



HAL
open science

Santé mentale chez les professionnels de la santé mentale : une nouvelle préoccupation en santé publique

Aristoteles Aguilar Virgen

► To cite this version:

Aristoteles Aguilar Virgen. Santé mentale chez les professionnels de la santé mentale : une nouvelle préoccupation en santé publique. Sociologie. Université de Lyon, 2020. Français. NNT : 2020LYSE2006 . tel-02887834

HAL Id: tel-02887834

<https://theses.hal.science/tel-02887834>

Submitted on 2 Jul 2020

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.



N° d'ordre NNT : 2020LYSE2006

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 483 Sciences sociales

Discipline : Socio-anthropologie

Soutenue publiquement le 17 janvier 2020, par :

Aristoteles AGUILAR VIRGEN

Santé mentale chez les professionnels de la santé mentale :

une nouvelle préoccupation en santé publique.

Devant le jury composé de :

Isabelle BIANQUIS, Professeure des universités, Université de Tours, Présidente

Ewa BOGALSKA, Professeure des universités, Université Grenoble Alpes, Rapporteuse

François LAPLANTINE, Professeur Honoraire, Examineur

Denis CERCLET, Maître de conférences HDR, Université Lumière Lyon 2, Examineur

Stéphanie LARCHANCHE, Docteure en Anthropologie, Centre Françoise Minkowska, Examinatrice

Jorge P. SANTIAGO, Professeur des universités, Université Lumière Lyon 2, Directeur de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



UNIVERSITÉ
LUMIÈRE
LYON 2

**SANTÉ MENTALE CHEZ LES PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ MENTALE :
UNE NOUVELLE
PRÉOCCUPATION EN SANTÉ PUBLIQUE**

THÈSE DE DOCTORAT

Faculté de Sociologie et d'Anthropologie de l'Université Lumière Lyon 2 pour l'obtention
du grade de Docteur en Socio Anthropologie

Par

Aristóteles Aguilar Virgen

Directeur de thèse

Professeur Jorge P. Santiago

LYON

2019

Résumé

Depuis quelques années, les statistiques ont montré l'insuffisance des ressources humaines et l'augmentation des consultations en soins psychiatriques dans les hôpitaux. Celui de la ville de Culiacán, en est une flagrante illustration. Différents rapports indiquent par ailleurs les conditions sociales complexes et les difficultés d'un travail laborieux dans les hôpitaux. Les nombreux écrits montrent que la coprésence de ces facteurs est une cause de souffrance chez les professionnels de la santé mentale. Cette recherche s'oriente vers une perspective anthropologique de la santé, qui permet de comprendre comment ces professionnels peuvent ou arrivent à prendre en charge des patients et à les soigner alors qu'eux-mêmes sont susceptibles d'avoir le même type de souffrance. Cette thèse s'intéresse à la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale à partir de l'émergence de la souffrance et des troubles se trouvant en eux. Ce travail approfondit, au travers d'un terrain ethnographique, les conditions de travail et l'état de santé mentale des professionnels de la santé mentale au sein de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa (HPS). La souffrance et les troubles au travail deviennent aujourd'hui une forme de normalité. La problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale peut ainsi être interprétée comme une forme d'expression, un langage au travers duquel s'expriment les relations ou expériences sociales vécues dans une institution hospitalière. L'objectif principal de cette thèse est de cerner d'une part comment les professionnels de la santé mentale sont sujets à des conditions structurelles et sociales complexes et d'autre part, d'analyser les facteurs qui concourent à l'émergence de la souffrance et à des troubles mentaux chez ces professionnels dans leurs pratiques thérapeutiques.

Mots-clés

Culiacan — Professionnels de la santé mentale — Hôpital Psychiatrique de Sinaloa — Santé mentale — Souffrance psychique — Détresse — Troubles mentaux — Souffrance sociale

Abstract

In recent years, statistics have shown a lack of human resources and an increase in psychiatric consultations in hospitals. The one in the city of Culiacán is a flagrant illustration of this. Various reports also indicate the complex social conditions and difficulties of working in hospitals. Many writings have exhibited that the co-presence of these factors causes suffering among mental health professionals. This research focuses from a medical-anthropology perspective, to comprehend how these professionals either be able or take charge patients and treat them when they themselves are susceptible to have the same type of suffering. Moreover, it addresses the issue of “mental health” among mental health professionals from the emergence of suffering and disorders that are found in them. This work assesses, through an ethnographic field, the working conditions and the mental health status of the mental health professionals at the Sinaloa Psychiatric Hospital. Suffering and disorders at work are becoming as a form of normality today. The problem of “mental health” among mental health professionals can thus interpret as a way of expression, a language whereby social relations or experiences in a hospital expressed. The main objective of this thesis is to identify how these mental health professionals are subject to complex structural and social conditions and to analyze the factors contributing to the emergence of mental suffering and mental disorders among mental health professionals in their therapeutic practices.

Keywords

Culiacán — Mental Health Professionals — Sinaloa Psychiatric Hospital — Mental Health — Mental Suffering — Distress — Mental Disorders — Social Suffering

Remerciements

Je remercie de tout mon cœur celles et ceux qui ont croisé mon chemin pendant ces longues et dures années de vie et de thèse et qui ont nourri scientifiquement et surtout humainement ma pensée.

Mes remerciements vont à tous les professionnels de la santé mentale au sein de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa qui ont participé à cette recherche mais aussi aux patients qui ont accepté ma présence. Je suis profondément reconnaissant de la confiance que vous m'avez accordée et je reste touchée par vos partages sincères et votre gentillesse.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude au Professeur Jorge P. Santiago pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour ses encouragements, ses conseils et sa lecture critique.

Merci beaucoup à ma famille pour son soutien, sa chaleur, sa patience et ses encouragements : mes parents Rosario de Jesús et María de Jesús, mon épouse Anne, mes frères Julio et Quetzalcóatl, et mes sœurs Lily, Xóchitl et Quetzalli.

Merci beaucoup à Madeleine Renault pour son soutien, sa chaleur, sa gentillesse et ses encouragements. Repose en paix.

INTRODUCTION	1
I. Intérêt de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale	5
II. Santé mentale des professionnels de la santé mentale : un objet complexe et ambigu.....	6
III. Structure du travail	11
CHAPITRE 1. Professionnels de la santé mentale et contexte social mexicain....	13
1.1 Contexte social de la région	14
1.1.1 Culiacan.....	14
1.1.2 État de santé mentale à Culiacan.....	14
1.2 Contexte social mexicain	17
1.2.1 Mexique	17
1.2.2 État de santé mentale au Mexique	18
1.3 Professionnels de la santé mentale	19
1.3.1 Définition des professionnels de la santé mentale	19
1.3.2 Composition de l'équipe interprofessionnelle	22
1.3.3 Organisation du temps de travail des professionnels de la santé mentale.....	24
1.4 Hôpital Psychiatrique de Sinaloa	26
CHAPITRE 2. Éléments d'un terrain ethnographique	29
2.1 Ethnographie	31
2.2 Première exploration dans un service de psychiatrie	33
2.3 Facilité d'insertion	34
2.3.1 Entrée.....	36
2.3.2 Ouverture du milieu psychiatrique	38
CHAPITRE 3. Matériel ethnographique varié.....	43
3.1 Observation des pratiques thérapeutiques.....	44
3.1.1 Psychiatres	45
3.1.1.1 Observation.....	45
3.1.1.2 Moyenne générale des consultations.....	50
3.1.1.3 Moyenne générale des consultations traitées dans les services d'urgence.....	54
3.1.2 Médecins généralistes	60
3.1.2.1 Observation.....	60
3.1.3 Psychologues.....	63
3.1.3.1 Observation.....	63
3.1.3.2 Moyenne générale des consultations.....	64
3.1.4 Infirmier(e)s.....	68
3.1.4.1 Observation.....	68
3.1.4.2 Moyenne générale des patients dans la zone des patients hospitalisés.....	72
3.2 Entretiens avec les professionnels de la santé mentale.....	78
3.3 Enjeux de la collaboration interprofessionnelle.....	82
3.3.1 Sociologie des professions et les professionnels de la santé mentale.....	87

CHAPITRE 4. À la rencontre des professionnels de la santé mentale	97
4.1 Écoute de la souffrance et des troubles chez les professionnels de la santé mentale.....	100
4.2 Interaction avec les professionnels de la santé mentale.....	116
4.3 Entretien ethnographique	121
CHAPITRE 5. Construction sociopolitique de la problématique par rapport aux professionnels de la santé mentale au Mexique	127
5.1 Émergence de la problématique dans l'espace public	127
5.1.1 Contexte international, local et émergence de la problématique auprès des experts	128
5.1.2 Identification de la problématique de la santé mentale comme problématique sociale.....	139
5.1.3 Émergence de la thématique de la santé mentale au sein de la santé publique.....	140
5.1.4 Émergence progressive, instantanée et captée.....	142
5.1.5 Du référentiel médical au référentiel social	148
5.2 Psychiatrie au Mexique.....	149
5.2.1 Système de santé au Mexique	149
5.2.2 Loi générale sur la protection de la santé	162
5.2.3 Loi sur la santé mentale dans l'État de Sinaloa.....	165
5.2.4 Loi nationale sur la protection de la santé mentale.....	174
5.2.5 Droits généraux des professionnels de la santé	190
CHAPITRE 6. Repères théoriques	192
6.1 Anthropologie de la santé : quelques repères	193
6.2 De l'anthropologie de la santé aux regards critiques et interprétatifs.....	195
6.3 Anthropologie de la santé mentale et de la psychiatrie.....	198
CHAPITRE 7. Concept de santé mentale	203
7.1 Définition de la santé mentale.....	204
7.2 Différents angles d'analyse de la définition de la santé mentale	206
7.2.1 Par la souffrance psychique.....	206
7.2.2 Par la détresse	209
7.2.3 Par le trouble mental	212
7.2.4 Par la souffrance sociale.....	214
CONCLUSION.....	220
BIBLIOGRAPHIES	228
ANNEXES.....	250

Préambule

Je n'ai jamais imaginé écrire une thèse dans le domaine de la santé mentale et, encore moins, adresser cette thèse aux professionnels de la santé mentale. L'origine de cette thèse dans le domaine de la santé mentale repose sur ma propre ignorance et, ma curiosité piquée par une conférence à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève en 2011, cette conférence s'intitulait « *SANTÉ MENTALE, OBJECTIF DU XXIE SIÈCLE ? Comment la psychiatrie est entrée dans nos vies* ». Le plus important dans cette conférence pour moi, a été ce qu'a dit et appuyé Dr Benedetto Saraceno « La santé mentale nous concerne tous, pas seulement la médecine ». Depuis ce moment-là, commence une aventure dans ce monde subjectif. Cette thèse n'est pas focalisée sur les patients mais, sur ceux qui leur prodiguent des soins. Voici pourquoi entre autres, j'ai choisi d'effectuer mes recherches et de rédiger mon doctorat sur ce sujet si vaste, si complexe et pourtant essentiel.

INTRODUCTION

« Si nous voulons savoir vivre dans un monde en changement, si nous voulons que nos actes soient plus limpides et non préjudiciables, avec humanité plutôt qu'avec inhumanité, avec sagesse plutôt qu'avec folie, nous tous, nous avons le devoir de comprendre afin d'apprendre et d'apprendre afin de comprendre ».

Eric Wolf, Anthropologue

Au cours de ces dernières années, l'évolution de notre société a entraîné une forte augmentation de la demande en soins psychiatriques. De multiples facteurs peuvent expliquer cette augmentation, notamment : le monde du travail, c'est-à-dire, les exigences du monde du travail deviennent toujours plus grandes pour celui qui ne veut pas se retrouver au chômage (Gianella, 2009); les relations sociales, dont l'individualisme qui caractérise nos sociétés industrialisées entraîne un sentiment de solitude chez certaines personnes ; la famille et surtout les relations familiales n'offrent plus le soutien affectif et social qu'elles garantissaient auparavant, par manque de temps, par banalisation de leur importance et les cassures familiales provoquent une déstabilisation psychique de l'enfant et une augmentation des consultations psychiatriques (Schmit et al., 2003) ; le monde de la psychiatrie répond aux attentes de promotion de la santé mentale des individus (vulnérabilité, situations de souffrance psychologique) (Cintas, 2007 ; 2009 ; Demailly, 2012 ; Boiteau, 2016). Ces éléments et beaucoup d'autres sont à l'origine d'une fragilité psychique des personnes (Ehrenberg & Lovell, 2001). De plus, d'autres éléments jouent en faveur de cette forte augmentation de la demande en soins psychiatriques à savoir : les changements économiques, c'est-à-dire, que la société peut développer des situations désagréables quand les gens sont obligés de répondre à des situations indépendantes de leur propre choix (Durkheim, 1897). En ce sens, Harvey Brenner (1967 ; 1973 ; 1987) a constaté que les taux d'hospitalisation mentale ont augmenté en période de récession et ont diminué en période de reprise, ce qui suggère que les facteurs économiques

peuvent précipiter les troubles mentaux ; l'image même de la psychiatrie est en train de changer petit à petit, cela signifie qu'auprès des gens, l'image de la psychiatrie devient plus performante et moins stigmatisante d'où une plus grande facilité à accepter et comprendre la maladie mentale et le traitement correspondant (Jorm & Kelly, 2007; Magnin, 2012).

Il faut indiquer également ce qui prévaut dans de nombreuses régions du monde : l'insuffisance de ressources humaines dans les soins psychiatriques. Selon l'OMS presque la moitié de la population dans le monde vit dans des pays où en moyenne, il y a un psychiatre pour 200 000 individus ou plus et, les fournisseurs de soins en santé mentale formés dans la réalisation d'interventions psychosociales sont encore plus rares. Elles sont animées par des psychologues, des travailleurs sociaux et des thérapeutes professionnelles (OMS, 2011 ; 2012). Cette insuffisance de ressources humaines dans les soins psychiatriques peut être expliquée par différentes raisons y compris par le faible budget assigné à la santé en général et à la santé mentale en particulier (IESM-OMS, 2011), par le faible nombre de postes disponibles ou offerts aux médecins aspirants à étudier la psychiatrie (Heinze et al., 2012 ; De la Fuente & Heinze, 2014 ; Heinze et al., 2016), par l'attitude négative et le manque d'intérêt qu'ont les futurs médecins (Vindual et al., 2008 ; Heinze et al., 2016) et, par le regard porté par le pouvoir public (Santiago et Rougeon, 2013 ; Santiago, 2014) à l'égard de la psychiatrie ou envers le rôle du psychiatre.

Le Mexique partage cette même réalité, la forte augmentation de la demande (Sandoval De Escurdia & Richard, 2005 ; Medina-Mora et al., 2007 ; Machorro & Cruz Moreno, 2010 ; Medina-Mora et al., 2015) et l'insuffisance de ressources humaines dans les soins psychiatriques (OMS, 2005 ; Heinze et al., 2012 ; De la Fuente & Heinze, 2014). Cette problématique entre la forte augmentation de la demande et l'insuffisance de ressources humaines en soins psychiatriques, représente une difficulté supplémentaire pour les professionnels de la santé mentale qui travaillent dans la ville de Culiacan. En effet, aujourd'hui, les professionnels de la santé mentale sont invités à résoudre de nombreuses

missions portant sur les difficultés psychiques dans les relations humaines, mais en même temps, ils sont obligés de se plier à des conditions de travail difficiles et doivent faire face à un contexte social complexe. Enfermés dans un double discours, les professionnels de la santé mentale apparaissent fragiles et vulnérables dans les conditions journalières de chaque secteur de travail.

Ce travail s'est ainsi construit de manière inductive à partir de la problématique relative aux conditions de travail et de l'état de santé mentale des professionnels de la santé mentale à partir du concept de « santé mentale » en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale. Quels sont les pratiques et les discours qui se développent autour de cette problématique? Quel est l'état de santé mentale ou d'expérience en termes de souffrances psychiques, de détresse et de troubles chez les professionnels de la santé mentale ? Comment s'organise la prise en charge des problèmes de santé mentale du point de vue des politiques, des institutions et des acteurs sociaux et, plus particulièrement chez les professionnels de la santé mentale ? Les réponses à ces questions de recherche seront apportées par les professionnels de la santé mentale eux-mêmes dans leurs propres discours. Suivant ces questionnements, la recherche s'est développée et les différents terrains de recherche ont été progressivement investis. Je me suis intéressé aux facteurs qui concourent à l'émergence de la souffrance et des troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale dans leurs pratiques thérapeutiques au sein de l'HPS. Comment cette thématique est-elle apparue et comment s'est-elle développée ? Quels sont les acteurs qui ont participé à l'émergence de la souffrance et des troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale ? Quels sont les discours et les pratiques qui ont été mis en place ? Cette question a été abordée sous l'angle de l'émergence d'un « problème social » (Lenoir, 1996), en étudiant les transformations morales, politiques et sociales sous-jacentes.

La nécessité d'approfondir les éléments qui influent de manière importante sur la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale s'est

donc révélée évidente. Dans l'intérêt de dépasser cette lecture simpliste et d'approfondir la complexité de cette problématique, la décision de poursuivre la recherche au sein d'une institution psychiatrique s'est imposée à moi. Ce choix se justifiait également par le fait d'être né dans la ville de Culiacan, capitale de l'État de *Sinaloa* et parce que dans cet État, il y a seulement un Hôpital Psychiatrique. Un hôpital psychiatrique pour près de 3,5 millions d'habitants. Celui-ci se trouve dans la ville de Culiacan. Mais aussi parce que dans cette institution psychiatrique, les professionnels de la santé mentale sont confrontés quotidiennement à des conditions de travail difficiles, ainsi qu'à un contexte social complexe et les situations critiques qui en découlent comme : les agressions du crime organisé dans les hôpitaux, notamment des assassinats, des enlèvements, des menaces, des intimidations à l'égard des professionnels de la santé dans ou à l'extérieur de leur lieu de travail¹ ainsi que des assassinats de patients sur leur lieu de soins².

Le choix de réaliser le terrain ethnographique au sein de l'HPS répondait à la volonté de traiter la problématique à partir de l'émergence de la souffrance et des troubles mentaux chez les acteurs en milieu sanitaire. S'intéresser à cette problématique a ainsi ouvert la recherche à une population particulière : celle des professionnels de la santé mentale ayant des difficultés vécues au travail. Il s'agit ici de donner la parole à ces professionnels qui sont directement visés par des conditions de travail difficile au sein de l'HPS. Cette perspective permet ainsi de considérer cette institution psychiatrique comme un espace relationnel où se croisent réactions, intérêts et enjeux divergents. Cette recherche entend ainsi donner un espace de légitimité à l'expérience vécue au travail de ces professionnels de la santé mentale qui souffrent ou qui ont souffert au sein de l'HPS. Le propre de cette thèse est justement celui de mettre en évidence, à partir d'un point de vue inductif, les éléments qui influent de manière importante sur la problématique.

¹ Sources : <http://www.oneclickmediagroup.mx/node/33028> <https://www.tabascohoy.com/nota/40043/lady-gaga-cumple-deseo-de-cantar-en-costa-rica>
<http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/columna/alejandra-hope/nacion/2016/10/26/y-ahora-matan-medicos>

² Sources : <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2016/08/14/rematan-paciente-que-convalecia-en-hospital-de-sinaloa>
<https://vivalanoticia.com/matan-a-balazos-a-una-joven-en-el-hospital-de-la-mujer-c/>

I. Intérêt de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale

L'intérêt d'étudier une thématique si spécifique devient de plus en plus important pour différentes raisons. La première raison qui a motivé ce travail de recherche, est d'analyser les facteurs qui concourent à l'émergence de la souffrance et des troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS. Ces facteurs sont implicitement présents dans le système de santé. Un bon nombre d'études de différents chercheurs ont indiqué que la manière dont fonctionne un système de santé a une influence sur la satisfaction et sur la santé des prestataires de santé, tels que l'organisation du travail (Dejours, 1980a ; 1980b ; Estry-Béhar et al., 2006), les relations interpersonnelles (Estry-Béhar et al., 2006 ; Demailly, 2008) et les politiques (Fainzang, 2001). La deuxième raison se fonde sur les cas que rencontrent les professionnels de la santé mentale sur leur lieu de travail. D'ailleurs, deux études rapportent que le personnel de santé est souvent confronté à des violences physiques et verbales et, que c'est un facteur dominant d'insatisfaction (Estry-Béhar et al., 2006). La troisième raison est le contexte social complexe dans lequel exercent les professionnels de la santé mentale et les situations critiques qui en découlent comme : les assassinats de médecins et d'infirmières au Mexique³.

Ce travail de thèse a été développé sur la base des arguments présentés et de la participation des professionnels de la santé mentale interrogés.

³ Source : la presse *DEBATE* 2017 et *SINEMBARGO* 2019. Voir : <https://www.debate.com.mx/policiacas/Asesinan-a-balazos-a-medico-dentro-de-su-consultorio--20171211-0196.html> <https://www.sinembargo.mx/19-04-2019/3567022>

II. Santé mentale des professionnels de la santé mentale : un objet complexe et ambigu

Ce travail est enfin traversé par la question de la « santé mentale » et de sa compréhension du point de vue de l'anthropologie de la santé. Il s'agit ici de préciser l'utilisation de certains termes qui peuvent prêter à confusion. Suivant les champs auxquels on s'intéresse (que ça soit en anthropologie, en sociologie, en psychiatrie ou dans la santé publique) mais aussi, en fonction du lieu, de l'état de connaissance ou de l'époque en question, les termes utilisés et leur définition varient sensiblement. Santé psychique, santé mentale, troubles mentaux, maladie mentale, souffrance sociale, folie, aliénation, détresse... autant de termes dont la définition n'est pas toujours communément partagée, créant parfois des malentendus et des incompréhensions.

À partir d'une approche inductive, l'exigence dans ce travail a été d'utiliser le concept de « santé mentale » en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale. En m'intéressant à la santé publique mexicaine, l'emploi du terme de « santé mentale » me sembla logique. Ce terme est utilisé dans les documents officiels mexicains⁴, et également dans les documents officiels français parlant de « santé mentale » (Plan psychiatrique et santé mentale 2011- 2015⁵) alors que, les documents officiels suisses parlent de « santé psychique » pour désigner le même domaine.

Cette recherche ne propose pas uniquement un discours sur la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. Mais, elle donne également une lecture de l'anthropologie de la santé, des problématiques auxquelles les professionnels de la santé mentale étudiés au sein de l'HPS sont confrontés. On remarque ici comment le concept de « santé mentale » représente « un terrain complexe

⁴ Source : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html>

⁵ Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

et ambigu » : la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale constitue la porte d'entrée de ce terrain de recherche. Cela reflète une compréhension de l'anthropologie des troubles mentaux ou des difficultés sociales ? Dans le cadre de cette recherche, chaque terme (souffrance psychique, détresse, trouble mental et souffrance sociale) du concept de « santé mentale » implique une interprétation particulière de la problématique étudiée. Dans l'analyse des entretiens, la propre lecture de la situation des professionnels de la santé mentale a été privilégiée. Par ailleurs, chaque entretien a été utilisé en fonction de l'aspect que j'entendais mettre en évidence, sans en dénaturer le sens premier et, en ne me laissant pas toutefois enfermer dans une utilisation terminologique trop rigide.

La problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, peut en effet donner lieu à des lectures différentes. Au plus près de l'interprétation psychiatrique, on peut y voir des troubles dysfonctionnels à terme, par exemple, des troubles de l'adaptation, des dépressions, de l'anxiété. En s'éloignant progressivement de l'interprétation psychiatrique, on lit une détresse et en s'éloignant encore plus, on lit une souffrance psychique, ou encore, l'expression des difficultés sociales (des séparations de couple, des deuils). Certes, d'une part, nous avons les difficultés dans la vie personnelle qui ont toujours existées. Leur lecture et leur manière de s'exprimer chez les individus changent à travers le caractère de l'individu, les époques et les lieux. On peut penser aussi que ces difficultés de la vie constituent des langages légitimes permettant d'exprimer et de donner un sens à ces difficultés. D'autre part, dans la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, nous trouvons aussi les difficultés au travail qui peuvent être, la surcharge de travail, les conflits interpersonnels, le harcèlement de la part de la hiérarchie, les événements difficiles avec les patients. Elles s'incarnent dans une continuité d'expériences de souffrances psychiques, de détresses et dans quelques cas de troubles mentaux de type anxio-dépressif (troubles de l'adaptation, anxiété, dépression). D'ailleurs, la prévalence des symptômes dépressifs, de l'anxiété et de l'adaptation, est en constante augmentation dans le monde du travail (OMS, 2017). Cela semblant confirmer le fait qu'il s'agit d'un

moyen d'expression de plus en plus légitime et reconnu par le social. En ce sens, je rejoins les réflexions d'Alain Ehrenberg qui parle d'un changement du statut social de la souffrance psychique. Il a acquis une valeur qui dépasse largement la psychopathologie, relevant aujourd'hui « d'une attitude sociale générale », « d'une atmosphère de nos sociétés », « d'un état d'esprit » (Ehrenberg, 2010 : 16). Dans ce sens Michela Canevascini nous dit que « le développement du langage de la souffrance est lié aux transformations morales impliquant l'expansion de valeurs individualistes et d'autonomie, ainsi que le développement des valeurs compassionnelles (qui se fait parallèlement à l'affaiblissement de valeurs de justice) » (Canevascini, 2012 : 17).

La lecture de cette problématique en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale sont donc valables mais, expriment un niveau d'analyse différent. Appréhender cette question comme le reflet d'une souffrance ou d'un trouble mental revient à les considérer uniquement dans leur dimension individuelle et/ou psychopathologique. En sciences sociales, on assiste depuis quelques années au développement d'écrits qui parlent de souffrance sociale (Kleinman et al., 1997 ; Jacques, 2004 ; Soulet, 2007 ; 2009). Se revendiquant d'une perspective critique, ces auteurs opèrent un premier éloignement vis-à-vis de la lecture psychiatrique : cette problématique exprimerait une souffrance, ayant son origine dans les conditions sociales, économiques, culturelles ou/et politiques dans lesquelles vit l'individu. Toutefois, l'éloignement n'est que partiel, car on reste au niveau de la terminologie de la souffrance, qui exprime un état psychologique individuel.

De plus, la souffrance est considérée comme le résultat direct des conditions sociales difficiles, cela pourrait être une caractéristique de notre époque. Il y a un certain nombre de travaux, notamment en termes d'anthropologie médicale clinique, portant sur les déterminants sociaux de la maladie mentale, de la souffrance psychique et de la détresse (Ehrenberg, 1998 ; Joubert, 2003 ; Fanello et al., 2003 ; Larchané et al., 2010 ; Donzelot & Ehrenberg, 2010 ; Safy-Godineau, 2013 ; Hasan, 2017). Le pouvoir critique de ces discours se base d'ailleurs sur l'idée que des conditions sociales difficiles peuvent

engendrer une souffrance psychique. Enfin, les écrits parlant plus spécifiquement de détresse (Massé, 2001 ; 2008) se révèlent être assez proches de ceux concernant la souffrance sociale, bien que le terme de détresse souligne moins l'état psychologique que les conditions politiques et sociales difficiles sous-jacentes⁶. Ces différentes manières d'interpréter cette problématique a également « une rhétorique performative » (Thomas, 2010 : 51).

Parler de « souffrance psychique », de « détresse » et des « troubles mentaux », ainsi que parler de « souffrance sociale », revient à légitimer cette lecture et à renforcer cette forme d'expression. Par exemple, plus on souligne la manière dont les conditions de travail actuelles induisent des souffrances et des troubles⁷, plus les travailleurs vont exprimer leurs difficultés au travail par le biais de ces modalités d'expression⁸. On pourrait toutefois relativiser cette analyse critique. En effet, l'expression des difficultés au travail par le biais du langage de la souffrance, de la détresse et des troubles mentaux ne se traduit pas nécessairement par une « médicalisation » de la prise en charge de cette situation. Au contraire, la mise en évidence de cette situation peut devenir un moyen pour dénoncer des conditions de travail difficiles qui sont de moins en moins sensibles à la dimension humaine. Toutefois, dans la réalité, on constate plutôt que les discours, traduisant la souffrance au travail en termes d'injustice sociale, n'occupent qu'une place marginale dans l'espace social. Ils sont surtout présents au niveau des discours, mais très peu ou inexistant dans la pratique. L'espace est plutôt dominé par la lecture,

⁶ Dans la littérature anthropologique, les termes, tel que détresse, troubles mentaux et souffrance sociale ne désignent pas tous la même réalité. La souffrance sociale désigne des problématiques qui dépassent les troubles mentaux, tout comme la détresse indique une réalité plus vaste que celle de la souffrance. Toutefois, ces différents regards peuvent tous se poser sur la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, qui se trouvent au centre de mon terrain ethnographique.

⁷ Les conditions de travail actuelles induisent des souffrances, de la détresse et des troubles mentaux, par exemple : (souffrances au travail – Air France : le symptôme d'une détresse sociale) ; (Détresse à l'Hôpital : le message en dessins d'un aide-soignant au Premier Ministre Édouard Philippe) ; (Dépression au travail : des symptômes marqués (par exemple : l'augmentation continue du nombre de suicides au travail (Willard, 2015)).

⁸ Cette valeur performative relève d'une dynamique sociale, politique, économique et culturelle qui dépasse le plus souvent la dimension consciente des individus.

l'observation détaillée des pratiques des acteurs et leurs discours qui interprètent la problématique. C'est notamment cette perspective qui est utilisée au sein de l'HPS.

Comment dès lors parler de cette situation en évitant de renforcer le langage de la souffrance, de la détresse et des troubles mentaux par rapport aux professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS ? L'avancée de ce travail a vu l'émergence de la perspective d'injustice sociale. En effet, le terrain de recherche au sein de l'HPS a permis de mettre clairement en évidence comment certains professionnels de la santé du milieu psychiatrique étaient touchés par cette problématique. Cela se confirme d'ailleurs au niveau médiatique⁹ et au niveau de la littérature où la difficulté ou souffrance au travail (Estryn-Béhar et al., 2006 ; Estryn-Béhar, 2008 ; Cintas, 2009 ; Delbrouck, 2010 ; Danet, 2013) et la prévalence de troubles mentaux chez les travailleurs de la santé (Lin et al., 2010 ; Wang et al., 2015 ; Hasan, 2017) varient sensiblement en fonction des relations ou expériences sociales vécues dans les institutions hospitalières. Ce lien est certes complexe (quelle en est la ou les causes ? quels en sont les effets ?) mais, par le biais du terrain ethnographique et notamment grâce aux observations et aux entretiens avec les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, on peut comprendre comment les professionnels de la santé mentale les plus défavorisés (par exemple : les infirmières, les médecins, les psychologues, qui n'ont pas un travail stable et correctement rémunéré, qui travaillent sans assurance-maladie, sans prestations, sans retraite, sans reconnaissance professionnelle, sans salaire satisfaisant), impliquant des ressources sociales, économiques, intellectuelles et culturelles davantage limitées peuvent être amenés, dans le contexte actuel, à des souffrances et à des troubles.

Ici, la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, reflète des difficultés sociales, politiques et économiques intimement liées aux conditions sociales complexes et à celles du travail difficile dans les hôpitaux. Aujourd'hui, cette problématique devient un canal légitime pour exprimer ces conditions. Elle se révèle être

⁹ Les psychiatres français en détresse psychologique (Le figaro.fr. Santé) ; Psychiatrie en détresse (Le Monde.fr) ; Hôpital : le travail des soignants examiné à la loupe (France Info).

conforme à l'« expression obligatoire des sentiments » (Mauss, 1921) propre à l'époque contemporaine qui préfère un langage politique à celui qui relève du psychologique et de la souffrance. Ces formes d'expression donnent d'ailleurs accès à une certaine reconnaissance sociale et morale (Lazzeri et Caillé, 2004 ; Payet et Battegay, 2008 ; Fortin, 2013).

Mettre l'accent sur les conditions de travail et sur l'état de santé mentale des professionnels de la santé mentale, c'est aussi vouloir, par la performativité de mon discours, politiser la question de la souffrance et des troubles mentaux de ces professionnels à Culiacan. Loin d'être uniquement l'expression d'une trajectoire psychologique et individuelle, cette question exprime également une condition et une position sociale particulière.

III. Structure du travail

Ce travail de thèse comprend 7 chapitres.

Le premier chapitre présente la région, le pays et l'institution de santé qui a été choisie pour réaliser cette recherche, ainsi que les interlocuteurs qui y ont participé.

Le deuxième chapitre analyse les facilités d'insertion appréhendées comme des éléments ethnographiques significatifs permettant de mieux comprendre le service étudié.

Le troisième chapitre aborde la méthodologie employée dans cette recherche.

Le quatrième chapitre approfondit le processus m'ayant amené à rencontrer et à interroger à propos de la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS.

Le cinquième chapitre présente le processus sociopolitique de la problématique chez les professionnels de la santé mentale au Mexique. Il s'agit en particulier d'éclairer les différentes étapes de ce processus, ainsi que les acteurs impliqués.

Le sixième chapitre présente la principale référence utilisée pour l'objet d'étude de l'anthropologie de la santé.

Le septième chapitre aborde le concept de « santé mentale » et leurs différents angles d'analyse.

CHAPITRE 1. Professionnels de la santé mentale et contexte social mexicain

Ce chapitre vous présente brièvement la région qui a été choisie pour faire cette recherche, l'institution psychiatrique où le terrain ethnographique a été réalisé, ainsi que les interlocuteurs qui y ont participé.

1.1 Contexte social de la région

1.1.1 Culiacan

Culiacan est une ville près d'1 million d'habitants¹⁰, située dans le nord-ouest du Mexique. Cette ville est la capitale de l'État de *Sinaloa* et, en est la plus grande ville. Elle se trouve entre la Sierra Madre Occidentale et la Mer de Cortés ou Golfe de Californie. Culiacan est une ville importante avec une forte production agricole autour, connue pour sa production de tomates et d'autres légumes. Elle est aussi la principale région d'élevage bovin et ovin. Cette région est connue aussi pour sa productivité logistique et ses nombreuses ressources humaines dans le domaine de l'alimentation, de la technologie d'information et des communications. La ville de Culiacan se trouve dans un contexte de fragilité et de vulnérabilité collective, puisqu'elle est actuellement confrontée à des demandes sociales pressantes comme la résolution des problèmes de pauvreté, de sécurité publique, d'infrastructure, de services publics, de mobilité, de chômage. D'autant plus qu'elle est connue pour sa productivité et, en même temps, pour des problèmes de pauvreté.

1.1.2 État de santé mentale à Culiacan

Au cours des dernières années, au Mexique comme ailleurs, les niveaux de violences ont enregistré une tendance à la hausse, ce qui a eu un impact négatif sur les secteurs structurellement vulnérables de la société (Briceño-Leon, 2002 ; Bourgois, 2009 ; Medina-Mora et al., 2015). Malheureusement, la ville de Culiacan, en particulier, a été victime de ce phénomène qui est venu détériorer de plus en plus la qualité de vie de sa population. Actuellement, la ville de Culiacan occupe la 12^e position des villes les plus violentes du monde, en enregistrant 671 homicides en 2017¹¹. L'exposition à la violence ou le fait d'être témoin de la violence augmente le risque de souffrir d'une maladie mentale de 1,4 à 2,8

¹⁰ *El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)* — (L'Institut National de Statistique et de Géographie) — 2017.

