question resta en suspens durant vingt siècles.

Peu après la Révolution Française, Pinel, suivant la logique proposée par Hippocrate, construisit une classification basée sur des descriptions des symptômes autour de catégories telles que : folie avec delirium, folie sans delirium, mélancolie, confusion, etc. Cette approche trouva un écho extrêmement puissant en Allemagne et cette approche empiriste trouva en Kraepelin son plus grand défenseur. C'est lui qui posa les bases du paradigme diagnostique de la psychiatrie occidentale moderne autour de trois principes fondamentaux :

- Les maladies mentales sont considérées comme étant des catégories se produisant naturellement (d'où sa position épistémologique au sein du « naturalisme médical »)
- Ces maladies étaient dégénérantes, elles étaient héritées et suivait un cours de détérioration prévisible.
- Selon Kraepelin, tous ces symptômes des maladies mentales étaient causés par des altérations du cerveau ou du système nerveux.

Si l'approche kraepelinienne a dominé la psychiatrie jusqu'à aujourd'hui, certaines dissidences ont bien sûr existé, mais sans jamais s'imposer institutionnellement. Les années 1850 ont constitué un tournant durant lequel les psychiatres ont adopté une approche plus analytique de la maladie. Il s'agissait dorénavant de comprendre les causes des pathologies, leur évolution et les moyens de les prévenir - entre autres pour pouvoir continuer de faire valoir leur expertise sur la maladie mentale. L'émergence d'une perspective hygiéniste réclamant le développement du dépistage et favorisant une approche héréditariste de la maladie mentale a imposé peu à peu l'importance du diagnostic. Cela couplé aux progrès de la médecine anatomo-clinique durant la même période a conduit à un modèle quasi-obligatoire de la maladie : elle est définie par ses signes, son évolution et ses causes prochaines ou lointaines ; dès lors, la nécessité d'une classification des pathologies psychiatriques s'esquissait.

L'approche kraepelinienne se développant et se raffinant, elle devint peu à peu dominante et donc contestée. Dans les années 1960, le mouvement anti-psychiatrique accusa le diagnostic adossé à des catégories diagnostiques d'être le problème, et non plus le début d'une solution. Szasz (1961) défendit la thèse selon laquelle les seuls bénéficiaires de ces constructions sociales qu'étaient les maladies mentales étaient les professionnels qui s'en faisaient les spécialistes : les psychiatres. Goffman (1961) posa le problème entre d'autres termes : plus que les autres disciplines médicales, la psychiatrie repose sur des symptômes (communiqués par les patients) plutôt que sur des signes (états somatiques mesurables). Cela laisse une marge d'action importante qui peut se révéler problématique lorsque la morale ou la politique s'y invite. Laing de son côté reprochait aux catégories diagnostiques leur rigidité puisque, une fois posées, elles définissent un état statique plutôt que dynamique et évolutif (Laing, 1968). Ces débats se déroulaient en parallèle des avancées du paradigme kraepelinien dominant qui se cristallisait autour de la production par l'*American Psychiatric Association*

du manuel de référence – le fameux DSM – dont la première version publiée en 1952 fut révisée en 1968. Ce manuel avait deux fonctions principales : concilier les divergences internes et convaincre les différentes parties prenantes de la légitimité de la profession.

La troisième édition du DSM, parue en 1980, peut être vue comme un manifeste de la profession psychiatrique (Pilgrim, 2007 : 538). Le diagnostic psychiatrique passa ainsi d'une approche étiologique (étude des causes et des facteurs d'une maladie) à une liste de symptômes plus clinique, mais aussi plus prudente, héritière, partiellement, de Kraepelin et Hippocrate. Si le débat reste aujourd'hui ouvert quant à l'épistémologie de la psychiatrie, il est clair que la pratique quotidienne, ainsi que la recherche, reste fondamentalement basée sur les classifications d'inspiration néo kraepelinienne. Dans l'ensemble, la pratique de diagnostic en psychiatrie est actuellement dominée par une référence au DSM.

## Jeudi

En arrivant vers midi, je me retrouve directement en pause avec les internes. Apparemment, Lépine a fait une visite surprise ce matin et ça a été dur pour tout le monde... Lazhar trouve qu'il ne discute pas assez, il lui a dit qu'une de ses patiente « *n'avait rien à faire ici !* ». Personne n'a l'air d'avoir été épargné, le moment semble avoir été dur. Ils se moquent un peu des externes, de leur arrogance malgré leur incompetence, surtout Léna qui agace Laurence qui travaille d'habitude avec Sophie qu'elle aime bien (« *elle au moins je peux lui demander des trucs* »). Élise trouve que Gaël ne dit pas assez ce qu'il pense et ils râlent tous à propos de l'incompétence des intérimaires. Laurence parle du trop grand nombre d'entrées à son goût. Il y a eu deux « *TS<sup>26</sup>* » dans le service la veille, ils en parlent avec peu d'affects : « *en fait, c'était prévisible* ».

Comme dans toutes les organisations, les acteurs se plaisent à râler contre la structure, leur hiérarchie, ... Les psychiatres n'échappent pas à la règle même si leur activité est un peu particulière. Je suis étonné par la froideur avec laquelle ils évoquent ces suicides mais je ne suis pas non plus complètement étonné. Après quelques temps d'observation je comprends maintenant que les médecins, de par leur formation, développe une vision clinique de leurs patients. S'ils restent toujours humains, ils ne peuvent s'engager dans

---

<sup>26</sup> Tentative de Suicide

des relations sociales classiques avec leurs patients. Ils se doivent de garder une distance pour pouvoir rester des praticiens capables d'assurer leur service de bout en bout.

De retour à Chiray, nous retrouvons les externes dans la salle de garde. Laurence leur demande « *qui fait quoi ?* » car elle est « *un peu perdue aujourd'hui* ». Elle manipule un vocabulaire technique sans faire vraiment attention. Ainsi, le terme « *structure psychotique étrange* » laissera les externes interloqués. Elle dit d'une patiente que « *le but, c'est de la garder longtemps et ça me va très bien. J'en ai marre de faire des entrées !* » Nous allons voir un patient.

En guise d'introduction, Laurence lui propose de baisser sa dose de Tercian<sup>27</sup> et lui demande lequel des comprimés il voudrait enlever dans la journée. A la fin, pendant le débriefing avec les externes elle dit que « *le contact est meilleur* », et précise que « *dans la symptomatologie dépressive, je dirais que c'est à dominante anxieuse* ». Léna décrit la patiente et Laurence valide et précise les termes. Elle fini en disant : « *ça va ? J'ai oublié quelque chose ?* » C'est elle qui conclue et décide du traitement en expliquant pourquoi. Léna pose des questions sur les médicaments et les dosages. Laurence répond un peu sèchement puis décide du patient à voir après, elle semble libre dans ce choix.

Pris dans le cours de l'activité les externes ont régulièrement droit à ces pauses qui leur sont consacrées. Ces courts moments leur permettent de mettre des mots sur les choses, et clarifier occasionnellement le tacite qui règne dans ce processus de diagnostic.

Aujourd'hui, Laurence est beaucoup plus accueillante, elle me demande si j'ai des questions, « *n'hésite surtout pas* ». Elle va voir une patiente qui va bientôt sortir et me propose : « *tu veux venir ?* » Il n'y a de place ni dans le bureau, ni dans sa chambre donc nous allons dans la salle de repos. Elle essaye de convaincre la patiente d'accepter la permission proposée et de revenir après même pour une petite journée. La patiente fini par lui dire que « *c'est vous qui décidez docteur* ». Laurence remplit une grille standardisée pour l'autorisation de sortie. Nous revenons dans la salle où Sophie et Léna discutent.

- « *Tu dirais qu'il est quoi lui ?* demande Léna.
- *Bah je sais pas, tu as noté quoi comme symptômes ?* lui répond Sophie.

---

<sup>27</sup> Médicament utilisé couramment en psychiatrie pour traiter les états psychotiques aigus.

- *Bah comme d'hab' : fatigue, tristesse, perte d'appétit, ...* dit Léna sans convictions, puis passant à autre chose, *tu as beaucoup de choses à faire toi avant de partir ?*
- *Juste discuter avec un patient* » répond Sophie dans plus de précisions.

En partant, je les entends discuter des difficultés de prises de notes pendant l'entretien et les méthodes qu'elles utilisent.

## Aparté n°7 : une brève histoire du DSM

C'est un processus maintenant politique qui guida l'élaboration de la troisième version du DSM. En effet, les psychiatres ont statué à propos de l'homosexualité, de la névrose et de l'état de stress post-traumatique pour des motifs qui ne relevaient pas de la clinique ou de quête scientifique. Les tactiques politiques et autres compromis stratégiques en interne comme avec les parties prenantes ont éloigné pendant un temps l'étude des données empiriques. C'est le débat autour de l'homosexualité comme maladie mentale qui sera le combat le plus emblématique dans ce processus car il a fait naître des procédures *ad hoc* qui deviendront un modèle de négociation des compromis pour la suite des travaux de révision du manuel. En effet, après les activistes homosexuels, sont venus les vétérans de la guerre du Viêt-Nam puis les militantes féministes.

Durant le congrès annuel de l'*American Psychiatrists Association* (APA) en 1970 à San Francisco, les activistes homosexuels profitèrent de l'opportunité pour interrompre la conférence avec fracas. Leur objectif était de présenter l'homosexualité, non pas comme une maladie mentale, mais bien comme une variante normale de l'activité sexuelle. Cette opposition entre les protestataires et les psychiatres dura jusqu'en 1972 et c'est un jeune membre de l'APA, Robert Spitzer, qui prit la situation en main dès 1972. Cette année-là, des activistes participaient à une réunion à laquelle il assistait. Bien que reconnaissant son ignorance sur le sujet, il pensait, comme beaucoup de ses collègues, que l'homosexualité était, scientifiquement, un trouble mental. Il accepta alors d'organiser une réunion avec le « *Comité sur la nomenclature* » pour que les activistes puissent exposer leurs revendications. Bien que n'étant pas un familier de la littérature et du sujet, il accepta de jouer un rôle majeur dans le conflit et on peut imaginer qu'il avait bien compris l'importance que pouvait avoir sa réussite sur ses chances de sélection à la tête du « *Groupe de travail de révision du DSM* » (Kirk & Kutchins, ?). Le « *Comité sur la nomenclature* » refusa les propositions des activistes, mais

son président suggéra de mener une enquête auprès des membres de l'APA pour tester leur réaction. Le « *Conseil de R&D* » rejeta cette requête en la jugeant ridicule : « *on n'élabore pas une nomenclature en recourant au vote* » dira un de ses membres (Bayer, 1981 : 130). Cependant, le conseil adopta unanimement la proposition de remplacement du diagnostic d'homosexualité par celui de « *Perturbation de l'orientation sexuelle* » en décembre 1973. Durant la conférence de presse qui suivit, et malgré l'insistance sur le fait que l'homosexualité n'était pas déclarée comme normale, la presse en conclut que celle-ci n'était plus une maladie mentale.

Le président de l'APA contraignit alors le CA à soumettre sa décision à un référendum auprès de l'ensemble des membres. Si la réputation de l'association était en jeu, celle de Spitzer l'était d'autant plus et il entra alors en campagne en collaboration avec les activistes. Ils rédigèrent une lettre qui fut envoyée à tous les membres aux frais des groupes de militants homosexuels, utilisation de fonds et participation active qui restèrent cachées. Le résultat du vote serait déterminant pour la crédibilité et la carrière de Spitzer. Il dira plus tard : « *Nous étions pleins d'appréhension et nous ne l'avons pas remporté de beaucoup (...) Si nous avions perdu, on m'aurait probablement demandé de démissionner* » (Spector, 1977 : 55). Résultat : 57% des membres se prononcèrent en faveur de la suppression du diagnostic d'homosexualité, 37% votèrent contre. Ce conflit posa les bases d'une nouvelle approche des pathologies. Au-delà d'un simple travail sur des données empiriques, le diagnostic psychiatrique fut dorénavant reconnu par l'APA elle-même comme ayant une dimension politique. Les catégories diagnostiques n'étaient plus des concepts scientifiques, neutres et transcendants mais bien des constructions sociales et historiques.

Durant les années 1970, les motivations de l'APA pour la révision du DSM étaient nombreuses. Le militantisme des associations homosexuelles bien sûr, mais aussi le besoin de l'industrie pharmaceutique, des compagnies d'assurance et autres organismes tiers-payeurs d'une nomenclature standardisée et fiable. Les demandes n'étaient ni claires, ni homogènes mais elles poussaient à la création d'un système utilisable dans de multiples cadres administratifs ou même judiciaires. Par comparaison, la publication du DSM-II avait principalement été motivée par un besoin de compatibilité avec la Classification Internationale des Maladies de l'OMS. La révision pour le DSM-III n'avait pas cet objectif et cherchait à la fois un consensus et une position nouvelle sur le statut de la maladie mentale. La définition

même de cette dernière devint un de ses principaux sujets polémiques. La structure de l'APA changeait à cette époque et voyait émerger une armée d'ambitieux « *jeunes turcs* » comme ils se nommaient eux-mêmes. Plus jeunes, ils n'acceptaient pas l'orthodoxie freudienne de leurs pairs plus âgés. L'époque était au changement à tous les niveaux et le DSM-III, futur manuel de référence de toute la profession, en fut le support.

## Vendredi

Aujourd'hui, il y a grève. Seuls Gaël, Lazhar et un externe que je n'ai encore jamais vu sont dans le service. Ils courent un peu partout mais semblent quand même plutôt détendus et repoussent presque tout au lendemain. J'en profite pour me remettre à jour dans la retranscription de mon journal de bord dans la salle du poste de soin. Je note quelques bribes au passage :

- Ils ont perdu un patient qui doit être quelque part avec une assistante sociale mais personne n'est sûr.
- Gaël montre à l'externe comme marche de logiciel de prescription et lui fait prescrire des médicaments au hasard à des patients du service.
- Gaël : « *il est déjà 11 heures et j'ai encore rien foutu* », il est pourtant actif depuis le tout début de la matinée.

Je feuillette les dossiers et demande à quel moment sont remplies les « *feuilles intermédiaires* ». Une infirmière me dit que c'est « *à la moitié de l'hospitalisation* » et Gaël complète : « *le mercredi en général* ». L'infirmière sourit en disant que « *là ça fait 3 semaines qu'on les a pas faites* » et il se rappelle qu'effectivement la dernière fois c'était avec Sarah avant ses vacances : « *ça a été les plus longues de toute ma vie, ça a duré deux heures parce qu'elle connaissait aucun des patients* ».

Je discute des dossiers et des transmissions avec l'infirmière qui me dit que ça permet d'avoir « *une vision globale de la salle* » : « *on les écrit mais on fait surtout des transmissions orales à chaque changement de staff, 3 fois par jour, et avec les médecins tous les matins* ». Pour chaque patient, il y a deux dossiers : un classeur dans le poste infirmier (bleu à Chiray, rouge à Monod) dont je récupère les feuilles des Résumés Standardisés de Sortie qui le constituent, et un dossier d'observation cartonné dans le bureau médical (qui contient des feuilles volantes agrafées avec les observations des externes, internes et psychiatres et qui

commence avec les comptes-rendus des hospitalisations précédentes et la lettre de recommandations du psychiatre ). Je feuillette tous ceux disponible dans le bureau, les lignes « DSM-IV » et « CIM-10 » de l'en-tête semblent décidément n'être jamais complétées alors qu'on retrouve une formulation explicite du diagnostic dans les antécédents et qu'il apparaît souvent sur les comptes-rendus des autres services. Sur les feuilles d'observations rédigées à la main on trouve les différentes analyses faites par les médecins (elles sont toutes datées et signées avec la plupart du temps le grade) : la première est en général faite par un externe avec les « antécédents », le « mode de vie » et le « motif d'hospitalisation » synthétisés avec quelques citations du patient. On trouve ensuite les notes de l'interne qui contiennent des éléments symptomatologiques, un premier diagnostic et un début de traitement. Les notes suivantes sont souvent faites par le CCA qui confirme à plupart du temps le diagnostic et ajuste le traitement. À la fin, et parfois entre si besoin était, les externes reprennent des éléments déjà mentionnés (redondance de certaines informations) et ils manipulent des éléments du diagnostic (moins descriptif). Coincés dans le rabat du dossier, on trouve pêle-mêle : le compte-rendu des urgences, l'ECG<sup>28</sup>, l'EEG, les comptes-rendus des examens complémentaires, des documents de la sécurité sociale, la lettre de transmission (par le psychiatre de liaison en général), les prescriptions, l'arrêt de travail éventuel.

Le calme dans le service laisse du temps à Lazhar pour faire ses comptes-rendus. Il s'enregistre sur un dictaphone dans le bureau médical, les secrétaires les taperont après. Une patiente de Filipe demande si elle peut avoir la confirmation d'une permission qu'aurait promis « son psychiatre ». Lazhar n'est pas sûr et envoi un texto à Filipe pour confirmer : « *c'est délicat de décider quand c'est pas ton patient. En plus ils sont malins, ils peuvent essayer de contourner leur psy habituel...* » Filipe le rappelle, ça n'a pas l'air si simple, et Lazhar va la voir en entretien pour clarifier les choses. Quand il revient, je lui pose la question à propos de l'absence des diagnostics formalisés DSM ou CIM sur les comptes-rendus d'hospitalisation.

- « *C'est les secrétaires qui le recopient pas* » me répond-il, « *moi je mets le diagnostic CIM-10 à chaque fois. On devrait le mettre obligatoirement sur les formulaires RUM<sup>29</sup> mais en fait on fait juste la RSS<sup>30</sup>.* »

---

<sup>28</sup> ElectroCardioGramme

<sup>29</sup> Résumé d'Unité Médicale

- *Seulement à la fin ? je lui demande.*
- *Oui parce que avant on sait pas comment ça va évoluer, répond Lazhar.*
- *C'est pour la sécu aussi ?*
- *Oui, ici on code beaucoup, surtout en psychiatrie. Dans d'autres services, c'est les chefs qui le font, ici c'est les internes. C'est super important parce que avec la T2A, c'est comme ça qu'on mesure l'activité du service et son financement... » m'indique-t-il.*

Une fois de plus je me rends compte que le diagnostic est un processus dont l'identification claire de la pathologie est la conclusion. Dès lors, il demande souplesse et patience pour être bien établi. Cela va entrer en contradiction avec les besoins de l'organisation en termes de contrôle, de mesure et de *reporting*. Je constate au passage que, même s'elle n'est pas affichée, la référence au DSM (ou à la CIM) est omniprésente. Tout de même, elle est plus souvent discrète qu'explicite.

Midi approche et le service reste très calme, je décide donc de partir un peu plus tôt que d'habitude.

## Semaine 4

### Lundi

Nous sommes lundi et c'est l'arrivée, dans tous les services de CHU de France, des nouveaux internes. À 9 heures, Maëlle et moi attendons le début du cours devant la bibliothèque mais personne n'est là. Nous allons dans le service où il n'y a que les infirmières et les nouveaux internes, encore en « civil », qui attendent à l'accueil. Ils sont quatre (François-Eric, Marine, Franz et Pierre) et ont tous dans les mains un dossier vert dont Maëlle me dit qu'il contient des informations sur le service : *« ici c'est bien fait, dans d'autres stages, tu arrives, on te dit que c'est le bordel et qu'il y a des nouveaux entrants donc on y va et il faut suivre ! Au moins ici c'est un peu organisé. On file leur file même un guide d'accueil*

---

<sup>30</sup> Résumés Standardisés de Sortie

*des nouveaux patients et un manuel pour les formulaires* ». Nous croisons Sarah et je lui demande si c'est elle qui fait visiter : « *j'espère pas...* ». Elle passe les voir et leur dit qu'il faut juste attendre l'autre CCA et le chef de service.

Tout le monde se dirige finalement vers la bibliothèque pour la présentation. Il y a les deux CCA, la PH mais « *le chef n'est pas encore là* », tout le monde s'installe en laissant spontanément une place au milieu. Lépine arrive et s'assoit en bout de table en plaisantant sur sa position centrale. Gaël fait la présentation du service (schéma sur le tableau : organigramme formel, nom des services, nombre d'internes et d'externes par unité, ...) que commente Lépine en disant que « *la répartition est très théorique* » ; il précise par exemple qu'en août, Chiray ferme et qu'il y a donc une répartition des patients dans les autres unités. Il continue, « *comme je vous l'ai déjà dit, il n'y a pas de différence de pathologie entre les services* » ; il les a apparemment déjà vu. Il présente ensuite les CCA et précise les règles de répartition des internes entre les unités: « *c'est à l'ancienneté ou bien vous vous arrangez entre vous* ». Un tutoiement s'instaure spontanément entre les internes et les CCA. Lépine demande à Gaël comment sont répartis les externes, « *parce que ça change souvent* ».

Dès la première présentation officielle, les souplesses de l'organisation apparaissent. Finalement, sous couvert d'une définition légale et bureaucratique apparemment rigide, l'organisation hospitalière inscrit ses bricolages dans la définition même de sa manière de travailler. Puisque l'activité d'accueil des patients est profondément centrale, le reste doit suivre à tout moment et l'ajustement mutuel est donc régulièrement privilégié pour sa rapidité d'adaptation.

À propos de la réunion biblio du lendemain, Lépine veut un réveil pour « *bien limiter les présentations à 10 minutes. D'ailleurs il faudra qu'un de vous présente quelque chose... Pour la présentation, on suit une grille. On ne la connaît pas, mais il y a une grille... Demain on va aussi voir pour vous donner un petit projet de recherche à chacun. On est pas encore tout à fait d'accord, on vous dira ça demain. Pour le service, faites des conclusions de sortie rapidement, ça c'est capital. On essaye de vous donner des moyens pour le faire, venez à la bibliothèque si les infirmières vous sollicitent trop... J'ai dit l'essentiel je crois... De toute façon trop d'info tue l'info ! Ah oui, il y a des protocoles dont je vous avais parlé mais on reviendra dessus plus tard* ». Il discute avec les CCA de détails d'organisation puis revient d'un coup aux internes à propos d'examen somatiques : « *C'est pas à vous de le*

*faire ça, c'est aux externes. C'est pas à vous de le faire mais si les externes le font pas, c'est à vous de leur rappeler. Vu qu'ils sont en psy eux ils voient pas pourquoi ils le font. Je vais vous faire la guerre ! Pas à vous, à eux (CCA et PH) parce que c'est à eux de vous le rappeler. (en souriant) Si les internes font pas bien leur boulot, c'est en général à cause des CCA. Ça les responsabilise comme ça... »*

C'est ce qu'on appelle prendre le train en marche. Même moi qui suis dans le service depuis quelque temps j'ai du mal à suivre. Les informations fusent et ne sont absolument pas structurées. D'ailleurs les nouveaux internes ne prennent pas vraiment de notes. Ils écoutent, attentifs, mais je sens qu'ils essaient plus de s'imprégner. Les services hospitaliers se ressemblent et ils ont probablement l'habitude de ce rituel de passage où l'ensemble de l'organisation est résumé en un quart d'heure. Ils savent manifestement ce qui les attend et surtout que ce n'est pas lors de cette réunion qu'ils vont avoir toutes les informations nécessaires.

Il explique qu'il ne voit que rarement les patients et qu'il examine les dossiers une fois par semaine: *« je ne vois plus directement les patients, il y avait des réactions violentes. Des gens qui s'évanouissaient. On a vu des choses intéressantes dans le service... »* Le fait qu'il ne voit jamais aucun patient ne semble choquer personne.

Les internes doivent maintenant aller s'inscrire à l'accueil pour récupérer leur blouse et leur badge. Il faut aller à Lariboisière, *« vous savez comment on y va ? Faut traverser la Gare du Nord... »* Ils auront aussi une formation au matériel d'urgence et aux logiciels informatiques. Les PH et les CCA restent avec Lépine pour se mettre d'accord sur les projets de recherche des internes pendant que ces derniers vont faire les démarches. Sarah mentionne le fait qu'il manquait certains PH à cette réunion, Lépine rétorque sèchement que *« on va pas attendre que tout le monde soit là. Tout le monde est jamais là alors vous appelez et vous vous débrouillez ! »*. Elle en reparle rapidement à Gaël en sortant, elle a trouvé la remarque injuste...