¹¹ *BBC, MUNDO*. Les 50 villes les plus violentes du monde, 2017.

fois (Medina-Mora et al., 2015) ou d'un traumatisme. Il est clair que le contexte social de la ville de Culiacan est difficile (trafics de drogues, assassinats, enlèvements, menaces) et se traduit par des problèmes politiques, économiques et sociaux. Cette situation induit une souffrance sociale importante très propice au développement des souffrances psychiques, détresses et des troubles mentaux chez les acteurs sociaux.

De nombreux auteurs disent que la souffrance sociale a une origine entre autres d'ordre social (Bourdieu, 1993 ; Kleinman et al., 1997 ; Fassin, 2004b), en symbolisant une souffrance psychique et morale. Par ailleurs, l'insécurité sociale dans la ville de Culiacan est très importante du fait que, de nombreuses personnes vivent dans des conditions de vie et de travail déplorables (par exemple : pauvreté, inégalités, ségrégation, précarité de l'emploi souvent mal rémunérée ...). Dans ce sens, Cristina Bayón (2006) nous dit que « l'association entre l'inégalité dans la distribution des revenus et de l'exclusion sociale est influencée par le fonctionnement des institutions sociales, économiques et politiques qui favorisent ou limitent les opportunités d'une expérience sociale partagée... » (Bayón, 2006 : 134). Un autre problème auquel est confrontée la ville de Culiacan, est la violence structurelle, à ce titre Johan Galtung, nous dit que « tandis qu'existent des injustices et des insatisfactions de base (par exemple : chômage, manque d'eau potable et d'électricité, manque de services de santé de qualité, d'insécurité, la peur d'une balle perdue, entre autres), la paix n'existe pas, même si nous ne nous tuons pas directement » (Johan Galtung, 1960 ; cité par Bautista, 2004 : 32). Ces situations structurellement difficiles (trafic de drogues, violence sociale et structurelle, précarité) durcissent les conditions de vie des personnes au quotidien et sont susceptibles de conduire à des souffrances et à des troubles mentaux (par exemple, la dépression, l'anxiété psychose, entre autres.). Cela veut dire que dans ce contexte difficile, la situation induit de la souffrance individuelle et collective. Il existe aussi un contexte de souffrance sociale, un malaise généralisé dans la ville de Culiacan, qui expliquerait immanquablement une augmentation du nombre de personnes dans le besoin d'une assistance psychiatrique dans la région.

Les professionnels de la santé mentale travaillant au sein de l'HPS et, faisant partie de la société de Culiacan sont donc affectés par ces mêmes problèmes de souffrances, ce qui a des répercussions sur les représentations et les pratiques liées à la problématique de la « santé mentale » au Mexique et par extrapolation cela peut s'appliquer au monde. Un des objectifs majeurs de cette problématique a été de faire de la souffrance et des troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale une nouvelle question de santé publique, pouvant être intégrée dans l'agenda politique national¹².

Afin de retracer les différentes étapes qui ont conduit à la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale de Culiacan, je vais adopter une approche constructiviste et cognitive de l'analyse des politiques publiques (Schneider, 1985). L'émergence de la souffrance et des troubles chez les professionnels de la santé mentale comme problématique sociale et politique n'est pas analysée comme étant une transformation inévitable ou évidente, voire liée à des données objectives, par exemple : l'augmentation des troubles mentaux – anxiété et dépression – et des taux de suicide chez les professionnels de santé (Tomas et al., 2010 ; Tomas & Montes, 2015 ; Lheureux et al., 2016 ; Blond, 2016). Comme l'explique Pierre Muller : « Dans une société donnée, tout problème est susceptible de devenir politique, la question étant de savoir à travers quels mécanismes. Il est sûr, en tout cas, que le déclenchement de l'action publique n'est pas lié à un quelconque seuil d'intensité du problème » (Muller, 2008 [1990] : 28). La prise en compte de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale reflète ainsi un processus de construction opéré par différents acteurs dans un certain cadre social, culturel et politique. À partir de cette démarche constructiviste, « un "problème social" est donc le résultat positif d'un processus de revendications et/ou de plaintes portées par certains groupes à propos de conditions jugées et présentées publiquement comme faisant problème » (Campéon, 2005 : 66). Il s'agit dès lors d'identifier les étapes ayant conduit à l'émergence de la problématique, les actions

¹² Par agenda politique, dans une perspective constructiviste, Cobb & Elder (1972) entendent par là l'ensemble des problèmes qui sont traités par les autorités publiques et qui sont susceptibles de faire l'objet d'une décision.

entreprises, ainsi que les acteurs ayant joué un rôle (que soient les syndicats, les professionnels de la santé publique, les personnalités politiques ou les scientifiques).

Enfin, cette analyse me permet de comprendre que le processus de reconnaissance sociale et politique de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale implique des transformations cognitives, liées à la perception des phénomènes de la souffrance au travail. Derrière cette approche se situe une vision des politiques publiques comme n'étant pas une simple manière de résoudre des problèmes, mais comme traduisant des cadres interprétatifs de la réalité. Les politiques publiques deviennent « le lieu où une société donnée construit son rapport au monde (...) » (Muller, 2008 [1990] : 59). À ce titre, Pierre Muller utilise le terme de *référentiel* pour indiquer ce cadre d'interprétation, c'est-à-dire l'image cognitive que les acteurs utilisent dans l'appréhension d'un problème et dans la définition de ses solutions (Muller, 2008 [1990] : 61). Il s'agira ainsi de reconnaître les référentiels sur lesquels les différents mouvements sociaux et politiques s'appuient dans la prise en compte de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. L'identification des référentiels permettra ainsi de comprendre les changements survenus dans la manière de concevoir la problématique et d'expliquer les différents positionnements présents aujourd'hui dans l'espace politique et social mexicain.

1.2 Contexte social mexicain

1.2.1 Mexique

État d'Amérique du Nord, le Mexique est une nation d'une grande diversité culturelle, sociale et économique. Ce pays est une République fédérale officiellement appelée États-Unis du Mexique et composé d'un District Fédéral officiellement appelé la ville de Mexico et de 31 États. Il est bordé au nord par les États-Unis d'Amérique, à l'est par l'océan Atlantique (golfe du Mexique et mer des Antilles), au sud par le Belize et le Guatemala, à l'ouest par l'océan Pacifique. Le pays compte une population d'environ 123,5 millions

d'habitants¹³; 63 langues autochtones et l'espagnol sont officiellement reconnus ; cette dernière étant la langue maternelle de plus de 90 % de la population et la langue officielle. La culture mexicaine intègre à la fois ses racines amérindiennes, préhispaniques mais aussi la culture espagnole et américaine. Ce melting-pot très vaste et enrichissant peut créer un brassage harmonieux et parfois, des tensions. Selon les critères de la Banque mondiale, le Mexique est considéré comme un pays à revenu intermédiaire supérieur, cependant, l'inégalité demeure un problème majeur.

1.2.2 État de santé mentale au Mexique

Depuis quelques années, une certaine conscience de l'importance de la santé mentale du citoyen s'est développée au Mexique. Plusieurs études ont démontré que l'augmentation des cas psychiatriques n'est pas seulement une préoccupation de certains pays, mais une préoccupation mondiale (OMS, 2001), touchant également le Mexique. Les études épidémiologiques, faisant référence à l'état de santé mentale dans le monde se concentrent toutefois très peu sur la santé mentale au travail. Néanmoins, ces études confirment la situation des résultats internationaux. À savoir qu'environ une personne sur quatre souffre d'au moins un trouble mental lié au travail (OMS, 2001).

Au Mexique, les besoins de la santé mentale n'ont pas été satisfaits selon les exigences et les besoins de la population, en estimant ceux-ci écrasants et de grande ampleur (Solano et al., 2016 ; Díaz-Castro et al., 2017). Une enquête représentative au niveau national sur les troubles mentaux signale qu'une personne sur quatre souffre d'un problème de santé mentale (Medina-Mora et al., 2007 ; Medina-Mora et al., 2015). Par ailleurs, une autre étude indique que quatre personnes sur dix déclenchent des maladies plus invalidantes comme les troubles mentaux (dépression, addiction à l'alcool, schizophrénie). Selon Juan Sandoval de Escurdia & María Richard en 1995 au Mexique, environ 16 % de la population, soit environ de 15 millions d'habitants souffraient de

¹³ *El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)* – (L'Institut National de Statistique et de Géographie) – 2017.

troubles mentaux, soit trois personnes sur dix-huit (Sandoval De Escurdia & Richard, 2005). Selon l'Enquête Nationale sur l'Épidémiologie Psychiatrique au Mexique (2017)¹⁴, environ 30 % de la population, soit environ de 37 millions d'habitants, souffre d'un trouble mental, soit trois personnes sur dix et, qu'il est probable que, dans les prochaines années, les problèmes de santé mentale augmentent à cause de certains facteurs comme la violence, l'insécurité, l'augmentation d'abus de drogue et d'alcool¹⁵. Le panorama actuel de la santé mentale au pays, indique que les troubles mentaux montrent une augmentation claire, considérable et alarmante. Les troubles liés à l'abus de consommation d'alcool et de drogue affectent plus de 10 % des Mexicains, tandis que les troubles affectifs, comme la dépression, ont une incidence de plus de 12 %, occupant une place importante entre les troubles mentaux dans la population mexicaine. Les troubles mentaux au Mexique ne peuvent plus être compris sans voir le contexte politique, économique, social, culturel et environnemental. Le budget du Mexique pour la santé mentale représente environ 2 % de l'ensemble de ses dépenses de santé. Ce budget est inférieur à la recommandation de 10 % de l'OMS. Tous ces facteurs accentuent la fragilité face aux troubles mentaux.

1.3 Professionnels de la santé mentale

1.3.1 Définition des professionnels de la santé mentale

Les « professionnels de la santé mentale » dans ce travail de thèse sont des travailleurs de terrain de la santé au sein de l'HPS. Ils sont psychiatres, médecins généralistes, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, thérapeutes et (techniciens en santé

¹⁴ Source: http://inprf.gob.mx/psicosociales/est_epidemiologicos.html

¹⁵ Enquête Nationale au Mexique sur la Consommation de Drogue, d'Alcool et de Tabac 2016-2017.

mentale)¹⁶. Parmi ces professionnels, certains travaillent sous différents régimes d'embauche : base¹⁷, contrat¹⁸, remplaçant¹⁹ et confiance²⁰.

L'intérêt de faire une recherche sur les professionnels de la santé mentale se justifie par le nombre de professionnels de la santé mentale qui travaillent dans la région de *Sinaloa*, dont la capitale est Culiacan. Dans cette région, on compte 2,09 psychiatres pour 100 000 habitants, c'est-à-dire 69 psychiatres (Heinze et al., 2016) pour près de 3,5 millions d'habitants. En moyenne, dans des pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires, nous trouvons un psychiatre pour 200 000 personnes ou plus. Mais aussi de rares auxiliaires de soins, de santé mentale, formés à la réalisation d'interventions psychosociales, comme des psychologues, des travailleurs sociaux et des thérapeutes professionnelles (OMS, 2011 ; 2012 ; 2017). Vu cette dernière information, la région de *Sinaloa* semble privilégiée. Cela est sans compter le contexte social énoncé précédemment.

La recherche sur le terrain au sein de l'HPS, commencée en 2012, montre que le nombre de professionnels de la santé mentale avait diminué par rapport au nombre de ces professionnels qui avait été embauché lors de l'ouverture de cet hôpital en 1995. Par exemple, en 1995 il y avait deux thérapeutes et trois techniciens en santé mentale. En 2012, il n'y a plus qu'une seule thérapeute et qu'un seul technicien en santé mentale comme le soulignent les témoignages suivants :

¹⁶ Un technicien en santé mentale est un professionnel de la santé mentale qui transporte, accompagne et assure la manutention des patients au sein de l'HPS. En France, cela s'apparente à un brancardier.

¹⁷ Personnel de base, signifie que ce personnel a un travail stable. Il est correctement rémunéré et avec une assurance maladie et le droit d'être défendu par un syndicat.

¹⁸ Personnel de contrat, signifie que ce personnel travaille sous contrat et de temps limité. Ce type de personnel peut bénéficier d'une assurance maladie mais, ne peut pas être défendu par un syndicat.

¹⁹ Personnel remplaçant, signifie que ce personnel remplace un travailleur qui pour certaines raisons ne peut pas venir travailler. Ce type de personnel ne peut pas bénéficier d'une assurance maladie et ne peut pas être défendu par un syndicat.

²⁰ Personnel de confiance, signifie que ce personnel travaille en contact personnel et direct avec la direction. Il est correctement rémunéré et avec une assurance maladie mais, ne peut pas être défendu par un syndicat.

« Je suis la seule thérapeute depuis dix ans dans cet hôpital (...) ».

(Entretien avec une thérapeute à Culiacan en novembre 2012)

« Je suis le seul technicien en santé mentale dans cet hôpital (...) et, il devrait y en avoir plus mais c'est l'institution qui doit s'en charger (...). Nous avons vraiment besoin de plus de techniciens (...) ».

(Entretien avec un technicien en santé mentale à Culiacan en novembre 2012)

« Ici, au sein de l'HPS, il y a seulement un technicien en santé mentale et, nous avons besoin de plus de techniciens pour qu'ils nous aident auprès des patients, parce que les patients sont imprévisibles (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

En 2018, le nombre de ces professionnels est resté le même²¹. Contrairement à la demande en soins psychiatriques qui a augmenté de façon exponentielle. Par exemple en 2012, la demande annuelle était de 47 000 patients, contre 56 100 patients en 2017²².

L'analyse des propos, de ces échantillons, met l'accent sur le manque de personnel de santé. Ce qui est confirmé par les institutions internationales et les chercheurs (OMS, 2011 ; 2012 ; IESM-OMS, 2011 ; Heinze et al., 2012 ; De la Fuente & Heinze, 2014 ; Santiago et Rougeon, 2013 ; Santiago, 2014 ; Heinze et al., 2016) ainsi que par la grande demande en soins psychiatriques dans la région. Cette situation évolue au détriment de l'activité de soins, de l'anticipation des risques potentiels et de la satisfaction du personnel de santé qui travaille au sein de l'HPS de Culiacan. Compte tenu de ces éléments énoncés précédemment, j'ai donc décidé d'effectuer le terrain ethnographique dans cette institution.

²¹ Les données ont été fournies par la Direction de l'HPS en 2018.

²² Les données ont été fournies par la Direction de l'HPS en 2012 et en 2018.

1.3.2 Composition de l'équipe interprofessionnelle

De l'été 2012 au début de l'année 2013, l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa comptait une équipe pluridisciplinaire de 153 personnes au total et, celle-ci composée entre autres²³, de psychiatres, de médecins généralistes, de travailleurs sociaux, de psychologues, d'infirmières, d'un technicien en santé mentale et d'une thérapeute :

Le **tableau 1** montre le nombre de professionnels de la santé mentale qui travaillent au sein de l'HPS.

Tableau 1.

Psychiatres	10
Médecins généralistes	5
Psychologues	10
Travailleuses sociales	6
Infirmières	51
Technicien en santé mentale	1
Thérapeute	1
Total	84

Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2012.

1. L'équipe des psychiatres est composée de 10 membres.

- Deux psychiatres (directeur et sous-directeur).
- Un psychiatre dans les services d'urgence (seulement le samedi et le dimanche).
- Sept psychiatres dans la zone des patients non hospitalisés (six psychiatres dans la matinée et un psychiatre dans l'après-midi).

Tous les psychiatres travaillent aussi dans la zone des patients hospitalisés.

Les psychiatres ont entre 3 à 17 ans d'ancienneté de travail au sein de l'HPS.

²³ Cela inclus le personnel administratif et de nettoyage, mais aussi les autres professionnels comme (les chimistes, diététiciens, entre autres).

2. L'équipe des médecins généralistes est composée de 5 membres.

Cinq médecins travaillent dans les services d'urgence (un médecin travaille provisoirement, un médecin travaille la nuit et trois médecins travaillent le matin et l'après-midi).

Les médecins ont entre 3 à 17 ans d'ancienneté de travail au sein de l'HPS.

3. L'équipe des psychologues est composée de 10 membres.

- Une chef de psychologie clinique.
- Quatre psychologues dans la zone des patients non hospitalisés.
- Trois psychologues dans la zone des patients hospitalisés.
- Deux psychologues dans les services administratifs.

Les psychologues ont entre 2 à 17 ans d'ancienneté de travail au sein de l'HPS.

4. L'équipe des travailleuses sociales est composée de 6 membres.

Les travailleuses sociales ont entre 3 à 17 ans d'ancienneté de travail au sein de l'HPS.

5. L'équipe des infirmières est composée de 51 membres.

- 35 infirmières ont un travail stable (il y a 2 infirmières seulement avec une spécialisation en psychiatrie et elles sont chefs du service d'infirmier).
- 16 infirmières sont remplaçantes.

Les infirmières ont entre 1 à 17 ans d'ancienneté au sein de l'HPS.

6. L'équipe des thérapeutes est composée d'1 membre.

Cette thérapeute a un travail stable et elle a 17 ans d'ancienneté au sein de l'HPS.

7. L'équipe des techniciens en santé mentale est composée d'1 membre.

Ce technicien en santé mentale a un travail stable et il a 17 ans d'ancienneté au sein de l'HPS.

1.3.3 Organisation du temps de travail des professionnels de la santé mentale

Les horaires de travail des professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS se déroulent durant 3 plages horaires du lundi au vendredi et durant 2 plages horaires du samedi au dimanche. Parfois, la durée du travail de certains professionnels de la santé mentale (par exemple : les infirmières remplaçantes) est de 16 à 24 heures de travail ininterrompues.

Horaires de travail des psychiatres

- Huit psychiatres travaillent du lundi au vendredi dans la zone des patients hospitalisés et non hospitalisés dont les horaires de travail sont de 7 AM à 3 PM (à l'exception du directeur et sous-directeur).
- Un psychiatre travaille du lundi au vendredi dans la zone des patients hospitalisés et non hospitalisés de 3 PM à 11 PM.
- Un psychiatre travaille tous les samedis et tous les dimanches dans les services d'urgence et dans la zone des patients hospitalisés de 7 AM à 7 PM.

Horaires de travail des médecins généralistes

- Un médecin généraliste travaille du lundi au vendredi dans les services d'urgence avec un horaire de 7 AM à 3 PM.
- Un médecin généraliste travaille du lundi au vendredi dans les services d'urgence de 3 PM à 11 PM.
- Un médecin généraliste travaille du lundi au vendredi dans les services d'urgence de 11 PM à 7 AM.

- Un médecin généraliste travaille du lundi au vendredi dans les services d'urgence de 7 AM à 3 PM et parfois travaille dans les services d'urgence et dans la zone des patients hospitalisés (les samedis et/ou les dimanches)²⁴ de 7 AM à 7 PM.
- Un médecin généraliste travaille tous les samedis et tous les dimanches dans les services d'urgence et dans la zone des patients hospitalisés de 7 PM à 7 AM.

Horaires de travail des psychologues

- Sept psychologues travaillent du lundi au vendredi dans la zone des patients non hospitalisés de 7 AM à 3 PM.
- Trois psychologues travaillent du lundi au vendredi dans la zone des patients hospitalisés de 7 AM à 3 PM.

Horaires de travail des travailleuses sociales

- Cinq travailleuses sociales travaillent de lundi à vendredi dans la zone des patients non hospitalisés de 7 AM à 3 PM.
- Une travailleuse sociale travaille tous les samedis et dimanches dans la zone des patients non hospitalisés de 7 AM à 7 PM.

Horaires de travail des infirmières

- 35 infirmières ayant un travail stable travaillent du lundi au vendredi dans la zone des patients hospitalisés de 7 AM à 3 PM, de 3 PM à 11 PM ou de 11 PM à 7 AM.
- Certaines infirmières ayant un travail stable travaillent tous les samedis et dimanches de 7 AM à 7 PM.
- 16 infirmières remplaçantes peuvent travailler n'importe quel jour de la semaine dans la zone des patients hospitalisés ou dans les services d'urgence dans un horaire de 7 AM à 3 PM, de 3 PM à 11 PM, de 11 PM à 7 AM, de 3 PM à 7 AM, de 7 AM à 7 PM, de 7 PM à 7 AM ou de 7 AM à 7 AM.

²⁴ Quand le psychiatre ne peut pas venir à travailler le samedi et/ou le dimanche, il est remplacé pour un médecin généraliste.

Horaires de travail du technicien en santé mentale

- Un technicien en santé mentale travaille du lundi au vendredi dans la zone des patients hospitalisés de 7 AM à 3 PM.

Horaires de travail de la thérapeute

- Une thérapeute travaille du lundi au vendredi dans la zone des patients hospitalisés de 10 AM à 13 PM et 15 PM à 20 PM.

1.4 Hôpital Psychiatrique de Sinaloa

« Sans aucun doute, l'État de *Sinaloa* répondra avec détermination et professionnalisme aux besoins de la population, principalement s'il s'agit d'une question de santé mentale ».

Dr Ernesto Zedillo Ponce de León
(Président des États-Unis Mexicains 1994-2000)

L'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, est aujourd'hui encore la seule institution psychiatrique de l'État de *Sinaloa*. Cette institution a été inaugurée en 1995 dans le but de soigner les " maladies mentales " en phase aiguë. L'inauguration s'est passée en présence du Président des États-Unis Mexicains (1994-2000) Dr Ernesto Zedillo Ponce de León et du Gouverneur de l'État de *Sinaloa* Renato Vega Alvarado (1993-1998) et leur Ministre de la Santé respectif dont Dr Víctor Díaz Simental. La création de l'HPS, institution de santé, financée et administrée par l'État, est un ancrage essentiel pour notre société de *Sinaloa*.

L'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, est une institution de santé publique qui fournit des soins médicaux. Cette institution a commencé ses activités en 1995, en proposant les services suivants : 1) Les services de consultation dans la zone des patients non hospitalisés : 4 bureaux en psychiatrie, 3 bureaux en psychologie et 1 bureau en

neurologie et 1 bureau dans les services d'urgence. 2) Les services dans la zone des patients hospitalisés sont divisés en deux salles. Une salle pour femmes et une salle pour hommes avec 16 lits chacune. Il y a aussi un secteur dénommé : Hospitalisation partielle ou de jour. Les autres espaces qui composent la structure de santé, sont : le bureau des infirmières qui se compose principalement de 28 membres répartis en 3 équipes : matin, soir et nuit ; le bureau des travailleurs sociaux répartis en deux équipes : matin et soir. D'autre part, l'équipe technique est composée d'une salle de thérapie électro convulsive, d'un laboratoire d'analyse clinique, d'une salle d'électroencéphalogramme, d'une pharmacie, d'un gymnase, de deux ateliers d'ergothérapie et d'une salle de thérapie ; l'équipe technique est composée par le personnel suivant : 2 thérapeutes et 3 techniciens en santé mentale. Ils sont chargés de superviser le séjour dans la zone des patients hospitalisés. Le personnel de sécurité et de cuisine. Il y a aussi une salle à manger, cafétéria et d'aires de repos²⁵.

Aujourd'hui, l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa arrive au maximum de sa capacité d'accueil. Soit 32 lits dans la zone de la zone des patients hospitalisés et de 3 lits dans les services d'urgence. L'HPS a donc une capacité d'accueil total de 35 lits. La demande de soins psychiatriques augmente entraînant plus d'admissions et plus de demandes d'admission de patients alors que, les contraintes d'espace et de mobiliers restent inchangées.

« Il ne me semble pas que cet hôpital ait la capacité de répondre à la forte demande de patients simplement parce que cet hôpital est très petit. En fait, quand la zone des patients hospitalisés est débordée de patients, il n'y a plus de lits. Cet hôpital est le seul de l'État et le pire est que de plus en plus de patients viennent des autres états à se faire soigner ici (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

²⁵ Cette information a été recueillie grâce à un mémoire intitulé *Intervention psychologique avec orientation clinique* – (pas publié) – de Licence de Psychologie pour l'Université Autonome de Sinaloa de 2000-2001, de DENIZ, Hernández A. ; HERRERA, Amavizca F. J. ; CHAIREZ, Acosta P., au sein de l'HPS en 2012.

« L'un des problèmes de cet hôpital est sa capacité d'accueil. L'hôpital est petit. Il n'y a pas suffisamment de lits pour accueillir plus de patients. Les patients se sentent obligés d'attendre beaucoup de jours. Ce problème nous retarde pour donner de bons soins ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Je crois que la chose qui me gêne de plus, je crois que c'est le système et la manière de fonctionner de l'hôpital. Le fonctionnement n'est pas fluide. Ce système ne vous permet pas de travailler comme cela devrait être. J'aimerais dire : Eh ! Pourquoi ils ont renvoyé le patient chez lui ? Pourquoi ils ne l'ont pas ramené ici dans la zone des patients hospitalisés ? ! Pas de lits ! La direction de cet hôpital a dit non, il n'y a pas de lit. Je me pose moi-même la question, que fait cette institution ? ! ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Ce qui est confirmé aussi par la presse *Debate* à Culiacan en avril 2018²⁶ :

« L'HPS a besoin d'une plus grande capacité d'accueil. Avec une population de près de 3,5 millions d'habitants dans l'État, il y a seulement 32 lits pour soigner les patients souffrant de troubles mentaux. Cela ne fait pas assez de lits. Cela est dû au manque d'espace dont cet hôpital dispose et à la demande croissante de patients qui ont besoin d'être soignés ».

²⁶ Source : <https://www.debate.com.mx/culiacan/culiacan-hospital-psiquiatrico-camas-atencion-medica-20180415-0041.html>

CHAPITRE 2. Éléments d'un terrain ethnographique

L'objectif de ce chapitre consiste à exposer les conditions de réalisation des enquêtes ethnographiques, de sorte à mettre en évidence les différents aspects soulevés. Il s'agit de prendre en compte les enjeux tournant autour de la construction de l'objet de recherche avant, pendant et après le terrain, tel que l'influence de mes centres d'intérêt, de mes curiosités, de mes émotions, de mes ignorances, de mes préjugés.

Depuis quelques décennies, « les conditions de réalisation des enquêtes ethnographiques jouissent, d'un engouement certain, conduisant parfois à des productions où le récit autobiographique se confond véritablement avec l'analyse ethnographique » (Canevascini, 2012 : 199). En ce sens, Jean-Pierre Olivier de Sardan souligne comment « l'anthropologie et la sociologie n'ont pas pour but l'exaltation de la subjectivité des uns ou des autres, ni celle des chercheurs, ni celle des populations enquêtées » (Olivier de Sardan, 2000 : 441). Tout en admettant largement l'influence des dimensions subjectives sur la production des données ethnographiques. Cet auteur affirme que « l'objet de nos sciences reste cependant la connaissance empirique du social, sans illusion ni sur la transparence des sujets, ni sur notre capacité à établir des relations radicalement nouvelles. Cet objectif de connaissance est suffisamment complexe en lui-même et, les gens que nous rencontrons à cet effet ont suffisamment d'épaisseur et de densités propres pour que l'on ne charge pas trop la barque en voulant que le terrain soit aussi et en même temps une rédemption, une conversion, une révolution, une fusion, un salut ou une psychothérapie » (Olivier de Sardan, 2000 : 442). En accord avec l'avis de Jean-Pierre Olivier de Sardan, qui prône dans son article pour « un usage mesuré » de ce genre d'explicitations (*Ibid*, p. 438), l'analyse transpirant de ce chapitre sera axée sur les aspects méthodologiques et les conditions de réalisation de l'enquête ethnographique menée au sein de l'HPS. Les facilités d'intégrations, ainsi que les liens instaurés avec les professionnels de la santé mentale seront analysés par rapport à ce qu'ils expriment en tant que rapports sociaux (de pouvoir, de statut, de domination, de soumission...) permettant ainsi de mieux comprendre la réalité étudiée.

Ce chapitre dédié au terrain ethnographique rapporte la première exploration effectuée dans le service de psychiatrie et analyse la facilité d'insertion dans le service étudié. Ce qui constitue en soi un terrain très riche, car représentatif des logiques internes du service et des liens instaurés avec les professionnels de la santé mentale. La facilité d'accès tant au monde psychiatrique qu'aux professionnels de la santé mentale ayant eu des expériences de souffrance psychique, de détresse et de troubles mentaux pour des raisons liées aux conditions de travail au sein de l'HPS. Ce qui constitue aussi une des

caractéristiques principales du terrain investigué. Enfin, il s'agira de décrire de manière plus approfondie le matériel ethnographique recueilli à l'HPS.

2.1 Ethnographie

Ce présent travail de thèse met en évidence l'importance et la nature de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale à Culiacan. Ceci n'a été possible que grâce à l'emploi d'une méthode qualitative, pour l'essentiel héritée de l'ethnographie²⁷. L'un des buts du travail ethnographique en anthropologie est « de comprendre et de décrire comment la logique et la pratique ont du sens dans leurs contextes sociaux particuliers » (Augus, 2005 : 901). En ce sens, l'ethnographie aide à comprendre le comportement des individus et les phénomènes humains dans leur habitat naturel (LeCompte & Schensul, 1999 ; Bloor, 2001 ; Gómez & Roquet 2003 ; Larossa, 2005 ; Laplantine, 2005) pour mettre en évidence les éléments qui influent de manière importante sur la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale.

Ce travail s'inscrit donc dans une démarche ethnographique. Rappelons-nous qu'une telle démarche trouve sa justesse dans un projet anthropologique, qu'en fonction des « objets d'analyse auxquels elle est confrontée et qui renvoient à différents systèmes symboliques » (Santiago, 2010 : 82), l'anthropologie se constitue, en principe, en une discipline comparative par excellence (Santiago, 2010 ; Pereira, 2012). De ce fait, les premières sources, de cette approche, ont semblé appropriées ici dans l'étude du terrain au sein de l'HPS.

François Laplantine, dans son ouvrage « *La description ethnographique* », préconise entre autres que « l'ethnographe est celui qui doit être capable de vivre en lui la tendance

²⁷ Ou de l'anthropologie de terrain. Cette méthodologie est partagée par la sociologie dite parfois qualitative, héritière de l'École de Chicago, qui a d'ailleurs produit des travaux précurseurs dans le champ de la santé : Strauss, Becker, Freidson (cf. Strauss, 1993 ; Becker et al., 1961 ; Freidson, 1984).

principale de la culture qu'il étudie » (Laplantine, 2005 : 22), ce vécu se construit en communiquant avec les sujets, en partageant de manière durable leur existence. Ce qui revient à dire que l'expérience ethnographique, est avant tout, selon François Laplantine « l'expérience physique d'une immersion totale, consistant dans une véritable acculturation à l'envers » (*Ibid.*). Une expérience qui toutefois ne se contente pas de comprendre une société ou un groupe social uniquement à partir de ses manifestations extérieures, mais bien au contraire, qui doit, toujours poursuivre la pensée de l'auteur, « l'intérioriser dans les significations que les individus eux-mêmes attribuent à leurs comportements » (*Ibid.*).

Par ailleurs, dans l'ouvrage « *Anthropologues en danger* » (Agier, 1997), au titre évocateur, Michel Agier nous montre les limites posées « par » et « lors de » la présence et l'intervention du chercheur sur son terrain d'étude. Il y évoque les questions d'ordre épistémologique, ainsi que les risques et limites idéologiques qui le menacent à plus ou moins court ou moyen terme. Ce questionnement principal repose sur la neutralité et le positionnement du chercheur par rapport au terrain d'étude, ainsi qu'à son imprégnation des *us* et coutumes et de sa non-imprégnation dans le temps tout en en gardant une interaction avec l'environnement et le groupe. La culture dans laquelle l'immersion allait se faire a nécessité d'établir des relations de confiance entre le groupe (et les individus le composant) et moi. Ce questionnement me poussera finalement à interagir sur mon terrain d'étude, avec tous les risques et périls qu'une telle démarche comprend.

Pour restituer de façon adéquate les dimensions et le sens que prend la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, une compréhension et une description du milieu à l'intérieur duquel ces professionnels interagissent et travaillent semblaient évidentes pour comprendre ce que cette problématique signifie pour eux. Le compte rendu, le savoir local qui est ainsi orienté en grande partie par l'interprétation et par la mise en parole de leur propre expérience. En ce sens, Arthur Kleinman dit :

« Le travail crucial de l'ethnographie consiste à décrire comment les micro-contextes jouent le rôle de médiateur dans la relation entre processus social et personnel. [...] Pour comprendre ce que (souffrance) signifie, en quoi consiste son expérience, les ethnographes doivent élaborer une compréhension de fond des connaissances locales et des pratiques quotidiennes concernant le corps et le moi, ainsi que du malheur, [de la douleur] et de l'aspiration généralement » (Kleinman, 1995 : 125).

Cette approche a permis de considérer l'expérience de cette problématique comme un vécu enraciné à l'intérieur d'un espace social délimité, constitué d'échanges et de relations interpersonnelles. Et aussi, de décrire la dynamique sociale qui se joue entre les acteurs et rendre transparents les rapports qu'entretiennent ces derniers avec l'idéologie de l'institution de santé fut, pour moi, une tâche cruciale. Comme le dit Muecke (1994) l'ethnographie d'inspiration interprétative est tout spécialement intéressée à découvrir la signification particulière des interactions sociales observées. Elle prend appui sur l'interprétation que donnent les acteurs à leurs propres conditions et à leur propre existence.

2.2 Première exploration dans un service de psychiatrie

Au début de l'année 2012 à Culiacan, Mexique, a eu lieu ma première exploration, dans le service de psychiatrie de l'Institut de Sécurité et de Services Sociaux pour les Travailleurs de l'État (ISSSTE), par curiosité²⁸ et, par possibles poursuites d'études de doctorat²⁹. Cette exploration a consisté tout d'abord à observer les consultations thérapeutiques du psychiatre³⁰, puis à observer la relation médecin-patient. La façon dont ils interagissaient, le dialogue verbal et non verbal. À cette époque, rattaché uniquement à un professionnel, mon observation se déroula durant dans la totalité de ses heures de travail et de pauses pendant ses journées de présence au sein de l'ISSSTE.

²⁸ Ma curiosité était, comment est une consultation de psychiatrie ? ! Je n'en ai pas la moindre idée !

²⁹ Utiliser les données observées dans le service de psychiatrie au sein de l'ISSSTE et faire une possible thèse de doctorat.

³⁰ Un seul psychiatre travaille dans le service de psychiatrie au sein de l'ISSSTE.

2.3 Facilité d'insertion

Le fait de revenir sur les différentes étapes qui ont marqué le terrain de recherche au sein de l'HPS me renvoie aux facilités rencontrées qui, dans une démarche réflexive, me paraissent intéressantes d'approfondir. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce qui a rendu le terrain plus facilement accessible n'est pas l'insertion dans le service étudié ni le rapport avec les professionnels de la santé mentale, mais bien la thématique « santé mentale chez les professionnelles de la santé mentale ».

Comme écrit dans les récits ethnographiques, « l'intégration dans le terrain a été géniale. Il y a eu adoption de la part de la tribu étudiée ». Heureusement, les démarches ont été facilitées afin de pouvoir pénétrer dans les entrailles du travail psychiatrique. L'accès formel a été complet et, l'insertion formelle avec les professionnels de la santé mentale a demeuré. La période passée à l'HPS (environ 10 mois) a donc été caractérisée par la facilité d'être présent dans les pratiques thérapeutiques des professionnels de la santé mentale sur leur lieu de travail (zone des patients non hospitalisés et hospitalisés, services de réhabilitation et services d'urgence). Cela a donné le sentiment que ma recherche s'intéressait aux professionnels de la santé mentale et, que ma présence était la bienvenue et, chaleureusement bien accueillie. Voici comment certains professionnels de la santé mentale expriment cet intérêt :

« Je suis heureux que vous prêtiez attention à la santé mentale, aussi que vous vous inquiétiez de comment on travaille dans un Hôpital Psychiatrique ? Comment on vit ici ? Comment est la relation soignant-soigné (...). Je suis heureux que vous soyez inquiet principalement pour la psychiatrie et dont, pour la santé mentale (...) ».

(Entretien avec un technicien en santé mentale à Culiacan en novembre 2012)

« J'aimerais ajouter que je suis très heureuse que cette recherche soit menée parce que cet hôpital a besoin de beaucoup de choses. Je pense que je vous

ai déjà fait des suggestions et, que je vous ai déjà expliqué les besoins de cet hôpital (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Je suis très heureuse que soit menée ce type d'étude. J'espère qu'à la fin de cette étude j'aurai l'opportunité de voir à quoi la conclusion de cette étude est arrivée, car cette étude peut nous aider à améliorer la qualité de nos services (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

Cette facilité d'entrée dans le terrain psychiatrique m'a fait beaucoup réfléchir, tant d'un point de vue professionnel que personnel : suis-je un excellent chercheur de terrain ? Cette facilité est-elle liée aux besoins des professionnels d'être écoutés ? Cette facilité a permis de faire ma première grande étude approfondie du terrain dans le milieu médical psychiatrique.

Ce sentiment d'assurance, caractéristique de mon expérience de terrain, s'est révélé être, suite aux nombreuses discussions avec les sujets d'étude et à la lecture des différents récits ethnographiques, un trait majeur d'une grande partie du terrain ethnographique. L'idée, généralement nourrie par la rhétorique anthropologique, de pouvoir être « adopté » par la communauté étudiée et, de devenir « un des leurs » est relativement rare, tout particulièrement dans le milieu de la santé (Wind, 2008). Certaines expériences de terrain ne sont pas toujours caractérisées par la frustration, l'ennui, les difficultés et les déceptions. Grâce à une expérience professionnelle, l'accès quotidien et illimité dans les services psychiatriques en question a été facilité. Ici va se développer les différentes étapes du terrain, tout en essayant d'en esquisser les logiques sous-jacentes, conscient que les facilités d'accès d'un terrain peuvent constituer eux-mêmes des « moyens heuristiques de la découverte » (Kilani, 1994 : 47).

Selon Sylvie Fortin (2013) « un terrain ethnographique en milieu hospitalier est souvent multiple. L'objet est complexe, le saisir appelle une disponibilité, une proximité et une part

d'inconnu³¹. L'hôpital demande aussi à être apprivoisé et chaque ethnographique renvoie, en cela, à une histoire particulière » (Fortin, 2013 : 179). Ce terrain démarre lorsque les dirigeants (deux psychiatres : le directeur et le sous-directeur de l'HPS) se sont intéressés à mon sujet de recherche – la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale –. Ce sujet a suscité l'attention immédiatement du Directeur en particulier, qui m'a dit que ce sujet de recherche tombe au moment opportun au vu de la situation actuelle difficile au sein de son établissement. Dans les dix minutes qu'a duré cet échange avec les dirigeants, le directeur a autorisé la recherche immédiatement au sein de l'HPS. L'autorisation a été verbale dans un premier temps, ce qui a permis de commencer immédiatement. La confirmation écrite arriva 2 ou 3 semaines plus tard, officialisant, ainsi, ma présence au sein de l'HPS.

2.3.1 Entrée

Armée de beaucoup de confiance dans la pertinence de la recherche entreprise dans le cadre de l'étude, j'allais effectuer ma première rencontre au sein de l'HPS. Toutefois, cela n'était pas un premier contact avec le milieu de la psychiatrie, car depuis plusieurs mois, je fréquentais les congrès et les journées scientifiques en psychiatrie et, avais déjà rencontré plusieurs psychiatres dans les services de psychiatrie. Comme je l'ai écrit, précédemment, l'accueil fut très favorable vis-à-vis de cette proposition de recherche tant de la part des dirigeants (les deux psychiatres : directeur et sous-directeur) que de la part des autres professionnels de la santé mentale de l'HPS. Après l'accord du directeur donnant l'accès au terrain, ce même jour, le sous-directeur a présenté ma proposition de recherche à la plupart des professionnels de la santé mentale, particulièrement, les psychiatres. L'accord du directeur tout comme l'accord des autres professionnels, a donné accès aux consultations psychiatriques, aux entretiens avec les professionnels de la santé mentale, ainsi qu'aux accès aux données statistiques de l'HPS.

³¹ Plusieurs travaux, dont ceux de Bluebond-Langner, 1978, de Katz (1998), de Pouchelle (2003) et de Kaufman (2006) racontent cette complexité et l'à-propos d'un regard à la fois ouvert et dirigé.

Cette recherche a été perçue par les professionnels de la santé mentale comme étant très importante et très intéressante à étudier. Voici comment certains professionnels de la santé mentale décrivent ma recherche :

« Eh bien ! La recherche que tu fais me semble très importante, très importante ! Je crois que cette recherche aura sûrement un impact, un effet important parce qu'il n'est pas habituel de chercher à faire ce type de recherches au moins dans notre domaine de la santé mentale (...). La réalité est, qu'il n'y a pas de recherches faites par l'extérieur sur nous, les travailleurs de la santé ! Et, pour cela, la recherche que tu fais me semble très intéressante et très bonne ! ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Cette recherche me semble très importante si, cette recherche fait l'objet d'un suivi ! Lorsque les résultats seront présentés, nous espérons qu'il y aura une amélioration dans l'hôpital psychiatrique. Cela sera très enrichissant pour nous. Il me semble que nous sommes très privilégiés d'avoir la possibilité de parler ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« Je trouve votre recherche très intéressante et nous attendons des analyses et des solutions pour continuer à donner le meilleur de nous-même ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« J'aimerais vous dire que c'est très important la recherche que vous faites (...). Depuis 17 ans que je travaille ici, dans cet hôpital, il n'y a jamais eu personne qui ait interrogé et observé. Que je sache, personne n'avait été intéressé à venir ici pour faire une recherche sur nous. Cela, veut dire que ton travail peut nous donner des choses positives et ainsi d'apprendre de ceci ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

En tant que jeune chercheur, les professionnels de la santé mentale rencontrés dans le terrain n'ont pas donné lieu à un rapport de domination. Les professionnels de la santé

mentale ont toujours montré beaucoup de respect vis-à-vis de ce travail et *vice versa*. Par ailleurs, certains professionnels de la santé mentale faisaient des études de masters ou de doctorats et d'autres, des recherches cliniques.

« En fait, je fais un master en administration hospitalière parce que je voudrais avoir un meilleur travail ici dans l'hôpital (...) ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

« À vrai dire, je fais une thèse doctorat en Espagne et j'espère la finir l'année prochaine ».

(Entretien avec un médecin à Culiacan en novembre 2012)

« Parfois nous faisons des recherches cliniques parce que nous travaillons aussi pour une entreprise pharmaceutique (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

Durant le travail de recherche, les relations furent cordiales et de confiance. L'accès au terrain s'est révélé être très ouvert. Cela pourrait s'expliquer, d'une part, par mes expériences personnelles et professionnelles et, d'autre part, par le conflit au travail entre certains professionnels de la santé mentale et le directeur au sein de l'HPS.

2.3.2 Ouverture du milieu psychiatrique

Il est difficile d'affirmer que le milieu psychiatrique est ouvert, de manière générale, aux recherches socio-anthropologiques, par conséquent pas suffisamment exploitée par l'anthropologie et les anthropologues. Dans mon cas, cette facilité d'accès est due en partie à mon expérience au sein de l'ISSSTE mais, est surtout due au conflit interne au sein de l'Hôpital Psychiatre de Sinaloa au moment où je me suis présenté pour faire cette étude. Les raisons peuvent avoir plusieurs niveaux de compréhension dont certains sont contextuels et d'autres plus emblématiques du milieu psychiatrique.

Le ras-le-bol du directeur de l'HPS et des employés est aussi un facteur non négligeable ainsi que la région de *Sinaloa*, qui accorde assez facilement ces autorisations contrairement à certains endroits du globe par exemple la France, qui n'accorde que difficilement et après de longues années de demandes les autorisations qui permettent une étude du terrain. Sans l'accumulation de ces facteurs, cette étude n'aurait probablement jamais vu le jour. On peut toutefois constater que, face à cette recherche en particulier, les professionnels de la santé mentale de l'HPS se sont montrés très ouverts.

Voici des exemples de l'ouverture de la participation des professionnels de la santé mentale à cette recherche.

« J'espère que cette recherche nous permettra d'apporter des améliorations ou de nous permettre de nous rendre compte de pourquoi nous échouons ou en quoi nous avons mal fait les choses ! Cette recherche peut nous servir à être de meilleurs professionnels et pourquoi pas de meilleures personnes. Si, cette recherche nous dit en quoi nous échouons, et en quoi nous progressons, alors les choses peuvent évoluer tant professionnellement que personnellement, afin de mieux faire ou donner plus (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Je pense que le plus important est, que votre recherche ne reste pas dans le tiroir d'un bureau ou perdue sous une pile de dossiers. Nous devons chercher à changer les choses, à modifier les questions de soins, d'opportunité pour les utilisateurs, pour la population générale et bien sûr pour nous-mêmes (...). J'aimerais savoir ensuite l'impact que cette recherche a eu et ce qui aura été fait ! ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

De plus, il y a des raisons interpersonnelles, comme les affinités des professionnels de la santé mentale avec des approches en sciences sociales. En tant que jeune chercheur, j'ai pu avoir des discussions sur ce sujet avec les professionnels de la santé mentale. Par exemple : le rapport de pouvoir entre les professionnels de la santé mentale et leur hiérarchie.

En élargissant le champ de vision, une explication à ces facilités peut être trouvée au niveau du rapport existant entre la médecine et les sciences sociales dans le contexte mexicain. Cette expérience particulière est ainsi à situer dans ce contexte historique d'interactions et d'expériences qui ont précédé cette étude. Ainsi, au Mexique, depuis d'une quarantaine d'années, plusieurs initiatives ont été mises en place, souvent initiées par les sciences sociales, visant à stimuler le dialogue entre ces deux champs disciplinaires (Castro, 2003). Selon Gil Montes « Le lien entre les sciences sociales et la médecine a commencé à prendre de l'importance au fur et à mesure des contributions qui pouvaient être apportées d'un point de vue social pour résoudre les problèmes qui se présentaient envers les utilisateurs des systèmes de santé » (Gil Montes, 2002 : 220). Voici un exemple de comment d'autres domaines de la connaissance pourraient aider la psychiatrie à donner des solutions aux problèmes de santé mentale.

« Non seulement la psychiatrie participe déjà à donner des solutions aux problèmes de santé mentale, avec l'aide de la sociologie et d'autres branches du savoir (...), il est essentiel d'avoir une bonne éducation en général, une bonne économie et une bonne répartition de la richesse, cela pourrait améliorer la qualité de la santé mentale des individus (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

En effet, lors d'une étude effectuée précédemment sur le Diabète dans deux centres de santé de premier niveau³² à Culiacan, à la demande de Ministère de la Santé de l'État de *Sinaloa* en 2014, ce dernier désirait comprendre, sur un plan qualitatif, ce que révèlent les statistiques inquiétantes à propos de l'augmentation et de la prévalence du Diabète dans la population de Culiacan. J'ose dire que l'expérience que j'ai acquise, à effectuer des recherches ethnographiques, au sein des établissements de santé de la région de

³² Un centre de santé de premier niveau est une structure sanitaire de proximité, de premier secours, dispensant des soins en ambulatoire. Il peut être médical, dentaire, infirmier ou polyvalent. Le centre de santé mène également des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales. Le centre de santé de premier niveau est ouvert généralement à toutes les personnes qui souhaitent y être reçues. Cela s'apparente à un dispensaire.

Sinaloa, pourrait expliquer aussi les facilités rencontrées dans l'obtention des accréditations afin d'étudier ce terrain ethnographique.

Enfin, on peut situer cet évènement dans le cadre de l'évolution de la médecine en général et du rapport que cette évolution entretient avec les sciences sociales. Dans les années soixante, les deux disciplines avaient déjà un lien solide. Plusieurs études, menées par des sociologues dans les années '60 dans le milieu médical, le démontrent. Par exemple, Koss, Goss et Reader abordèrent des études des sciences sociales dans le milieu médical. Koss, réalisa une série d'études qui analysaient les liens entre les classes sociales moins privilégiées et les services de santé (Koss, 1954). Alors, que, Mary Goss et George Reader étaient axées sur la réflexion de la relation médecin-patient (Goss et Reader, 1956). Dans les années '60, Robert Straus publia dans l'*American Journal of Sociology* un article intitulé "*The Nature and Status of Medical Sociology*" (Straus, 1957) qui a ouvert un vaste champ de recherche dans deux aspects fondamentaux.

Le premier aspect fondamental concernait les études liées à la connaissance de la population des usagers des services de santé ; le type de maladie ; le manque d'accès aux services médicaux et certains moyens de réduire les problèmes tels que la malnutrition ou les maladies récurrentes comme la grippe et la toux.

Le deuxième aspect concernait les études qui se sont axées sur les institutions hospitalières, les organismes de santé et le personnel qui y travaille. C'est en effet, la recherche sociale dans le domaine de la médecine qui s'est développée ces 60 dernières années, en contribuant de plus en plus à l'importance du domaine des sciences sociales dans la médecine. La légitimité des sciences sociales à travers l'axe biomédical est particulièrement forte, surtout dans les milieux médicaux et, en psychiatrie particulièrement, comme c'est le cas pour l'HPS.

Le regard des sciences sociales, est ainsi vu comme pouvant renforcer davantage la légitimité médicale de la psychiatrie, d'où l'ouverture rencontrée envers cette recherche. Par ailleurs, la psychiatrie questionne les dimensions sociales, culturelles et politiques, cela devient une partie fondamentale de son travail. Se rapprocher d'un dialogue avec les sciences sociales aide ainsi le milieu psychiatrique à porter une réflexion sur ces

dimensions, afin de pouvoir mieux les prendre en compte dans sa pratique³³. Heureusement, cette ouverture favorise un vrai dialogue autour de cette discipline, car les positions critiques s'attaquent aux conditions implicites socioculturelles et politiques de sa pratique. Et, ne se heurtant pas à une position défensive, elle se revendique ainsi de la médecine. Par ailleurs, la santé mentale tout comme la souffrance psychique, la détresse ou les troubles mentaux ne constituent pas un domaine exclusif de la psychiatrie. Ils sont d'abord des faits sociétaux et humains et, en tant que tels, ils nous concernent tous ! (Les différentes disciplines scientifiques : sociologie, anthropologie, santé publique, histoire, droit, intéressent l'opinion publique). L'interdisciplinarité doit ainsi être une pièce maîtresse dans ce domaine. D'où, le sens de réaliser des recherches sociologiques et/ou anthropologiques en psychiatrie. Puisque, c'est au travers de l'intérêt que l'on porte à l'autre, que l'on peut engager de véritables dialogues et échanges (ROSSI, 2005 ; 2006).

³³ L' intention n'est pas de généraliser ici l'attitude rencontrée au sein de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa (HPS), à l'ensemble de la médecine et, à la psychiatrie en particulier. Bien qu'elle représente une tendance de plus en plus importante de la psychiatrie.

CHAPITRE 3. Matériel ethnographique varié

L'objet du présent chapitre consiste à aborder la méthodologie employée dans cette recherche. Le matériel empirique, sur lequel se basent les descriptions et les analyses effectuées, est composé des observations (non-participante) des pratiques thérapeutiques, des entretiens individuels approfondis (semi-directifs), de nombreuses discussions informelles avec les professionnels de la santé mentale et des données quantifiables produites par l'HPS. Ma présence dans les services psychiatriques fut régulière pendant 10 mois, entre mai 2012 et février 2013.

3.1 Observation des pratiques thérapeutiques

« Au cours de ma promenade matinale à travers le village, je pouvais observer les détails intimes de l'existence familiale, de la toilette, de la cuisine, des repas [...]. Parce qu'ils me voyaient tout le temps parmi eux, les indigènes n'étaient plus intrigués, inquiets ou gênés par ma présence ; dès lors, je cessais d'être un élément perturbateur dans la vie tribale que j'étudiais, je ne faussais plus tout du fait de mon approche, comme cela se produit toujours quand un nouveau venu se présente dans une communauté de primitifs. En réalité, comme ils savaient que je fourrerais mon nez partout, même là où un indigène bien éduqué ne songerait pas à s'immiscer, ils finissaient par me regarder comme une part et un élément de leur existence, un mal ou un ennui nécessaire, atténués par les distributions de tabac ».

(Malinowski, 1989 (1922 ; 1963 traduction française) : 64-65)

« L'ethnologue n'est pas un être objectif observant des objets, mais un sujet observant d'autres sujets. S'il s'efforce d'entrer sur le terrain avec un " esprit ouvert ", l'ethnologue, quelles que soient ses bonnes intentions, n'est pas exempt de préconceptions et de présupposés (...). Non contrôlées, c'est-à-dire non explicitées, ces préconceptions peuvent saper la recherche ».

(Ghasarian, 2002 : 10-11)

Le fait d'avoir eu accès aux pratiques thérapeutiques constitue une avancée très importante. Il s'agit en effet d'un moment privilégié où se joue la relation thérapeutique. Les patients mettent en récit leur histoire dans un cadre spécifique, qui est celui de la pratique thérapeutique. Les professionnels de la santé mentale, eux, déploient leur savoir et construisent les pratiques en interaction avec des histoires et des personnes diverses, dans un contexte de travail particulier.

La relation thérapeutique peut être définie comme la rencontre entre un(e) soignant(e) et un(e) patient(e) au sein d'un lieu spécifiquement dédié, dans une circonstance particulière, en vue d'apporter une réponse médicale à un problème. Cette relation comme toutes relations sociales, se déroule « dans un cadre bien défini de temps, de lieu et de mobile » (Larger, 2010). Cette relation demeure asymétrique, dans le sens où les

patients sont vulnérables à cause de leurs problèmes psychiques. En demandant des soins, ils deviennent dépendants des professionnels de la santé mentale qui s'efforcent de répondre à cette demande, grâce à leurs compétences professionnelles.

Finalement, cette relation thérapeutique s'insère dans un modèle paternaliste (Emanuel et Emanuel, 1992), (celui du médecin décideur encore largement dominant dans le contexte sanitaire), fondamentalement asymétrique, gardant le patient dans une position subordonnée laissant le pouvoir au médecin. Toutefois, la réalité des pratiques thérapeutiques chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS est bien plus complexe et contradictoire. Ici, il s'agit, d'observer la relation thérapeutique entre le personnel de santé et le patient souffrant de trouble. La construction de cette relation n'est pas uniquement l'affaire du personnel soignant, mais aussi l'affaire du patient. Il s'agit en effet d'un processus interactif entre ceux-ci. Ici il s'agit de mettre en évidence particulièrement le travail à proprement parlé des professionnels de la santé mentale dans leurs pratiques thérapeutiques tout en adoptant une perspective critique. L'objectif est celui de mettre en évidence, en analysant ces pratiques, les éléments qui influent de manière importante sur la problématique de la « santé mentale » chez ces professionnels.

3.1.1 Psychiatres

3.1.1.1 Observation

Au total, 780 pratiques thérapeutiques ont été observées. Elles ont été réparties entre six médecins psychiatres. Le système de répartition égalitaire a permis d'avoir une égalité totale de temps entre ces différents psychiatres, dans tous les services de l'HPS (zone des patients non hospitalisés et hospitalisés, services d'urgence). La zone des patients non hospitalisés en étant le lieu de la plupart des observations des pratiques. Ces pratiques thérapeutiques ont été observées pendant 6 mois, entre mai et octobre 2012.

Dans les matinées du lundi au vendredi et durant les consultations dans la zone des patients non hospitalisés, la permanence était d'environ 5 et 6 heures, durant ce laps de

temps, nous pouvions voir entre 5 et 8 patients, chaque consultation pouvant durer entre 20 et 60 minutes. Parfois, durant la permanence se déroulant l'après-midi jusqu'au début de la soirée du lundi au vendredi, je restais entre 3 et 5 heures sur place. Durant cette permanence, nous pouvions voir entre 2 et 4 patients, chaque consultation durait entre 20 et 40 minutes. Parfois, durant la journée entière du samedi et/ou du dimanche, dans les services d'urgence et dans la zone des patients hospitalisés, ma permanence oscillait entre 8 et 10 heures. Durant ce laps de temps, nous pouvions avoir en consultation, entre 4 et 8 patients. Chaque consultation pouvant durer entre 20 et 60 minutes. Tout ceci étant une moyenne et non des faits stricts.

Voici quelques exemples de prise de notes :

Psychiatre : Pourquoi êtes-vous ici ?

Patiente : À cause de la drogue.

Psychiatre : Quelle drogue ?

Patiente : Crystal

Psychiatre : Depuis combien de temps êtes-vous consommatrice de Crystal ?

Patiente : Je suis consommatrice depuis 10 ans, j'ai commencé à l'âge de 53 ans à la consommer tous les jours.

Psychiatre : Comment en êtes-vous arrivée à vous droguer ?

Patiente : Cela a commencé à Tijuana, mes enfants m'ont donné du Crystal en me disant que j'allais me sentir heureuse. Entre la bonne ambiance due à la discussion et aux bières, petit à petit, j'ai commencé à aimer le Crystal et je l'ai consommé tous les jours. Il y a 4 mois que j'ai cessé de consommer le Crystal ... Docteur ! Je veux me tuer ! (En pleurant).

Psychiatre : Combien d'enfants avez-vous ?

Patiente : J'ai accouché de 16 enfants, dont 6 enfants sont morts à la naissance, 3 enfants que j'ai offerts, car j'étais trop jeune pour subvenir à leurs besoins, et 7 enfants qui sont restés avec moi.

Psychiatre : Êtes-vous en couple ?

Patiente : J'ai un compagnon.

Psychiatre : Quel âge à votre compagnon ?

Patiente : Mon compagnon a 15 ans de moins que moi, il était aussi consommateur de Crystal, mais il a cessé il y a 4 ans. Actuellement, nous avons 16 ans de vie commune.

Psychiatre : Qui peut vous-aider ?

Patiente : Mes enfants ne m'aident pas, ils sont ingrats, la seule personne qui m'aide, c'est mon compagnon. Mais malheureusement, nous traversons des problèmes de couple et, nous allons probablement nous séparer Docteur je me sens mal ! J'ai envie d'acheter du Crystal mais, je ne veux pas ! ...

Docteur allez-vous me soigner ?

Psychiatre : Je vais vous donner des médicaments pour que vous vous sentiez mieux et, je vais vous faire une prescription pour un rendez-vous à une consultation psychologique.

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients non hospitalisés, patiente 63 ans, à Culiacan en juillet 2012)

Psychiatre : Vous avez été évaluée le 12 juillet 2012 dans les services d'urgence. Pourquoi revenir si vite ? Qu'est-ce que nous pouvons faire pour vous aider ?

Patiente : Le docteur m'a donné des médicaments.

Psychiatre : La raison de l'aide dans les consultations, depuis quand sont les changements drastiques ?

Patiente : Je pleurais et j'étais en colère. Depuis mon adolescence, j'essaie de me suicider.

Psychiatre : Quel âge aviez-vous ?

Patiente : 12 ans.

Psychiatre : Quelle méthode avez-vous utilisée ?

Patiente : Acide Chlorhydrique. J'ai le pris dans ma bouche, mais je l'ai recraché. Il y a deux mois je suis allée aux urgences.

Psychiatre : À l'époque, pourquoi aviez-vous décidé de mourir ?

Patiente : Quand j'étais petite, je voyais comment mon père frappait ma mère.

Psychiatre : Y a-t-il de la violence domestique ?

Patiente : Avec le médicament j'ai réussi à être bien.

Psychiatre : Selon votre dossier, vous avez injecté de l'air dans vos veines. À quel âge vous êtes-vous mariée ?

Patiente : 18 ans.

Psychiatre : Avez-vous déjà eu des comportements d'hostilité, soit, vous avez frappé les portes, les fenêtres ou les assiettes ?

Patiente : Oui.

Psychiatre : Rendez-vous dans 3 mois.

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients non hospitalisée à Culiacan en août 2012)

Psychiatre : Comment allez-vous ? Pourquoi avez-vous demandé à être tué ?

Patient : J'ai senti quelque chose de froid. J'ai demandé à être exécuté parce que ma tête était froide.

Psychiatre : Et avec quoi voulez-vous être tué ?

Patient : Je voulais être tué par balle.

Psychiatre : Que pensez-vous de ce qui s'est passé ce matin ?

Patient : C'était mal.
Psychiatre : Et les voix ?
Patient : Les voix ont disparu.

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients hospitalisés à Culiacan en août 2012)

(...) Silence

Patiente : J'avais déjà eu rendez-vous dans un autre Hôpital Psychiatrique.

Psychiatre : Avez-vous fait une tentative de suicide ? Vous pleurez beaucoup. Vous avez commencé votre problème de dépression quand vous aviez 45 ans. Vous n'avez pas d'argent pour acheter les médicaments. Ces médicaments coûtent moins de 100 pesos. Vous devriez adhérer à l'IMSS (Institut Mexicain de Sécurité Sociale) pour que vous puissiez avoir un suivi. Si vous ne prenez pas les médicaments, le problème ne disparaîtra pas. Chaque fois que vous arrêtez de prendre les médicaments, c'est comme si vous veniez voir le psychiatre pour la première fois. Vous devez faire un suivi pour pouvoir aller mieux. Depuis quand n'avez-vous pas pris les médicaments ?

Patiente : Deux semaines.

Psychiatre : Il est parfois difficile de prescrire les bons médicaments pour chaque maladie. Si vous avez fait une tentative de suicide, vous devez venir à l'Hôpital Psychiatrique et vous devez agir. Travaillez-vous ?

Patiente : Non.

(...) Silence

Psychiatre : Vous devez vous dépêcher d'aller à l'IMSS pour obtenir les médicaments. Vous n'avez pas envie, mais il faut. Vous prenez la décision et non, nous ! Vous devez chercher de l'aide à temps et ne pas laisser le temps passer.

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients non hospitalisés, patiente de 50 ans, à Culiacan en août 2012)

Selon Jean-Jacques Laboutière³⁴, la place du psychiatre dans le système de soins ne se caractérise pas seulement par le lieu dans lequel il exerce sa pratique thérapeutique. Elle est caractérisée par plusieurs dimensions dans lesquelles le psychiatre doit se repérer afin de mettre en œuvre les compétences professionnelles nécessaires pour faire face, quelles que soient les pathologies prises en charge, afin de permettre l'efficacité des soins. Actuellement, la saturation du système de soins ne permet pas des soins efficaces

³⁴ Source: <http://www.api.asso.fr/wp-content/uploads/2016/04/FFP-CNPP-Référentiel-métier-de-psychiatre.pdf>

et peut conduire à un risque d'épuisement professionnel chez les professionnels de la santé.

« Il n'y a ni espace, ni temps pour prendre en charge les patients ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Je crois que comme tous les êtres humains, dans la vie nous avons des moments de faiblesse. Je sors de la normalité principalement lorsque je suis saturé de travail. Cette saturation épuise mon état de santé mentale ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« J'aimerais avoir plus de temps et ne pas être saturé de patients afin de pouvoir mieux répartir mon temps et leur accorder les soins appropriés ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

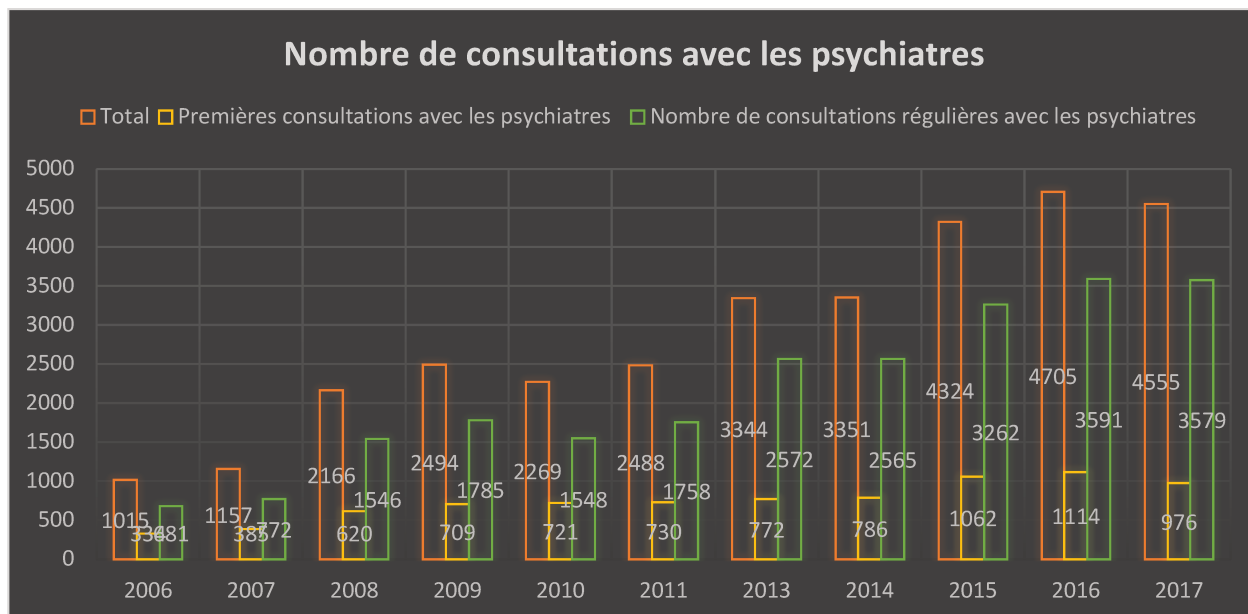
« Je pense qu'à cause des politiques de santé, les institutions de santé sont saturées. Et, quand les services sont saturés, ils ne peuvent pas fournir de soins adéquats. Ce n'est pas la même chose lorsqu'un médecin soigne 5 patients ou 20 patients par jour. Alors, vous êtes saturé et stressé ! L'institution doit évaluer la capacité d'accueil du personnel de santé, mais aussi son infrastructure ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

En effet, ces propos mettent en évidence l'inadaptabilité des espaces de l'HPS, la grande demande en soins psychiatriques, ainsi que le manque de temps pour faire correctement le travail. Ces conditions de travail peuvent engendrer incontestablement une dégradation de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale.

3.1.1.2 Moyenne générale des consultations

Graphique 1 : Nombre de consultations régulières et de premières consultations avec les psychiatres dans la zone des patients non hospitalisés pendant la période de 2006 à 2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le nombre de consultations avec des psychiatres dans la zone des patients non hospitalisés révélait déjà une augmentation considérable. Le **Graphique 1** montre l'augmentation pendant la période de 2006 à 2011 de plus de 240 %, de 2011 à 2017 de plus de 170 % et de 2006 à 2017 de plus de 440 %.

L'augmentation de la demande en soins psychiatriques au sein de l'HPS peut être expliquée par des facteurs extérieurs comme le soulignent les témoignages suivants :

« Maintenant, les hommes et les femmes travaillent autant les uns que les autres, ils négligent beaucoup les enfants alors qu'ils devraient être là pour eux. C'est l'un des facteurs, qui peut être le détonateur qui déclenche un trouble et pousse le jeune à chercher de l'aide ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

« Les parents me ramènent très souvent le patient. Car, le patient ne continue pas son traitement thérapeutique ou abandonne le traitement. Cela a pour conséquence, que le patient rechute et présente à nouveau la psychopathologie. C'est un facteur déterminant très important que nous voyons souvent ici en tant qu'infirmière ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Plus le niveau socioculturel est bas et moins les gens sont informés sur ce qu'est la santé mentale et plus le nombre de personnes atteintes de psychopathologie augmente ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« La situation de violence de la ville de Culiacan peut être la cause de souffrance des gens, car le deuil, la mort violente, peut être un traumatisme (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Le manque d'amour de soi (...) ».

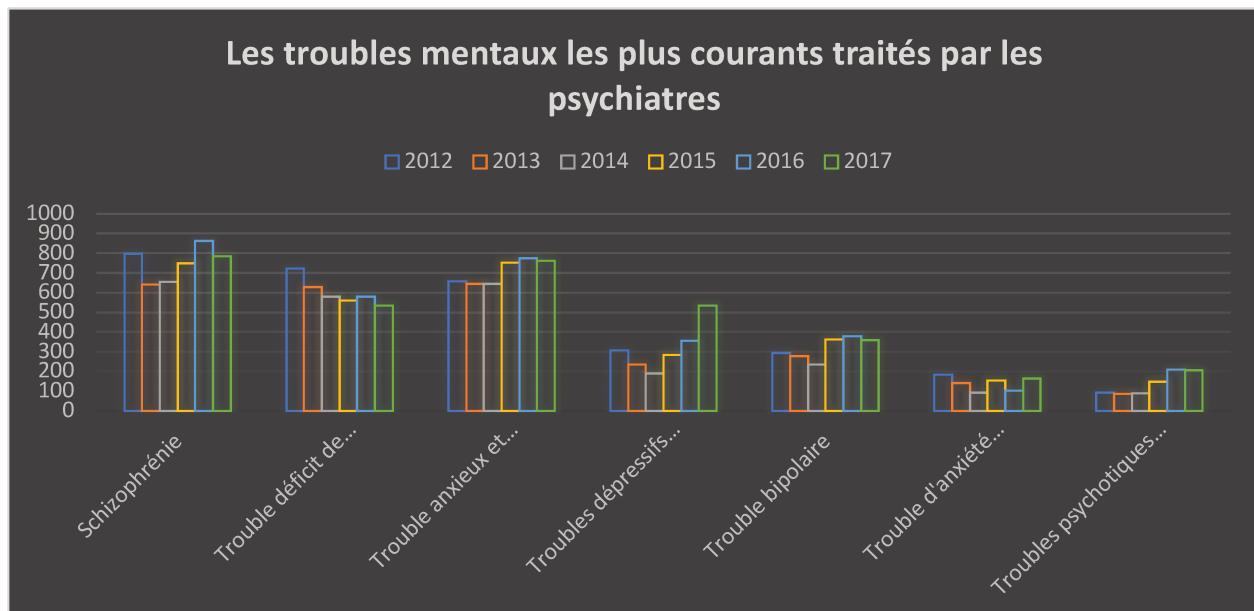
(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Il y a un patient qui vit avec sa mère et, sa mère est aussi malade que lui. Il n'y a pas de soutien entre la mère et son enfant et, le pire est que cette institution n'a pas un programme qui puisse les aider. Si dans une famille il y a deux malades et que ces deux malades ont un problème de santé mentale, celui que j'emmène à l'hôpital en premier est le membre de la famille le plus jeune, celui avec le diagnostic est le patient. Mais comme dans ce cas, c'est le patient et sa mère, membre de la même famille, la mère est aussi malade que son enfant et personne ne s'occupe de ça. C'est la souffrance que vivent les familles et malheureusement vous ne pouvez rien faire parce que vous devez limiter le nombre de patients ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Le manque de soutien de l'entourage, le manque de temps, le manque d'amour de soi, le manque de paix dans la région, le manque d'un programme en santé mentale pour les familles, tous ces facteurs jouent un rôle très important dans la santé mentale des individus et dans la saturation des hôpitaux.