De retour dans le service, on m'explique qu'il y a aussi eu renouvellement de tous les étudiants infirmiers et que la remplaçante de la cadre de santé qui part en retraite vient aussi d'arriver... Dans le poste infirmier, Sophie me demande quand arrivent les internes et lesquels viennent à Chiray. Elle a apparemment eu de mauvais échos de l'une d'entre eux et elle espère qu'elle ira à Antonin Clerc comme l'avait anticipé les anciens internes.

L'infirmière de Monod passe prendre des feuilles à en-tête « *dans sa réserve perso* ». Elle les montre à Sophie et lui explique : « *tu fais comme moi, tu te fais un stock que tu planques pour plus tard* ». Pendant ce temps, les internes peinent dans leurs démarches, ils vont à Lariboisière, reviennent dans le service, doivent « *passer à la régie* » et vont ainsi d'étape en étape sans toujours savoir en quoi consistera la suivante. En attendant, Sarah et une PH voient les patients sans eux. Tout semble normal, personne n'est choqué par quoi que ce soit. Ils finissent par revenir et, pendant leurs multiples trajets, ils ont décidé de leur répartition : François-Eric ira à Antonin Clerc, Marine et Franz à Chiray et Pierre à Monod.

Gaël leur dit qu'il les verra plutôt dans l'après-midi parce qu'il a une réunion. En parlant des externes, il leur confie que « *celle d'Antonin Clerc est excellente, ceux de Monod sont pas mal aussi. Les autres sont plus moyens mais dans l'ensemble ça se passe plutôt bien* ». Sarah vient les voir rapidement, elle leur présente un cas urgent dont il faut s'occuper. Elle leur donne quelques indications sur l'emploi du temps du service (transmissions, passage de la PH, où manger, etc.) « *le reste on verra après* ». Elle leur donne des transmissions préparées par les internes avant leur départ. Ensuite, elle file avec la PH.

Malgré le rythme et une certaine violence dans cet accueil, les nouveaux internes semblent amortir le choc. Je vois bien qu'ils ne savent pas exactement ce qui va se passer dans les premiers jours mais qu'ils en ont l'habitude. Changer de service, de routines et même de culture tous les six mois doit forcément apprendre à être souple et capable de s'adapter. En effet, si certains éléments de la structure hospitalière sont extrêmement rigides, beaucoup d'autres sont laissés à la discrétion du chef de service. En plus de cela, je connais maintenant les mille manières de « braconner » qu'utilisent au quotidien les psychiatres. L'essentiel pour ces nouveaux entrants est donc de saisir rapidement quelques éléments importants puis de se lancer dans l'action pour ne surtout pas perturber l'activité du service. J'ai l'impression d'être face à un chaos normal et organisé.

Dans la salle de garde, les internes et les externes se présentent et échangent quelques informations sur eux (nom, année d'étude, université d'origine) et sur l'organisation (liste des patients, organisation dans la répartition). Les internes ont l'air un peu démunis mais habitués. Ils semblent se connaître (« *eh cocotte, on s'y met ?* ») et prennent des informations sur les patients auprès des externes pour se les répartir. Ils commencent par faire cela en fonction des

transmissions disponibles et des pathologies. Ensuite, ils tirent au hasard pour s'attribuer celui qui leur semble être « *le chieur* ». L'un d'eux me sourit, « *on est con hein !* ». À propos du patient, Franz dit qu'il veut bien le prendre « *s'il est intéressant...* » Les externes attendent à côté, il leur demande : « *il est intéressant ou pas le mec de la 7 ?* » Ils ne répondent pas. Il enchaîne, « *bon, et sinon, vous avez rien de spécial à nous dire ? A quelle heure ils arrivaient les autres ?* », « *9h30, ok c'est cool. Tu vois Marine... Et les dossiers, ça s'organise comment ? Et les feuilles d'observation ?* » Les externes répondent aux différentes questions, cordiaux mais « sans plus » pour l'instant. Les internes continuent de discuter entre eux : « *Il est horrible ce bureau...* » Se tournant parfois vers les externes : « *Et les présentations biblio ça se passe comment ? Tous les internes passent ?* » Finalement, ils leur disent qu'ils peuvent y aller s'ils veulent et vont dans le poste infirmier pour voir les dossiers. Ils parlent de réorganiser la salle de garde.

## Mardi

Il y a le cours de LCA ce matin et je suis un peu en retard. Tout le monde est déjà là quand j'entre dans la bibliothèque à part Lépine qui n'est pas encore arrivé. François-Eric présente un article sur une corrélation entre un traitement et des tentatives de suicide. La discussion qui suit porte sur le contenu, l'interprétation et les critiques que l'ont peut faire de l'article. Lépine finit par arriver avec 30 minutes de retard et lit l'article pendant la discussion. À la fin, tout le monde se tait et attend qu'il dise quelque chose. Il fait quelques remarques mineures et on enchaîne sur la deuxième présentation faite par Marine. C'est un article étudiant le lien entre l'arrêt du tabac et les récompenses financières. Après quelques remarques, Lépine conclut et les psychologues et les externes sortent.

Le cours est beaucoup moins riche que les autres mais manifestement cela n'étonne personne. Les internes viennent d'arriver et ils ont à peine eu le temps de préparer leurs présentations. En fait, j'ai l'impression d'être devant une mise en scène de la routine qui va peu à peu s'installer plutôt que devant une véritable réunion de travail. L'activité ne doit absolument pas être perturbée, pas seulement le soin des patients mais bien l'ensemble des habitudes, on plonge donc les nouveaux arrivants dans le bain, quitte à ce que la qualité soit un peu mise de côté dans un premier temps.

Débuté ensuite une discussion sur le choix des sujets de recherche pour les internes. Florence Vorspan propose une étude en tabacologie qui se base sur l'activité actuelle du service : « *l'idée c'est de travailler avec vos patients en salle pour éviter du travail en plus. Il s'agira de regarder particulièrement un facteur précis chez eux* ». Les premières études ne sont pas encore vraiment avancées mais le protocole semble être relativement stabilisé. Lépine intervient : « *je m'excuse de vous critiquer Florence. Vous avez vu, je marche sur des œufs ce matin, mais...* » Il critique alors la très grande approximation qu'il y a dans la prescription d'un des médicaments (posologie reprise de l'ancienne molécule sans vraiment étudier la transition et la compatibilité). Il ironise sur un chef de service de la Pitié-Salpêtrière : « *lui, si deux cas confirment sa théorie, on en voit pas de 3<sup>ème</sup> ... Et essayez même pas de lui parler de psychanalyse, il comprendra même pas !* » Il indique aux internes qu'ils devront commencer par une simple revue de littérature. « *Attendons un peu qu'on puisse mettre en place un vrai protocole de recherche sérieux* ».

J'en ai maintenant la certitude, la recherche n'est en rien une activité annexe ou secondaire dans l'activité du service. Elle fait partie intégrante de la structure et les praticiens se doivent d'y participer activement dès les premiers postes. Je comprends d'autant mieux pourquoi les outils standardisés se retrouvent un peu partout. Pour pouvoir mettre en place une étude publiable, il est nécessaire d'utiliser une grille de lecture légitime. Ainsi, le quotidien de la pratique, et donc du diagnostic, se retrouve au contact des besoins de standards de la recherche.

Une psychologue présente un protocole de soin (« *pas de recherche* » précise-t-elle) qui a lieu dans le service. Elle consulte tout le monde sur les modalités à mettre en place et sur certains points Lépine dit que « *ça, c'est à bien voir avec les internes* » en précisant que « *c'est de la routine* ». La psychologue complète : « *c'est à faire rentrer dans les routines...* » Un interne pose une question : « *si dans la pratique on a un patient qui présente un syndrome métabolique la veille de sa sortie, on fait quoi ?* » Elle lui répond que Lariboisière collabore avec le service de diabétologie et précise le PH à contacter.

De retour dans le service, on croise une PH d'un autre service qui râle parce qu'il y a eu un problème dans le protocole. Elle n'a pas été contactée le bon jour, l'interne était en réunion ce matin et l'externe connaissant le patient est en vacances ; à Pierre qui vient tout juste d'arriver elle dit : « *vous êtes nouveau donc vous savez pas mais bon...* » Elle donne alors les

détails de « *comment ça marche ici* » (jours de présence, documents à envoyer, contenu), Pierre acquiesce. Une fois la PH sortie, Pierre se présente à Caroline, une infirmière.

- « *J'ai plein de choses à vous dire* » dit-elle avant d'enchaîner rapidement sur des informations et des requêtes à propos des patients. Puis, pressée, elle sort de la salle de garde.
- « *cette prescription, j'ai pas compris...* » confesse Pierre à Maëlle. « *Tu peux faire les examens complémentaires ?* » Il se tourne vers moi, « *je suis pas encore super opé sur vos protocoles* ».

Je regrette de devoir partir tôt aujourd'hui, mais je dois impérativement être présent à une réunion de département. Il est frustrant de rater ces moments qui, bien que caricaturaux, sont extrêmement révélateurs de l'activité hospitalière et de la profession psychiatrique.

## Mercredi

J'arrive tôt ce matin et je tombe sur Pierre, Maëlle et Caroline déjà en pleine discussion dans la salle de garde. Gaël entre, l'air manifestement pressé.

- « *Où sont les dossiers ? On y va, y a les visites dans le bureau du chef*, nous dit-il.
- *Depuis qu'il a récupéré son bureau dans le service je me cache un peu pour fumer*, dit Caroline en souriant.
- *C'est vrai qu'il nous a parlé de toi la dernière fois*, plaisante Gaël.
- *De toute façon, il connaît pas mon prénom*, rétorque Caroline
- *En fait c'est quand les visites exactement ?* demande Pierre.
- *C'est quand il veut. Il choisit toujours les bons moments* » répond Gaël.

Au milieu de tout cela, Pierre reste silencieux. Il est un peu stressé et le confie à Gaël.

- « *Comment ? Tu connais pas déjà les dossiers par cœur ?!* le taquine Gaël. *T'inquiète pas, je les présenterai moi* »

Une infirmière rentre dans le bureau et feuillette le compte-rendu des transmissions.

- « *Tu lis les transmissions Assia toi maintenant ?* se moque Gaël.
- *Bah oui, je suis pas comme les médecins moi...* » rétorque-t-elle plaisantant à moitié.

Même dans cette période de transition, l'activité est fondamentalement prioritaire. Que l'ensemble des internes ait changé ne doit pas perturber l'accueil et le prise en charge des patients. C'est pour cela que le diagnostic est fondamentalement collectif dans un service de psychiatrie, la rotation des acteurs impose un travail de groupe. Ici des

acteurs qui ne se croiseront jamais (les anciens internes et les nouveaux) collaborent par dossiers interposés pour que le processus puisse continuer.

Lépine passe nous chercher dans la salle de garde. On discute du système informatique en allant à son bureau. Il râle sur les problèmes de compatibilité parce qu'il y a deux systèmes dans le service (un pour l'identification des patients et un autre pour les prescriptions) et ils ne peuvent pas communiquer entre eux. Il y a aussi des problèmes entre les hôpitaux : « *mes collègues qui savent gueuler font ce qu'ils veulent. Par exemple, tous les hôpitaux de Paris ont un logiciel en commun sauf Pompidou parce qu'ils ont décidé qu'ils n'en voulaient pas...* » Arrivés dans le bureau, nous sommes cinq et il n'y a que trois chaise. Je croise deux infirmières en allant en chercher. Je fais une plaisanterie sur Lépine : « *qu'est-ce qu'on ferait sans le chef?* » Une de deux me répond : « *la même chose qu'avec* » et elle est tout de suite gênée par sa réponse, « *ça m'a échappé...* » Dans le bureau, Lépine parle des problèmes d'évaluation des unités de recherche et des doublons au niveau du ministère.