Graphique 2 : Les troubles mentaux les plus courants dans la zone des patients non hospitalisés traités par les psychiatres pendant la période allant de 2012 à 2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le **Graphique 2** révèle les troubles mentaux les plus courants traités par les psychiatres durant la période allant de 2012 à 2017 au sein de l'HPS. La schizophrénie, le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et le trouble anxieux-dépressif mixte sont les troubles mentaux les plus courants en suivant des troubles dépressifs récurrents et les troubles bipolaires dans la zone des patients non hospitalisés. Selon l'OMS la schizophrénie est un trouble mental grave, qui touche environ 21 millions de personnes dans le monde. Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement. La dépression est un trouble mental courant et l'une des principales causes d'handicaps dans le monde. À l'échelle planétaire, près de 300 millions de personnes de tout âge en

souffrent. Les femmes sont plus touchées que les hommes à cet égard. La dépression peut conduire au suicide. Près d'un million de personnes se suicident chaque année dans le monde (OMS, 2017). Les projections mondiales estiment que d'ici 2020, la dépression sera la deuxième cause de perte d'années de vie valide et de perte d'années de vie en raison d'un décès prématuré (Duran, 2017). La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisée par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou d'une faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration (OMS, 2017).

Les psychiatres interrogés ont dit que dans la zone des patients non hospitalisés arrivent des patients très difficiles et parfois très dangereux à cause de leurs psychopathologies aiguës. Et comme le disent certains psychiatres sur ce type de patients, lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 avec les psychiatres dans la zone des patients non hospitalisés à la question portant sur les types de patients qu'ils aimeraient le moins traiter et leurs raisons, ils ont répondu :

« Les sociopathes, les délinquants et les dépendants (à l'alcool et/ou aux drogues). Ces types de patients génèrent des conflits en moi et certains d'eux sont très dangereux. Je n'aime pas vraiment travailler avec ce type de patients ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Précisément les sociopathes car on pourrait être en danger et être blessé. Puisqu'il y a eu des sociopathes qui ont tué leur psychiatre ou leur médecin généraliste. Un Sociopathe est un individu qui est malade du point de vue de la personnalité, qui viole les règles et les normes. Par exemple, s'il n'a pas aimé la consultation, il peut tuer son médecin ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Les patients que je n'aime pas traiter sont les sociopathes et les patients qui commettent des crimes, des viols et des homicides. En fait, aucun psychiatre, je pense, n'aime prendre soin de ce type de patients parce qu'ils sont des patients qui ne vont pas prendre les médicaments et qu'ils vont tout utiliser pour faire des profits. Ce type de patients va vous dire que vous êtes le meilleur psychiatre et qu'il va prendre les médicaments, mais ce sont seulement des mensonges et, ils ne vont pas prendre les médicaments. Ce type de patients ne va jamais être guéri ou réhabilité. Il ne se repentira jamais d'un homicide qu'il a commis. Si ce type de patients t'a dit qu'il est désolé, ce n'est pas vrai. Je pense que les psychiatres n'aiment pas avoir ce type de patients ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Les patients avec des problèmes d'alcool parce qu'ils sont les plus menteurs et parce qu'ils nient tout. Ce type de patients blâme toujours les autres. Je préfère voir 20 patients déprimés, 30 patients schizophrènes ou 20 patients bipolaires qu'avoir deux patients avec des problèmes d'alcool ».

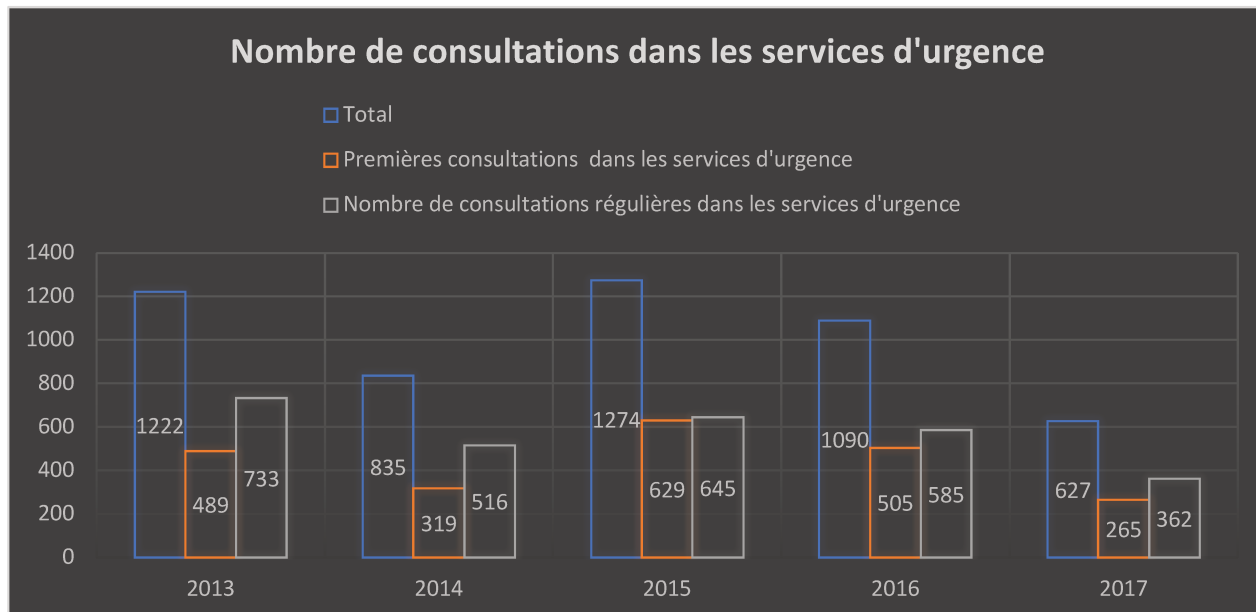
(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

En effet, les risques potentiels de travailler dans une institution psychiatrique s'illustrent par des événements négatifs causés par les psychopathologies aiguës que peuvent avoir les patients³⁵. Ces risques semblent venir de la nature même du métier. Effectivement, les situations de crise dues aux psychopathologies des patients semblent être considérées comme « normale » par les professionnels de la santé mentale, par contre, ce qui pose problème aujourd'hui sont les conditions de travail et l'état de santé mentale de ces professionnels. D'où la réalisation de cette recherche.

3.1.1.3 Moyenne générale des consultations traitées dans les services d'urgence

³⁵ Pour plus de détails veuillez consulter la page 110 à 114.

Graphique 3 : Proportion des patients traités par un psychiatre et par les médecins généralistes dans les services d'urgence pendant la période 2013-2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le nombre de consultations traitées dans les services d'urgence par les psychiatres et les médecins généralistes a chuté de façon considérable. Le **Graphique 3** montre que la chute globale des consultations dans les services d'urgence entre 2013 et 2017, est de plus de 190 %, malgré une augmentation de fréquentation en 2015.

Lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 et en 2013 avec les infirmières, ces dernières m'ont avouées qu'entre 2012 et 2013, les services d'urgence presque pas de patients. À la question portant sur la description d'une journée parfaite dans leur travail, elles ont répondu :

« Pour moi, c'est quand il y a des patients dans les services d'urgence, parce que si, il n'y a pas de patients, le temps passe trop lentement et le travail devient dur (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« Avoir plus de patients et travailler avec eux (...). J'ai déjà 10 jours de travail ici dans les services d'urgence et malheureusement, nous n'avons presque aucun patient à soigner, c'est la vérité. Une journée parfaite est d'avoir des patients parce que c'est pour ça que l'on vient ».

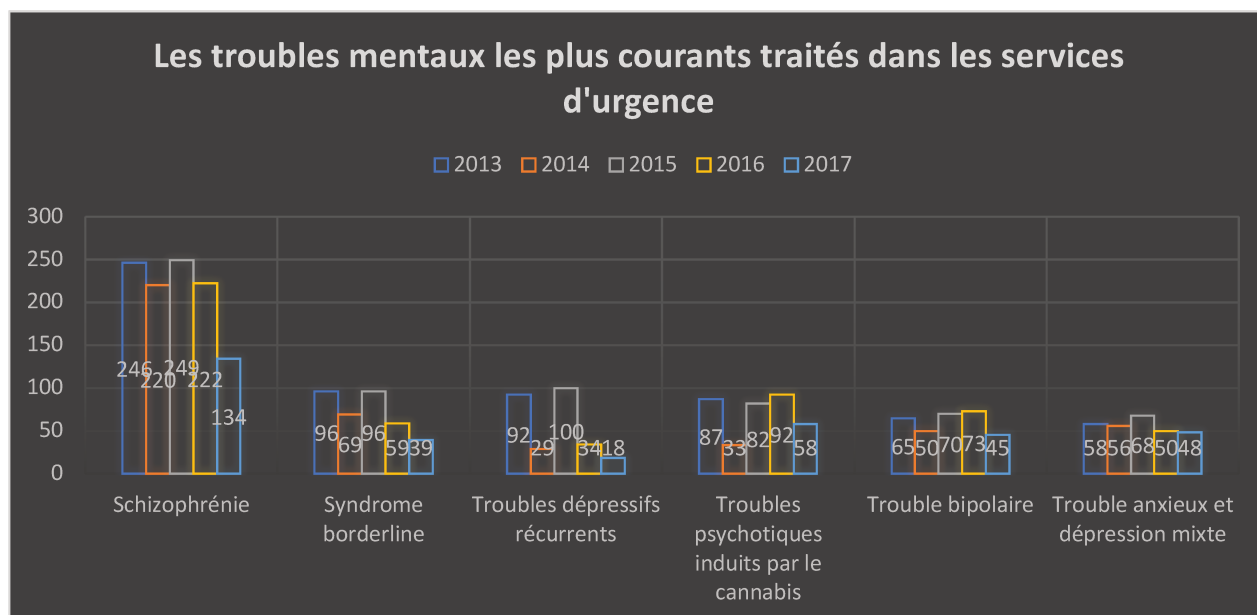
(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« C'est quand j'ai beaucoup de travail. Quand j'ai quelque chose à faire (...). Quand un patient arrive dans les services d'urgence, je suis contente et cela devient un jour parfait (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Ces entretiens mettent en évidence que le manque de patients à soigner est une cause de frustration chez certains professionnels de la santé mentale. Comme le disent certaines infirmières, le travail devient long, dur et épuisant.

Graphique 4 : Les troubles mentaux les plus courants traités dans les services d'urgence pendant la période 2013-2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le **Graphique 4** révèle qu'entre 2013 et 2017 dans les services d'urgence, une baisse des troubles mentaux de plus de 24 % a été enregistrée, la schizophrénie, le syndrome borderline et les troubles dépressifs récurrents comme les troubles mentaux les plus courants, en suivant les troubles psychotiques induits par le cannabis et les troubles anxieux-dépressif mixtes. Ces chiffres très bas peuvent s'expliquer par une capacité totale de 35 lits de l'HPS. Selon l'OMS le syndrome borderline est un trouble de la personnalité caractérisé par une instabilité émotionnelle prononcée. Il s'agit d'une affection à multiples facettes se développant très différemment selon les individus. Le trouble borderline touche environ 105 millions de personnes dans le monde. Les troubles psychotiques induits par les cannabis sont des épisodes brefs de quelques semaines à quatre mois maximums. Ils surviennent chez les consommateurs réguliers, brutalement au détour d'un facteur précipitant psychologique ou somatique sur des personnalités sans trouble manifeste. Certains symptômes sont plus spécifiques comme les hallucinations visuelles, auditives, confusion mentale, des thèmes polymorphes, les troubles du comportement et l'agressivité (OMS, 2017).

En 2012, les médecins généralistes ont dit que dans les services d'urgence arrivaient des patients très difficiles et parfois très dangereux à cause de leurs psychopathologies aiguës. Lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 avec les médecins généralistes dans les services d'urgence à la question portant sur les types de patients qu'ils aimeraient le moins traiter et leurs raisons, ils ont répondu :

« Les dépendants sont les plus difficiles à traiter surtout quand ils viennent dans une phase aiguë de la maladie ou avec une intoxication ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

« Les sociopathes parce qu'on prend de gros risques avec ce type de patients ici ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

« Les sociopathes parce que sont des patients très dangereux. Ce type de patient, je n'aime pas. Et certains d'entre eux sont des toxicomanes. Les sociopathes sont des patients très difficiles et très dangereux à traiter. Je n'aime pas non plus les patients avec un retard mental, car je n'ai pas beaucoup à leur offrir, peu importe ce que vous leur faites, vous ne leur enlèverez pas leur retard mental (...) ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en novembre 2012)

Effectivement, les psychopathologies aiguës de certains patients non contrôlables pourraient mettre en danger le personnel de santé.

« Deux fois, deux patients m'ont sorti leur couteau pendant la consultation. Le premier patient m'a beaucoup effrayé. J'ai pensé que ce patient allait me tuer. J'ai eu peur ! J'ai eu peur ! J'ai eu peur ! Je ne suis pas entré en panique. J'ai eu peur ! J'ai tout de suite pensé, si le patient vient vers moi, je prends la chaise et je le frappe. Mais heureusement rien n'est arrivé de majeur. Le patient à la fin a rangé son couteau. Le deuxième patient, je n'avais pas aussi peur. Premièrement, parce que j'avais déjà eu cette expérience avec le premier patient et, deuxièmement, parce que ce patient était mince. J'ai pensé, je le frappe s'il se décide à venir vers moi. Je le frappe ! Je le frappe ! Le premier patient m'a beaucoup effrayé. Ces événements étaient très désagréables ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

Ces comportements violents perpétrés par les bénéficiaires en soins psychiatriques peuvent être expliqués ainsi :

« Ce sont des gens qui vivent l'enfer ici sur la terre, ils n'ont pas d'autre moyen de l'exprimer (...). Les causes de cette souffrance sont la panique, la peur irrationnelle. C'est la réalité que vivent les patients psychiatriques, cette séparation de leur esprit de ne pas savoir entre le fantasme et le réel (...). Pour eux, les délires de persécution et l'idée de quelqu'un veut les tuer sont réels. Ils vont te tuer ! Ils vont te tuer ! Ils te suivent. Les voix les attaquent et les offensent (...). Les voix leur disent : Je vais te tuer ! Je vais te mettre quelque chose dans ton cul ! Ta mère veut te tuer. Elle va t'empoisonner.

Ces patients vivent un enfer (...). Les idées délirantes des patients souffrant de troubles mentaux sont parce qu'il y a un manque de contrôle politique, religieux et commercial. Ce type de patients dit : Je vois Dieu ! J'ai la capacité de guérir les gens. Il y a des caméras cachées ici qui me surveillent. Les murs et le sol commencent à faire du bruit. Ce type de patients vit un enfer constant comme un cauchemar éveillé ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

Tel que mentionné ci-dessus, les risques potentiels de travailler dans une institution psychiatrique sont évidents. Ces événements désagréables peuvent faire partie d'une campagne de prévention.

« Prévenir la population en général en lui fournissant des informations en matière de santé mentale (...). Préparer plus le personnel de santé en matière de santé mentale. Autre chose que nous pouvons faire, c'est que les gens aient plus accès aux loisirs. Que les enseignants soient bien informés en matière de santé mentale et, qu'ils canalisent sans retard les enfants. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire en commençant par la prévention ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Je pense que la famille est un pilier très important pour prévenir des troubles comme pour générer des troubles. Si nous faisons ce qu'il faut dans nos familles, je pense que nous pouvons éviter beaucoup de choses avant que beaucoup de choses ne se produisent. Cela a à voir aussi avec ce que je te disais auparavant : nous avons très peu de formation en psychiatrie ! ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Il faut plus de prévention et plus de psycho-éducation. Cela est important pour la santé mentale. Il est important de savoir ce que font un psychiatre et un psychologue. Si la personne le sait, elle aura plus de chance de chercher de l'aide dans un endroit adapté et non d'aller ailleurs où l'on peut prendre du retard dans les soins et ainsi augmenter les chances de complications de santé mentale (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

En effet, ces récits montrent les risques potentiels à travailler dans une institution psychiatrique. Bien que ces risques potentiels soient considérés comme « normaux » par les professionnels de la santé mentale, ils peuvent être évités comme le montrent les entretiens ci-dessus.

3.1.2 Médecins généralistes

3.1.2.1 Observation

Au total, 26 pratiques thérapeutiques ont été observées. Elles ont été réparties entre deux médecins généralistes dans la zone des patients hospitalisés et dans les services d'urgence. Parfois, ces pratiques duraient environ 6 et 8 heures de permanence, durant ce laps de temps, entre 6 et 9 patients étaient vues dans la zone des patients hospitalisés. Chaque pratique thérapeutique durait entre 6 et 30 minutes. Parfois, l'observation des pratiques thérapeutiques dans les services d'urgence, durant les 3 ou 4 heures de permanence, le professionnel voyait entre 1 et 3 patients pendant 10 et 30 minutes. Ces consultations ont été observées pendant 3 mois, entre juin et août 2012. Voici une sélection de prise de notes des observations durant les consultations entre patients et médecins généralistes :

Médecin généraliste : Depuis combien de jours es-tu ici ?

Patiente : Trois jours parce que je voulais me suicider.

Médecin généraliste : Tu es mère de deux enfants !

Patiente : Je voulais m'en sortir !

Médecin généraliste : Combien de fois as-tu tenté de te suicider ?

Patiente : 35 fois.

Médecin généraliste : Qu'est-ce qui a changé cette fois-ci par rapport aux autres fois ? Que vas-tu faire pour éviter que cela ne se reproduise ?

Patiente : Je ferai les thérapies et je prendrai les médicaments.

Médecin généraliste : Tu dois t'en sortir ou mourir !

(...) (Silence)

Médecin généraliste : Prends-tu des drogues ?

Patiente : Oui, je me droguais. Cela a été par étapes, deux mois de drogues douces et six mois de Crystal.

Médecin généraliste : Quel niveau d'étude avez-vous ? Combien de temps voulez-vous être hospitalisée ?

Patiente : Deux semaines.

Médecin généraliste : Pourquoi es-tu ici ?

Patiente : Parce que j'ai essayé de me tuer.

Médecin généraliste : Veux-tu mourir ?

Patiente : Se suicider n'est pas la solution.

Médecin généraliste : Ce n'est pas la solution et, tu ne meurs pas !

(...) (Silence)

Avez-vous des doutes ou des questions ?

Patiente : Pourquoi j'ai très envie de dormir ?

(...) (Silence)

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients hospitalisés,
patiente de 19 ans, à Culiacan en juin 2012)

Médecin généraliste : (...) Silence

Patiente : Je vais détruire la maison et je ne suis pas malade !

Médecin généraliste : mais, tu es malade !

Patiente : Non, je ne suis pas malade. Je ne peux pas aller aux toilettes.

Médecin généraliste : Ton véritable père, où est-il ?

Patiente : Mon père voulait me pendre. J'ai été violé.

Médecin généraliste : ça t'a dérangé ou as-tu aimé ?

Patiente : (...) Silence

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients hospitalisés à
Culiacan en août 2012)

Médecin généraliste : Vous avez un visage mécontent. Qu'est-ce que vous avez ?

Patiente : Je suis en colère.

Médecin généraliste : Pourquoi êtes-vous ici ?

Patiente : Parce que ma mère m'a amenée.

(...) Silence

Médecin généraliste : Quelle maladie avez-vous ?

Patiente : Mal à la tête.

Médecin généraliste : As-tu déjà pensé que tu deviendrais folle ?

Patiente : Tout le monde a de l'anxiété.

Médecin généraliste : C'est pour cela que nous te donnons un traitement.
Tu n'es pas folle ? Tu es prête à partir ? Comment nous pouvons être sûrs
que tu es bien ?

Patiente : (...) Silence

Médecin généraliste : Avez-vous des doutes ou des questions ?

Patiente : (...) Silence

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients hospitalisés à
Culiacan en juillet 2012)

Pourquoi un tel comportement, de ce personnel de santé envers leur patient, qui contraste avec l'attitude compassionnelle et l'aspect vocationnel que l'on attend d'eux ? Pas facile de répondre à cette question ! On peut dire que derrière cette pratique thérapeutique, on retrouve les « ...logiques sous-jacentes aux comportements du personnel de santé, c'est-à-dire de représentations, normes et stratégies relativement partagées par eux » (Jaffre & Olivier de Sardan, 2003 : 170). L'implication de ce médecin généraliste dans la prise en charge des patients est en effet considérée comme une situation de malaise au travail.

« **Médecin généraliste** : Les difficultés que j'ai trouvées (...) la mauvaise relation ou la relation disproportionnée entre les heures travaillées et les heures rémunérées. Cela serait un obstacle (...). Si je gagnais plus d'argent dans ce travail je n'aurais pas un deuxième emploi. Ce qui m'amènerait à faire beaucoup mieux ce travail. Alors, je ne serais pas fatigué. J'aurais du temps pour sortir le soir, faire du sport. J'aurais plus de temps pour moi ! Et, cela se traduirait par une meilleure qualité de vie et de travail. Malheureusement, je n'ai pas beaucoup de temps à me consacrer, à moi-même, à étudier davantage et à suivre des cours (...).

Chercheur : Comment perçois-tu ta propre santé mentale, en tant que professionnel de la santé mentale ? Je te demande cela, parce que tu travailles ici et que tu as un autre travail et aussi, parce que tu m'as dit que tu consacres beaucoup de temps à travailler, puisque l'HPS ne te paie pas suffisamment et, tu te sens obligé d'avoir un autre travail. Alors, comment perçois-tu ta propre santé mentale et comment celle-ci influe-t-elle sur tes pratiques thérapeutiques ?

Médecin généraliste : Je crois que j'ai aussi plusieurs choses à résoudre moi-même. Comme je te disais, ces choses très personnelles sont comme des obstacles que je dois résoudre. Laisse-moi te dire que comme thérapeute, je dois avoir résolu certains problèmes, parce que sinon tu ne peux pas aider les autres, tant que ces problèmes ne sont pas résolus. J'ai résolu des choses importantes comme ma relation de couple, ma famille, ma sexualité, toutes ces choses sont résolues. Mais, j'ai des choses enfouies plus profondément, plus personnelles, très intimes que je dois finir de résoudre.

Chercheur : Et toutes ces choses peuvent-elles influencer tes pratiques thérapeutiques avec tes patients ?

Médecin généraliste : Oui, effectivement, je me suis découvert à moi-même. Parfois irrité, désagréable par quelques problèmes personnels. Je me suis rendu compte que dans ce moment-là, je ne suis pas en état d'être bon ou adéquat avec mes patients. Quand j'ai une irritabilité ou quand je laisse le patient me passer son irritabilité, alors, il arrive un moment où moi-même, je m'écoute, je m'assois et je me dis : ne parles pas comme ça ! Tu n'es pas comme ça ! Donc, il y a une contamination ! Il y a quelque chose qui est sur toi ! Ma santé mentale est quelque chose que je traite souvent par moi-même et que je surveille pour voir comment vont les choses. Comment je me sens

! Comment je vais ! Comment tu dors ! Qu'est-ce que tu manges ! Par exemple, en ce moment, je prends du poids. J'ai pris 5 kilos mais, c'est parce que j'ai une très grande pression. J'ai l'examen de spécialisation pour étudier la psychiatrie et j'ai beaucoup de stress. Je suis une personne qui quand elle a beaucoup de stress mange beaucoup et, quand elle n'a pas de stress, ne mange rien (...). Alors, je suis stressé et je suis gros, tu vois mon ventre ? ! (...) ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

En effet, la situation de malaise au travail du médecin généraliste pourrait expliquer les raisons de son comportement envers ses patientes. De plus, la physionomie de ce médecin généraliste est athlétique. Au Mexique, il semble normal pour un spécialiste de la santé mentale de s'auto diagnostiquer et de se soigner sans aide ou avis de ses collègues. Ce *verbatim* confirme cela.

3.1.3 Psychologues

3.1.3.1 Observation

Au total, 6 pratiques thérapeutiques ont été observées auprès d'un psychologue dans la zone des patients hospitalisés, ces pratiques se sont déroulées durant les 1 ou 2 heures de permanence où 2 à 3 patients ont été vus. Chaque pratique thérapeutique a duré entre 20 et 40 minutes. Ces consultations ont été observées pendant 1 mois, entre août et septembre 2012.

Voici un exemple de prise de notes durant les consultations psychologiques :

Psychologue : Aimez-vous parler ?

Patiente : Ça dépend. L'opéra pop. J'ai gagné la soirée dansante. Avec ce problème, j'ai quitté le bureau et le lycée. Qu'est-ce que je vais manger aujourd'hui. Quand je mange, j'augmente de 15 à 20 kilogrammes de plus.

Psychologue : Pendant que vous baissez vos notes, vous prenez plus de poids ?

Patiente : Chaque fois que je mange, j'ai envie de me faire du mal. À quoi sert la vie si je suis grosse ! La vie est inutile si je suis grosse. Je me sentais inutile quand j'étais grosse.

Psychologue : Pour être bien il faut parler.

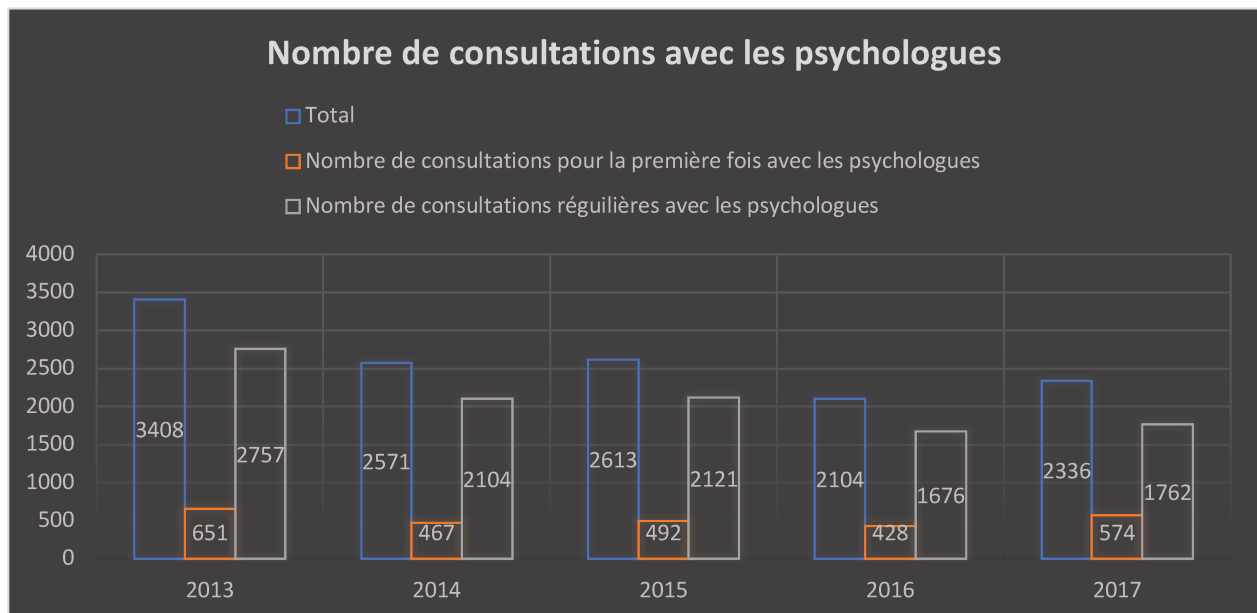
Patiente : Parfois, j'ai l'impression que ma famille ne m'écoute pas et cela me donne plus d'envie de me faire du mal. Mon père pense qu'en m'achetant

des médicaments je me sentirai bien. Chaque fois que je mange quelque chose, j'ai envie de me faire du mal. Tu es grosse ! Tu es grosse ! Tu es grosse ! Je préfère être morte que grosse !
(...) (Silence)

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients hospitalisés, patiente 16 ans (tentative de suicide), à Culiacan en septembre 2012)

3.1.3.2 Moyenne générale des consultations

Graphique 5 : Nombre de consultations régulières et pour la première fois avec les psychologues dans la zone des patients non hospitalisés pendant la période de 2013 à 2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le nombre de consultations chez les psychologues dans la zone des patients non hospitalisés révèle une chute considérable. Le **Graphique 5** montre cette chute pendant la période de 2013 à 2017 de plus de 130 %. Ceci peut s'expliquer par un changement de travail de l'un des psychologues interrogés en 2012, ce dernier a quitté l'HPS³⁶ en

³⁶ J'ai rencontré ce psychologue de temps en temps dans les bureaux du Secrétariat de la Santé de l'État de *Sinaloa*, lorsqu'il demandait d'être muté dans une autre institution de santé. En discutant avec lui, il

2014. Par ailleurs, en 2017, deux psychologues ne faisaient plus de consultations, mais travaillaient dans le secrétariat d'enseignement. La chute des consultations des psychologues peut être expliquée par le nombre de psychologues qui ne travaillent plus dans les consultations au sein de l'HPS et, par le manque organisation. Les futurs patients n'ont pas toujours accès aux services psychologiques au sein de cet hôpital.

Lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 avec l'un des psychologues dans la zone des patients hospitalisés à la question portant sur les événements négatifs qui ont marqué son travail depuis qu'il a commencé à travailler dans cet hôpital, ce psychologue a répondu :

« Ce qui m'a marqué énormément est une hernie discale dans la colonne vertébrale que j'ai eue à cause d'un coup qui m'a été donné par un patient. Je n'oublierai jamais cela! Maintenant, cet événement négatif m'a aidé à ne plus accorder ma confiance aux patients. Dans ma vie personnelle, cet événement m'a marqué aussi, parce que je suis un athlète de basket-ball et que j'ai cessé de pratiquer ce sport à cause de mon problème de hernie discale. Si je joue au basket-ball, dans la demi-heure, la douleur recommence. Je ne peux plus jouer à ce sport comme avant et cela à cause de ce coup (...) et j'ai dit, tant pis ! Je vais m'asseoir ! ».

Et comme dit ce même psychologue sur cette situation à la question portant sur son ressenti quant à l'évolution en tant que professionnel de la santé mentale depuis qu'il travaille dans cette institution, ce psychologue m'a répondu :

« **Psychologue** : Je n'ai pas évolué même si je suis un professionnel de la santé. J'ai dit à certains de mes collègues que je ne me sens pas comme un professionnel réalisé.

Chercheur : Pour quelle raison ?

Psychologue : Parce que je ne gagne pas assez. J'ai trois enfants et une femme. Si on veut ou pas de 3000 *pesos* à 8000 *pesos* sont 5000 *pesos* que j'ai arrêté de gagner pendant plusieurs années. Alors, je ne sens pas une évolution dans mon travail parce que je ne gagne pas beaucoup.

Chercheur : J'imagine que vous avez un autre emploi en dehors de celui-ci.

Psychologue : Bien sûr, je donne de consultation privée mais je nettoie aussi des voitures, entre autres choses. Je fais toutes ces choses parce que si je ne les fais pas, nous ne mangeons pas ».

m'avait raconté qu'il avait arrêté de travailler au sein de l'HPS, parce qu'il se sentait mentalement fatigué et parce que l'HPS ne lui reconnaissait pas son travail.

Ce psychologue a dit aussi les difficultés qu'il a eu dans l'exercice de sa profession :

« Ici, j'ai eu des difficultés, surtout d'ordre administratif, dans le sens que l'administration de cet hôpital m'a mis beaucoup de bâtons dans les roues pour m'empêcher d'entrer et de travailler comme psychologue ici. Les choses que me disait cette administration : vous n'avez pas la capacité, vous n'avez pas le profil d'un psychologue, nous n'avons pas besoin de vous (...). Dites-moi si ces choses que me disaient l'administration ne pourraient pas affecter ta santé ?! ».

(Entretien avec un psychologue à Culiacan en novembre 2012)

Cet entretien met en évidence trois causes de souffrance au travail chez ce professionnel de la santé : Premièrement, les épisodes de violence de patients en état de crise psychiatrique envers les professionnels de la santé. Cela a des conséquences délétères sur sa santé physique et mentale. Deuxièmement, le fait de cumuler plusieurs emplois peut provoquer des symptômes. Le manque de temps pour soi et sa famille, ses loisirs, la peur de ne pas gagner suffisamment d'argent pour les besoins quotidiens de soi et sa famille peuvent constituer une souffrance. Et, finalement, un mauvais chef peut endommager psychiatriquement ses subordonnés. Tous ces éléments peuvent expliquer pourquoi ce psychologue a démissionné de son travail et, ainsi expliquer la chute du nombre de consultations au sein de l'HPS.

Par ailleurs, la chute du nombre de consultations traitées par les psychologues peut être expliquée aussi par le manque d'organisation. Ce manque d'organisation est une cause de souffrance au travail chez certaines personnes.

« **Psychologue** : Je suis dans un bureau et, je ne devrais pas l'être. Je suis isolée du reste du personnel. Il n'y a pas de patients pour moi et l'institution ne veut pas me donner de patients, je suis fatiguée ! Cette situation m'épuise encore plus. Mais, je ne peux pas sortir de mon bureau et je garde la porte fermée parce que j'ai énormément honte. J'ai énormément honte que mes collègues me voient sans faire rien et c'est aussi une usure pour moi (...). Le problème de l'institution est qu'il n'y a pas d'organisation.

Chercheur : Vous, les psychologues, estimez-vous qu'il y a assez de psychologues dans cette institution ?

Psychologue : Actuellement, au sein de l'HPS, nous avons trop de psychologues, regardez-moi ! Je n'ai pas de patients. Vous vous rendez compte, il y a plus de psychologues que de patients. Par exemple, aujourd'hui, il y a environ dix psychologues pour cinq patients. C'est-à-dire, la moitié d'un patient par psychologue. L'organisation laisse beaucoup à désirer ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

Et comme le disent aussi deux autres psychologues sur cette même situation :

« Je pense que le manque de patients est lié à l'organisation et à la façon dont les personnes peuvent avoir accès aux services psychologiques au sein de l'HPS. Par exemple, en ce moment, je n'ai pas de patients et j'aimerais avoir des patients. En général, le bureau de psychologie n'a pas de patient à cette heure. Cela est difficile pour moi parce que je ne peux pas exercer. J'aimerais que l'institution facilite l'accès des utilisateurs à nos services psychologiques ici ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Eh bien tout d'abord, il n'y a pas de patients. Je ne sais pas où se trouve la planification ! ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

L'analyse de ces propos est confirmée par le **Graphique 5** où le nombre de patients dans la zone des patients non hospitalisés n'a pas augmenté significativement depuis 2013, même si en 2017 a eu une légère augmentation de patients par rapport à l'année 2016. De plus, ces récits montrent les difficultés des psychologues dans l'exercice de leur profession au sein de l'HPS. Ces professionnels se trouvent confrontés à des situations pesantes dans leur travail. Les contraintes rencontrées quotidiennement placent ces professionnels de la santé mentale dans une situation de désorganisation par rapport à la planification et à l'orientation des patients. Mais aussi à des situations épuisantes, honteuses et d'impuissances. Cela illustre parfaitement à quel point ces situations sont ressenties dans l'exercice de la profession de ces professionnels au sein de l'HPS.

3.1.4 Infirmier(e)s

3.1.4.1 Observation

L'observation du personnel infirmier, particulièrement dans la zone des patients hospitalisés et parfois dans les services d'urgence, s'est déroulée durant toutes les plages horaires du lundi au dimanche³⁷. Les permanences duraient entre environ 3 et 5 heures par horaire de travail. Les soins du personnel infirmier au sein de l'HPS, se déroulent dans 3 horaires du lundi au vendredi et dans 2 horaires du samedi au dimanche. Parfois, ces soins durent 24 heures ininterrompues. L'observation du personnel infirmier a duré 3 mois, entre juin et août 2012. Voici trois échantillons provenant de trois infirmières qui ont décrit leurs pratiques thérapeutiques. Cet entretien réalisé en 2012 avec l'une des infirmières dans la zone des patients hospitalisés, répond à la question portant sur la définition de maladie mentale.

« **(Infirmière s'adressant à moi)** : Je ne sais pas comment te l'expliquer. Eh bien, comme je l'explique à mes patients. Un petit câble a été débranché et c'est la cause du trouble mental, c'est de cette façon que je l'explique à mes patients, ...

(L'infirmière me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec un patient)

Infirmière : Tu dois te rendre compte que ce médicament reconstruit ce câble, le reconnecte et tes pensées sont à nouveau ordonnées (...). Ce petit câble tant qu'il ne se détache pas, ton ordre mental va bien. Tu vas réfléchir aux choses avant de les faire. Tu avais pensé à agresser ton frère ?

Patient : Non, j'ai fait ça ?!

Infirmière : Oui.

Patient : Ce ne sont pas des mensonges ?! Je n'ai pas pu faire ça ?!

Infirmière : Je sais, c'est ce qui se passe quand ce petit câble est déconnecté. Maintenant, avec le traitement, le petit câble s'est reconnecté de nouveau et tu vas redevenir normal. Tu vas remettre de l'ordre dans vos pensées. Actuellement elles sont un désastre ou non ?

Patient : J'ai l'impression que ma tête s'emballe !

(Infirmière s'adressant à moi) : Parfois, c'est ce que le patient me dit).

Patient : Je ressens beaucoup de choses et je veux faire beaucoup de choses, mais je ne sais pas par où commencer. Il me vient des idées, des idées (...).

³⁷ Pour plus de détails veuillez voir la page 26

(Infirmière s'adressant à moi) : Le patient reste en réflexion ainsi (...). J'ai l'impression que les patients me comprennent mieux quand je leur parle du petit câble, parce que, si je commence à leur parler de la sérotonine je ne crois pas qu'ils vont comprendre. Ce sont les choses que je tente de dire aux patients afin qu'ils puissent comprendre un peu les choses qui se passent dans leur tête.

Patient : Ce sont les nerfs !

Infirmière : C'est le petit câble qui s'est déconnecté, parce qu'il ne produit plus de substance, alors le médicament le réactive (...). Je dis cela aux patients : Les choses qui se passent dans ta tête ne sont pas réelles ou cette petite voix que tu entends n'est pas réelle.

(Infirmière s'adressant à moi) : Tu sais, c'est n'est pas facile de convaincre les patients de prendre les médicaments, je te le dis. ! En effet, les patients sont surpris quand je leur dis, qu'ils ont des hallucinations.

Patient : Comment savez-vous que j'ai des hallucinations ?

Infirmière : Parce que je t'écoute parler seul (...).

(Infirmière s'adressant à moi) : Quand un patient parle seul durant deux ou trois jours, j'arrête de lui parler parce que les patients deviennent irritables et ils s'énervent. Alors, j'attends que le médicament fasse un peu effet et je commence à lui dire :

Infirmière : Entends-tu encore des voix parce que je te vois plus tranquille ?

Patient : Je n'entends pas de voix.

Infirmière : Qu'est-ce que ces voix te disaient ?

Patient : Ces voix m'offensaient, se moquaient et se riaient de moi et, me disaient de faire des choses.

Infirmière : Quoi comme choses ?

Patient : Avoir des rapports sexuels ou de donner de bisous à quelqu'un.

Infirmière : C'est-à-dire que les voix te donnaient des ordres ?

Patient : Oui, frapper quelqu'un ! Si, je frappais une infirmière, j'allais gagner ma vie au ciel.

(Infirmière s'adressant à moi) : Par exemple, j'avais un patient qui m'a frappé très fort au cou. Le fait de penser de cet événement, j'ai encore des douleurs. Ce patient me disait : Ce sont les voix.

Patient : Les voix me disaient que pour chaque infirmière que je frappais j'aurais des points pour sortir de l'hôpital !

Infirmière : C'est pour ça que tu m'as frappé et les autres infirmières aussi ??? Tu as très bien réussi ton objectif. Frapper les infirmières parce que les voix te disaient de le faire et ainsi, pour pouvoir sortir de cet hôpital. Je lui ai répondu, qu'il avait réussi à m'envoyer à l'hôpital (ISSSTE) !

Une heure après qu'il m'ait frappé, j'ai ressenti des vertiges et des maux de tête (...). Je sentais que tout bougé, je sentais aussi ma tête lourde et, j'ai commencé à avoir des douleurs (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Dans cet entretien, nous voyions comment une infirmière essaie de faire comprendre au patient sa pathologie et le moyen de la soigner. Elle essaie de le convaincre de la nécessité du traitement. On voit ici que parfois le traitement est inadapté ou possède des effets secondaires. Le patient peut ainsi redevenir dangereux et violent envers son entourage et le personnel de santé en particulier. Cette infirmière en a fait les frais.

Un autre entretien réalisé en 2012 avec l'une des infirmières dans la zone des patients hospitalisés, répond à la question portant sur la question de l'attention accordée aux patients dans la zone des patients hospitalisés.

« **(Infirmière s'adressant à moi)** : Eh bien, ça ne me semble pas très bien. L'attention accordée aux patients ici dans la zone des patients hospitalisés parce que j'ai vu des patients qui me l'ont dit :

(L'infirmière me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec un patient)

Patient : Hé ! Il y a longtemps que je n'ai pas vu le docteur.

Infirmière : Comment est-il possible que le docteur ne t'ait pas vu ? !

Patient : C'est juste que je passe à la consultation, mais le docteur ne me regarde même pas. Il écrit, il écrit et seulement il écrit. Il ne me regarde même pas, après il me dit que la consultation est finie.

Infirmière : Qu'est-ce que le médecin t'a dit ? Quelle est ta maladie ?

Patient : Rien, il ne me dit jamais rien, il me donne seulement des médicaments ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

En effet, lors des observations des consultations, ce comportement du médecin qui ne semble prêter aucune attention au patient se révèle être récurrent. L'infirmière constate que les soins apportés par les soignants à leurs patients ne sont pas toujours appropriés.

« En réalité il y a beaucoup de choses que je n'aime pas ici. Tous ceux qui travaillent ici ne sont pas égaux, nous ne traitons pas tous les patients de la même manière. J'ai entendu dire qu'une telle infirmière ou un tel médecin s'était mal comporté dans la zone des femmes hospitalisées (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Des affinités peuvent se créer avec certains patients et de la répulsion envers d'autres. Cela s'explique parce qu'avant d'être un professionnel de santé mentale, le professionnel reste un humain avec les sentiments qui le caractérisent et son empathie.

Ici, il y a un autre entretien qui met en évidence le manque de temps dû au travail administratif, mais aussi le manque de temps dû au nombre croissant de patients et au travail de routine toujours plus étoffé.

« Nous, les professionnels de la santé mentale, nous devons donner plus de temps à chaque patient, l'institution doit nous donner plus de temps dans les soins des patients et moins de paperasses pour pouvoir être plus de temps avec les patients. Sentir ce que les patients ressentent à propos de leurs préoccupations, identifier leurs doutes, (...). Malheureusement, nous n'avons pas le temps. La routine que nous devons faire nous absorbe beaucoup de temps (...) et, parfois un seul patient nous absorbe énormément de temps et le reste des patients nous ne pouvons pas leur prêter attention comme il doit être. J'aimerais que nous, les professionnels de la santé mentale, nous soyons plus personnalisés dans la relation patient-soignant (...). Mais nous avons besoin de plus. Je ne sais pas ! Peut-être qu'un changement radical dans la perspective de comment traiter les patients (...). Et que l'institution nous donne plus de temps de pouvoir être avec les patients pour leur parler et de les écouter (...). Actuellement, nous n'avons pas suffisamment de temps pour traiter tous les patients. Notre temps est très limité (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Voici un autre entretien réalisé en 2012 avec l'une des infirmières dans la zone des patients hospitalisés, répondant à la question portant sur la perception de la souffrance de leurs patients.

« **(Infirmière s'adressant à moi)** : Je perçois la souffrance de mes patients quand je les écoute et je les traite. Je tente d'atténuer leurs souffrances avec le peu de connaissance que j'ai de la psychiatrie. Très souvent mes patients me disent : J'ai mal ici ou j'ai de douleur ici ! Même si vous ne voyez pas la douleur du patient, le visage du patient montre sa souffrance. Finalement, ce que veut le patient c'est d'être vu et d'être écouté. J'ai une anecdote que je n'oublierai jamais, c'est quand j'ai commencé à travailler à cet hôpital psychiatrique, j'ai regardé les autres infirmières faire des entretiens et des travaux thérapeutiques. Je me suis dit que, je voulais le faire aussi. Alors, je l'ai dit à l'infirmière en chef.

(L'infirmière me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec l'infirmière en chef et un patient)

Infirmière : Je voudrais faire moi aussi des entretiens.

Infirmière en chef : OK, je vais te donner à un patient qui s'appelle Roman, c'est un violeur.

Infirmière : Bon, j'arrive tout de suite.

(Infirmière s'adressant à moi) : Après deux semaines de travail avec Roman, il me disait :

Roman : Je vous comprends (...). Je ne le ferai plus !

Infirmière : J'ai réussi ! J'ai réussi !

(Infirmière s'adressant à moi) : Ce n'est pas que j'aie guéri Roman, mais il a accepté son traitement. C'est un patient très difficile à soigner. Après il me dit :

Roman : Allez-vous continuer à m'interroger ? Parce que vous m'excitez !

Infirmière : Ay nooooo ! (...).

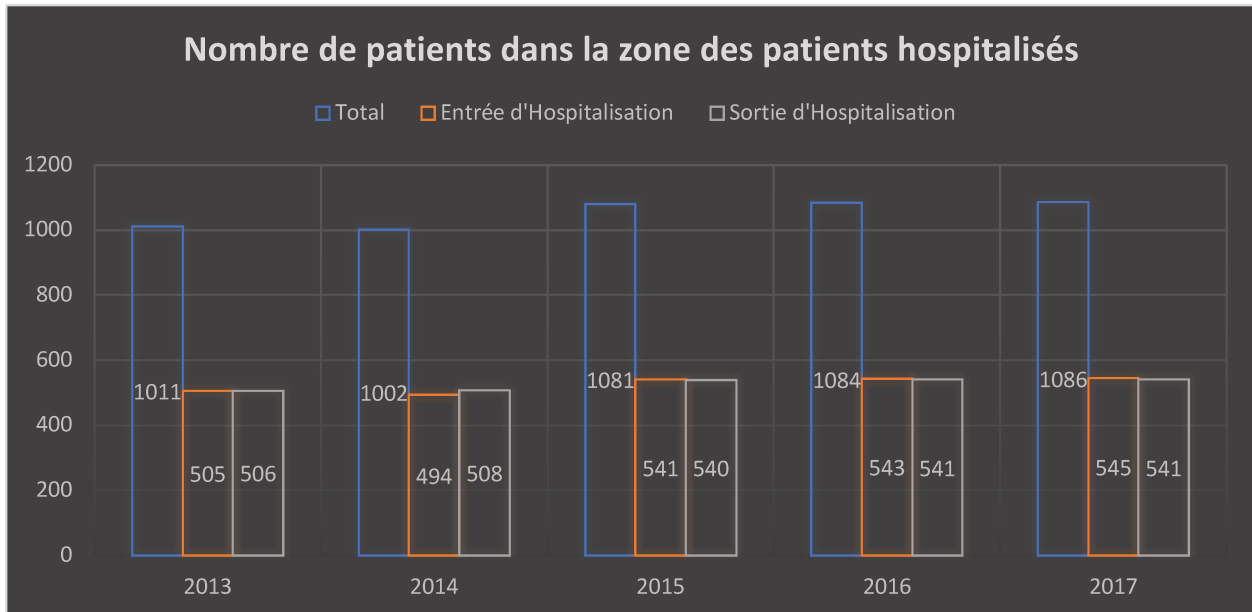
(Infirmière s'adressant à moi) : Tu sais, je n'ai jamais oublié cet événement ! Je me disais que je ne pouvais raconter cet événement à personne. Réellement, je me sentais frustrée. C'était un échec. Je me suis dit : je ne suis pas encore prête ! Ce sont des patients qui sont mentalement très forts et tu te dis à toi-même : le patient te domine ! ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en novembre 2012)

Si ce professionnel de la santé mentale avait étudié davantage ou avait eu l'opportunité d'étudier davantage, elle aurait pu être à même d'établir un diagnostic et voir que son patient simulait sa guérison. Ce *verbatim* montre une infirmière qui va au-delà de son domaine de compétence professionnelle. Et cela semble être monnaie courante. Elle manque de formation et sa confiance semble affaiblie par le patient.

3.1.4.2 Moyenne générale des patients dans la zone des patients hospitalisés

Graphique 6 : Proportion du nombre de patients dans la zone des patients hospitalisés pendant la période 2013-2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le nombre de patients dans la zone des patients hospitalisés, dans **le graphique 6**, révèle une très légère augmentation de plus de 7,4 % pendant la période 2013-2017.

Comme nous l'avons vu dans les entretiens précédents³⁸, les professionnels de la santé mentale souhaiteraient avoir un hôpital qui a une plus grande capacité d'accueil. Le nombre de lits n'a pas augmenté depuis l'ouverture de cet hôpital.

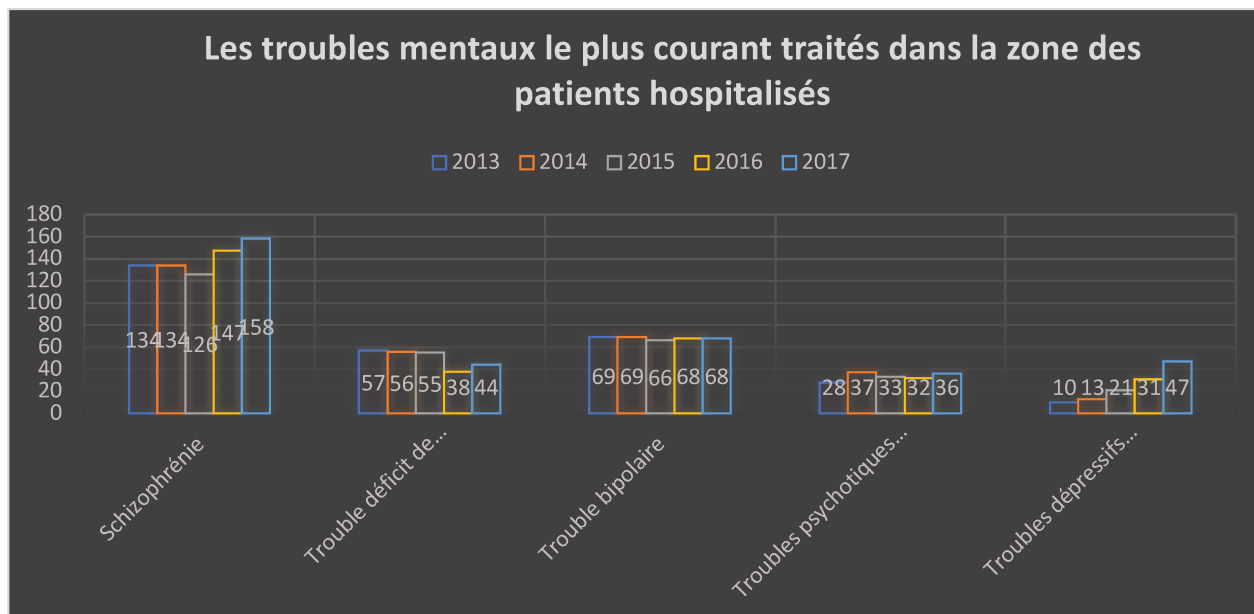
« Nous avons toujours un problème. Nous travaillons toujours à pleine capacité. Il y a une liste d'attente, un patient part et un autre patient arrive. Bien que nous ayons le même nombre de lits (32 lits) depuis l'inauguration de cet hôpital en 1995. Actuellement avec une population de presque 3 millions d'habitants dans l'État de *Sinaloa* ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

³⁸ Pour plus de détails veuillez voir la page 26.

L'analyse de ces propos est confirmée par le graphique 6 où le nombre de patients dans la zone des patients hospitalisés n'a pas augmenté significativement depuis 2013.

Graphique 7 : Les troubles mentaux les plus courants traités dans la zone des patients hospitalisés pendant la période 2013-2017.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2018.

Le **graphique 7** révèle entre 2013 et 2017, les troubles mentaux les plus courants traités dans la zone des patients hospitalisés pendant la période 2013-2017, en étant : la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, en suivant les troubles dépressifs récurrents et les troubles psychotiques induits par le cannabis. Selon l'OMS le trouble bipolaire touche environ 60 millions de personnes à travers le monde. Il se caractérise par des épisodes maniaque-dépressifs entrecoupés par des périodes d'humeur normale. Les épisodes maniaque-dépressifs correspondent à une période où l'humeur est élevée, irritable, à une hyperactivité, un important débit de parole, une estime de soi exagérée et une diminution des besoins de sommeil. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité est un syndrome composite associant difficultés d'attention, hyperactivité et impulsivité (OMS, 2017).

En 2012, les infirmières interrogées m'ont dit que, dans la zone des patients hospitalisés et dans les services d'urgence, arrivent des patients très difficiles et parfois très dangereux à cause de leurs psychopathologies aiguës. Lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 et en 2013 avec les infirmières dans la zone des patients hospitalisés à la question portant sur les types de patients qu'elles aimeraient le moins traiter et leurs raisons, elles m'ont répondu :

« Les dépendants (aux drogues) parce qu'ils viennent très anxieux et agressifs et à cause de cette même anxiété, ils veulent abuser des infirmières ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Les patients avec de troubles bipolaires parce qu'ils sont très exigeants. Ils veulent toute votre attention et ils t'épuisent vraiment. Ces types de patients sont très difficiles à traiter ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Comme mentionné ci-dessus, les psychopathologies aiguës de certains patients incontrôlables pourraient mettre en danger le personnel de santé et les autres patients. Ces patients plus dangereux demandent un niveau d'alerte constant qui demande beaucoup d'énergie. Malheureusement, ce personnel de santé ne doit pas seulement faire face à ce type de patients, mais aussi doit faire face au manque de soignant et de formation.

Comme vu précédemment, les psychopathologies aiguës de certains patients non stabilisés pourraient mettre en danger le personnel de santé et d'autres patients. Mais lorsque les patients sont contrôlés, ils peuvent sauver des vies comme le montre ce témoignage.

« Il y a environ 15 ou 16 ans, j'étais enceinte et un patient m'a agressé physiquement. À ce moment-là, je n'avais pas le soutien de mes collègues parce qu'ils étaient occupés avec d'autres patients. Et cela m'a marqué

profondément parce que les autres patients m'ont aidé. Sinon peut-être que ce patient m'aurait tué (...). Après ce qui s'est passé avec ce patient, j'avais très peur d'aller travailler (...), c'est cela qui m'a marqué (...), mais les patients m'ont aidé (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Dans cet entretien ci-dessus, certains patients contrôlés dans la zone des patients hospitalisés, deviennent-ils des techniciens en santé mentale ? ! La dangerosité de la relation avec le patient psychiatrique poserait-elle le plus de problèmes, pour les infirmières, ou est-ce le manque de personnel de santé qualifié ? ! Cet entretien met en évidence la pénurie de personnel de santé qualifié dans la zone des patients hospitalisés ce qui peut mettre en danger non seulement le personnel de santé, mais aussi les autres patients.

De plus, il existe en effet un risque élevé pour les infirmières qui travaillent dans la zone des patients hospitalisés, mais plus encore pour les infirmières remplaçantes, dans le sens que ces infirmières n'ont ni d'assurance-maladie, ni protection de l'hôpital. Voici un exemple de ces difficultés que rencontrent les infirmières remplaçantes dans l'exercice de leur profession :

« **Infirmière remplaçante** : Ici, dans la zone des patients hospitalisés, nous prenons beaucoup de risques. Je peux vous dire que les infirmières remplaçantes prennent plus de risques que les autres infirmières. Les infirmières remplaçantes s'impliquent davantage auprès des patients.

Chercheur : Comment vivez-vous ce moment avec le patient ?

Infirmière remplaçante : À ce moment-là, nous ne pensons pas au risque (...) nous faisons notre travail, mais nous risquons beaucoup ! ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en janvier 2013)

Une autre difficulté rencontrée par ces infirmières, est le manque d'opportunité d'avoir un travail stable et les salaires non payés à temps.

« La difficulté serait que nous n'avons pas un travail stable. C'est très difficile de travailler sans avoir un travail stable parce que si nous n'avons pas un

travail stable, nous ne pouvons pas avoir une assurance-maladie et l'institution peut nous surcharger de travail et de nous payer comme elle veut ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« Payer les infirmières remplaçantes parce que venir travailler ici très souvent est difficile. La direction de l'hôpital ne nous paie pas très souvent et nous n'avons pas d'argent pour acheter le billet de bus pour venir travailler ici ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« Ici, nous n'avons aucun droit . Nous n'avons pas un travail stable. Nous n'avons pas de prestations. Nous n'avons pas d'IMSS (Institut Mexicain de Sécurité Sociale) ni d'ISSSTE (Institut de Sécurité et de Services Sociaux pour les Travailleurs de l'État). Même pour prendre des décisions, nous ne comptons pas. Peu importe, combien d'années nous avons travaillées ici comme infirmières remplaçantes. Nous sommes payés chaque fois que le veut la direction de l'hôpital. Et le pire est, que cette direction peut mettre plusieurs mois à nous payer ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« **Infirmière remplaçante** : Ici, il n'y a pas de travail.

Chercheur : Comment ?

Infirmière remplaçante : Je parle de manière générale. Ici nous souffrons parce que nous n'avons pas d'emplois. Je te le dis, nous n'avons pas la chance d'effectuer notre carrière. J'ai étudié, mais je ne trouve pas d'emploi et le pire est, qu'il ne me donne pas de travail si je n'ai pas de l'expérience (...) il n'y a pas une institution qui puisse nous donner l'opportunité d'exercer notre profession et ici c'est très difficile (...). Ici dans cet hôpital nous voulons faire une maîtrise, mais cette institution seulement donne l'opportunité d'étudier au personnel qui a un travail stable et je suis une travailleuse qui n'a pas un travail stable parce que je suis infirmière remplaçante. Ici il y a du « favoritisme » envers le personnel qui a un travail stable. Le personnel qui a un travail stable a plus de privilèges que le personnel qui n'a pas un travail stable. À cet égard, l'institution ne nous aide pas. Nous voulons nous préparer davantage, mais il y a beaucoup d'obstacles et le pire est que moi personnellement je n'ai pas plus la motivation pour exercer ma profession ».

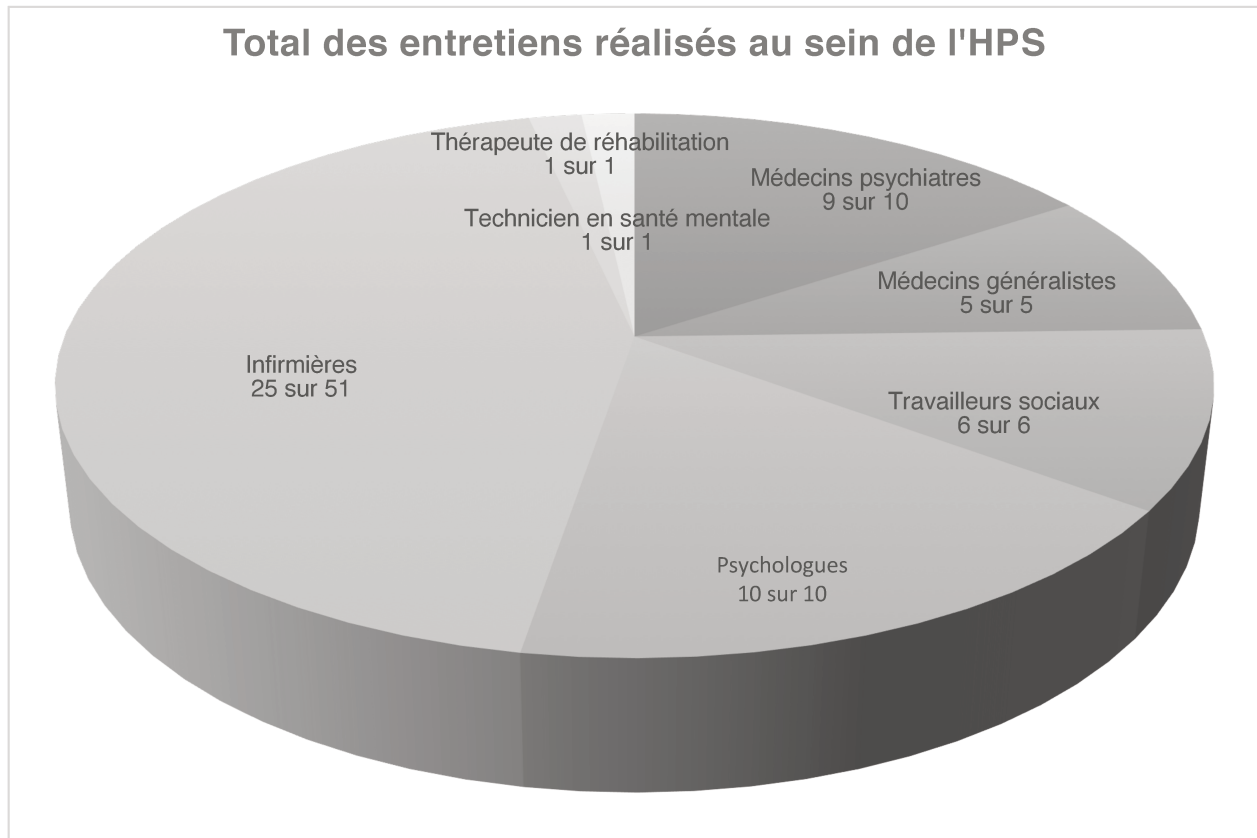
(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

En effet, ces récits montrent les difficultés des infirmières et en particulier des infirmières remplaçantes dans l'exercice de leur profession au sein de l'HPS. Ces soignantes se trouvent confrontées à des situations pesantes au travail, qui clairement ont des incidences non seulement dans leurs pratiques thérapeutiques, mais aussi sur leurs états de santé mentale. Cela s'exprime surtout par la peur de perdre la vie au travail. Les contraintes rencontrées au quotidien placent ces soignantes dans des situations difficiles, dangereuses et violentes. Elles doivent faire un travail plus administratif que soignant. Le plus pénible est que certaines soignantes sont résignées. Si elles veulent continuer à travailler au sein de l'HPS, elles doivent accepter de travailler sans assurance-maladie, sans protection de l'hôpital et avec paiement différé. La non-reconnaissance de la hiérarchie et de leurs collègues amène ces femmes dans une impasse où se trouve le point de souffrance qui est ressenti au travail.

3.2 Entretiens avec les professionnels de la santé mentale

Les entretiens individuels avec les professionnels de la santé mentale furent réalisés entre septembre 2012 et février 2013. En tout, 57 professionnels de la santé mentale ont été interrogés (sur 84 professionnels de la santé mentale). **La figure 1** illustre le nombre total d'entretiens individuels réalisés avec les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS.

Figure 1. Le nombre total d'entretiens individuels réalisés, divisé entre psychiatres, médecins généralistes, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières, un technicien en santé mentale et une thérapeute de réhabilitation.



Source : Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, 2012.

Les entretiens individuels duraient entre 1 et 3 heures chacun. Tous ces entretiens ont été effectués en une fois. Je demandais aux professionnels de la santé mentale de prévoir toujours au moins une heure ou plus pour l'entretien, mais quelques fois les professionnels de la santé mentale prenaient du retard en raison d'une consultation ou d'un soin. Tous les entretiens avec les professionnels ont été réalisés sur leur lieu de travail et pendant leurs heures de travail. Au début des entretiens, une explication était donnée aux professionnels de la santé mentale, sur le but de ma recherche. Ils devaient ensuite donner leur consentement et, ils l'ont donné sans aucun problème. Du moment que le Directeur de l'HPS avait accepté la recherche, leur accord, aux conditions de l'entretien, semblait aller de soi.

Les entretiens individuels avec les professionnels de la santé mentale étaient réalisés dans toutes les zones de soins et ont été enregistrés en audio. La grille d'entretien préparée préalablement a été modifiée afin de s'adapter au terrain en fonction des statuts des professionnels de la santé mentale et de l'évolution des réflexions qui en découle. De manière générale, elle était axée autour des thématiques suivantes : les parcours professionnels du professionnel de la santé mentale, le travail qu'il effectuait dans les services psychiatriques, les difficultés dans le travail. À la fin de l'entretien, les professionnels de la santé mentale exprimaient souvent leur contentement d'avoir participé à l'entretien et, leur espoir de voir cette recherche faire changer la politique publique de santé pour le bien-être des professionnels de la santé mentale et des patients. Voici quelques exemples d'espoirs qui ont été émis par certains professionnels de la santé mentale.

« Il me semble important que vous soyez ici avec nous pour faire cette recherche, parce que cela indique que le directeur actuel de l'HPS, se préoccupe de notre santé mentale, de notre santé physique, de l'hôpital psychiatrique, des soins aux patients et des carences de cet hôpital ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en novembre 2012)

« Le plus important, c'est que cette recherche mette le doigt sur les problèmes que nous avons ici, dans l'hôpital psychiatrique. J'espère ! J'espère que les résultats de ta recherche nous les feront connaître (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en novembre 2012)

« J'aimerais que la recherche, que tu fais, apportera une analyse et une contribution et, qu'elle sera prise en compte dans le cadre de la politique sociale et de la santé de notre pays. Puisque les gens qui sont là (dirigeants, politiciens) ne savent pas vraiment de quoi il s'agit. Ils n'ont pas vu ces gens pleurer et souffrir, alors ils ne savent pas ! ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

« J'aimerais que tu fasses connaître à l'échelle nationale les résultats de ta recherche ! Je veux aussi que tu saches qu'ici, le Ministère de la Santé de l'État de *Sinaloa* n'a pas de programme exclusif pour la santé mentale (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Ce type d'étude est très importante afin de voir dans quelles conditions de vie au travail, nous sommes ici ! (...) ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en novembre 2012)

« J'espère que vous êtes le premier, d'une longue lignée d'ingénieuses personnes, qui pourra faire des recherches sur les aspects très négligés de la profession, comme le transfert et le contre-transfert. Quelle est la réaction du psychiatre quand il soigne ses patients ? Les patients ne doivent pas être seuls l'objet d'une recherche ! Pas seulement les patients et leur perception des psychiatres. Mais plutôt sur les psychiatres, comment vont-ils ? Comment se sentent-ils avec les choses qu'ils font dans leur travail ? Je crois que cela doit faire objet de recherches et, pour cela, je voudrais vous féliciter parce que je pense que la recherche que vous faites, est merveilleuse » :

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Si je pouvais changer le fonctionnement de l'organisation où je travaille, je crois que ce serait d'« écouter » le personnel de santé sur ses besoins (...). Diriger les besoins et les objectifs de l'hôpital (...). Je pense que les choses qui manquent dans cet hôpital, c'est la supervision du personnel de santé qui travaille ici. C'est un projet que j'ai toujours eu, quelques-uns de mes collègues pensent que c'est un projet très ambitieux mais qu'effectivement, il est nécessaire. Il y a des hôpitaux psychiatriques dans d'autres pays dont les travailleurs de la santé mentale sont supervisés. Cet hôpital psychiatrique a de hauts risques et un programme de supervision pour ses travailleurs serait très bon ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Mettre en lumière « l'Écoute » des professionnels de la santé mentale, tel est une des fonctions de cette recherche. Cela a permis de mettre en évidence leurs conditions de

travail, leur propre santé mentale ainsi que leurs besoins. Mais aussi, les solutions possibles trouvées par ces professionnels comme le soulignent les entretiens ci-dessus.

3.3 Enjeux de la collaboration interprofessionnelle

Interroger la teneur et la place des différents types de savoirs dans le champ de la santé mentale touche inmanquablement au champ de la sociologie des professions et aux rapports entre les différents professionnels d'où l'importance de réaliser un travail d'immersion au cœur de l'HPS et d'y interagir. La problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale s'insère dans un contexte interprofessionnel où se joue des tensions entre différentes professions ou segments professionnels, comme le montrent les différents phases observés à l'HPS et comme il m'a été signalé lors de différents entretiens. Le pouvoir des professionnels étant en partie tributaire d'une maîtrise de la construction des savoirs professionnels, le développement de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, demande d'être compris à l'intérieur des logiques de concurrence qui existent entre certains professionnels de santé partageant un terrain d'activité (Abbott, 1995 ; Abbott, 2003). Les statuts des différents savoirs utilisés dans le champ de la santé mentale ne sont pas uniquement appréhendés dans une logique de soins, mais ils servent également les intérêts de groupes professionnels et d'individus occupant des postes particuliers au sein des professions (Abbott, 1991 ; Armstrong, 2002). Dans les relations parfois tendues entre les mêmes professionnels de la santé mentale, par exemple entre infirmières et infirmières-en-chef ou infirmières, ou entre infirmières et médecins psychiatres. Les oppositions entre savoirs dits « scientifiques » et savoirs dits « expérientiels » sont mises en mouvements durant les soins aux patients en crise dans les services d'hospitalisation. Ils sont plus exacerbés encore, permettant de créditer les savoirs des uns et de discréditer les savoirs des autres. Ce qui est le cas entre des infirmières/travailleurs sociaux et des psychiatres, entre des psychologues et des psychiatres et entre des médecins généralistes et des psychiatres.

Dans la zone des patients hospitalisés, une infirmière en chef m'a dit qu'un psychiatre avait attiré son attention sur les indications prescrites au patient. Le psychiatre dit que pour les patients psychiatriques, ce genre de comportements est normal. Nous les infirmières, nous avons décidé d'attacher le patient, mais le psychiatre ne connaît pas la situation du patient. C'est parfois une question d'éthique. Le psychiatre ne veut pas que ses patients soient attachés. Les psychiatres ont des difficultés à respecter nos critères de soins infirmiers, ce qui nous décourage, nous les infirmières, parce que les psychiatres croient que nous les infirmières, nous ne les croyons pas. Les psychiatres nous disent que nous, les infirmières, nous sommes plus anxieuses que les patients.

(Prise de notes d'une infirmière en chef à Culiacan en juin 2012)

« **(Infirmière s'adressant à moi)** : J'aimerais que vous soyez dans ma zone de travail pendant 15 minutes pour que vous puissiez voir que ce n'est pas de ma faute. Je comprends qu'à un moment, le patient se sente mal et anxieux, qu'il ait envie de partir et qu'il soit agressif. Mais, s'il y a agression c'est parce qu'il traverse une crise mentale. Toutes ces choses qui se sont déjà passées, se passent aussi actuellement avec les patients. Certains psychiatres nous disent que les infirmières sont plus anxieuses que les patients. La vérité est que, ce type de commentaire est très dérangeant pour nous les infirmières.

(L'infirmière me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec un psychiatre)

Infirmière : Docteur, écoutez ! Si votre patient commence à se sentir très mal, pouvez-vous venir l'évaluer ? Puisque je ne peux pas lui donner un médicament sans votre consentement !