On commence les « visites ». Lépine veut demander un avis dermato pour exclure une possibilité d'allergie qui parasiterait un diagnostic. Deux externes arrivent en retard et entrent en faisant tomber les dossiers, Lépine continu de parler d'un patient sans y faire attention. Il manque de temps, « *allez, dernier patient* » et Gaël ne sait pas lequel prendre, il semble choisir presque au hasard. Ils reviennent sur un cas dont ils ont déjà parlé il y deux semaines : « *si la durée entre deux épisodes dépressifs est inférieure à 4 mois, c'est que c'est le même épisode. On en a déjà parlé Gaël, pour moi c'est la même phase. Il n'y a pas eu de maintenance entre les deux dépressions...* » Maëlle propose une idée mais Lépine ne relève pas vraiment. Entre les deux externes, l'infirmière et l'interne présents, c'est la seule qui aura parlé pendant ces visites. Le téléphone de Gaël sonne, il décroche là encore sans s'excuser mais cette fois-ci il abrège en expliquant que « *c'est les visites avec monsieur Lépine là* ». Pendant ce temps, Lépine commande un examen à l'interne.

Si l'on apprend aux externes à identifier les symptômes, cela continu manifestement après la fin des études. Ici, le chef de service est en train d'expliquer à un CCA, donc un praticien expérimenté, comment fonctionne un épisode dépressif, diagnostic élémentaire pour un psychiatre. Je me rends compte que les subtilités de certaines pathologies (selon la période de latence entre deux épisodes, on considèrera qu'il y a eu une ou plusieurs crises) demandent de l'expérience et que celle-ci ne peut se transmettre que dans la

pratique. C'est alors un jeu de légitimité qui fait qu'on croira le chef de service sur ce point mais pas un externe. L'expérience prime et le grade permet d'affirmer.

De retour dans la salle de garde, je dis à Gaël que je suis étonné par l'absence de diagnostic principal dans l'en-tête des résumés de sortie de l'hôpital. Maëlle m'explique que « *on le fait pas en France. C'est principalement aux Etats-Unis, c'est pas dans notre tradition ici.* » Je parle de cette histoire d'en-tête un peu plus tard avec une externe de Chiray. Elle me dit ne jamais y avoir fait attention. Je vais donc voir la secrétaire qui recopie ces comptes-rendus dictés par les internes. Elle m'explique que le codage du diagnostic se fait maintenant sur une feuille à part et qu'elles ne le mettent plus mais que « *c'est une bonne question* ». Elle me dit qu'elle croit que la feuille de codage sert à mesurer l'activité du service.

Ce diagnostic se révèle être donc quelque chose de complexe dans un service de psychiatrie. Il est à la fois omniprésent dans l'activité mais en reformulation constante et indispensable à l'organisation mais souvent informel. Même si la procédure impose de l'établir pour pouvoir comptabiliser et rendre compte de l'activité médicale, on tolère son absence car on sait que cela est nécessaire à la bonne marche du service. Ces manières de faire semblent excessivement complexes mais elles se sont en fait constituées peu à peu. Le diagnostic a toujours existé à l'hôpital, les raffinements des techniques et les réformes de l'organisation ont imposé de le présenter différemment mais tous les acteurs savent ce qu'il faut faire pour en garantir la bonne marche.

Aujourd'hui encore, je ne peux pas rester toute la journée. Je maudis les jurys de mon école qui m'empêchent de voir plus en détail les arrangements et négociations qui sont mis en place à l'arrivée de ces nouveaux internes.



# Conclusion

## VI. Discussion

Cette discussion a pour objet de revenir sur l'étude empirique que nous venons de présenter afin de la confronter à notre corpus théorique. Nous commencerons par mobiliser la grille de lecture proposée dans le chapitre deux pour en tester la pertinence. En effet, une fois le terrain retranscrit, il s'agit maintenant de voir dans quelle mesure cette grille permet de mieux comprendre les dynamiques d'institutionnalisation en les « extrayant » de l'observation. Dans un second temps, nous examinerons les liens qui existent entre le processus d'institutionnalisation et le contrôle organisationnel. De fait, encadrer le diagnostic psychiatrique est un exercice difficile tant il porte sur une pratique par définition souple et complexe, manipulée par des praticiens expérimentés. Il nous faudra recourir aux théories du contrôle organisationnel pour comprendre les enjeux d'un tel phénomène. Enfin, nous reviendrons sur la notion de réflexivité exposée dans le premier chapitre. En effet, l'étude empirique nous semble apporter de nouveaux éléments permettant de mieux saisir les dynamiques réflexives des psychiatres. À la lumière de nos observations, l'opposition caricaturale entre cécité et clairvoyance ne tient plus.

### Mobilisation de la grille de lecture

Le diagnostic en psychiatrie ne peut simplement apparaître dans notre étude empirique sous les idéaux-types de la grille de lecture. Nous allons plutôt utiliser le contenu de cette dernière (procédures, *best practices*, standards, rituels, traditions et routines) pour extraire de nos observations les éléments apportant un éclairage sur les mécanismes d'institutionnalisation des pratiques organisationnelles.

#### Standards et *best practices*

Le standard est un accord émergent entre les acteurs permettant de réguler l'action collective, telle une norme professionnelle sur laquelle les acteurs pour faciliter leur activité.

Dans le domaine du diagnostic en psychiatrie, le standard est évidemment ce manuel de référence qu'est le DSM dans lequel les praticiens trouvent une description synthétique de l'ensemble des pathologies accompagnées de leur symptomatologie. Ainsi, une fois le patient rencontré, le psychiatre pourra asseoir son diagnostic sur une référence connue et reconnue de toute la profession, partout dans le monde. C'est une nécessité qui s'est imposée après la *UK-US Study* dont nous avons parlé plus haut. Les psychiatres se devaient d'être sûrs de parler des mêmes choses dans des termes identiques afin de pratiquer leur spécialité et de faire progresser la recherche. En effet, le projet scientifique, qui est maintenant présent dans chaque service, par le biais d'un impératif de publication, contraint les praticiens à s'adosser à des référents. Ceux-ci ne font pas seulement sens pour les acteurs locaux du service ou de l'hôpital mais bien pour toutes leurs parties prenantes, jusqu'aux revues de recherche dans lesquelles ils souhaitent publier. Bien que le DSM soit quelque chose d'utile au quotidien, l'établissement de ce standard ne s'est pas fait sans heurts et, comme nous l'avons vu, il fut le produit de jeux politiques, de mouvements sociaux et de stratégies internes denses. Il a émergé au profit des « *jeunes turcs* » de l'association professionnelle américaine, aux dépens des psychanalystes de l'ancienne génération, puis s'est imposé partout dans le monde malgré la résistance des européens qui y voyaient une colonisation par l'approche anglo-saxonne. L'institutionnalisation d'une manière de diagnostiquer est porteuse d'une épistémologie qui définit la profession en général, et donc la pratique quotidienne. Dès lors, proposer un standard, c'est quelque part imposer sa vision de la psychiatrie et, en cela, le DSM est bien une forme de manifeste malgré les apparences a-théoriques qu'il se donne. Si au quotidien, les pratiques ne semblent pas porteuses d'enjeux particuliers, c'est bien parce qu'elles sont les produits d'une institutionnalisation qui a rendu ces perspectives politiques évidentes ; elles vont de soi et deviennent ainsi discrètes, voire invisibles. De plus, le fait que l'Assurance Maladie ait adossé ses attentes aux définitions du DSM le légitime pleinement dans la régulation des manières d'envisager le diagnostic.

De cette référence standard que constitue le DSM découlent des pratiques canoniques qui en respectent l'esprit, voire la lettre. Vont ainsi émerger des grilles normalisées d'entretien et de mesure intégrant les critères diagnostiques du manuel. Dès lors, les rencontres avec les patients seront structurées par un ensemble d'artefacts orientant le praticien au quotidien. Cela donne naissance à des recommandations qui vont faire émerger des pratiques plus légitimes que d'autres, plus compréhensibles et mieux justifiables au regard des « canons » de la

profession, bref, de *bonnes* pratiques. En effet, difficile de proposer une pathologie que la grille de référence contesterait ; mieux vaut donc utiliser cette dernière durant l'entretien, en la faisant remplir par un étudiant par exemple. Cela est d'autant plus fréquent que tout essai thérapeutique ayant pour vocation d'être publié dans une revue reconnue doit pouvoir justifier d'un protocole de recherche adossé à des référents solides. Ainsi, le DSM s'inscrit dans l'organisation de manière indirecte, au travers de multiples artefacts qui forment un réseau lâche mais solide dans lequel la pratique quotidienne du diagnostic s'inscrit. En parallèle, l'organisation hospitalière préconise des pratiques qui lui permettent de garder un contrôle sur l'activité. Sur les formulaires, les cotes standards CIM ou DSM permettent un traitement facilité des données via le PMSI. On prescrira donc de commencer tout accueil dans un service par l'établissement d'un diagnostic clair et, surtout, normalisé, d'autant plus qu'il est demandé par l'Assurance Maladie pour initier la prise en charge des patients. Le premier entretien réalisé par un interne du service qui reste, rappelons-le, un étudiant en formation, sera donc structuré par un ensemble de préconisations qui définissent non pas une, mais *la* manière de diagnostiquer compatible avec un corpus hétérogène d'exigences interconnectées (administratives, pratiques, scientifiques, clinique, *etc*). On voit ainsi se dessiner une *best practice* de diagnostic, d'inspiration très clinique, qui va d'un relevé soigneux des symptômes via des grilles standardisées à l'identification d'une pathologie qui lui correspond dans le DSM et que l'on inscrira sur un formulaire normalisé.

## Procédures et routines

Le parcours d'hospitalisation d'un patient dans un service de psychiatrie est relativement stable. Après une recommandation effectuée par un psychiatre ou un médecin traitant ayant posé un diagnostic d'orientation (superficiel et en général considéré comme tel), le patient est accueilli dans le service par un interne. Parfois accompagné du chef de clinique, ce dernier doit poser un premier diagnostic qui sera déterminant pour le séjour du patient, il suit donc la procédure standard d'accueil définie par le service. Il rencontrera ensuite ce patient quatre à cinq fois par semaine seul, et au moins une fois par semaine avec un psychiatre plus expérimenté, cette dernière fréquence variant énormément en fonction de la pathologie identifiée. En effet, les conditions d'hospitalisation (unité ouverte ou fermée, fréquence des visites, droit au téléphone, médicaments administrés) dépendent dans un premier temps intégralement de l'entretien d'entrée, d'où l'importance de sa formulation que

la procédure impose. Par la suite, tous les actes médicaux et infirmiers sont enregistrés de diverses manières (formulaire, dossier du patient, système informatique) mais systématiques. C'est pour cela que le chef de service peut, sur la base du dossier, avoir une vision globale du suivi d'un patient. Toutes ces procédures fournissent une information synthétique des actes et observations du personnel hospitalier relatifs au traitement d'un patient ainsi que des indications sur son état. Cela signifie que, si l'on considère le diagnostic comme un processus long allant de l'entrée à la sortie du patient, les procédures constitutives du dossier permettent de le suivre durant tout son séjour. Mais c'est le premier diagnostic qui aura été, comme partout en médecine, le facteur déterminant dans la prise en charge et dans la gestion des soins du patient. Il s'est donc agi pour l'organisation de trouver un moyen d'encadrer cette gestion, d'où le PMSI, les RUM, les RSS, les GHM et autres procédures basées sur le diagnostic.