(Infirmière s'adressant à moi) : J'ai besoin que le psychiatre vienne évaluer le patient. Je sais qu'il est très occupé ailleurs, mais la priorité doit être donnée aux patients qui sont hospitalisés. Quand le psychiatre arrive enfin pour voir le patient après les demandes insistantes de l'infirmière, le psychiatre constate que le patient est tranquille.

Infirmière : Mais oui docteur ! Vous arrivez avec 15 ou 20 minutes de retard ! Le patient se sentait très mal, j'ai réussi à lui parler et à le rassurer ! La seule chose que je vous demandais, c'était de venir et de l'évaluer durant sa crise.

(Infirmière s'adressant à moi) : Nous voulons simplement que le psychiatre constate que le patient se sentait très mal. C'est une lutte constante avec certains psychiatres, ils nous donnent des instructions que le personnel infirmier doit faire respecter et exécuter. Le problème est que, si le patient est très agité, nous ne savons pas quoi faire. Je te le répète, nous n'avons pas le droit de donner des médicaments aux patients. Et, c'est ce que je veux te dire. Je ne vais pas attendre que le patient s'agresse lui-même, qu'il m'agresse ou qu'il nous agresse (le personnel soignant et/ou les autres patients) pour appeler un psychiatre. Quand je vois qu'un patient est très mal, la seule chose que j'ai à faire, est de prévenir le psychiatre. Je te répète, je

n'attends pas que le patient s'agresse lui-même, qu'il m'agresse ou qu'il nous agresse. J'appelle le psychiatre. Malheureusement, le psychiatre vient vite que quand, le patient a déjà agressé ou il a été violent. Je me pose la question, pourquoi faut-il attendre que le patient soit agressif ou violent alors que le psychiatre peut très bien venir avant et prévenir ça ?! (...). Nous luttons pour que notre travail soit reconnu et apprécié. Parfois certains psychiatres nous disent que les infirmières sont menteuses et anxieuses (...). Nous n'avons pas encore réussi à ce que le diagnostic fait par le personnel infirmier soit pris en compte. Reste beaucoup de choses à faire ! Même si nous avons créé nos propres diagnostics et interventions en soins infirmiers, ces diagnostics et interventions ne sont pas nécessairement prescrits par les médecins psychiatres (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Si j'étais directeur je serais en désaccord avec les cadeaux des représentants des laboratoires pharmaceutiques. Quand un représentant d'un laboratoire arrive, il dit au psychiatre : ce médicament vient de sortir (...) si tu donnes 100 ordonnances avec ce nouveau médicament, je te donnerai un cadeau (...). Alors, le psychiatre qui a un patient stable avec un autre médicament donne ce nouveau médicament afin de gagner son cadeau. Il enlève le vieux médicament à son patient et il met le nouveau en place. C'est un changement que le patient a (...) parfois ce changement est favorable au patient, mais parfois, il fait l'effet contraire et déséquilibre le patient et cela ne devrait pas arriver. Cela affecte aussi le patient économiquement parlant parce que le médicament qui vient de sortir est plus cher. Je suis en désaccord aussi lorsque le psychiatre arrive les mains dans les poches en tardant, car il ne veut pas venir, voir le patient qui présente une crise mentale. Alors, c'est peut-être mieux s'il ne vient pas parce qu'il arrive sans donner aucune indication ou il donne des indications qui nous sont inutiles (...). Une fois j'ai parlé avec un psychiatre :

(L'infirmière me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec un psychiatre)

Infirmière : Hé docteur ! Vous avez changé le médicament de l'une de vos patientes, cette patiente a des ressources économiques très limitées et je ne pense pas qu'elle puisse l'acheter (...) il m'a répondu :

Psychiatre : Ce n'est pas mon problème elle peut aller ailleurs !

Infirmière : Merde ! Merde !

(Infirmière s'adressant à moi) : Puis, j'ai dit cela au psychiatre parce qu'on suppose que nous devons aider le patient (...). Cette situation est très difficile, je n'ai pas la responsabilité de suspendre ou de changer le médicament, cette responsabilité est celle du psychiatre et puis comme infirmière que je suis, j'ai mes propres responsabilités, c'est comme si le psychiatre voulait aussi me dire : écoute, ne lave pas le patient comme ça ! (...). Mais, si le psychiatre me dit le pourquoi et le comment. Et si le patient va mieux, pourquoi ne pas le faire, je suis disponible pour un changement

afin d'améliorer les soins aux patients et malheureusement, il y a des individus qui ne veulent pas de ça (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« **(Travailleuse sociale s'adressant à moi)** : Je changerai certains médecins, parce que parfois ils entravent notre travail, parfois nous ne faisons pas notre travail comme il devrait être fait parce qu'ils nous freinent, par exemple :

(La travailleuse sociale me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec un psychiatre)

Travailleuse sociale : Docteur ! Il y a un patient qui est arrivé aux services d'urgence, il est arrivé très mal et très agressif. Il me répond :

Psychiatre : Je vais laisser ce patient avec l'autre médecin qui va arriver, pour prendre son tour de garde ou vous pouvez le dire au gardien de sécurité de le laisser entrer dans le service.

Et je lui dis :

Travailleuse sociale : Vous devez sortir et voir le patient.

(Travailleuse sociale s'adressant à moi) : Parfois, il y a des médecins qui donnent une ordonnance de médicaments très chers au patient, en sachant que le patient ne pourra pas les acheter et en sachant qu'il y a des médicaments beaucoup moins cher ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

Ces difficultés rencontrées entre les infirmières en chef/travailleurs sociaux et les médecins dans toutes les zones de soins reposent sur la bonne volonté d'un travail bien fait. D'une part, au temps pris, par un médecin, pour évaluer un patient au moment d'une crise mentale et d'autre part à la compétence professionnelle du médecin. Cet échange prend vraisemblablement son origine dans les rapports entre ces deux professionnels de la santé, qui obéissent, en partie au moins, à une logique de sociologie des professions et à la personnalité de chaque intervenant dans l'échange. Ils sont alors source de tensions et de discriminations.

« En effet, j'aimerais que l'institution puisse nous donner des cours de formation. Par exemple, un cours aux psychiatres et un cours aux psychologues, mais que les cours aient la même ligne de conduite. Parce que les psychiatres ont des indications pour faire leur travail et nous, les psychologues, nous avons d'autres indications de comment faire le nôtre. Il n'y a pas de cohérence. L'institution devrait nous donner la même formation

pour suivre la même ligne de conduite en utilisant le même langage technique à propos des troubles mentaux ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

Le manque de congruence dans les formations amène aux incompréhensions et ces incompréhensions amènent à des tensions.

Voici deux entretiens sur cette situation, dans le premier entretien, un médecin généraliste parle de son désaccord, dans une certaine mesure, avec les psychiatres sur les soins aux patients. Dans le deuxième entretien, un autre psychiatre me parle du manque de connaissances en psychiatrie des médecins généralistes.

« Je crois que pour le psychiatre, il est très important d'enlever ce genre de stigmatisation que tous les patients qui arrivent aux consultations sont très mal, les patients sont très mal ! C'est une stigmatisation qui est très commune chez les psychiatres vis-à-vis des patients. Je suis opposé à tout ça. Le psychiatre doit évaluer objectivement le patient qui arrive à la consultation. Par exemple, si le patient arrive à la consultation et voit un vieux psychiatre qui travaille au sein de l'HPS depuis 15 ou 20 ans et que le patient a besoin de ça ou d'autre chose. Le psychiatre dit que le patient va très mal ! Bien que le patient ait seulement besoin d'une psychothérapie ou que le patient soit simplement angoissé ou déprimé. Cela ne signifie pas que le psychiatre doit dire que le patient est très gravement atteint et, qu'il a besoin d'un traitement médical intensif. Alors qu'il y a beaucoup d'autres alternatives qui peuvent très bien aider le patient. Le psychiatre doit évaluer objectivement le patient et voir si le patient qui arrive est vraiment gravement atteint. Pourquoi traiter un problème de façon très grave quand le patient n'est pas gravement atteint ! Ces choses se passent entre les psychiatres ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

« Je pense qu'il est nécessaire d'informer plus de gens sur ce qu'est la santé mentale et, de commencer premièrement par les médecins généralistes. Les médecins généralistes sont les professionnels de la santé qui ont le moins de connaissances sur la psychiatrie. Pour ces médecins, il y a une certaine peur à étudier cette spécialité qu'ils ne connaissent pas. Ces médecins généralistes nous raillent, nous les psychiatres à propos des traitements pour la simple raison qu'ils ne savent pas. Par exemple, si vient un patient psychiatrique dans la consultation chez le médecin généraliste, ce médecin va dire au patient : ne prenez pas le médicament ! ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

Il y a une lutte hiérarchique dans les sens où les généralistes oublient que les psychiatres sont des généralistes avec spécialisation et, que les psychiatres oublient qu'ils peuvent communiquer des informations sur les protocoles employés aux médecins généralistes. Les psychiatres peuvent aussi continuer à se former aux nouveaux protocoles et aux nouveaux moyens de guérison, cela peut être ainsi transmis et utilisé par certains médecins généralistes.

Selon Andrew Abbott, il est possible de se demander si le cœur de l'activité est plus important pour les professionnels, que les frontières qui permettent à ce cœur d'exister (Abbott, 2016 : 123). Geneviève Paicheler montre que dans le domaine des soins, plus spécifiquement, être en interaction avec d'autres professionnels revient à s'exposer à des empiètements de territoire (1995). C'est pourquoi, dans le bagage théorique d'Andrew Abbott (1988 ; 2003 ; 2007), se trouve comment penser les relations qui peuvent exister entre les mêmes professionnels de la santé mentale qui interviennent lors des soins aux patients en crise dans les services d'hospitalisation dont ils s'occupent avec des luttes de territoires.

3.3.1 Sociologie des professions et les professionnels de la santé mentale

Dans l'approche fonctionnaliste, Talcott Parsons (1955) définit le rôle professionnel du personnel soignant à partir de sa relation au patient. Pour lui, c'est l'obligation réciproque entre le personnel soignant et le patient, c'est-à-dire, le personnel soignant a le devoir de s'occuper du patient et le patient doit accepter les soins. Sur la base de cette notion d'obligation réciproque, Dubar et Tripier restreignent alors la liste de " professions établies " à quatre domaines. La médecine, le droit, la technologie et l'enseignement, ces domaines sont ceux dans lesquels il existe une telle obligation réciproque et qu'il oppose d'une part, à l'activité commerciale-financière et, d'autre part, à l'activité administrative

bureaucratique (Dubar et Tripier, 1998 : 82). Talcott Parsons avance que le professionnel de la santé est l'exemple type du professionnel :

[Le personnel soignant possède] des compétences techniques « universalistes » de haut niveau, une spécificité fonctionnelle de « spécialistes de son domaine et seulement de lui », une neutralité affective lui permettant seule la réussite du diagnostic et du traitement, une orientation vers la collectivité qui lui permet de « mettre le bien-être de son patient au-dessus d'intérêts commerciaux » (plus que tout autre, sauf le prêtre, précise Talcott Parsons ; *Id.*, p. 435 ; cité par Dubar et Tripier, 1998 : 84-85).

Le personnel soignant participe à « l'institutionnalisation de la relation thérapeutique et au rétablissement de l'ordre social et symbolique dans la restauration de la santé individuelle » (Mioche, 2005 : 174 ; cité par Barraud, 2013 : 27).

Voici quelques exemples de l'institutionnalisation de la relation thérapeutique au sein de l'HPS.

« Depuis le temps que je travaille ici, je donne tout de moi et, je voudrais que mes autres collègues fassent la même chose. Je suis une passionnée. Mettez-vous à la place de l'autre, imaginez si c'était un de vos patients ou un de mes patients, si c'était quelqu'un de ma famille, j'aimerais qu'il soit bien traité (...). Je sais qu'ici dans cet hôpital travaillent des professionnels de la santé très compétents et qu'ils ont la capacité de donner plus (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« J'essaie que la relation thérapeutique (psychiatre-patient) soit la plus humaine possible où la hiérarchie du psychiatre envers le patient n'est pas très marquée et où, le patient et le psychiatre sont le plus proches possible. Par exemple, parfois le patient me dit :

Patient : Doc. Je suis fatigué !

Psychiatre : Si vous voulez vous allonger, fermer les yeux, détendez-vous, calmez-vous comme vous le souhaitez.

Je fais comme si c'était une relation thérapeutique informelle, bien qu'il s'agisse simplement de tactiques et de stratégies que j'utilise pour que le patient se sente plus empathique avec moi. C'est la raison pour laquelle je me sens comme un poisson sur l'eau. Pour moi, ces tactiques et stratégies me sont très familières et très habituelles (...). La relation qui existe entre les patients et moi, est très bonne. J'essaie d'avoir une très bonne relation qui ne soit pas strictement celle de venir, de s'asseoir et de me parler :

Patient : Doc. Je n'ai plus de douleur ! Je n'ai plus d'angoisse ! Je n'ai plus d'anxiété !

Je préfère que la relation thérapeutique soit une relation de confiance, je n'ai aucun problème à leur demander quoi que ce soit sur n'importe quoi ! Les patients me font beaucoup plus confiance. En effet, je peux demander des choses que peut-être les psychologues ne pourraient pas demander aux patients. Par exemple de parler de sexe, de relation de couple parce que c'est un thème très intime. Mais aussi, de parler de choses comme des deuils non traités, que les patients tentent toujours de nier ou de dissimuler dans une thérapie. Je détecte habituellement la tristesse dans leurs yeux ou leurs attitudes qui consistent à nier des choses. Parfois, les patients me disent qu'ils se trouvent parfaits, mais leurs yeux me disent le contraire. Je sens que les patients ne me disent pas la vérité et c'est à ce moment-là que je dis au patient : avez-vous des problèmes personnels ou des problèmes ! Jusqu'à ce qu'ils parlent enfin (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

Dans l'approche interactionniste, Everett Hughes valorise les professions comme des formes d'accomplissement de soi. Les deux éléments caractéristiques de cette démarche sont l'interaction et la biographie, car l'activité professionnelle s'inscrit dans une trajectoire de vie de travail, avec son entrée dans le métier, le déploiement de ces différentes activités, les choix amenant à des réorientations (les « points de basculement »), les échecs (...). Everett Hughes avance que le salarié est le mieux placé pour décrire et analyser son travail (Dubar et Tripiet, 1998).

Le point de vue interactionniste se décline selon quatre principes : (Dubar et Tripiet, 1998)

- « Les groupes professionnels

Ce sont les processus d'interaction qui conduisent les membres d'une même activité de travail à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie, leur territorialité et à se protéger de la concurrence ;

- La vie professionnelle

Qui est un processus biographique qui construit les identités tout au long du déroulement du cycle de vie, depuis l'entrée dans l'activité jusqu'à la retraite, en passant par tous les tournants de la vie (points de basculement) ;

- Les processus biographiques et les mécanismes d'interaction
Qui sont dans une relation d'interdépendance : la dynamique d'un groupe professionnel dépend des trajectoires biographiques (carrière) de ses membres, elle-même influencée par les interactions existantes entre eux et avec l'environnement ;
- Le groupe professionnel
Qui cherche à se faire reconnaître par leurs partenaires en développant des rhétoriques professionnelles et en recherchant des protections légales. Certains y parviennent mieux que d'autres, grâce à leur position dans la division morale du travail et à leur capacité de se coaliser. Mais tous aspirent à obtenir un statut protégé » (Dubar et Tripier, 1998 : 96).

Entre les différents courants sociologiques dans l'analyse des professions ci-dessus mentionnés, l'axe choisi, ici, va plus particulièrement vers la sociologie interactionniste des groupes professionnels, car elle s'intéresse à « la dynamique des interactions, sur un territoire donné, entre un groupe professionnel (ou autre) et tous les partenaires de ces activités » (Dubar et Tripier, 1998 : 96). Cette sociologie désigne en effet un ensemble de « travailleurs exerçant une activité ayant le même nom et, par conséquent dotés d'une visibilité sociale bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail et caractérisés par une légitimité symbolique » (Gadéa et Demazière, 2009 : 20). Les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS correspondent à cette désignation : ils constituent un groupe professionnel ou groupes professionnels. Groupe(s) considéré(s) comme une porte d'entrée analytique (Gadéa et Demazière, 2009 : 451), non réifié.

Par ailleurs, la sociologie interactionniste des groupes professionnels met en perspective la constitution du groupe (la professionnalisation, la conquête d'un monopole, ...) avec les pratiques et les situations de travail que Howard Becker invite « à étudier empiriquement et à (...) pénétrer en profondeur » (Becker, 2009 : 11). Nadège Vézinat (2010) dit que parler de groupe professionnel est un « glissement sémantique (qui) permet donc un

nouveau partage de la division du travail entre sociologie des professions et sociologie du travail : en instituant une sociologie des groupes professionnels, le contenu de l'activité de travail rentre dans l'analyse du sociologue » (Vézinat, 2010 : 12). En ce sens, la sociologie interactionniste des groupes professionnels apporte un éclairage intéressant sur la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. Il renvoie à l'idée que la vie professionnelle est structurée par les relations, tout particulièrement les relations de concurrence, entre divers groupes socio-professionnels et même à l'intérieur de ces groupes pour le contrôle des activités qu'ils exercent ou convoitent. Lors d'un entretien avec une infirmière, cette dernière a expliqué qu'elle ne pouvait pas suivre les cours du soir, car, son infirmière en chef ne l'a laissée partir qu'à 20 : 00 heures alors que ces cours commençaient à 19 : 00 heures. Cela illustre le parfait exemple de dysfonctionnement au sein d'un même groupe professionnel. De plus, les relations tendues de territorialité, vues dans certains *verbatim*, entre les médecins généralistes et les psychiatres, par exemple, illustrent la sociologie interactionniste entre les groupes professionnels.

En ce sens, les acteurs en soin psychiatrique — (psychiatres, médecins généralistes, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, thérapeutes, techniciens en santé mentale) — au sein de l'HPS, exerçant chacun leur spécialité, ils ont une histoire personnelle, propre à chacun, pesant encore sur les pratiques et leurs attentes. Aujourd'hui, les professionnels en psychiatrie sont en première ligne. Les premiers concernés par les conséquences de l'application des réformes et l'évolution des pratiques thérapeutiques en psychiatrie. Les outils ainsi que la formation ne sont pas accessibles. Le perfectionnement et la mise à jour du savoir semblent importants afin de donner plus de corps et de valeurs à cette spécialisation souvent dénigrée. De plus, ces professionnels se définissent eux-mêmes par un ensemble de caractéristiques non reconnues, par exemple, par un manque de reconnaissance dans le travail, par l'augmentation de la charge du travail, par la diminution de travail en équipe et de leurs compétences professionnelles.

« (...) La santé mentale au Mexique est comme le “ Vilain Petit Canard ” de la santé. En soi, nous ne sommes pas éduqués, à prendre soin de notre santé, encore moins de notre santé mentale ! Ce qui fait que beaucoup d’outils (formations, spécialisations) dont nous avons besoin pour travailler, nous ne les avons pas ! Et, cela est très frustrant ! Mais nous avons besoin qu’ils nous donnent des outils pour travailler, car la santé mentale est le “ Vilain Petit Canard ”. Ils ne reconnaissent pas notre travail, alors que pour moi cela est très important ! (...) ».

(Entretien avec une Psychologue à Culiacan en novembre 2012)

D’autres professionnels de la santé mentale mettent plus l’accent sur l’absence de reconnaissance, de croyance, de sérieux et d’importance de la psychiatrie parmi les professionnels de la santé ayant autres spécialités médicales et parmi d’autres institutions de santé.

« L’une des difficultés en psychiatrie peut être le manque de reconnaissance et d’importance de la psychiatrie face à d’autres professionnels de la santé (...).

Chercheur : Quand vous parlez du manque de reconnaissance de la psychiatrie par rapport aux autres professionnels de la santé que voulez-vous dire ?

Psychiatre : Je fais référence au fait qu’il n’y a pas un panorama ample en ce qui concerne la santé. Pour certains professionnels de la santé, la santé n’est que physique et donc, la santé mentale n’est pas reconnue. Je te raconte, par exemple, une fois, j’ai voulu changer d’emploi et je suis venue postuler à un emploi à l’Hôpital Civil et j’ai parlé avec le coordinateur médical de l’Hôpital Civil. Ce coordinateur était un médecin-chef des internes et je lui ai dit : je viens ici parce que je veux travailler comme psychiatre dans votre hôpital. Ce médecin chef interniste m’a répondu : « nous avons une place pour un seul psychiatre et, la vérité est que le psychiatre que nous avons actuellement ici, il est très fou et sans queue ni tête. La vérité est que nous n’avons pas besoin d’un autre psychiatre. Donc, nous n’avons rien pour vous (...) ». En fait, 10 ans plus tard, j’ai demandé à ce même hôpital pour le même travail de psychiatre et pour savoir si l’institution avait évolué à propos du psychiatre de l’hôpital civil. Je savais que le poste de psychiatre était vacant et le médecin m’a dit : « vous avez de la chance, il n’y a pas d’autre postulant pour le poste de psychiatre. Ce médecin m’a donné l’impression que le travail du psychiatre n’était ni reconnu, ni important (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Les difficultés seraient ici, en psychiatrie, le manque de croyance de la part des autres professionnels de santé quant à la psychiatrie, ainsi que le manque de sérieux et de reconnaissance de la psychiatrie sur le plan médico-professionnel et les institutions de santé ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

Cependant, il y a moins de frustrations lorsque le travail est reconnu. C'est exactement ce qu'illustre un témoignage cité par Christophe Dejours : « Lorsque la qualité de mon travail est reconnue, ce sont mes efforts, mes angoisses, mes doutes, mes découragements qui prennent sens » (Dejours, 1998 : 136). Et comme l'évoque un médecin généraliste à propos du problème de manque de reconnaissance au travail :

« La seule chose que j'aimerais, c'est d'avoir quelque chose où les autorités de santé valideront et reconnaîtront mon expérience parce que nous sommes des médecins généralistes avec une expérience en psychiatrie de 10 à 15 ans. Le problème est, que nous continuons à être considérés encore des médecins généralistes, même si nous jouons un rôle différent. Donc, j'aimerais qu'il y ait une reconnaissance de capacités ou une évaluation des acquis afin que nous puissions accéder à l'examen, soit pour être technicien ou faire de la thérapie technique, malheureusement nous n'avons pas cela. Et cela pourrait valider, valoriser et estimer nos compétences professionnelles ce qui nous donneraient un peu plus de confiance en nous (...). Comme tu le sais, sans diplôme, tu n'es rien et ils ne te reconnaissent pas comme professionnel, même si tu es l'un des meilleurs. Si tu n'as pas de diplôme, rien ne bouge ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

Cette requête à peine audible portée par les professionnels de la santé, réclame un statut, un droit et une reconnaissance de leurs compétences professionnelles, de leurs acquis et de leur profession et, met en évidence ses difficultés et sa frustration au travail. L'enquête qualitative de Dubet ; cité par Boisard (2010), sur l'importance de la question de la reconnaissance au travail ³⁹ « fait ressortir que le déficit de reconnaissance agit à la fois sur le sentiment d'autonomie et sur celui d'égalité. Car il « détruit le sujet en lui imposant une image dépréciée de lui-même » et « constitue le meilleur prédicteur du

³⁹ Elle a été menée par une équipe de recherche composé d'étudiants de sociologie de l'université Victor Segalen de Bordeaux dirigée par François Dubet en 2003 (*op. cit.*, 2006 : 469-475).

sentiment de l'autonomie empêchée ». De plus, « la frustration sur le plan de la reconnaissance constitue, avec l'insuffisance de règles, le facteur le plus agissant sur le sentiment d'égalité bafouée. Si la demande de reconnaissance est largement partagée par les salariés, il apparaît que cette rubrique est « devenue une sorte de fourre-tout dans lequel viennent se ranger la plupart des sentiments d'injustice » (Dubet ; cité par Boisard, 2010 : 2-3). Philippe Bernoux, à propos de la reconnaissance au travail, nous dit que « les conflits entourant le travail ne concernent pas seulement les revendications sociales classiques sur les salaires ou les conditions de travail. Les salariés attendent aussi une juste reconnaissance de leur part prise dans l'action commune et de leur capacité de s'approprier la tâche qui leur est confiée. Ces revendications appellent une meilleure compréhension du rapport humain au travail » (Bernoux, 2011 : 1)

Par ailleurs, l'absence de travail en équipe est une des caractéristiques majeures chez les professionnels de la santé au sein de l'HPS. Une étude PRESST-NET (2008) sur la satisfaction des soignants au travail, met en évidence la diminution de travail en équipe et le manque de reconnaissance de leur compétence professionnelle. Ils sont l'un des facteurs déterminants majeurs d'arrêts maladie, de la crainte de commettre des erreurs de soins, de la survenue d'événements violents et de l'intention de changer d'établissement (Estryn-Béhar, 2008). Voici certains entretiens qui mettent l'accent sur l'absence de travail d'équipe et comment cette absence influe sur les pratiques thérapeutiques, contrairement au désir des professionnels de la santé qui est de travailler en équipe.

« **Psychologue** : Pour moi l'environnement de travail ici est très épuisant. Il y a un manque d'opportunité pour évoluer professionnellement (...). L'environnement de travail dans cet hôpital est générateur de séparations. Il n'y a aucun travail d'équipe, d'aucune sorte. C'est-à-dire, chaque professionnel fait son travail sans se relier aux autres, l'autre qui est de la même profession. Il y a des groupes et cela ne permet pas l'intégration du personnel arrivant.

Chercheur : Pourquoi ça ?

Psychologue : Premièrement, je pense que cela est dû à la mauvaise politique des autorités de cet hôpital. Deuxièmement, cela est également dû au fait que les responsables de cet hôpital n'ont pas voulu créer un environnement de travail ni personnellement, ni professionnellement

épanouissant (...). Ici, nous ne sommes pas une équipe, mais des groupes (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Dans cette institution il manque beaucoup de travail en équipe. Je venais d'un endroit où il y avait beaucoup de travail d'équipe. J'arrive ici et rien de ça ! C'est-à-dire que chacun dit : c'est juste pour moi, ça, c'est juste pour moi ! Alors, les choses devraient être différentes ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Il manque des médicaments et du travail d'équipe pour donner de meilleurs soins ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en novembre 2012)

Voici ce que disent aussi trois autres professionnels de la santé mentale à propos de cette situation :

« J'aimerais que le travail soit un travail d'équipe, de respect et, de cordialité ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« J'aimerais avoir une interaction professionnelle avec toute l'équipe et que chaque professionnel prenne ses responsabilités toujours dans l'harmonie ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Ma journée idéale au travail serait de travailler en équipe et en harmonie ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

Le désir de travailler en équipe semble être évident chez certains professionnels de la santé mentale. Le respect, la politesse, l'interactivité (...), sont en effet essentiels pour

maintenir l'harmonie et la cohérence dans un travail d'équipe afin d'éviter ou d'atténuer la souffrance de ces professionnels au travail.

CHAPITRE 4. À la rencontre des professionnels de la santé mentale

Afin de mettre en évidence et d'approfondir les éléments qui ont influencé de manière importante la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, il a été en effet indispensable de conter les récits de vie au travail de ces professionnels. Et, à cette fin, il a fallu procéder à des entretiens⁴⁰ avec les professionnels de la santé mentale, par exemple : Comment décriviez-vous une journée parfaite au travail ? Quels sont les événements négatifs qui vous ont marqués dans votre

⁴⁰ Voir annexes des entretiens page 252.

travail depuis que vous avez commencé à travailler dans cet hôpital ? Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ou que vous avez dans l'exercice de votre profession ? Comment percevez-vous votre propre santé mentale et celle de vos collègues ? Avez-vous cherché de l'aide psychologique ou/et psychiatrique ? Et, si oui, depuis combien de temps et dans ce cas pour quelle raison ?

Afin de répondre à ces questions, comme déjà mentionné ci-dessus, des entretiens et de nombreuses discussions informelles sur leur travail ont été effectués afin de mettre en évidence leurs difficultés, permettant ainsi de pénétrer l'univers socio-sanitaire, d'en saisir les contours et les enjeux majeurs. De manière inductive, ce sont donc les difficultés et les événements négatifs vécus au travail qui ont été pris en compte dans le choix de la sélection de la prise de notes et des entretiens avec les professionnels de la santé mentale. Le choix d'exclure les entretiens qui ne représentaient pas de difficulté ou des faits difficiles dans leur vécu au travail au sein de l'HPS, fut un choix difficile de sélection mais nécessaire devant l'ampleur du matériel de recherche, des trop nombreuses prises de notes et informations collectées suite aux nombreux entretiens.

La « porte d'entrée » a été donc la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale au travail. L'objectif principal de cette thèse était de cerner d'une part comment les professionnels de la santé mentale sont sujets à des conditions structurelles et sociales complexes et d'autre part, d'analyser les facteurs qui concourent à l'émergence de la souffrance et à des troubles mentaux chez ces professionnels dans leurs pratiques thérapeutiques.

Comme déjà mentionné, la prise de contact avec les professionnels de la santé mentale à interroger s'est faite de ma propre initiative. Durant environ 5 mois, je les ai contactés personnellement sur leur lieu de travail au sein de l'HPS afin de leur proposer un entretien. Les entretiens se sont faits durant leurs heures de travail et, dans tous les services de l'hôpital, pour permettre aux professionnels de la santé mentale de donner des consultations ou des soins aux patients en cas de nécessité ou d'urgence. Tous les

professionnels de la santé mentale ont accepté l'entretien, sauf un professionnel de la santé mentale que m'a refusé un entretien. L'explication de ce professionnel fut simplement, je ne veux pas ! Évidemment, il est normal de se questionner sur ce refus de l'entretien de la part de ce professionnel. Le refus était un reflet de sa personnalité, de sa peur, de sa frustration... ? Difficile à dire.

Dans les entretiens avec les professionnels de la santé mentale reposent sur la modalité du *récit de vie* (Bertaux, 2005) dans laquelle le chercheur, à travers des questions générales, conduit l'interlocuteur à raconter sous une forme narrative son expérience vécue en lien avec la thématique étudiée. Daniel Bertaux distingue nettement l'autobiographie du récit de vie, définissant ce dernier comme un « récit de pratiques en situation ». Selon l'auteur, dans une démarche anthropologique, l'utilisation du récit de vie permet d'« extraire les expériences de ceux qui ont vécu une partie de leur vie au sein de cet objet social des informations et de descriptions qui, une fois analysées et assemblées, aident à comprendre le fonctionnement et les dynamiques internes » (Bertaux, 2005: 48). Selon Michela Canevascini, « le récit individuel est ainsi appréhendé comme l'expression singulière d'une logique contextuelle et sociale, alors que l'autobiographie vise à devenir une histoire indépendante des conditions ayant permis de la reconstituer (mais qui existent, bien évidemment) » (2012 : 227).

Dans ce contexte, il est également possible de parler d'entretien ethnographique. Stéphane Beaud (1996) définit ce dernier comme un entretien approfondi s'inscrivant dans une recherche ethnographique. Dans cette perspective, selon Michela Canevascini, « l'entretien ne représente pas uniquement un moyen d'accès à de simples informations objectives, mais constitue une situation d'observation à part entière » (Canevascini, 2012 : 222-228). En tant que situation culturelle et/ou sociale particulière, « le déroulement de l'entretien ethnographique ainsi que la richesse de son contenu peuvent varier, car la mise en récit de soi est influencée par le cadre de l'entretien, soit l'interaction entre le chercheur et le parcours » (*Ibid*, p. 228), ainsi que l'environnement de l'interlocuteur. Tous ces éléments devront également être inclus dans l'analyse.

4.1 Écoute de la souffrance et des troubles chez les professionnels de la santé mentale

Les récits de vie au travail de nombreux professionnels de la santé mentale interrogés se sont incarnés dans une continuité d'expériences de souffrance psychique, de détresse et dans quelques cas de troubles mentaux. Dès lors, comment le chercheur peut-il transcrire ces récits de vie ? Qu'est-ce que ces récits de vie au travail suscitent en lui d'un point de vue émotionnel ? Comment ces émotions permettent-elles de comprendre le terrain étudié ? Il est intéressant ici de parcourir à nouveau le travail émotionnel et intellectuel effectué en tant que chercheur face à ces récits de souffrance et de troubles mentaux. Les écouter n'était en effet pas toujours facile. Puisque, ils suscitaient des émotions assez intenses en moi, qu'il a fallu appréhender petit à petit au cours de l'enquête.

La prise en considération des émotions du chercheur sur le terrain, permet de soulever la façon dont elles peuvent influencer sur la perception de l'objet de recherche. Enfin, cela montre que l'implication sur le terrain est inévitable dans cette situation. En d'autres termes, elle se produit parfois sans même que le chercheur le veuille, selon l'avis de Bruce Albert (1997) pour qui :

« L'engagement du chercheur n'est plus envisageable comme un choix éthique ou politique individuel, qui serait optionnel et extérieur au projet scientifique. Il devient une dimension constitutive et explicite de la relation ethnographique. L'observation n'est plus alors 'participante'. C'est la participation qui devient 'observante'. L'implication sociale de l'anthropologie devient la condition et le cadre de sa recherche » (Albert, 1997 : 83).

Cette remarque est particulièrement pertinente pour ce travail de recherche. En effet, ce travail invite à une réflexion sur les implications et les applications de l'anthropologie. Il est clair que l'anthropologie ne doit pas perdre de vue son objectif principal ; elle doit être au service d'une critique d'un ordre social. Cette pensée critique, fondatrice de la discipline anthropologique, se situe au carrefour de la curiosité et de l'indignation, au croisement du désir de comprendre et de la volonté de transformer. En aucun cas, le

chercheur ne doit renoncer à l'autonomie de son travail qui s'attache à explorer les points laissés aveugles, les territoires sur lesquels les interlocuteurs ne peuvent ou ne veulent se rendre (Fassin, 2010). Mais cette distance critique n'empêche pas que le chercheur s'implique. C'est ce que propose Lauren Vidal (1996) avec la notion d'« implication critique », entendue comme une forme de médiation active. Celle-ci est entendue comme une posture médiane qui prend la forme d'une anthropologie critique, tout en visant le dialogue et la restitution, tout au long de la recherche, auprès des acteurs concernés par l'étude. Ceci est d'autant plus crucial que l'action publique est souvent marquée par l'immédiateté et l'action et, qu'elle privilégie la méthode quantitative dans ses diverses analyses, alors que l'anthropologie propose une approche qualitative et compréhensive qui tient compte et confronte les différents points de vue des acteurs tout en cherchant à les remettre dans leur contexte social, politique et culturel plus large.

En ce sens, il s'agit d'un « lieu d'écoute » comme l'entend Didier Fassin (2004), c'est-à-dire d'un dispositif dans lequel le chercheur motive ses interlocuteurs à raconter sous une forme narrative son expérience vécue par une injustice sociale. Et comme le dit Emmanuel Renault à ce sujet :

« Décrire la souffrance vécue, la constituer en objet de récit et de connaissance contribue à sortir des pans entiers de la société de l'invisibilisation, à rendre aux individus une capacité de revendiquer et d'agir collectivement pour transformer les conditions de leur existence (Renault, 2008 : 2) ».