Face à ces éléments, excessivement ostensifs dirait Feldman (2000), les praticiens ne sont pas de simples agents appliquant strictement les procédures. Ils les adaptent, les contournent, les utilisent et les détournent parfois avec subtilité, parfois par réflexe. Le cas du non remplissage des pathologies sur les dossiers est un bon exemple de cela. Le diagnostic étant un processus traversant l'ensemble de l'hospitalisation, il faut du temps aux psychiatres pour pouvoir formuler une pathologie précise. Dès lors, la procédure demandant une cote DSM ou CIM dès l'entrée dans le service pose problème. Une routine de contournement apparaît donc, suivant laquelle la plupart des acteurs laissent certaines cases vides dans les formulaires pour pouvoir préserver la routine principale de recherche d'un diagnostic précis. Ils respectent bien l'esprit de la procédure - identifier une pathologie - mais pas sa lettre - l'identifier dès l'arrivée et de manière précise. Des anecdotes circulent sur des services où presque tous les formulaires sont d'abord remplis « *en F32* » (la référence DSM d'un épisode dépressif majeur), pour ensuite être corrigés durant le séjour en fonction des évolutions du patient et des avis des psychiatres. Plus généralement, et sans forcément se jouer du système, les psychiatres sont obligés, face à la rigidité de l'Assurance Maladie et aux standards du DSM, d'adapter et de moduler les procédures pour pouvoir faire leur métier avec souplesse et pertinence devant des patients toujours différents. Les services ont donc, en interne, des routines de diagnostic plus adaptées à l'activité médicale et psychiatrique leur permettant de pouvoir fonctionner au quotidien. Celui de Lariboisière est parfaitement régulé, du premier accueil qui se fait souvent avec le CCA en plus d'un interne, jusqu'aux réunions hebdomadaires et aux échanges avec les PH. Les patients « simples » sont ainsi examinés

rapidement pour pouvoir laisser le temps à l'équipe d'examiner les « beaux cas », plus complexes, demandant une analyse plus fine. Le diagnostic est ainsi routinisé dans un équilibre entre les exigences inapplicables des procédures et une déontologie des praticiens qui cherchent à bien faire leur travail.

## Traditions et rituels

Les routines mises en place au sein du service hospitalier finissent par s'agréger, par faire corps et former une culture. Elles perdent alors de leur normativité, pesant sur la pratique, non pas moins, mais différemment. En s'inscrivant au cœur de la façon dont les psychiatres définissent leur métier et comprennent leurs pratiques, le diagnostic peut ainsi devenir une tradition. Comme nous l'avons vu, il ne s'agit plus seulement d'identifier une pathologie, mais bien de le faire d'une certaine manière, avec un certain vocabulaire, selon un certain processus. Dès lors, les termes et les méthodes employés ne sont plus neutres. Le diagnostic devient un marqueur de l'appartenance du psychiatre à une école - à une tradition - qui donne un sens plus large à sa pratique. La façon d'identifier et de définir une pathologie, telle que nous l'avons observée, permettait de savoir si le psychiatre était expérimenté ou encore étudiant, s'il était de ce service ou d'un autre, s'il était d'inspiration plus psychanalytique ou clinique. Ainsi le responsable de l'unité d'addictologie faisant cours affichera, par son vocabulaire philosophique et psychanalytique et son comportement peu formel, une appartenance à l' « *ancienne école* ». Les procédures sont les mêmes pour tout le monde et les routines sont partagées par tous, mais la manière dont les acteurs les mettent en scène en dit infiniment plus. Cela est d'autant plus important qu'un service hospitalier est un lieu de transmission où l'on apprend plus qu'un manuel de référence et une manière générale de l'appliquer. Les différentes réunions sont autant de moments où l'on montre aux étudiants, et même aux psychiatres plus confirmés, comment on peut penser le diagnostic, comment on peut le mettre en perspective et le pratiquer d'une certaine manière. Les cours de LCA, par exemple, proposent une prise de recul par rapport aux canons de la publication scientifique, poussant l'apprenti psychiatre à se positionner activement dans son rapport à la recherche. Les réunions vidéos permettent d'expérimenter les différents prismes cliniques et de voir ce qui fonctionne le mieux. Ainsi, une constellation d'éléments épars et parfois implicites sont manipulés et la tradition diagnostique dont sont porteurs les praticiens les plus expérimentés est transmise aux futurs psychiatres.

Cela peut aussi être parfois codifié et mis en scène à l'extrême. Ainsi, les « *visites* » du chef de service sont un rituel majeur durant lequel il impose sa manière de voir et de faire à l'ensemble des acteurs. Quand bien même cette méthode est relativement indirecte, et quoi qu'on en pense, elle donne une direction dans les manières de faire au sein du service. Si tous les acteurs appréhendent ce moment, c'est bien qu'il met en scène quelque chose d'intense. C'est un moment durant lequel la qualité du praticien est évaluée sous un prisme particulier qui n'est pas nécessairement celui des examens et des concours qui ont présidés jusque-là. Ce n'est pas qu'un passage en revue des dossiers, c'est aussi un test symbolique de l'appartenance au service et à sa culture. Ainsi, certains acteurs l'appréhendent bien plus que d'autres et Gaël y sera bien plus à l'aise que Sarah, non pas parce qu'il est plus compétent mais parce qu'il est plus proche de la philosophie du service. De plus, si « *le chef* » dit que c'est une « *Psychose Hallucinatoire Chronique* », alors on ne précisera pas que cette appellation a été retirée du DSM et qu'elle est maintenant nommée « *schizophrénie paranoïde à début tardif* ». On manifesterà son appartenance au service en disant à son tour « *PHC* », montrant ainsi que l'on sait diagnostiquer de manière appropriée. On emploiera le terme puisque c'est au travers de ce dispositif que les codes et règles de conduite sont prescrits. Le diagnostic est alors un rituel porteur d'éléments culturels et régulateurs qui permettent aux psychiatres de se définir, d'exprimer leur identité mais aussi de stabiliser une manière de faire dans une communauté donnée.

## Institutionnalisation des pratiques et contrôle organisationnel

Le diagnostic apparaît comme étant au cœur du contrôle organisationnel mis en place par l'hôpital et l'Assurance Maladie (AM). En effet, en tant qu'unité de mesure de l'activité (via le PMSI puis la T2A), il devient l'objet du contrôle interne (gestion du service et du pôle) comme du contrôle externe (audit des hôpitaux par l'AM). Cependant, encadrer une activité aussi fluide et complexe que la pratique de diagnostic semble problématique au regard de la littérature sur le contrôle organisationnel.

## Le diagnostic comme unité du système de contrôle à l'hôpital

Un contrôle formel s'opère sur l'hôpital par l'Assurance Maladie selon plusieurs modalités (durée de séjours, activités de soins, financement d'activités spécifiques d'intérêt général ou de contrat privés). Toute l'architecture du contrôle de l'activité repose sur les RSS enregistrés au quotidien dans les services hospitaliers. Un contrôle systématique est effectué *a priori* sur les données de facturation lors de la centralisation des informations par l'AM. Il s'accompagne d'un contrôle *a posteriori* basé sur la comparaison entre les données produites par l'AM et par les Agences Régionales de Santé et qui, en cas de divergences trop fortes, donne lieu à une inscription sur la liste des hôpitaux à contrôler (inscription dite de *ciblage*). Un contrôle sur site peut alors avoir lieu (soit en cas d'infraction constatée, soit par tirage au sort) sur un échantillon de cas étudié lors d'une réunion officielle préparée avec un médecin contrôleur nommé pour l'occasion. Ainsi, l'organisation hospitalière est encadrée sur la base des informations standardisées qu'elle produit pour l'AM dans le cadre du PMSI et les conséquences pour l'établissement en cas d'infractions sont surtout financières. Il s'agit finalement pour l'AM et les représentants de l'État de s'assurer de la qualité et de la fiabilité des informations produites par l'hôpital – un contrôle interne au sens étroit du terme - pour éviter les paiements injustifiés et ainsi constituer une base de données de référence fiable. Cela est essentiel dans le cadre de la mise en place de la T2A car ce nouveau système de gestion des hôpitaux qui fonctionne sur la base d'un cycle continu d'informations (l'activité génère des recettes qui autorisent des dépenses traduites en moyens qui permettent l'activité, etc.) alimentant l'encadrement et le financement des hôpitaux. Le diagnostic du psychiatre est ainsi l'unité fondamentale de cette gestion de l'hôpital par la T2A et, en cela, il est devenu une des priorités du contrôle hospitalier puisqu'il permet de rendre compte de l'activité.

## Les difficultés d'un contrôle des pratiques organisationnelles

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, les pratiques organisationnelles se rencontrent et interagissent pour participer à une activité collective fluide et complexe qu'il est difficile de caractériser simplement par des procédures ou des règlements. Dès lors, son contrôle, ou du moins son encadrement, échappe aux systèmes classiques d'évaluation et de surveillance. Il relèverait plutôt de ce qu'Ouchi (1979) appelle le contrôle clanique :

		Connaissance du processus de transformation	
		<i>Parfaite</i>	<i>Imparfaite</i>
Disponibilité de mesures des résultats	<i>Haute</i>	Contrôle des comportements ou des résultats	Contrôle des résultats
	<i>Basse</i>	Contrôle des comportements	Rituel et cérémonie Contrôle par le « clan »

Tableau 4 : Typologie des formes de contrôle organisationnel

Le processus de diagnostic en tant que tel reste insaisissable du point de vue formel de la gestion hospitalière. Quand bien même des médecins se feraient contrôleurs, l'intuition et l'expérience mobilisées sur chaque cas rendent impensables la mise en place d'une simple procédure, aussi subtile et détaillée soit elle. De même, la mesure des résultats ne fait que peu de sens pour le soin psychiatrique. En effet, si des échelles de mesure existent, la souffrance comme la « guérison » de la psyché ne sont que très imparfaitement évaluables. La pratique en général, et le diagnostic en particulier, sont donc des objets complexes pour le contrôle organisationnel qui ne pourra les appréhender, dans cette typologie, que par le rituel et la cérémonie. Si l'organisation hospitalière ne peut se passer d'un encadrement d'une activité aussi importante que le diagnostic, elle ne pourra avoir une emprise sur lui que grâce au « clan » selon Ouchi (1979). Ainsi, elle s'assurera à la fois des compétences techniques et des valeurs des acteurs par un recrutement sélectif basé sur une formation et une professionnalisation spécifiques (Ouchi, 1979). On joue alors sur l'engagement professionnel des psychiatres, leur déontologie, puisqu'il n'y a plus de parfaite correspondance entre les objectifs de l'organisation et ceux des acteurs, seulement une compréhension et une acceptation. En définissant le contrôle organisationnel comme étant « *le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour réaliser les objectifs de l'organisation* », Anthony (1965) proposera de mettre la convergence des buts au cœur du dispositif. Il propose d'orienter les comportements en faisant en sorte que la poursuite par les acteurs de leurs intérêts personnels participent, de fait, à l'intérêt collectif. Reconnaisant la difficulté que l'organisation aura à encadrer ces activités spécifiques et complexes des médecins, architectes et autres experts, il n'approfondit cependant pas plus la question. « *Mais il existe, dit Anthony, des tâches*

*spécifiques (donc relevant du contrôle opérationnel) non programmées parce que complexes. Qu'en penser ? Cette exception est rare, note aussitôt notre auteur, et il préfère l'abandonner sans traiter la difficulté – peut-être était-ce justement un piste pour un vrai cadre conceptuel » (Bouquin, 2005 : 127).*

Pour Bouquin (2005), il faut sortir de l'idée absurde de « contrôlabilité » pour comprendre que, dans ces cas, les mécanismes de contrôle se devront d'être plus subtils. « *Si on savait situer les leviers de contrôle et les modéliser, il n'y aurait plus de managers, mais des exécutants* » (Bouquin, 2005 : 105). Ce qui préside dans le cas des pratiques organisationnelles n'est pas tant la maîtrise des résultats que la confiance accordée au praticien *intuitu personae*. Sa responsabilité doit donc s'exercer, non pas dans le respect brut des règles en place, mais grâce à une souplesse de l'action et le respect de certaines valeurs (organisationnelles, professionnelles, déontologiques). On ne peut alors s'empêcher de penser aux leviers de contrôle de Simon (1995) et des systèmes de croyances. « *Ce qui se passe dans ces circonstances, ce que l'organisation repose fortement sur des formes ritualisées et cérémonielles de contrôle* » (Ouchi, 1979 : 844). Dès lors, on socialise les praticiens au travers de ces rituels et cérémonies qui ont pour fonction de donner une cohérence à leurs pratiques, et donc au diagnostic. En matière de pratiques, le contrôle organisationnel est une affaire sociale demandant la mise en place d'une « culture », d'un socle commun aux membres du clan, bref, un système d'institutions. D'autant plus que le contrôle est lui-même une pratique s'inscrivant dans une organisation (Ahrens & Chapman, 2007 ; Ahrens & Mollona, 2007). Institutionnalisation, pratiques et contrôle forment donc un triptyque dont l'articulation pourrait permettre de mieux comprendre les dynamiques du contrôle organisationnel.

## Retour sur la question de la réflexivité

La façon dont les psychiatres appréhendent la transmission et la pratique du diagnostic est en décalage manifeste avec ce que nous avons exposé sur la réflexivité dans le premier chapitre. En effet, ils ne sont, ni aveugles, ni clairvoyants, ni même presbytes. Ils ajustent leur focale de manière pertinente en fonction du contexte et des besoins. Ils peuvent rester au

niveau de l'intuition indicible au moment du diagnostic puis être capable d'expliquer en partie aux étudiants ce qu'ils viennent de faire en sortant de la chambre du patient avant de finalement présenter l'ensemble de leur méthodologie à une réunion de staff. Il nous faut donc revenir sur la notion de réflexivité.

### Entre réflexes et réflexion

Les processus d'apprentissage et de pratique lient fondamentalement savoir et connaissance, tant dans la théorie que dans toutes les situations que nous avons pu observer sur le terrain. Il ne s'agit alors plus de positionner les praticiens entre une permanente conscience de leurs actions et une cécité complète mais plutôt de comprendre les articulations entre les différents niveaux de réflexivité auxquels ils accèdent. Pour Beck (2001), la réflexivité est un réflexe, une adaptation *ad hoc* face aux conséquences imprévisibles et risquées produites par les institutions modernes. Elle est, dans le cours de l'action, un choix automatique dans une large variété d'options possibles et correspond, en substance, aux deux premiers niveaux de réflexivité chez Holland (1999) :

- « *RFX 1* » : niveau de réflexivité local trop faible pour sortir de son univers paradigmatique mais conférant une conscience de soi, une identité.
- « *RFX 2* » : réflexivité permettant la confrontation des paradigmes et la prise de conscience de leurs contradictions et conflits.

Ce faible recul sur la pratique renvoie à nouveau aux travaux de Bourdieu pour qui la pratique obéit à une logique de reproduction permettant une adaptation spontanée et instantanée, sans recul. Rappelons le, c'est, selon lui, le théoricien qui détecte une pratique, « *les effectuations partielles d'un même schème* », le praticien, lui, reste dans une ignorance docte, un aveuglement. C'est ce niveau de conscience que nous avons pu observer dans le quotidien du service. Les psychiatres mobilisent leur expérience et leur intuition avec juste ce qu'il faut de recul pour ne pas être véritablement aveugles et pouvoir échanger avec leurs collègues.

À l'opposé de cette conception, Giddens (1984) considère la société moderne comme un monde composé d'individus intelligents dotés d'une capacité de réflexion leur permettant de transcender ce niveau de simple conscience de soi (Giddens, 1984). Ces acteurs seront capables d'atteindre les deux niveaux de réflexivité supérieurs chez Holland (1999) :

- « *RFX 3* » : niveau permettant de contextualiser socialement son action et ses mouvements, de pouvoir « voir » autour de soi.
- « *RFX 4* » : prise de conscience du fait que les paradigmes sont une production sociale et qu'ils ont une histoire.

Ainsi, selon Giddens (1984), la confusion de la société moderne impose aux individus une réflexion dans la construction de l'identité, une individualisation. Ce n'est en rien incompatible avec le sens pratique bourdieusien étant donné que, dans les temps de crise, de changements radicaux du champ, l'habitus peut laisser place à une réflexivité (Adams, 2006). Selon Sweetman (2003), les évolutions culturelles et sociales récentes ont même imposé des habitus fondamentalement réflexifs. Les crises étant devenues « normales », la disjonction entre habitus et champ est dorénavant la norme. Ainsi, le praticien peut réfléchir sur sa pratique, c'est même quelque chose qui le définit et le différencie des exécutants. Au niveau local, les aléas permanents inhérents à l'environnement contraignent le praticien à s'adapter, bricoler, innover et, ainsi, à réfléchir à son action, son sens et ses alternatives. De plus, le processus de transmission contraint tout psychiatre à s'expliquer sur son action et à corriger celle des autres, le renvoyant sans cesse à sa propre pratique. Ils doivent être capables de rendre compte de leurs diagnostics auprès des étudiants comme auprès du reste de l'équipe (durant les transmissions ou les réunions) et du chef de service (durant les « visites »).

Cette reconnaissance de deux processus, réflexes et réflexion, disjoints mais cohabitant ne nous éclaire cependant pas sur le déroulement effectif de ce qu'il convient maintenant d'appeler le processus réflexif plutôt que la réflexivité. En effet, il faut dorénavant prendre en compte que la réflexivité ne se possède pas, mais qu'elle s'exerce. Pour ce faire, nous proposons de parler d'épisodes réflexifs.

## Les épisodes réflexifs

Chez Luhmann (2000), la notion d'épisode est centrale dans l'évolution des systèmes sociaux comme les organisations. Nous nous inspirons de ce concept « luhmannien » pour mieux le clarifier, plutôt que d'en importer toute la structure théorique. L'épisode est une séquence d'évènements organisés autour d'un début et d'une fin qui permet d'envisager un changement en suspendant momentanément les contraintes « normales » pour concevoir de nouvelles formes (Luhmann, 1990). Dans le cas d'un épisode réflexif, le praticien pourra

revenir sur son action afin de mieux en prendre conscience et la partager. Il ne le fera cependant que pour un temps déterminé, pouvant aller d'une quasi instantanéité à une méditation plus longue, et ce en dehors du cours de l'action. Chez Luhmann (1990), le processus épisodique a pour caractéristique d'être téléologique, il est structuré et orienté du début vers sa fin qui en est à la fois la clôture et l'objectif (souvent émergent). Dans l'épisode réflexif, le praticien ne contemple pas pour contempler, il revient sur sa pratique dans des moments de perturbations, qu'elles soient mineures (le cas d'un patient ne correspondant pas tout à fait à la description clinique du diagnostic posé par exemple) ou majeures (incapacité persistante à diagnostiquer un patient). Le tout étant conclu, soit par l'identification d'une solution (identification d'un diagnostic satisfaisant), soit par la limitation de la durée (fin d'une réunion hebdomadaire de staff par exemple). Les contraintes de la pratique n'étant pas nécessairement formelles, l'épisode réflexif sera souvent clos par la rencontre des deux facteurs. Hendry & Seidl (2003) identifient trois principaux déclencheurs chez Luhmann : spontané, périodique ou routinisé. Ainsi, l'épisode réflexif pourra se manifester à l'occasion d'un échec ou d'une difficulté (erreur dans le cours de l'action), de manière régulière et formalisée (moments réservés au retour sur l'expérience passée récente ou plus ancienne) ou encore par épiphanie (instant de révélation au déclenchement parfois mystérieux et souvent hasardeux).

L'idée d'épisode réflexif permet, selon nous, de mieux saisir la coexistence d'une cécité dans la pratique et d'une clairvoyance du praticien. Les deux semblent mutuellement exclusifs si on ne les envisage pas dans leur alternance autour de moments que les praticiens ont déjà tous déjà expérimentés. D'une durée variable et déclenchés de manière parfois chaotique, ils permettent aux individus de développer une connaissance fine sur leur propre action et ainsi de ne pas sombrer dans un aveuglement complet. Le praticien ne peut plus être totalement aveugle puisque ces épisodes réflexifs font partie intégrante du cours de sa pratique. Ils constituent des « moments » où il se voit lui-même et prend conscience à la fois de ce qu'il fait et de qui il est. L'épisode réflexif est alors une forme de matérialisation temporelle d'un miroir permettant au praticien de se regarder agir.

## VII. Conclusion

Nous concluons cette thèse en trois temps. D'abord par une présentation de ses limites puisqu'elle ne pouvait épuiser l'intégralité des éléments à examiner. Nous exposerons ensuite certains des apports managériaux que ce travail, bien que peu « pratique » finalement, recèle selon nous. Enfin, une conclusion qui nous permettra un retour synthétique sur l'ensemble de cette recherche doctorale.

### Limites

La limite majeure de notre travail est inhérente à son objet. Voulant examiner à la fois la question de l'institution et celle de la pratique, selon nous fondamentalement liées, nous nous sommes retrouvé face à une tension. D'un côté la nature « apaisée » des pratiques qui sont, par définition, stabilisées. De l'autre, un processus d'institutionnalisation qui est tramé de rapports de force et de jeux de pouvoir. Bien que fluide, l'étude des pratiques telles qu'elles se font au quotidien reste un objet d'étude « froid » pour qui voudrait se concentrer sur les stratégies et enjeux qui lui ont donné naissance. Nous avons essayé de ne pas ignorer les tensions politiques internes et externes qui se jouent derrière le diagnostic en psychiatrie par retour sur son histoire et son épistémologie. Cependant, ces tensions sont en quelque sorte gommées par la nature même de l'institution. Le choix que nous avons fait d'étudier la pratique au plus près pour en déceler les subtilités d'exercice et de transmission nous a poussé à reléguer les jeux de pouvoir au second plan. Dès lors, notre exposé ne met pas particulièrement en avant les acteurs et leurs rapports d'influence. Nous assumons ce choix mais nous avons conscience de ce qu'il implique.

De même, la méthodologie que nous avons employée est aussi à mettre en perspective. En privilégiant une observation directe et en immersion, nous n'avons eu recours aux entretiens que de manière secondaire. Ainsi, les représentations que les praticiens se font de

leurs propres pratiques n'apparaissent pas directement mais uniquement en filigrane, au travers de discussions éparées. Nous maintenons nos affirmations du chapitre de méthodologie, mais gardons à l'esprit qu'une étude empirique basée sur des entretiens aurait donné un éclairage supplémentaire, voire complémentaire, à la nôtre. De plus, la scénarisation qui nous a permis de retranscrire nos observations avec une certaine densité n'est pas exempte de défauts. Elle garde une dimension littéraire qui pousse à une relative mise en scène des acteurs et des situations observées. Le problème serait le même avec une sélection de séquences d'activités ou d'extraits de la vie d'un service. Si l'invention n'a pas sa place dans une thèse, pas plus qu'un chercheur ne peut se prévaloir d'une quelconque licence poétique, la frontière entre auto ethnographie et fiction est poreuse et le pas est rapidement franchi. Malgré toute notre vigilance, nous avons conscience que la dimension littéraire de notre présentation du terrain n'a rien d'évident et qu'elle pose un certain nombre de difficultés quant à sa validité empirique.

Finalement, cette immersion ethnographique au sein d'un terrain pose aussi la question de la généralisation de nos propos. C'est un débat qui demanderait de plus amples développements, mais nous pensons qu'il existe une stabilité des phénomènes organisationnels et que les spécificités locales d'une structure peuvent être dépassées. Sans revenir sur les travaux d'Eisenhart (1989) ou de Yin (2002), il est évident que la question de l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles dont nous avons traité tout du long de cette thèse ne trouve pas sa seule validité dans l'étude du cas du diagnostic en psychiatrie. Etant fondamentalement ancrées sur un corpus conceptuel, nos observations, sans être généralisables au sens mécanique du terme, renvoient à une compréhension plus fine du processus d'institutionnalisation, compréhension dont la portée dépasse le simple cadre de la psychiatrie ou de l'organisation hospitalière.

## Apports managériaux

L'apport principal de cette thèse restera, selon nous, un approfondissement conceptuel du processus d'institutionnalisation. En effet, c'est dans une perspective de Sciences de gestion orientées vers une connaissance *de* l'organisation et non *pour* l'organisation que nous

nous inscrivons. Pour autant, comme l'aurait dit Lewin, « *rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie* ». Dès lors, rien ne nous empêche de proposer des apports managériaux.

Cette thèse peut, *a minima*, constituer un apport pour la gestion hospitalière. En effet, en ayant au cœur de son activité une pratique aussi complexe que le diagnostic, tout service de psychiatrie, et plus généralement tout hôpital, peut bénéficier d'une meilleure compréhension de son fonctionnement comme de sa transmission. Force est de constater que les médecins ont déjà mis en place un système d'encadrement et de formation remarquable de pertinence quant à la finesse inhérente à l'activité hospitalière. En effet, au regard de nos analyses, les études de médecine semblent prendre en compte beaucoup des subtilités de la construction de l'expérience des praticiens. Pour autant, cette organisation est principalement basée sur une connaissance intime et tacite de l'activité et non véritablement sur un savoir scientifique reconnu. Dès lors, les travaux permettant d'établir avec plus de certitude, et surtout plus de rigueur, l'intérêt d'un système hospitalier qui fait profondément correspondre hiérarchie et expérience trouveront un écho particulier auprès des médecins comme des directeurs d'hôpitaux. Etant donné l'intérêt que notre étude a suscité chez les psychiatres rencontrés, nous pensons pouvoir nous inscrire pleinement dans cet apport potentiel.