Comme écrit précédemment, le premier contact avec les professionnels de la santé mentale sur leur lieu de travail, a eu lieu lors des observations des pratiques thérapeutiques du seul psychiatre de l'Institut de Sécurité et de Services Sociaux pour les Travailleurs de l'État (ISSSTE) en 2012. Au sein de l'ISSSTE, ce psychiatre me racontait que dans l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, il y avait une atmosphère très tendue entre les professionnels de la santé mentale et la direction comme le montre le mouvement de

contestation du personnel médical « nous travaillons sous protestation⁴¹ ». Suite aux paroles du seul psychiatre de l'ISSSTE et, après une longue réflexion, ma curiosité, à propos du conflit au travail au sein de l'HPS, a été attisée. J'ai décidé d'aller à l'HPS pour voir la réalité de près. L'émotion du chercheur, qui exprime le contraste entre sa propre « sous-culture » et celle de l'autre « Les professionnels de la santé mentale », devient ainsi une source de connaissance du terrain de recherche. Grâce aux paroles et aux mises en garde du seul psychiatre de l'ISSSTE, à mon arrivée, dans cet hôpital psychiatrique pour la première fois, je ne fus pas surpris par la magnitude de ce conflit entre la direction et les salariés.

Le deuxième contact avec les professionnels de la santé mentale au travail a eu lieu lors des observations des pratiques thérapeutiques de ces professionnels au sein de l'HPS. Dans cet hôpital, certains professionnels de la santé mentale me racontaient dans une logique assez factuelle, pendant les observations de leurs pratiques, les détails de leurs vies et de leurs conflits au travail. En tant que profane à ces récits, ma compréhension arriva, vu l'amplitude exponentielle de leurs conflits. En effet, les crises au sein de l'HPS sont arrivées à la suite d'une cumulation d'évènements, d'épisodes dramatiques et de situations extrêmement douloureuses et difficiles. Je me disais : confronté à de tels drames, pourquoi est-ce que je reste ici ? Très touché par ces récits, je me suis intéressé essentiellement à la psychopathologie en rapport avec le travail des professionnels de la santé mentale. Face à la dureté du vécu de ces professionnels, leurs réactions pouvaient être d'une certaine manière, compréhensible. Le conflit au travail (entre la direction et les salariés) était considéré comme une réaction aux conditions de travail difficile (surcharge de travail, harcèlements, persécutions, intimidations, menaces de licenciement). Cette réaction psychopathologique, en rapport avec le travail, devient ainsi une manière pour appréhender et comprendre les particularités du professionnel de la santé en butte à son travail et à ses conditions de travail, considérées comme causes ultimes des souffrances et des troubles mentaux.

⁴¹ Pour plus de détails veuillez voir la page 143.

Être présent lors du conflit entre la direction et les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, représenta le troisième contact. L'observation du conflit s'est effectuée entre le mois de juillet et le mois d'août 2012. Durant cette période, certains professionnels de la santé mentale sollicitaient la destitution du directeur de l'HPS⁴². Au cours du conflit, certains professionnels de la santé mentale (psychiatres en particulier) travaillaient sans climatisation durant l'été⁴³. Situation extrêmement pénible vécue durant ces observations. Il était très difficile d'observer les consultations, de se concentrer avec cette chaleur insupportable. Un psychiatre m'a raconté qu'il avait raconté ce problème de climatisation du dispensaire au directeur, en lui disant, qu'il était très difficile de travailler dans ces conditions. La réponse du directeur au psychiatre fut : Démerdez-vous ! Ce problème de climatisation s'est passé au moment où, le conflit commençait à prendre de l'ampleur. L'ambiance dans l'HPS était déjà très tendue.

Pendant le conflit, les professionnels de la santé mentale souffraient des conditions de travail difficiles. Ils se sont unis pour fermer le bureau du directeur qui les avait harcelés et intimidés. Après avoir fermé le bureau du directeur, les professionnels, entre 2 et 4 personnes, se sont relayés afin de ne pas laisser le bureau sans surveillance et, ainsi empêcher le directeur de rentrer dans son propre bureau. Voici quelques exemples de cette situation. Lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 et en 2013 avec les professionnels de la santé mentale dans la zone des patients non hospitalisés et hospitalisés à la question portant sur l'ajout de quelque chose qui leur semble important et qu'ils n'ont pas abordé avec moi, ils m'ont répondu :

« Vous êtes venu au mauvais moment, vous avez vu le conflit ici dans l'hôpital (...). Alors, pour moi, il est très important de communiquer la tolérance, le respect et le travail en équipe, car cela permet le bon fonctionnement du personnel et de tout l'hôpital (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

⁴² Pour plus de détails veuillez voir la page 143.

⁴³ La température dans la ville de Culiacan à une moyenne de 46°C à l'ombre durant l'été.

Et comme le dit aussi une psychologue à propos de cette situation :

« Je pense, par exemple, qu'à cause de la situation conflictuelle dans laquelle nous avons vécu ces derniers temps avec le directeur de cet hôpital, qu'un hôpital psychiatrique a besoin que son ambiance de travail soit le plus calme et stable possible. Mieux je suis, mieux je peux m'occuper du patient ! Au moins cela devrait se passer dans cet hôpital et je pense que cela doit se faire ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

Comme écrit précédemment, à mon arrivée dans cet hôpital pour la première fois, ma surprise fut grande devant la magnitude exponentielle de ce conflit. Mais, à l'intérieur de l'hôpital, l'observation s'est amplifiée, en voyant comment les professionnels de la santé mentale se disputaient et, se battaient presque. La relation entre le directeur et ces professionnels, était très tendue. Certains professionnels de la santé mentale pensaient que je soutenais le directeur. À tel point qu'ils me parlaient très mal face à face. Mais aussi, parlaient mal, très mal de moi derrière mon dos. Tandis que d'autres professionnels de la santé mentale impliqués dans le conflit au travail, voulaient m'y incorporer afin de les soutenir contre la direction de l'hôpital. Je n'ai jamais répondu de façon affirmative ni négative. Simplement, je devais observer et comprendre ce conflit entre la direction et les salariés. Mon devoir de neutralité devait rester intact bien que ce conflit ait provoqué en moi des sentiments. Un professionnel m'a pris en étau. C'était dur à vivre émotionnellement. Ce qui a provoqué en moi un tremblement de peur ! Après le conflit, ce même professionnel s'est excusé auprès de moi. Je peux dire que moi-même, j'ai été, sous un certain angle, victime de ce conflit.

Dans le couloir de l'HPS les professionnels de la santé mentale se sont confiés dans une logique assez factuelle sur le harcèlement, l'intimidation, la maltraitance et les abus qu'ils subissent de la part de la direction de l'hôpital. Tous ces récits de vie au travail de ces professionnels de la santé mentale montraient d'une part, leurs conditions de travail difficile et d'autre part, leur propre santé mentale. La prise de distance émotionnelle fut difficile. Ce conflit au travail (entre la direction et les salariés) m'amenant à des

questionnements existentiels importants. Cela était d'autant plus difficile du fait de mon isolement face aux différents clans. Comment donner un sens à la crise vécue par ces professionnels ? C'est à cette question que le conflit entre la direction et les professionnels de la santé mentale m'a confronté. Alors que je ne connaissais même pas ces professionnels de la santé mentale, j'ai été touché par eux et ce conflit au sein de l'HPS. Je me suis ainsi rendu compte qu'au travers de ma recherche, j'essayais finalement de chercher le sens que les professionnels de la santé mentale avaient pu donner à ces expériences de détresse extrême. De même, cette recherche devenait un cheminement personnel et professionnel afin de trouver le sens que je pouvais donner moi-même à la souffrance humaine au travail. En partie, cette explication est venue des réflexions anthropologiques (comme le reflet par exemple d'une injustice sociale qu'il s'agit de combattre). Au travers des différents entretiens, j'ai plutôt constaté que mes expériences personnelles et professionnelles constituaient une variante singulière d'un processus de recherche de sens, mouvant et complexe, qui se transforment aux fils de rencontres, des expériences et de réflexions. Une partie des professionnels de la santé mentale avait trouvé le sens de cette souffrance humaine au travail dans l'explication d'une injustice sociale. Effectivement, ces faits sont illustrés par les nombreuses observations et entretiens que j'ai fait des professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS entre 2012 et 2013 à Culiacan.

Voici quelques exemples de cette atmosphère très tendue entre les professionnels de la santé mentale et la direction au sein de l'HPS.

« **Infirmière** : Depuis que je suis arrivée ici, j'ai eu plus de conflits dans ce travail que de bien-être (...).

Chercheur : Quel conflit ?

Infirmière : Ici, il y a un manque de communication, nous avons très peu de bienveillance de la part des autorités de l'hôpital et peu de respect, nous sommes très peu tolérants à la frustration. Depuis que je travaille ici, j'ai eu des conflits avec les autorités de cet hôpital et cela est un rôle que j'assume parce que je suis arrivée à tel niveau, que je me dis que ce n'est plus acceptable. Je ne sais pas ce qui est le plus important pour les autorités de l'hôpital, le bien-être des patients ou celui des travailleurs de santé ! (...). Mon équilibre émotionnel est déjà instable. Je ne peux pas former une équipe

pour pouvoir travailler. C'est plus difficile, mes collègues sont plus réticents au changement et aux nouvelles initiatives qui peuvent être mis en œuvre pour améliorer la qualité entre nous et la qualité du travail. Ici, il y a beaucoup de jalousie professionnelle. Alors, il y a une diminution de la qualité des soins envers les patients (...). J'ai bien aimé travailler ici tout ce temps, je donne tout pour ce travail à l'hôpital et, j'aimerais que mes collègues fassent aussi la même chose (...). Ici, il y a des travailleurs de santé (infirmières) très professionnelles qui ont la capacité de donner et d'apprendre plus aux autres collègues, mais parfois cela n'arrive pas à cause de l'individualisme qui existe entre les collègues, alors au lieu d'améliorer, il y a une stagnation parce qu'il y a toujours des conflits internes avec leurs conséquences négatives plutôt que positives. Cela, me donne un sentiment de tristesse (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Et comme le témoigne une psychologue sur cette situation aussi.

« L'environnement au travail ! Puisque, l'environnement au travail ne nous a jamais aidés ! (...). L'autre événement serait les mouvements (violence) ici dans cet hôpital, vous l'avez déjà vécu et, vous l'avez vu ! C'est très stressant de vivre cette situation ! Nous avons eu des dirigeants dont le travail était plus politique et d'intérêts politiques personnels ou de développement de soi, que le développement du personnel de l'hôpital psychiatrique ! (...). Et, cela nous a marquées et parfois nous a frustrées. Par période, cela a fait diminuer notre travail, notre enthousiasme ou même notre passion pour le travail. Tout cela est très épuisant ! ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

Le quatrième contact a été la réalisation des entretiens. Ayant déjà observé, les pratiques thérapeutiques avec les professionnels de la santé mentale ainsi que le conflit de près, au sein de l'HPS. Je savais déjà plus ou moins à quoi m'attendre lors de l'écoute de certains épisodes de leur vie au travail. Il fallait aussi prendre en compte que le professionnel de la santé mentale en face n'allait pas bien. La souffrance racontée par certains professionnels de la santé était si forte et si douloureuse, qu'en les écoutant, cela donnait l'impression d'être un psychiatre en face de son patient.

L'avancement de la recherche a ainsi fait émerger une sorte de socialisation à l'écoute de la souffrance au sein de l'HPS, qui permettait de maîtriser d'un point de vue émotionnel

certaines entretiens. Toutefois, la maîtrise répondant à un équilibre délicat entre l'effort de ne pas être envahi par la souffrance, de certains professionnels de la santé mentale et le fait d'en être touché. Parfois, il est arrivé que je sois en colère ou d'exprimer des mots très personnels dans les entretiens, car j'étais affecté par le récit de mon interlocuteur⁴⁴. Cela ne m'empêchait pourtant pas de poursuivre l'entretien avec des questions préétablies, intéressantes pour la recherche. Il y a donc eu une sorte d'habitude aux récits malsains (ce qui permet d'en faire un sujet de recherche), mais sans perdre de vue la dimension humaine et existentielle.

L'une des premières confrontations, avec des professionnels de la santé mentale ayant eu des souffrances, des détresses, des troubles mentaux et des histoires au travail a eu lieu lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 avec une thérapeute dans la zone des patients hospitalisés à la question portant sur les événements négatifs qui l'ont marqué dans son travail depuis qu'elle a commencé à travailler dans cet hôpital, cette thérapeute m'a répondu :

« **Thérapeute** : Ce qui m'a plus marqué, c'est que je suis la seule thérapeute dans cet hôpital (...). Je suis la seule thérapeute depuis dix ans dans cet hôpital. Il a été inauguré il y a 17 ans. Une autre thérapeute a travaillé 7 ans ici, mais elle est partie et elle a repris ses affaires. Alors, l'hôpital est resté seulement avec moi. À partir de ce moment-là, j'ai fait des choses comme : entrer à 10 heures du matin et sortir à 13 heures de l'après-midi et après entrer à 15 heures et sortir à 19 ou 20 heures le soir pour couvrir les deux horaires de travail (...). J'ai toujours fait mille choses pour couvrir les besoins du service d'une thérapeute seule au lieu de deux, je me suis beaucoup usée pour l'amour de mon travail. J'ai fait de choses que je n'aurais pas dû faire comme : acheter du matériel (papiers, crayons, peintures) parce que l'hôpital ne l'achète pas (...) faire mille choses avec les journaux parce que j'ai seulement des journaux et de la colle (...) j'ai rapporté, de ma maison, les peintures de mes enfants, j'ai recherché un tas de choses ici ou là-bas pour que les patients aient quelque chose à faire. Avec toutes ces choses que je leur apporte je couvre les besoins des patients, parce que s'il n'y a pas d'activité, il n'y a pas de réhabilitation. Parce que l'hôpital ne me donne pas le matériel et parce que, cet hôpital ne croit pas en la fonction que j'exerce

⁴⁴ On pourrait se questionner sur les facteurs qui portent à « être affectés » par le récit de certains épisodes de vie au travail de quelqu'un. L'identification à l'autre, qui peut prendre des formes très différentes (certaines similarités dans l'expérience de vie au travail), est sûrement un aspect central. Un autre élément est le fait d'avoir côtoyé de près des personnes dans des situations similaires.

en tant que thérapeute (...). Cela fait déjà deux ans que je veux quitter cet hôpital et que j'ai demandé à changer d'institution de santé (...). J'ai déjà perdu l'amour de mon travail de thérapeute, mais aussi, l'amour de ma vocation à cause de cette usure émotionnelle et physique, au point d'avoir une dépression et de l'anxiété (...).

Chercheur : Pour quelle raison cette dépression et cette anxiété ?

Thérapeute : C'est dû au harcèlement de la part des dirigeants de l'hôpital. Puisque les dirigeants voulaient que je fasse énormément de choses, par exemple : faire 30 prises de notes tous les jours, une prise de notes par patient et les faire seule jusqu'à présent, je n'ai pas d'ordinateur. Alors ! (...) elle me demande : Où voyez-vous une salle d'ordinateur et un bureau informatique où je pourrais faire une prise de notes ? Je n'ai même pas une équipe et, le directeur veut que je fasse 30 prises de notes (...). Personne ne partage mes patients, tous les patients sont pour moi ! (...) Dans cet hôpital, il y a 10 psychologues, combien de patients pour chaque psychologue ? Qui est là pour partager mes patients ? ! Tous les patients sont pour moi puisque je suis la seule thérapeute dans cet hôpital (...). Moi, avec les patients, je n'ai jamais eu ni conflit, ni problèmes. J'aime travailler avec eux, mais malheureusement personne ne me soutient et, mon erreur, que maintenant je reconnais, a été d'avoir couvert trop de besoins en échange de rien. Il n'y a pas de soutien, il n'y a pas de disponibilité de la part des dirigeants de cet hôpital, seulement du harcèlement envers moi, ils exigent que je fasse ça et aussi ça ! (...) et, je dois le faire ! Je disais aux dirigeants : j'ai besoin de quelqu'un qui puisse m'aider, je suis toute seule !

Chercheur : Qu'a été la réponse des dirigeants ?

Thérapeute : L'ancien directeur me disait : pourquoi veux-tu qu'une personne t'aide si tu ne fais rien ? Tu veux quelqu'un pour t'amuser avec ? Je n'arrivais pas à comprendre pourquoi tant de négligence ou d'ignorance, pourquoi les dirigeants sous-estimaient ce que je faisais ! Selon les dirigeants, ils se basaient sur ce que d'autres employés leur disaient, en particulier des employés de confiance. Le directeur ne venait jamais me voir aux heures où je travaillais avec les patients. Il ne voyait pas ce que je faisais et, avec quel matériel je le faisais.

Chercheur : Pour quelle raison ?

Thérapeute : Simplement parce que le directeur ne s'intéressait pas à ce qui se passait ici (...). Depuis le premier jour et jusqu'à maintenant, j'ai travaillé avec les patients avec ou sans matériel ».

Une autre question est posée à cette même thérapeute, portant sur la perception de sa propre santé mentale et de celle de ses collègues, ainsi que de sa recherche d'aide psychologique ou/et psychiatrique et, le cas échéant, depuis combien de temps et pour quelle raison, cette thérapeute m'a répondu :

« **Thérapeute** : Ma dernière dépression avec anxiété était due au harcèlement de l'ancien directeur (...). Je suis encore la seule thérapeute au sein de l'HPS. Ici, il n'y a pas travail d'équipe et elle (la direction de l'hôpital) exige que je travaille comme si j'étais une psychologue, que je sois avec un patient ou trois patients. Ces psychologues ont chacun un ordinateur. Et moi, je suis seule avec 30 patients et je n'ai pas d'ordinateur pour travailler et la direction de l'hôpital me demande en plus de prises de notes qu'aux psychologues. Alors, c'est la même chose que je vous disais avant.

(La Thérapeute me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec la direction)

Direction : Oui, je veux que tu travailles !

Thérapeute : Alors, donnez-moi, l'équipement dont j'ai besoin ! Donnez-moi, le soutien ! Donnez-moi, quelqu'un pour m'aider.

(Thérapeute s'adressant à moi) : Je pense que la direction veut que je fasse tout cela et, mais ce n'est pas possible (...). Alors, j'ai commencé à générer de la dépression et de l'anxiété due à ce même harcèlement. J'ai déjà deux ans avec ces troubles et actuellement, je prends un traitement contre la dépression et un contre l'anxiété aussi ».

Cette même thérapeute met en évidence le manque de reconnaissance dans la profession de réhabilitation psychosociale en psychiatrie de la part de ses collègues qui la signalent à la direction sans raison apparente, selon elle.

« **Thérapeute** : Ici, le personnel doit penser à la réhabilitation psychosociale en psychiatrie.

Chercheur : Faut-il que tout le personnel de santé mentale pense à la réhabilitation ?

Thérapeute : Oui, le personnel infirmier.

Chercheur : Alors, le personnel infirmier ne croit pas en la réhabilitation ?

Thérapeute : Parce qu'ici le patient régulier revient toute l'année et c'est parce qu'il n'y a pas de réhabilitation (...). Moi-seule, je ne peux pas lutter contre tout le système (...). Le personnel infirmier ne croit pas en la réhabilitation. Ce personnel croit qu'en donnant des médicaments aux patients et en leurs disant qu'ils doivent prendre les médicaments quand ils sortent d'ici, les patients vont être mieux !

Chercheur : Alors, vous percevez que le personnel infirmier ne croit pas dans la réhabilitation ?

Thérapeute : Oui, je crois que c'est le cas (...). Le personnel infirmier ne vient pas accompagner leurs patients en réhabilitation. Ce personnel devrait accompagner leurs patients à la réhabilitation. Le personnel infirmier fait sa prise de notes en fonction de ce qu'il demande à son patient. Le personnel infirmier ne vient jamais voir les patients à la réhabilitation.

(Thérapeute s'adressant à moi) : Pensez-vous que le personnel infirmier soit conscient de ce qu'est la réhabilitation ?

Thérapeute : Alors, le personnel infirmier n'appuie en aucun cas la réhabilitation. Et, une infirmière de travail stable ne s'est jamais occupée de cela. Jamais ! (...) ».

En dépit, de la surcharge de travail et d'un manque de reconnaissance de cette professionnelle continue à travailler en donnant tout au patient. Cette motivation prend vraisemblablement son origine dans les rapports entre soignants et patients, qui obéissent, en partie au moins, à une logique de sociologie des professions.

« Pour moi, chaque jour est parfait. J'aime mon travail et je ne sens pas le temps passer. J'ai toujours le sentiment qu'il me manque des heures et des jours pour faire toutes les choses que j'aimerais faire ici dans mon travail, dans l'hôpital et avec mes patients (...) ». Mes patients sont les meilleures personnes que je n'ai jamais rencontrées une fois que ces patients ne sont plus en phase aiguë de la maladie. Ils sont limpides. Ils ne sont pas égoïstes. Ils ne sont pas méchants. Alors, le seul défaut qu'ils ont, pourrait être leur maladie mentale. Mais, une fois que les patients vont bien, comme j'ai vous dit, ils sont les plus belles personnes que je n'ai jamais rencontrées ».

(Entretien avec une thérapeute à Culiacan en octobre 2012)

Effectivement, ces récits montrent les difficultés de cette professionnelle de la santé mentale dans l'exercice de sa pratique thérapeutique au sein de l'HPS. Cette professionnelle se trouve confrontée à des situations pénibles de travail, qui ont des incidences sur sa pratique thérapeutique et sur son état de santé mentale en particulier. Bien que cette professionnelle ressente certains éléments de satisfaction dans l'exercice de sa pratique, il apparaît que son activité professionnelle se révèle bien trop coûteuse surtout sur le plan de sa santé. Les contraintes rencontrées au quotidien placent cette professionnelle dans une situation instable où elle doit jongler entre les demandes et les besoins, sans pour autant posséder ni les ressources nécessaires afin d'y faire face, ni la reconnaissance qui en découle. Il y a un écart important entre ce que cette professionnelle rêverait de faire dans le cadre de sa profession, la demande et ce que la réalité lui permet concrètement de réaliser. Elle n'a pas le choix, elle doit travailler avec les choses qu'elle possède déjà et agir au mieux, le tout sous la pression constante du temps et de la surcharge de travail dû au manque de thérapeute. Les conséquences, qui en découlent,

s'avèrent difficiles tant sur le plan personnel que professionnel. Tant et si bien que cette professionnelle de la santé mentale se sent obligée de quitter ce travail ou pire encore de rester et de continuer sa descente aux enfers. Cela illustre parfaitement à quel point les troubles mentaux sont ressentis dans la pratique thérapeutique.

De plus, une autre histoire de vie au travail qui m'a frappé exprime les risques potentiels du travail en hôpital psychiatrique. Cela s'illustre par de nombreux faits divers (agressions au sein de l'HPS) (cf. Évènement de l'Hôpital psychiatrique de Pau en France⁴⁵). Ils sont liés dans l'imaginaire collectif à la folie qui est un dérèglement absolu et non irréversible et par définition violente. Les difficultés au travail en hôpital psychiatrique semblent venir de la nature même du métier. En effet, les situations de crise comme celles indiquées ci-dessous semblent être considérées par les professionnels comme un sentiment d'impuissance, de colère et de peur « comment est-ce possible ? ! ». Deux professionnels de la santé mentale, un technicien en santé mentale et une travailleuse sociale ont vécu le même événement difficile dans les services d'urgence avec des patients en phase aiguë de la maladie ou en état de crise. Ces deux professionnels ont décrit de manière individuelle cet événement vécu au sein de l'HPS.

« **(Technicien en santé mentale s'adressant à moi)** : Vous l'avez noté, ici dans la salle d'urgence, les patients prennent beaucoup de risques. Ici dans la salle d'urgence, il y a 3 lits et parfois les 3 lits sont occupés. Mais que se passerait-il si d'autres patients arrivaient et arrivaient très agressifs ? ! Les patients qui sont aux urgences auraient peur. Je dis que cette chose parce que j'ai vécu une expérience très difficile avec un patient. Il y a 4 ou 5 mois, un patient a cassé les vitres de l'entrée de la salle des urgences (...) et, comme il devenait très psychotique, il a cassé les vitres avec son pied ou avec ses mains, je n'ai pas vu. Quand je suis sorti, il avait des morceaux de verre dans ses mains, je me suis demandé : comment faire pour lui enlever les morceaux des mains ou qu'est-ce que je peux lui dire pour qu'il lâche les éclats de verre ! Selon moi, je pouvais lui enlever le verre des mains.

(Le technicien en santé mentale me transcrit oralement un échange verbal qu'il a eu avec le patient)

Technicien en santé mentale : Calmez-vous ! Calmez-vous !

⁴⁵ Faits divers relatés dans la presse française : deux infirmières psychiatriques ont été décapitées par un de leurs patients alors qu'elles faisaient une garde de nuit dans un pavillon de l'Hôpital psychiatrique de Pau en 2004. Ce fait a relancé une polémique sur l'hôpital psychiatrique en général.

(Technicien en santé mentale s'adressant à moi): C'était la seule chose à lui dire.

Technicien en santé mentale : Calmez-vous ! Nous n'allons rien vous faire ! Nous sommes dans un hôpital, personne n'est votre ennemi, nous sommes tous là pour vous aider et prendre soin de vous !

(Technicien en santé mentale s'adressant à moi) : Mais, comme le patient devenait très psychotique (...) qu'il ait compris ou pas, et le patient nous dit :

Patient : Les personnes, qui sont là-bas, sont des sorcières qui veulent me faire rester ici !

(Technicien en santé mentale s'adressant à moi) : Mais comme il était très psychotique, il avait des hallucinations. J'ai lui dit :

Technicien en santé mentale : Ces personnes ne vous feront rien !

(Technicien en santé mentale s'adressant à moi) : nous avons eu de la chance, le patient ouvre la porte et sa mère sort.

Mère du patient : Nooonn ! Mon fils, les personnes ne te feront rien ! Ils sont ici pour t'aider.

Patient : Oui Maman ! Mais, je ne suis pas fou !

Mère du patient : Lâche ce verre ! Lâche ce verre si tu n'es pas fou !

Patient : Oui Maman, je vais lâcher le verre et nous allons partir d'ici !

(Technicien en santé mentale s'adressant à moi): Quand la mère a dit à son fils ça, il a lâché les morceaux de verre, et ils se sont brisés sur le sol. Et à ce moment-là, moi-même j'ai pensé : Il faut l'attraper avant qu'il reprenne le verre et, qu'il se fasse du mal aussi. Nous avons choisi l'option de l'attraper pour le mettre dans un lit. Et, le docteur lui a donné des médicaments. Voilà une expérience très forte. C'est ce qu'on peut vivre dans un hôpital psychiatrique parfois (...). Ces choses ne devraient pas arriver, je répète, comment est-il possible que dans un hôpital psychiatrique, l'entrée de la salle des urgences soit de simples vitres en étant un hôpital psychiatrique ! Ici, on s'expose à ce qu'un patient qui arrive, casse les vitres de l'entrée de la salle d'urgence comme cela s'est déjà passé. Notre intégrité comme celle du patient mais aussi comme celle des autres personnes qui sont ici, pourraient être mis en danger, à mon avis, je le vois très mal (...). Cela est de la responsabilité du directeur de l'hôpital psychiatrique et du Secrétariat de la santé pour que les autorités puissent changer ces choses (...) ».

(Entretien avec un technicien en santé mentale à Culiacan en novembre 2012)

Voici le témoignage d'une travailleuse sociale sur ce même événement.

« **(Travailleuse sociale s'adressant à moi)** : Un événement qui m'a marqué énormément(...). C'était un patient qui est venu avec sa mère et son frère. Mais le frère est parti en nous laissant le patient avec sa mère (...). Alors, le patient a commencé à avoir des hallucinations, en disant :

(La travailleuse sociale me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec le patient)

Patient : Maman ! Maman le diable est avec toi ! Le diable est avec toi ! Il va te faire du mal ! Il va te faire du mal !

(Travailleuse sociale s'adressant à moi) : J'ai interrompu l'entretien et j'ai dit à la Mère du patient :

Travailleuse sociale : Sortez Madame ! Votre fils est en phase hallucinatoire et il pourrait devenir violent.

(Travailleuse sociale s'adressant à moi) : Pendant que je l'ai dit ça à la dame, le patient a défoncé la porte d'accès (...). Mais, il n'entre pas. Alors j'entends que le patient a cassé les vitres (...). Je te jure qu'à ce moment-là, j'ai pensé : le patient m'agresse, me tue et, ma petite fille ! Je vais laisser seule ma petite fille ! (...). Alors, quand il a cassé les vitres, je suis allée vite dans une autre zone où, je me suis enfermée avec la mère du patient (...). Je n'ai eu qu'à faire un appel téléphonique à la police parce que les personnes qui étaient ici ne pouvaient pas contrôler le patient. A moment-là, la mère du patient est sortie et a dit à son fils de lâcher le verre (...). Lorsque le patient a lâché les vitres, les travailleurs l'ont attrapés (...) personne ne voulait prendre le risque d'être agressé par ce patient. Je l'ai vu et je me suis dit : j'ai failli ne pas le dire ! La mère de ce patient s'est excusée et nous lui avons dit : Nous sommes habitués à ce type de choses. Alors, je me demande : un hôpital psychiatrique avec de simples vitres dans l'entrée de la salle d'urgence et, non pas de sécurité est-ce normal ? ! J'en ai parlé aux dirigeants, rapportant cet événement ! Le pire est que les dirigeants remettent de simples vitres dans la même zone d'urgence. Je ne comprends pas les dirigeants. Ils savent parfaitement que si un patient arrive ici à l'hôpital en phase très psychotique, il peut passer la même chose ou pire encore (...). Alors, je me demande : il faut qu'il y est un mort pour agir ? ! J'ai encore peur. Maintenant je suis en quelque sorte plus méfiante envers chaque patient qui arrive ici. Je le fais par prévention (...) ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

Comme déjà mentionné, d'une part de nombreux patients arrivent aux services d'urgence en phase aiguë de la maladie ou en état de crise. Ils pourraient mettre en danger l'intégrité physique du personnel soignant comme la leur. D'autre part, l'organisation du travail de l'HPS montre que les professionnels de la santé mentale souffrent d'un :

- Manque de formation et d'expérience vis-à-vis de la psychiatrie ;
- Manque de techniciens en santé mentale ou brancardier à l'hôpital ;
- Manque de communication entre les dirigeants et leurs subordonnés ;
- Manque de communication entre les subordonnés entre eux ;
- Manque de personnel adéquat et compétent pour répondre aux besoins du secteur hospitalier ;

- Manque de ressources humaines dans les soins psychiatriques .

Dans cette organisation du travail, la répartition des ressources humaines dans les soins psychiatriques, tout comme la répartition des patients entre les infirmières, est anarchique dans tous les services de l'hôpital, et particulièrement dans la zone des patients hospitalisés et dans les services d'urgence.

« **Infirmière** : Il y a un manque de personnel infirmier. Selon les indicateurs, il doit y avoir 5 patients par infirmière. Ici, il y a 8 patients par infirmière. L'institution parfois met 16 patients par infirmière ! Cela dépend de la coordination de la direction de cet hôpital ! Ici, il y a une mauvaise organisation. Selon les directives de la direction, le gardien de sécurité ne peut pas interagir avec les patients. Mais, il doit d'abord interagir avec l'infirmière. Je suis une femme. Et, c'est plus difficile d'interagir avec un patient en phase aiguë de la maladie. Vous devez savoir que parfois la psychose du patient est très aiguë ainsi, parfois, nous sommes battues par ces patients. Nous n'avons pas le temps de crier et d'appeler de l'aide. Ici, dans la zone des patients hospitalisés, de nuit, il n'y a ni surveillance dans cette zone, ni personnel de soutien en cas d'urgence. La nuit, nous sommes seulement deux infirmières.

Chercheur : Que faites-vous à ce moment-là ?

Infirmière : Selon la gravité du problème, nous nous enfermons dans la zone des patients hospitalisés. Après, nous essayons de communiquer, tant que le téléphone est dans des conditions viables parce que parfois le téléphone – qui est dans la zone des patients hospitalisés – ne fonctionne pas pendant 3 ou 4 jours et donc, il n'y a pas de communication ni vers l'intérieur, ni vers l'extérieur. Ces choses se passent souvent de nuit. Savez-vous que parfois notre téléphone personnel n'a pas d'argent pour téléphoner et, ça a causé des conflits, entre nous les deux infirmières, parce que nous devons décider quoi faire (...).

Chercheur : Avez-vous communiqué ce problème à la direction de cet hôpital ?

Infirmière : Oui, la direction nous a dit, le problème va être résolu (...). L'autre problème est que dans les services d'urgence, la direction nous a enlevé le téléphone.

Chercheur : Pourquoi la direction a enlevé le téléphone ?

Infirmière : Parce qu'un patient l'a cassé (...). Nous avons passé des jours sans téléphone. Le pire est que parfois il y a des événements très difficiles avec les patients. Je le dis au gardien de sécurité :

(L'Infirmière me transcrit oralement un échange verbal qu'elle a eu avec le gardien de sécurité)

Infirmière : Courez ! Courez ! Appelez les autres gardiens de sécurité pour m'aider.

(Infirmière s'adressant à moi) : Mais, en même temps, je ne veux pas que le gardien de sécurité me laisse seule avec le patient.

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en janvier 2013)

« Il y a moins d'infirmières dans les horaires de nuit et, il n'y a pas de sécurité ici dans la zone des patients hospitalisés. Deux infirmières, dans cette zone, sont enfermées avec 16 patients (...). Imaginez-vous que la moitié des patients soient psychotiques (...). Parfois, on pense que les patients ont pris les médicaments hypnotiques et qu'ils sont profondément endormis. Ces médicaments incitent le sommeil, alors ils doivent dormir toute la nuit. Mais beaucoup de patients ne prennent pas ces médicaments ou simplement ils les cachent. Alors, ces patients attendent que les infirmières restent complètement seules. Il peut arriver un malheur ! Je sais que quelque chose de grave n'est jamais arrivé ici, mais cela peut arriver ! L'institution doit nous envoyer plus de personnel, plus de lits, car cet hôpital est insuffisant pour satisfaire toute la demande psychiatrique ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en janvier 2013)

« Il y a peu de soignants en santé mentale. Les soignants qu'il y a, sont mal formés et mal repartis dans cette zone des patients hospitalisés. Si ces soignants ne sont pas bien formés et ils ne sont pas bien repartis, ils nous donnent beaucoup plus de travail plutôt que de nous aider ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en janvier 2013)

« Le manque de soignants en santé mentale et leur répartition, dans les services et les horaires, ne sont pas bien proportionnés ici dans cet hôpital. Habituellement, l'horaire de nuit est celui qui reste le plus seul. Il y a, dans cet horaire de nuit, seulement un médecin généraliste dans les services d'urgence et deux infirmières pour chaque zone des patients hospitalisés (hommes et femmes). Je vois que dans l'horaire du matin, il y a beaucoup plus de soignants. Dans cet horaire, il y a plus du double d'infirmières pour chaque zone ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en décembre 2012)

Ces professionnels de la santé mentale interrogés sont unanimes sur l'occasion de soulever une vraie question : l'organisation du travail de l'HPS. Le manque des

ressources humaines dans les soins psychiatriques et leur répartition disproportionnée dans tout l'hôpital et particulièrement dans la zone des patients hospitalisés et dans les services d'urgence. Cette distribution disproportionnée influe sur l'organisation des soins. Cette organisation progresse au détriment de la relation humaine soignant/soigné et de l'anticipation des risques potentiels comment nous l'avons déjà vu dans les entretiens précédents.