Plus largement, une meilleure compréhension de la pratique de diagnostic, en tant qu'exercice subtil du jugement, nous semble être un second apport. En effet, les mécanismes en jeu dans le diagnostic des psychiatres sont proches de ceux que l'on peut constater dans l'analyse financière ou l'audit de sécurité par exemple. Adossés à des référentiels légitimes, ces experts exercent leur jugement en mobilisant une expérience passée avec pertinence et intuition. Dès lors, sans pour autant généraliser nos conclusions relatives au diagnostic médical à l'ensemble de ces activités, il nous semble clair qu'elles pourront être envisagées et adaptées dans le cadre de travaux portant sur l'expertise. Nous ne nous avancerons pas plus sur un sujet où notre connaissance est encore limitée, mais certains projets de recherche auxquels nous participons nous permettent d'affirmer qu'un travail approfondi sur les pratiques en général, et sur le diagnostic en particulier, a beaucoup à apporter aux études sur la notion de compétence. En effet, cette dernière semble être fondamentalement liée aux questions de maîtrise de la pratique et de réflexivité des praticiens.

Enfin, les développements que nous avons initiés à propos du contrôle organisationnel nous semblent constituer un apport managérial prometteur. En effet, les pratiques mises en place par des acteurs expérimentés demandent, nous l'avons évoqué, un mode de contrôle plus fin que l'évaluation des résultats ou la surveillance de la procédure. Si la typologie d'Ouchi (1979) est éclairante d'un point de vue descriptif, il nous semble qu'un examen plus rigoureux des liens entre institutionnalisation, contrôle et pratique permettrait d'enrichir la connaissance académique. Plus encore, il pourrait inspirer les praticiens du contrôle confrontés quotidiennement à la difficulté que suscite l'encadrement de pratiques complexes. Dès lors, un apport fondamental, mais encore à l'état potentiel, de cette thèse pourrait être la construction d'une compréhension plus fine du contrôle organisationnel et de ses dispositifs ainsi qu'une explication conceptuellement plus solide du phénomène organisationnel qu'ils constituent.

## Conclusion

Comme pour beaucoup, le travail de cette thèse a d'abord été conceptuel. En effet la littérature sur la notion de pratique est foisonnante, voire débordante et, sans chercher à ajouter une définition supplémentaire, nous ne voulions pas non plus réduire notre état de l'art à une synthèse chronologique ou disciplinaire. Dès lors, l'identification de ces quatre tensions dans l'ensemble des travaux nous a permis de mieux les comprendre en les situant les uns par rapport aux autres et, ainsi, de les mettre en perspective. Il est évident que les questions de fluidité, d'acquisition, de réflexivité et d'échelle ne couvrent pas l'intégralité des problématiques en jeu dans la *practice perspective*, mais elles nous semblent avoir été une bonne méthode pour rendre compte de sa littérature. D'autant plus que l'articulation entre la question de l'échelle et les phénomènes d'institutionnalisation se faisait alors plus aisément. Notre approche comprenait donc la pratique comme étant, en premier lieu, une manière de faire instituée. Nous avons alors voulu revenir aux racines du concept. Ainsi, les références à Douglas (1986) et à Berger & Luckmann (1967) se sont révélées être éclairantes quant aux logiques présidant au processus d'institutionnalisation. Sur cette base, et à l'aide des théories néo-institutionnelles, nous avons alors été à même de proposer une grille de lecture permettant de saisir les pratiques dans leurs multiples modalités d'institutionnalisation.

Rituels, traditions, routines, procédures, *best practices* et standards se révèlent être les facettes d'une pratique centrale, mais souvent dissimulée sous différents registres et qui n'apparaît, finalement, que dans leur juxtaposition.

Ancrée sur ce corpus, la démarche épistémologique que nous avons adoptée a été celle d'une réflexion sur la possibilité de production d'une théorie de la pratique. Dans une perspective bourdieusienne, nous avons insisté sur la difficulté d'un tel projet tout en trouvant dans l'étude de la logique de ces pratiques une sortie de l'impasse. Ce faisant, un certain nombre d'implications se devaient d'être examinées et, bien que revendiquant un couplage lâche entre épistémologie et méthodologie, nous nous devions d'assumer les conséquences de notre positionnement. Dès lors, l'immersion au contact direct des pratiques s'est imposée et l'ethnographie s'est révélée être, dans notre cas, un moyen approprié d'approche du terrain. Nous en sommes ainsi venu à cet exercice littéraire de scénarisation dans la présentation de nos observations. Retranscrire cette expérience en immersion et la connaissance qui en a émergé était une difficulté et un récit complet était inenvisageable pour des raisons de place comme de style. Condenser les différents moments pertinents quant à la question des pratiques de diagnostic et de leur institutionnalisation, sans pour autant perdre de l'« épaisseur », de sa vie, nous a conduit à cette idée de scénario. Sans inventer aucun des événements présentés mais en assumant la part de choix et de subjectivité dans leur agencement, nous pensons que ce dispositif aura été un bon moyen pour présenter la richesse de notre étude empirique. Profondément influencé par Latour (2002), nous l'avons émaillé de commentaires réflexifs permettant de véritablement situer l'émergence de la compréhension pratique que nous avons eu des phénomènes observés.

La discussion qui venait ensuite se devait, dans notre cas, de relever deux défis. Le premier était d'opérer un retour sur le terrain qui le mette en perspective au regard du corpus théorique. Nous avons ainsi pu tester la grille proposée dans le chapitre deux et en constater la pertinence dans la description et l'analyse du processus d'institutionnalisation de la pratique de diagnostic en psychiatrie. Elle permettait de saisir les multiples modalités d'émergence de cette pratique au travers de ses nombreuses facettes. Cela nous a alors permis de nous confronter à un second défi : revenir sur le corpus théorique pour l'enrichir. Le premier constat était celui d'une connexion, dorénavant évidente pour nous, entre les phénomènes

d'institutionnalisation des pratiques et le contrôle organisationnel. Nous pensons qu'il y a là une véritable piste de recherche future.

De même, la revue de littérature que nous avons faite sur la réflexivité s'est révélée insatisfaisante au regard de nos observations sur le terrain. En ce sens, ce dernier aura parfaitement rempli sa fonction de confrontation et de mise en perspective de la construction théorique. La notion d'épisode réflexif nous a alors semblé être une description potentiellement viable du processus réflexif par lequel les acteurs prennent conscience de leur identité et de leurs pratiques.

Cette thèse s'avère donc, comme beaucoup d'autres, n'être qu'un point de départ pour de multiples pistes de recherche.

## Bibliographie

- AHRENS, T. & MOLLONA, M. Organisational control as cultural practiced- A shop floor ethnography of a Sheffield steel mill. *Accounting Organisations and Society*, 2007, 32 (4-5), 305-331.
- ASHFORD, B. & FRIED, Y. The mindlessness of organizational behaviours. *Human Relations*, 1988, 40 (4): 305-329
- ATKINSON, P. & HEATH, C. *Medical Work*. Gower Publishing Company, 1981.
- BAKER, T., MINER, A. & DALE, E. Improvising firms. *Research Policy*, 2003, 32 (2): 255-276
- BAKER, T. & NELSON, R. Creating something from nothing: resource construction through entrepreneurial bricolage. *Administrative Science Quarterly*, 2005, 50 (3): 329-366
- BARLEY, S. & TOLBERT, P. Institutionalization and structuration: studying the links between action and institution. *Organization Studies*, 1997, 18 (1) : 91-117
- BARNES, B. Practice as collective action. In : SCHATZKI, CETTINA & VON SAVIGNY (éd.), *The practice turn in contemporary theory*. New York : Routledge, 2001
- BERGER, L. & LUCKMANN, T. *La construction sociale de la réalité*. Paris, 1967.
- BERLINER P. *Thinking in Jazz*. Chicago : University of Chicago Press, 1994
- BLACKLER, F. Knowledge, Knowledge Work and Organizations. *Organization Studies*, 1995, 16 (6): 1021-1046
- BLOC, O. & WARTBURG, W. *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris : Quadriga, 1932.
- BOUDON, R. *La place du désordre*. Paris : PUF, 1984
- BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Les éditions de minuit, 1972.
- BOURDIEU, P. *Le sens pratique*. Paris : Les éditions de minuit, 1980.
- BOURDIEU, P. Les rites comme actes d'institution. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1982, 43 : 58-63
- BOURDIEU, P. & WACQUANT, L. *Pour une anthropologie réflexive*. Paris : Les éditions de minuit, 1992.
- BROWN J. & DUGUID P. Organizational learning and communities of practice. *Organizational Science*, 1991, 2 (1): 40-57.
- BROWN J. & DUGUID P. Knowledge and Organization: A Social-Practice Perspective. *Organization Science*, 2001, 12 (2): 198-213.

- CASTEL, R. *L'ordre psychiatrique*, Paris : Éditions de Minuit, 1977
- COMMONS, J. *Institutional Economics*. New York : MacMillan, 1934.
- COPANS, J. *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris : Nathan, 2002.
- DE CERTEAU M. *L'invention du quotidien*. Paris : Folio, 1990
- COLEMAN, J. Social theory, social research and a theory of action. *The American Journal of Sociology*, 1986, 91 (6): 1309-1335.
- COOK S. & BROWN Y. Bridging Epistemologies: The Generative Dance Between Organizational knowledge and Organizational Knowing. *Organization Science*, 1999, 10 (4): 381-400.
- DAVID, G. *Social movements and organization theory*. Cambridge University Press, 2005.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *L'anti-Oedipe*. Paris : Les éditions de minuit, 1972.
- DIMAGGIO P. & POWELL W. The Iron Cage Revisited. *American Sociological Review*, 1983, 48: 147-160.
- DIMAGGIO P. & POWELL W. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago : The University of Chicago Press, 1991.
- DOUGLAS M. *Comment pensent les institutions*. Paris : Éditions de la découverte, 1986.
- DURKHEIM E. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : PUF, 1871
- DURKHEIM E. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : PUF, 1912
- ELLIS, C. Sociological introspection and emotional experience. *Symbolic Interaction*, 1991.
- ELLIS, C. *The ethnographic I*. AltaMira Press, 2003.
- FELDMAN, M. Organizational routines as a source of continuous change. *Organization Science*, 2000, 11 (6): 611-629.
- FELDMAN, M. & RAFAELI, A. Organizational routines as sources of connections and understandings. *Journal of Management Studies*, 2002, 39: 309-332.
- FELDMAN M. & PENTLAND B. Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, 2003, 48: 94-118.
- FOUCAULT M. *Le pouvoir psychiatrique*, Paris : Editions de l'EHESS, 1973
- FOUCAULT M. *Surveiller et punir*, Paris : Gallimard, 1975
- FRIEDLAND, R. Money, sex and god : The erotic logics religious nationalism. *Sociological Theory*, 2002, 20 (3) : 381-424.
- GARFINKEL H. *Recherches en ethnométhodologie*, Paris : PUF, 1967
- GERSICK, C. & HACKMAN, R. Habitual routines in task-performing groups. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1990, 47: 65-97.

- GHERARDI, S. Practice-Based Theorizing on Learning and Knowing in Organizations. *Organization*, 2000, 7 (2) : 211-223.
- GHERARDI, S. *Organizational Knowledge: The texture of the workplace*. Wiley-Blackwell, 2005.
- GHERARDI, S. Introduction: The critical power of the practice lens. *Management Learning*, 2009, 40 : 115-128.
- GHERARDI S. & NICOLINI D. The Sociological Foundations of Organizational Learning. In DIERKES & al. *Handbook of organizational learning and knowledge*. New York : Oxford University Press, 2001
- GIDDENS, A. *La constitution de la société*, Paris : PUF, 1984
- GOFFMAN, E. *Asiles*, Paris : Éditions de Minuit, 1961
- GOFFMAN, E. *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris : Éditions de Minuit, 1973
- GOFFMAN, E. *Les rites d'interaction*, Paris : Éditions de Minuit, 1974
- GREENWOOD, R. & HININGS, C. Understanding radical organizational change. *The Academy of Management Review*, 1996, 21 (4): 1022-1054.
- HATTON, E. Lévi-Strauss's bricolage and theorizing of teachers' work. *Anthropology & Education Quarterly*, 1989, 20 (2): 74-96.
- HIBBERT, P. & HUXHAM, C. The carriage of tradition: Knowledge and its past in network contexts. *Management Learning*, 2010.
- JACCOBY, S. The new institutionalism: What can it learn from the old? *Industrial Relations*, 1990, 29: 315-359
- JARZABKOWSKI, P. Shaping strategy as a structuration process. *The Academy of Management Journal*, 2008, 51 (4): 621-650.
- JOHNSON, G., MELIN, L. & WHITTINGTON, R. Micro strategy and strategizing. *Journal of Management Studies*, 2003, 40 (1): 3-22
- KANT, E. *Critique de la raison pratique*. Paris : Flammarion, 1793.
- ISAMBERT, F. *Rite et efficacité symbolique*. Paris : Editions du cerf, 1979.
- LATOUR, B. *La fabrique du Droit, une ethnographie du Conseil d'Etat*. Paris : La Découverte, 2002.
- LAVE J. & WENGER E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge : Cambridge University Press, 1991
- LAWRENCE T. & SUDDABY R. Institutions and Institutional Work. In CLEGG & al. (éd.), *Handbook of Organization Studies*. Sage Publication, 2006

- LELONG, R. & MALLARD, A. *La fabrication des normes*. Paris : Hermes Science Publication, 2000.
- LEVI-STRAUSS C. *La pensée sauvage*. Paris : Plon, 1962
- LEWIS, D. *Convention*. Wiley-Blackwell, 1969.
- LOUNSBURY, M. Institutional Sources of Practice Variation: Staffing College and University Recycling Programs. *Administrative Science Quarterly*, 2001, 46 : 29–56.
- LOUNSBURY, M. & CRUMLEY, E. New practice creation : an institutional perspective on innovation. *Organization Studies*, 2007, 28 (7) : 993-1012.
- MALINOWSKI, B. *Les argonautes du pacifique occidental*. Paris : 1922.
- MARCH J. & SIMON H. *Les organisations*. Paris : Dunod, 1958
- MARX K. *Le Capital*. Paris : PUF, 1867
- MAUSS, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF, 1950.
- MERTON, R. Bureaucratic structure and personality. *Social Forces*, 1940, 18 (4): 560-568.
- MEYER J. & ROWAN B. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 1977, 83 (2): 340-363
- MINER, A., BASSOFF, P. & MOORMAN, C. Organizational improvisation and learning. *Administrative Science Quarterly*, 2001, 46 (2): 304-337.
- MIRVIS, P. Practice improvisation. *Organization Science*, 1998, 9 (5): 586-592
- NADEAU, R. *Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie*. Paris : PUF, 1999
- NELSON R. & WINTER S. *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge : Harvard University Press, 1982
- NONAKA I. & TAKEUCHI H. *La connaissance créatrice*. Bruxelles : De Boeck Université, 1997
- ORLIKOWSKI W. Using Technology and Constituting Structure. *Organization Science*, 2000, 11 (4): 404-428.
- ORLIKOWSKI W. Knowing in Practice. *Organization Science*, 2002, 13 (3): 249-273.
- ORLIKOWSKI W. Practice in research: phenomenon, perspective and philosophy. *Cambridge Handbook of Strategy as Practice*, 2010.
- ORTNER S. Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 1984, 26 (1):126-166.
- PARSONS T. *Societies: Evolutionary and Comparative Perspectives*, Chicago : Prentice-Hall, 1973
- PESQUEUX, Y. *Gouvernance et privatisation*. Paris : PUF, 2007

- PIAGET, J. *Introduction à l'épistémologie génétique*. Paris : PUF, 1950.
- POLANYI, K. *Personal Knowledge*, New York : Cambridge University Press, 1962
- RAELIN, J. Toward an Epistemology of Practice. *Academy of Management Learning & Education*, 2007, 6 (4): 495-519.
- RECKWITZ, A. Toward a Theory of Social Practices. *European Journal of Social Theory*, 2002, 5 (2): 243-263.
- SCHATZKI, T. Introduction: practice theory. In : SCHATZKI, CETTINA & VON SAVIGNY (éd.), *The practice turn in contemporary theory*. New York : Routledge, 2001
- SCHATZKI, CETTINA & VON SAVIGNY (éd.), *The practice turn in contemporary theory*. New York : Routledge, 2001
- SCHATZKI T. Peripheral Vision : The sites of organizations. *Organization Studies*, 2005, Vol. 26, No. 3 p. 465-484.
- SCHNEIBERG, M. & SOULE, S. Institutionalization as a contested, multilevel process. *Social movements and organization theory*. Cambridge University Press, 2005.
- SCHÖN, D. *The Reflexive Practitioner – How professional think in action*. New York : Basic Book, 1983
- SCOTT, R. *Institutions and Organizations*. Sage Publication, 2001
- SELZNICK, P. *Leadership in Administration*. New York : Harper & Row, 1957
- SHILS, M. *Tradition*. Chicago : University of Chicago Press, 1981.
- SILVERMAN, D. *The theory of organizations: A sociological framework*. New York : Basic Book, 1971.
- SIMON H. *Administration Behavior*. New York : Free Press, 1977
- STENE, E. An approach to the science of administration. *American Political Science Review*, 1940, 34 (6): 1124-1137
- STRATI A. *Organization and Aesthetics*. Sage Publication, 1986
- STRATI A. Knowing in practice: aesthetic understanding and tacit knowledge. *Knowing in organization: A practice-Based approach*, 2003
- SUCHMAN, M. Managing legitimacy. *Academy of Management Review*, 1995, 20 (3)
- SZULANSKI, G. Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practices within the firm. *Strategic Management Journal*, 1996.
- THIETART, R. *Méthodes de recherche en management*. Paris : Dunod, 2003.
- THOMAS, L. *Les rites de mort*. Paris : Fayard, 1985.

- THORTON, P. & OCASIO, W. Institutional logics. *Handbook of organizational institutionalism*. London : Sage, 2008
- TOLBERT, P. & ZUCKER, L. Institutional sources of change in the formal structure of organizations: the diffusion of civil service reform, 1880-1935. *Administrative Science Quaterly*, 1983, 28 (1983), 22-39.
- TSOUKAS, H. & KNUDSEN, C. The conduct of Strategy Research. *Handbook of Strategy and Management*. Sage Publication, 2002
- TURNER S. *The Social Theory of Practices*. Chicago : The University of Chicago Press, 1984
- VAN GENNEP, A. *The rites of passage*. Chicago : University of Chicago Press, 1909.
- VAN MAANEN, J. The fact of fiction in organizational ethnography. *Administrative Science Quaterly*, 1979.
- VEBLEN, T. Why is economics not an evolutionary science. *The Quaterly Journal of Economics*, 1898, 12.
- WEBER, M. *L'éthique protestante et la naissance du capitalisme*. Paris : Gallimard, 2003
- WEICK, K. *The social psychology of organizing*. McGraw-Hill Humanities, 1979
- WEICK, K. Improvisation as a Mindset for Organizational Analysis. *Organization Science*, 1995, 9 (5): 543-557.
- WENGER, E. *Communities of practice*. Cambridge : Cambridge University Press, 1998
- WITTGENSTEIN, L. *De la certitude*. Paris : Gallimard, 1969.
- WHITTINGTON, R. Putting Giddens into action. *Journal of Management Studies*, 1992, 29 (6): 693-712.
- WHITTINGTON, R. Strategy as Practice. *Long Range Planning*, 1996, 29: 731-735.
- YANOW, D. & TSOUKAS, H. Reflecting in/on Practice. *21<sup>st</sup> EGOS colloquium*, 2005
- ZILBER, T. Institutionalization as an interplay between actions, meanings and actors. *Academy of Management Journal*, 2002, 45 (1).
- ZUCKER, L. The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociological Review*, 1977, 42 : 726=743.

# Yoann BAZIN

## L'institutionnalisation des pratiques organisationnelles

### Résumé

Cette thèse étudie le phénomène d'institutionnalisation des pratiques organisationnelles avec pour terrain d'observation le diagnostic en psychiatrie. Fondamentalement attaché à l'organisation comme objet d'étude, nous chercherons à répondre à une question de recherche qui y est profondément ancrée : **Quels sont les phénomènes organisationnels qui participent de l'institutionnalisation des pratiques au quotidien ?** Notre travail aura alors pour ambition de se confronter à trois difficultés principales : théorique, épistémologique et empirique.

Dans un premier temps, il s'agira de clarifier conceptuellement la notion de pratique organisationnelle. En effet, si le *practice turn* est maintenant déjà bien engagé en Sciences de gestion, nous sommes encore loin d'une théorie qui, sans être unifiée, aurait au moins posé une définition claire de son concept central. Nous proposerons une revue de littérature problématisée des travaux portant sur la pratique qui posera l'institutionnalisation comme leur acte de naissance. Cela débouchera sur une grille de lecture de ces manières de faire instituées que sont les pratiques.

Dans un deuxième temps, il nous faudra nous confronter à une difficulté épistémologique. La pratique, objet d'étude classique en anthropologie comme en sociologie, est un élément de la vie sociale qu'il est complexe de saisir au travers des catégories théoriques classiques. Il faudra interroger plus encore la notion de pratique pour comprendre comment sortir de l'impasse épistémologique que constitue le projet de construction d'une théorie de la pratique. Nous verrons en quoi c'est une théorie de la logique pratique qui sera notre véritable projet, et plus particulièrement l'origine historique de cette pratique et sa transmission quotidienne.

Dans un troisième temps, il s'agira d'aborder le terrain d'observation fort de toutes ces exigences. Au-delà des difficultés classiques de l'étude empirique, c'est la restitution d'une compréhension pratique fine, fruit de plusieurs mois d'immersion, qu'il faudra être capable de transmettre. Afin de laisser au terrain son foisonnement et de ne pas le réduire à un ensemble d'observations directement capturées dans un cadre théorique, nous ferons le choix d'une synthèse scénarisée qui condensera quatre semaines de la vie du service. C'est une solution stylistique qui nous permettra de rendre compte d'un terrain débordant toujours le prisme particulier qui est le nôtre : l'institutionnalisation des pratiques organisationnelles.

## Résumé en anglais

This PhD thesis analyses the institutionalization of organizational practices with the psychiatric diagnostic as a field of study. Fundamentally attached to the organization as an empirical object, we will try to answer a research question deeply rooted in it: what are the organizational phenomena involved in the daily institutionalization of practices? Our work will tackle three main issues: theoretical, epistemological and empirical.

In a first time, we will clarify the concept of organizational practice. If the practice turn is now well engaged in Organization studies, scholars are still far from a theory which would have given a clear definition of its central concept. We will provide a review of the literature on practice that consider the process of institutionalization as its birth. This will lead to a grid analyzing the multiple institutionalized ways of doing that are practices.

In a second time, we will address an epistemological issue. Practices, classical empirical objects in sociology and anthropology, are central elements of the social life that cannot be easily captured through classical theoretical categories. We will have to go further in the concept in order to get out of the epistemological dead end that the elaboration of a theory of practice is. In fact, it is a theory of practical logic that will be our real project, and precisely, the historical origins of this practice and its daily transmission.

In a third time, we will face our field study loaded with these requirements. Behind classical methodological difficulties, it is the restitution of a fine-grained practical understanding produced by several months of immersion that will be challenging. In order to respect the field's abundance and to not reduce it to a series of observations seen through a theoretical lens, we choose to present a scenarized synthesis that will condense our six-months study into a four-weeks story of a psychiatric department in a teaching hospital. This stylistic solution will allow us to account for a field that always overwhelms our perspective: the institutionalization of organizational practices.