4.2 Interaction avec les professionnels de la santé mentale

La facilité à interroger les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS dépendait de ma capacité à créer une rencontre empathique, entre les professionnels de la santé mentale et moi-même. La proximité entre l'observation des pratiques thérapeutiques et l'entretien ethnographique était facilitée par le fait qu'une des motivations, ayant poussé les professionnels de la santé mentale à accepter l'entretien, était probablement la possibilité de parler d'eux, de leurs problèmes et de leurs histoires de vie au travail. Afin d'éviter d'être identifiée en tant que travailleur de la santé, je soulignais toujours le fait que je faisais une étude ethnographique dans les services psychiatriques. Il s'agissait ainsi de ne pas assumer ni un rôle de thérapeute, ni celui d'un expert, mais celui d'un individu neutre qui ne fait qu'observer. Ceci a permis aux professionnels de la santé mentale de s'exprimer librement, sans se sentir analysés, jugés ou évalués. Je soulignais toujours le fait que je n'étais pas employé ni par l'HPS et ni par le Ministère de la Santé de l'État de *Sinaloa* et, que mon sujet d'étude portait exclusivement sur les professionnels de la santé mentale. Ceci afin d'éviter d'assumer la position d'employé visant également à éviter que le professionnel de la santé mentale cherche en moi un réconfort, une aide ou une défense, chose qui aurait forcément biaisé l'entretien tout en me faisant jouer un rôle que je ne devais pas jouer. Dans la majorité des entretiens, j'ai eu l'impression d'avoir pu créer une relation de confiance objective avec les professionnels de la santé mentale.

Se distinguer du rôle de soignant, vis-à-vis des patients, n'était pas évident. Puisque effectivement, j'en avais l'habillement avec ma blouse blanche. Ce souci de distinction se confrontait souvent à un certain flou concernant mon rôle et mon statut. Dans les pratiques thérapeutiques, certains professionnels de la santé mentale me présentaient de différentes façons à leurs patients afin que les patients se sentent à l'aise en ma présence et, afin d'éviter toute tension qu'aurait pu provoquer ma présence. Ils me présentaient à leurs patients comme étant : psychiatre, psychologue, docteur, assistant, collègue, étudiant en médecine, travailleur du secrétariat de la santé, avocat, chercheur, sociologue ou simplement ne disaient rien à leurs patients. Tandis que d'autres professionnels de la santé mentale disaient à leurs patients que mon rôle ici était celui d'un « évaluateur » qui entendait déterminer la qualité des soins psychiatriques. Laissant planer le doute quant à la véritable raison d'être ici. Le professionnelle me présentait sans que je n'intervienne, ceci afin de ne pas biaiser les réponses et ne pas entacher le lien de confiance qui s'établissait entre le professionnel et moi, à propos de mon rôle dans les pratiques thérapeutiques. Voici deux échantillons provenant de deux professionnels qui m'ont présenté à leurs patients :

Patiente : Qui est cette personne ? Il est Psychiatre aussi ?

Psychiatre : Il fait une recherche

(...) (Silence)

Comment vous sentez-vous ?

Patiente : Mieux Docteur, je suis moins anxieuse mais toujours désespérée.

Psychiatre : Allez-vous prendre ce médicament ?

Patiente : J'ai beaucoup de maux de tête.

Psychiatre : Mangez-vous bien ?

Patiente : Je perds l'appétit (Silence). À quoi sert ce médicament ?

(...) (Silence)

Psychiatre : Félicitations à vous !

(...) (Silence)

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients non hospitalisés, patiente de 33 ans, à Culiacan en mai 2012)

Psychiatre : Prenez-vous les médicaments ?

Patiente : J'ai peur, je me sens mal.

(...) (Silence)

Psychiatre : Pourquoi vous ne parlez pas ? Pourquoi vous ne riez pas ? Pourquoi vous n'exprimez pas vos émotions ? Êtes-vous timide ? Mangez-vous et dormez-vous bien ?

Patiente : Oui.

Psychiatre : Anxieuse ? Je vous présente un chercheur et sociologue.

(...) (Silence)

Ils ont pris votre tension ? Vous devez devenir plus active. C'est mieux un patient qui vient de sa propre initiative plutôt que d'y être amené de force. Je vous conseille de prendre un petit soda et, je vous conseille aussi une thérapie occupationnelle.

(...) (Silence)

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients non hospitalisés, patiente de 25 ans, à Culiacan en mai 2012)

Bien que certains professionnels de la santé mentale m'aient présenté à leurs patients de façon aléatoire. Certains patients disaient de moi, au professionnel dans la consultation psychiatrique, que j'étais une « personne dangereuse » ou une « personne qui les emmerde ». Il est difficile de savoir si, dans ce moment de la consultation, le patient commençait à présenter des troubles psychiques graves. Cela est possible car les professionnels de la santé mentale sont confrontés à ce genre de psychopathologies. Ce genre de psychopathologies représente une majorité des patients de l'HPS. Il demeure toutefois difficile d'affirmer si l'attitude du patient à mon égard, durant la consultation, était due à une pathologie, à une intention consciente ou à d'autres facteurs. L'un des professionnels de la santé mentale expliqua ainsi cette attitude :

« Le patient te disait cela parce qu'il pensait que tu allais lui faire du mal ou parce qu'il n'osait pas parler en ta présence de choses très personnelles comme par ex : sa sexualité, ses idées macabres ... ».

(Prise de notes d'un psychiatre à Culiacan en mai 2012)

D'un point de vue de l'anthropologie, l'explication de son comportement par le biais de la pathologie est réductrice et instaure une distinction entre pathologie et normalité qui peut être fortement questionnée. Comment savoir si son comportement est dû à sa psychopathologie ou découle d'une logique d'évitement qui peut se retrouver chez tout acteur social ? D'ailleurs, le même raisonnement pourrait être appliqué à tous les patients

qui viennent aux pratiques thérapeutiques : le patient me disait ceci, à cause de sa psychopathologie ou en réaction à d'autres raisons ? D'un point de vue anthropologique, le comportement du patient est plutôt à interpréter comme une réponse prenant son sens au sein de la logique sociale et relationnelle. Sans défendre une position de relativisme absolu quant à la réalité psychopathologique, la question de la pathologie n'a donc pas été prise en compte dans l'analyse, car elle est une problématique épistémologique.

D'un autre côté, certains patients disaient au professionnel de la santé mentale durant la consultation, que ma présence était celle d'une « personne des droits de l'Homme ». Selon les professionnels de la santé mentale, les patients disaient ceci pour que je défende leurs droits de l'Homme (les patients dans la zone des patients hospitalisés et non hospitalisés). Pour éviter toutes interprétations erronées, qui pourraient représenter par la suite un risque pour ma sécurité ou celle du patient, le professionnel de la santé mentale me disait si je pouvais rester ou non dans les consultations. Certains patients nous (le professionnel de la santé mentale et moi) nommaient « Sainte Vierge Marie » parce qu'ils se sentaient mieux et avaient l'impression d'avoir une meilleure qualité dans le service. Voici un exemple où une patiente nous a encensés :

(...) (Silence)

Patiente : Je pleure de bonheur (...). Je suis trop près de l'église (...).

Docteur, suis-je votre patiente préférée ?

Psychiatre : Ma patiente petite pleureuse plutôt ! Vous devez pratiquer la prière ! La prière guérie.

Patiente : Docteur, je ne fume plus. Vous êtes comme la Sainte Vierge Marie ! Vous me faites me sentir mieux !

Psychiatre : Prenez-vous des médicaments ? Je vous félicite.

Patiente : Merci. Docteur, tout m'inquiète !

Psychiatre : Nourrissez-vous de la foi !

Patiente : J'espère que vous vous joindrez à moi dans mes prières.

(...) Silence

(Prise de notes d'une consultation dans la zone des patients non hospitalisés, une patiente de 61 ans, à Culiacan en juin 2012)

À l'origine, le cadre de ma présence dans les consultations thérapeutiques était bien défini et se bornait à une observation. La pratique s'avéra différente, certains patients

s'adressant à moi et non plus au médecin. Les patients me parlaient d'eux, de leurs problèmes et de leurs histoires. Ces patients s'adressaient à moi, car les professionnels de la santé mentale m'ont présenté à leurs patients de façons assez flous. Certains professionnels (les psychiatres en particulier), avec le temps, m'ont même parfois laissé seul avec leur patient durant leurs consultations. Parfois, pendant les consultations du psychiatre, celui-ci s'adressait à moi pour me dire quelques mots sur le patient afin de pouvoir gagner leur confiance et, ainsi faciliter leur expression. Selon l'explication du professionnel, il me laissait seul avec leur patient afin que je joue le rôle du psychiatre. Ce psychiatre savait que je n'étais pas un médecin généraliste et encore moins un psychiatre. Peut-être que ce psychiatre voulait s'amuser ? ! Pourquoi ce comportement envers moi ? Pourquoi me laisser seul avec leur patient ? Je me disais : oh ! Je suis dans un hôpital psychiatrique. J'ai bien compris ! Suite à cela, je me suis demandé comment jouer un rôle de psychiatre, je ne suis ni un médecin, ni un psychologue, ni un autre professionnel de la santé. Difficile à dire !

De plus, dans la zone des patients hospitalisés, souvent, les patients se rapprochaient de moi, pour me parler, me chanter quelque chose ou me toucher. Comment me comporter avec eux ou quoi leur dire quand ils commençaient à me parler, à me chanter quelque chose ou à me toucher ? ! Cela vraiment me stressait vraiment, et encore plus, lorsque j'étais seul avec eux. Finalement, j'ai demandé à certains professionnels de la santé mentale comment me comporter vis à vis d'un patient lorsque ce dernier commençait à me parler, toucher ou se rapprocher. Un psychiatre m'a conseillé, par exemple, de lire un livre sur *L'importance de la première consultation en psychiatrie*. J'ai lu ce livre, cela m'a remémoré ma première expérience, avec le psychiatre de l'ISSSTE, qui m'avait, à l'époque, permis une belle observation et une bonne compréhension du métier et du rôle du psychiatre en consultations. À la suite de ça, j'ai fini par accepter de jouer le rôle d'un psychiatre, seul ou accompagné d'un psychiatre, mais aussi parfois accompagné d'un(e) étudiant(e) en médecine qui effectuait ses pratiques dans les consultations de patients non hospitalisés. Cela peut se justifier car, la présence d'une tierce personne qui n'est pas un professionnel de santé pourrait compromettre la relation thérapeutique entre

patient et soignant lors des consultations particulièrement. Par ailleurs, certains professionnels de la santé mentale me demandaient des recommandations pour améliorer les services psychiatriques. Je leur répondais que je ne pouvais pas donner de recommandations aux professionnels de la santé mentale, en argumentant que je n'étais pas médecin et que je venais faire seulement une étude ethnographique dans les services psychiatriques. Néanmoins, je leur ai promis de leur donner les résultats finaux de ma recherche.

4.3 Entretien ethnographique

L'entretien ethnographique constitue un espace social où se joue une mise en scène relationnelle particulière. Le chercheur arrive avec ses attentes quant à la situation des entretiens et ses projections à la fois sur son interlocuteur, sur la psychiatrie, sur son travail et sur ses difficultés. Tous ces éléments où transparaissent ces questions, ces commentaires et de tous ces gestes implicites et/ou inconscients qui nourrissent et influencent l'interaction. L'interlocuteur se présente à l'entretien avec une histoire de vie, un passé en lien ou non avec des institutions, des intérêts, des difficultés. Mais aussi des projections quant à la situation de l'entretien, aux attentes du chercheur et à la recherche auquel il participe.

Comme déjà expliqué plus haut, je me suis distingué du rôle du professionnel de la santé mentale, par la mise en scène discursive propre aux entretiens réalisés. Cela a été marqué de manière paradoxale par ce cadre. Le fait que je n'appartienne pas au milieu psychiatrique et, que je sois sociologue leur permettait de parler de manière assez libre et critique. Leur permettant ainsi d'avancer des interprétations moins médicales et, plus liées à l'organisation sociale et au travail.

Pour essayer de mieux comprendre les enjeux sous-jacents du récit de vie au travail recueilli à travers l'entretien ethnographique, on peut se questionner sur les motivations

des professionnels de la santé mentale à vouloir participer à la recherche. La première hypothèse est liée à la proximité de l'entretien ethnographique avec les observations des pratiques thérapeutiques et l'observation du conflit au travail. La possibilité de raconter son histoire de vie au travail voire de recevoir un soutien (notamment pour les professionnels de la santé mentale vulnérables) a sûrement motivé les professionnels de la santé mentale à accepter l'entretien, facilitant le déroulement de celui-ci et façonnant partiellement leurs récits. La seconde hypothèse porte plus sur le caractère socio-anthropologique de l'entretien. Celui-ci peut en effet devenir un espace où l'on peut rechercher un type de légitimité, alors que par rapport à certaines thématiques, les dimensions socioculturelles ou politiques sont assez explicites, comme dans des situations liées à la migration, aux situations de violences ou à propos des populations marginales. Concernant la problématique de la « santé mentale » en termes de souffrance psychique, de détresse et de troubles mentaux, celles-ci sont moins claires à identifier. La « santé mentale » en termes de souffrance psychique, de détresse et de trouble mental est en effet plus facilement associée à une approche psychologique et médicale, que socio-anthropologique. C'est d'ailleurs ce qui ressortait souvent au début des entretiens avec les professionnels de la santé mentale interrogés, lesquels ne comprenaient pas très bien ce qu'un sociologue pouvait bien étudier dans ce domaine. Malgré cela, le cadre de l'entretien ethnographique a permis l'émergence de plusieurs discours chez les professionnels de la santé mentale. Lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 et en 2013, les professionnels de la santé mentale ont pu conter leurs récits de vie au travail, par exemple : les conflits interpersonnels, les difficultés au travail, le harcèlement de la part des chefs ou des dirigeants, les évènements difficiles avec les patients.

Les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé mentale ont accepté l'entretien semblent liées à une perception de l'entretien en tant qu'espace d'écoute ou de reconnaissance sociopolitique. Cela a ainsi pu avoir un impact sur la mise en récit des professionnels de la santé mentale. Toutefois, les deux lectures (socio-anthropologique et psychiatrique) ont souvent été présentes dans les entretiens, sans nécessairement être

mises en concurrence. Ceci témoigne que le cadre posé lors l'entretien a été assez souple et ouvert à la parole du professionnel de la santé mentale, quelle qu'elle soit.

Un autre élément intéressant permettant de percevoir la spécificité de la mise en scène propre à l'entretien ethnographique, est celui de l'omission à proprement parler des conflits causés par les problèmes au travail. Malgré la relation de confiance avec les interlocuteurs, je fus surpris par le contraste entre ce que j'observais du conflit au travail, ce qui se passait dans l'hôpital et, ce qu'en disaient certains professionnels de la santé dans les entretiens. Pourquoi le professionnel ne m'en dit pas plus ? Le professionnel de la santé mentale a-t-il peur de me parler ? Ou simplement, ne s'intéresse-t-il pas à la réalité des conflits au travail, tant que ces conflits au travail ne les touchent pas directement ? D'ailleurs, lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 et en 2013 avec les professionnels de la santé mentale dans la zone des patients hospitalisés et non hospitalisés à la question portant sur les difficultés qu'ils ont rencontrées ou qu'ils ont eu dans l'exercice de leur profession, ces professionnels de la santé mentale ont répondu :

« Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de difficultés pour exercer ma profession (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Tout va bien, il n'y a aucun problème ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Aucune difficulté. Tout va bien, tout se passe comme prévu, il n'y a aucun problème ».

(Entretien avec un infirmier à Culiacan en décembre 2012)

L'explication de ces omissions, dans leurs discours, est liée à la question de la vie privée au travail. De quelle manière dévoile-t-on ou pas, certains intérêts personnels dans le

cadre d'une relation de type ethnographique ? J'étais personnellement très soucieux concernant cet aspect. Puisque je voulais que mon interlocuteur ait la liberté, la confiance de dévoiler ou de cacher certains aspects de sa vie au travail au sein de l'HPS, sans se sentir obligé de « tout dire » en raison de l'autorité induite par le cadre de l'entretien.

Demander à quelqu'un de raconter à un inconnu, moi, un des moments les plus durs de sa vie au travail implique en effet qu'un lien de confiance s'établisse entre les deux interlocuteurs. Il s'agit pour l'interlocuteur de parler de choses très difficiles et délicates en se confiant à la personne en face. Il cherche le respect, mais aussi à être écouté sans jugement. Conscient des difficultés que cet exercice pourrait représenter pour certaines personnes, mon souci a été celui de favoriser un climat de confiance. Laissant ainsi une certaine liberté à mon interlocuteur de s'exprimer. Ce lien s'établissait déjà par la liberté d'accepter ou non l'entretien. Pendant les entretiens, j'évitais les questions trop intrusives, privilégiant des questions très larges grâce auxquelles la personne pouvait, si elle le désirait, éviter de parler de certains sujets par exemple, ses difficultés, ses conflits ou harcèlement au travail. Cette attitude faisait que, parfois, des sujets étaient omis pendant l'entretien. Certains professionnels de la santé mentale ne parlèrent jamais de leurs conflits causés par les problèmes de travail.

« Jusqu'à présent, je ne vois pas la nécessité d'un changement important (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Rien, tout va bien ici (...) ».

(Entretien avec un psychiatre en septembre 2012)

L'omission de certains éléments, lors de l'entretien ethnographique, ne doit pas être considérée comme un manque de confiance envers le chercheur, mais témoigne d'un rapport à la dimension privée en tant qu'intimité. Où le professionnel de la santé se dévoile à mesure que sa relation avec le chercheur s'approfondit. Cette réflexion s'insère

d'ailleurs dans une dynamique plus large de transformation du rapport à l'intimité propre à notre époque. En retraçant l'émergence de l'attention nouvelle portée à cette question, Alain Ehrenberg parle de « l'entrée de l'intime dans l'espace public » (Ehrenberg, 1998 : 128). L'émergence de nouveaux « malheurs intimes » dont la dépression constitue, selon lui, un exemple emblématique, ont ainsi transformé l'intimité en un objet public.

Ce travail a permis aux professionnels de la santé mentale interrogés de parler de certaines histoires de vie au travail, dévalorisantes, dégradantes ou scandaleuses. D'un côté, cela est lié à une reconnaissance donnée au professionnel de la santé en tant que victime de ces événements. Le fait d'avoir subi ces événements difficiles au travail, éléments normalement considérés comme scandaleux, dévalorisants ou dégradants et, donc qui normalement restent cachés, se trouve au contraire être mis en lumière au sein de l'HPS. Et, sont présentés selon une logique non compassionnelle et non victimisante. Sans nécessairement leur attribuer une connotation à proprement parler non valorisante, l'interprétation psychodynamique permet de parler des problèmes de vie au travail, en les associant aux notions de souffrance psychique, de détresse ou de psychopathologie. D'un autre côté, les professionnels de la santé mentale (notamment ceux qui ne se sentent pas touchés personnellement par le conflit au travail) se présentaient comme ayant fait « un travail sur soi » opérant ainsi une distinction entre le soi passé et le soi actuel. L'entretien ethnographique devenait ainsi un espace où nous retracions le parcours de cette transformation, ce qui permettait une mise en scène gratifiante de soi. L'entretien pouvait ainsi « s'exposer » en dévoilant des éléments potentiellement dévalorisants à condition qu'ils soient interprétés, selon un registre « compassionnel ». Certains professionnels de la santé mentale expliquaient leur souffrance psychologique, leur détresse et leurs troubles mentaux par les situations extrêmement difficiles qu'ils vivaient en ce moment au sein de l'HPS. L'explication de leur détresse et de leurs troubles implique également une vision de soi en tant que victime d'un certain contexte social et culturel. Toutefois, l'accent n'est pas nécessairement mis sur la transformation de soi en tant que moyen pour se sortir de cette situation de victime. C'est plutôt le fait d'avoir agi au niveau du contexte qui semble avoir permis à ces personnes d'aller mieux (par

exemple : avoir dénoncé la personne qui les a harcelées, avoir changé d'horaire, avoir cherché une aide psychologique ou psychiatrique, être plus attentif aux faits et gestes de son environnement professionnel). Toutefois, ces différentes interprétations étaient parfois présentes de manière concomitante dans le récit des personnes et, un type de lecture n'excluait pas l'autre.

Si l'entretien ethnographique, en tant que représentation publique de soi, peut favoriser des formes d'idéalisation, cela se faisait suivant un schéma discursif précis correspondant à un schéma culturellement influencé par les paradigmes qui font sens pour la personne. Le récit de vie propre à l'entretien ethnographique permet ainsi de mettre en évidence comment certains éléments propres à une sorte de sociologie implicite sont devenus, pour les professionnels de la santé mentale interrogés, un véritable pourvoyeur de sens quant à leur vécu et à leur histoire. Pierre Bourdieu met en évidence, dans un article sur « L'illusion biographique », les dynamiques propres au récit de vie « On est, sans doute, en droit de supposer que le récit autobiographique s'inspire toujours, au moins pour une part, du souci de donner sens, de rendre raison, de dégager une logique à la fois rétrospective et prospective, une consistance et une constance, en établissant des relations intelligibles, comme celle de l'effet à la cause efficiente ou finale, entre les états successifs, ainsi constitués en étapes d'un développement nécessaire » (Bourdieu, 1986 : 69). La personne amenée à faire un récit de vie, revient ainsi à faire une « idéologie de sa propre vie » selon les mots de Pierre Bourdieu. Le sens est amené à établir des liens et, à donner une cohérence à son cheminement. Dans le cas présent, ces récits empruntent ainsi des éléments propres à certaines idéologies permettant ainsi aux professionnels de la santé mentale interrogés de donner un sens aux difficultés vécues au travail, tout en offrant une image de soi positive dans la « scène » qui leur est offerte au travers de l'entretien ethnographique.

CHAPITRE 5. Construction sociopolitique de la problématique par rapport aux professionnels de la santé mentale au Mexique

5.1 Émergence de la problématique dans l'espace public

S'intéresser à l'émergence d'un problème public, signifie analyser comment une thématique qui, d'une question privée devient, en quelques années, un problème social inscrit dans l'agenda politique national et international. Récemment, la santé mentale a pris une place importante dans l'espace public. Les Nations Unies ont reconnu

l'importance croissante de la santé mentale comme une question d'intérêt public, en l'incluant dans les Objectifs de Développement Durable (ODD). L'objectif 3 de l'ODD vise à assurer une vie saine, à promouvoir le bien-être de toutes les personnes et à mettre l'accent sur l'engagement à travailler sur la prévention et le traitement des troubles mentaux (Renteria, 2018). La lutte pour la reconnaissance de la prévention d'une problématique aussi particulière, celle de la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale devient de plus en plus importante dans la santé publique. Comment la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé, est-elle devenue une question de santé publique, très présente dans les médias nationaux et internationaux ?

Au Mexique, la période d'émergence se situe au début des années '80 (Becerra-partida, 2014). Trois axes peuvent être identifiés durant cette période :

- Le contexte international, local et émergence de la problématique auprès des experts ;
- Identification de la problématique de la santé mentale comme problématique sociale ;
- Émergence de la thématique de la santé mentale au sein de la santé publique.

5.1.1 Contexte international, local et émergence de la problématique auprès des experts

« Les troubles mentaux augmentent chez les salariés. Sur fond de crise économique, de mondialisation et de nouvelles organisations du travail, la santé mentale des travailleurs se dégrade. Tel est le constat de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) pointé dans une étude publiée le 14 décembre, 2011 intitulée : *"Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale au travail* » R. BARROUX, Le Monde, (17 décembre 2011).

Aujourd'hui, la problématique de la santé mentale au travail est devenue un véritable enjeu de société et une importante question de santé publique. Les salariés sont confrontés à de nouvelles pénibilités dans un monde incertain où le chômage et la précarité pèsent lourdement. Selon Danièle Linhart (2009), les salariés ont souvent le sentiment d'être personnellement victimes d'injustices sociales. De plus, certaines études sociologiques révèlent une augmentation du sentiment d'isolement et d'abandon. Et même si la souffrance au travail devient une préoccupation d'ordre public (Nasse et Légeron, 2008), les salariés seraient confrontés à un manque de contreparties satisfaisantes sur le plan du salaire et de la reconnaissance professionnelle au regard de leur productivité (Linhart, 2009).

En effet, depuis ces dernières décennies des changements significatifs ont pris place dans le monde professionnel, selon la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound). Dans sa sixième enquête européenne sur les conditions de travail (Parent-Thirion et al., 2017), il est question d'une augmentation des risques en matière de santé et de sécurité au travail en Europe. Selon cette enquête les secteurs les plus touchés sont : le secteur agricole, la construction, l'industrie manufacturière, le transport, la santé et l'éducation. Ce constat serait lié à l'exposition des conditions de travail difficile (positions douloureuses ou fatigantes (au moins un quart du temps), le non-apprentissage de choses nouvelles, pas de formation reçue au cours des douze derniers mois, l'affectation par une restructuration ou une réorganisation, une cadence de travail très élevée (au moins les trois quarts du temps), un comportement social hostile⁴⁶ ; le fait de ne pas tenter de changer ses méthodes de travail ; la crainte de perdre leur emploi dans les six prochains mois ; les faibles perspectives d'évolution de carrière) associées aux nouvelles formes d'organisation professionnelle. Il s'agit également des changements dus à la mondialisation, aux innovations technologiques qui favorisent peu l'autonomie et l'accès au développement des compétences

⁴⁶ Le comportement social hostile est mesuré dans l'enquête par des questions sur l'occurrence de sept comportements : violences verbales, attentions sexuelles non désirées, menaces, comportements humiliants, violences physiques, harcèlement sexuel et intimidation/harcèlement moral.

professionnelles, à la globalisation économique, à l'accélération de l'urbanisation. Ces changements ont participé à la transformation des sociétés contemporaines d'ici comme d'ailleurs. Dès lors, pour s'adapter à ces changements ou évolutions, de nouvelles conceptions organisationnelles ont émergé avec une transformation des processus de production. Cette situation a engendré, de ce fait, un nouveau mode d'organisation du travail et de nouvelles situations professionnelles, vécues comme une menace pour les salariés et source de souffrance (Gollac et al., 2014). Les conditions de travail sont donc accompagnées d'une intensification des activités qui se traduisent par une surcharge de travail et une diminution des marges de manœuvre de l'individu dans la réalisation de la tâche en l'exposant à une constante mise à l'épreuve de ses compétences professionnelles.

Selon Ugalde & Homedes, 2005, les évaluations des réformes indiquent que la flexibilité du travail permet rarement d'attendre les objectives souhaitées et qu'au contraire, la flexibilité de la main-œuvre peut aggraver la situation (...), par exemple : augmentation du stress et de l'insatisfaction des travailleurs, leur insécurité en raison des contrats de travail flexible, la préoccupation d'éventuelles poursuites pour négligence professionnelle, l'ajout de nouvelles tâches bureaucratiques pour lesquelles le personnel de santé n'a pas été formé (Ugalde & Homedes, 2005). Le travail des infirmières n'est pas de faire du travail bureaucratique, elles ne sont pas formées à ça, et, ce n'est pas leur job. Comme ce n'est pas leur job de faire celui du psychiatre en faisant passer des entretiens.

À Culiacan comme ailleurs, l'évolution mercantile et l'évolution de l'organisation du travail semblent réduire le temps consacré aux patients. Les pratiques thérapeutiques intégraient auparavant plus de temps à écouter et parler aux patients. Cette crise relationnelle (soignant/soigné) peut être expliquée par manque de personnel, par l'augmentation des travaux purement administratifs, comme le remplissage des feuilles de soins. La perte des pratiques thérapeutiques, est un thème récurrent perçu durant des entretiens, mais aussi constaté lors de des observations dans la zone des patients hospitalisés. Celle-ci semble avoir pour conséquence des problèmes à bien prendre soin

des patients et, en même temps semble développer des sentiments de frustration chez les soignants. Les infirmières n'ont plus la possibilité d'exercer pleinement leurs professions par manque de temps avec les patients. La prévention est essentielle dans la gestion des situations de crise. C'est pourquoi, ces nouvelles situations de travail accroissent le sentiment d'insécurité du personnel caractérisé par les incidents d'agressions par les patients.

« Je vais te dire le passé et le présent. Avant, j'étais là pour aider le patient. Par exemple, quand un patient arrivait suite à une tentative de suicide, il me disait pourquoi il voulait se suicider. Je me sentais très mal, très mal ! Moi-même je me disais : comment peut-il avoir autant d'impuissance comme de tristesse (...) pour en arriver à cet extrême ? ! Moi-même, je n'étais pas capable de lui dire durant l'entretien que le suicide n'était pas la solution. Je lui montrais qu'il pouvait laisser plus de problèmes s'il avait des enfants (...). Maintenant, je vais être sincère avec vous. Très souvent, j'ai de nombreux patients qui ont besoin de parler. Je ne peux pas leur faire passer des entretiens parce que je n'ai pas le temps et, à cause cela, je me sens très mal (...). Tout cela est dû à notre surcharge de travail, comme par exemple, le remplissage des feuilles de soins par patient (...) et le manque de personnel. Je veux te dire qu'il y a nombreux patients qui se plaignent de nous, les infirmières, ces patients nous disent : vous êtes toujours occupées à remplir ces feuilles de soins et, vous n'avez pas le temps de prendre soin de nous ! ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Les infirmières interrogées sont unanimes sur cette question de manque de temps dû au remplissage des feuilles de soins qui influent sur l'activité de soins. Le travail administratif augmente au détriment des pratiques thérapeutiques et de l'anticipation des risques potentiels dans la zone des patients hospitalisés.

« J'appelle les remplissages des feuilles de soins « héritage nuisible » ces feuilles nous ont été laissées par une infirmière en chef qui travaillait ici — comme j'aimerais que cette infirmière en chef soit ici pour voir que les feuilles de soins sont un boulet ! — avant, il y avait plus de contact avec les patients. Mais maintenant, à cause de cet héritage nuisible, il n'y a presque plus de contact avec les patients ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« À l'heure actuelle, nous n'avons pas le temps ! En vérité, avant la mise en place du remplissage des feuilles de soins, nous avions du temps pour les patients. Maintenant il n'y a plus de temps pour eux ! Maintenant, il s'agit davantage de questions administratives. Vous remplissez les feuilles de soins. Savez-vous que le remplissage des feuilles de soins, prend trop de notre temps ? ! Avant, nous donnions la priorité à la thérapie des patients ! Avant, nous pouvions parler avec eux et leur donner l'adhésion thérapeutique. Mais maintenant, ce n'est plus possible et d'autant plus que nous ne sommes que deux infirmières dans cette tranche horaire de travail (...). Maintenant, il y a peu de patients. Mais quand le service est plein, il y a 16 patients et seulement deux infirmières. Cela est plus dur parce que nous sommes obligés à remplir les feuilles de soins constitués de 4 feuilles de soins (...). Avant, nous devions remplir seulement 2 feuilles de soins. Vous voyez, je n'ai pas encore fini de remplir ces feuilles ! Ici, dans ces feuilles de soins, nous devons écrire les indications médicales. Je comprends que les médecins ne lisent pas ces feuilles de soins. Et, je ne crois pas qu'ils puissent comprendre ou qu'ils veuillent comprendre ces feuilles de soins (...). Pour être honnête, avec les patients, nous n'avons pas le temps (...) et nous n'avons pas une relation thérapeutique avec eux ! ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

Pour le personnel de la direction de l'HPS, le remplissage des feuilles de soins signifie avoir accompli le travail de soins des infirmières. C'est-à-dire, si les infirmières ne finissent pas le remplissage des feuilles de soins, cela signifie que ces infirmières n'ont rien fait ... ? ! Difficile à dire ! On peut dire que le remplissage des feuilles de soins est plus important que le soin aux patients ? S'agit-il alors d'une nouvelle relation thérapeutique entre les soignants et les feuilles de soins ? La rationalisation du temps va au détriment de la relation et de la pratique thérapeutique. Les soignants interrogés disent ne plus avoir le temps de soigner les patients à cause du temps dépensé à remplir ces feuilles. Ce que soulignent les témoignages suivants :

« Si nous ne remplissons pas les feuilles de soins, cela signifie que nous n'avons rien fait dans toute la journée (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

Toutes les infirmières interrogées sont unanimes à propos cette situation :

« Nous venons travailler ici seulement pour remplir les feuilles de soins et garder les patients en vie, mais sans les soins de santé (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« **Chercheur** : Pensez-vous que les soins de santé des patients ont diminué ?

Infirmière : Oui, parce que nous passons plus de temps à remplir les feuilles de soins qu'à soigner les patients et, nous ne leur donnons pas la même attention (...). Pour moi, les patients sont plus importants que le remplissage des feuilles de soins ! »

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

De plus, cette rationalisation du temps va également au détriment de la prévention des situations de violence et du stress pour le personnel soignant. Cela fait également partie du constat de changement de son activité. Le remplissage des feuilles de soins vient au détriment du temps passé avec les patients. Le manque d'organisation du lieu, le fait de faire les feuilles de soins au milieu de malades génère un stress supplémentaire, en effet ces infirmières ont la tâche difficile de faire plusieurs choses en même temps. C'est-à-dire, surveiller les patients ainsi que faire le travail administratif. Physiquement, ces infirmières sont avec les patients mais leur concentration se partage entre l'attention portée à leur propre sécurité et aux feuilles de soins. L'indisponibilité conduit au manque d'écoute et génère une augmentation des situations du stress de la part du personnel soignant et augmente les situations de violences se concrétisant aussi à cause d'une rationalisation du temps.

« Parfois je vis la journée ici de façon très stressante et avec peur, parce que plusieurs patients sont en phase aiguë de la maladie. J'ai peur, que les patients lors d'une phase aiguë de la maladie m'attaquent ou que les patients arrivent dans cet hôpital dans cet état de crise. C'est très stressant de travailler ici, dans la zone des patients hospitalisés (...). Les patients sont très exigeants et malheureusement, le temps que nous avons pour les soigner est insuffisant. Parfois, nous n'avons pas assez de temps pour finir notre journée de travail. Le remplissage des feuilles de soins nous prend tout le

temps. Et, le pire est que les patients sont avec nous et, cela est très stressant (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Les nouvelles situations professionnelles intègrent une dynamique organisationnelle qui appelle l'individu à s'impliquer profondément dans son travail et à s'adapter aux nouvelles tâches exigées. Les transformations organisationnelles, et en particulier les nouvelles conditions de travail, génèrent des contraintes supplémentaires à celles du travail lui-même. Elles se révèlent néfastes pour la santé des travailleurs aussi bien, sur le plan physique que mental (Valléry et Leduc, 2012). De plus, différentes études menées par l'Organisation Internationale du Travail (OIT), la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et des entités privées mettent en évidence de façon préoccupante l'augmentation du stress « négatif » lié au travail. Ce stress n'a pas cessé d'augmenter durant ces trois dernières décennies. Ils estiment aussi que plus de 30 % de la population mondiale souffre d'au moins un ou plusieurs symptômes de stress au travail, par exemple, fatigue constante, maux de tête, tensions musculaires, troubles du sommeil, addictions, isolement par rapport aux collègues, déprime et perte de confiance en ses propres capacités, perte d'intérêt général pour le travail. Pour les pays industrialisés, ces chiffres sont plus élevés (Gomez, 2017). De plus, les absences pour maladies dues au stress, à la dépression ou à l'anxiété et aux mauvaises conditions de travail ont touché environ 14 % des travailleurs européens en 2010 (Commission européenne, 2010 ; cité par Teoh et al., 2014). Au Mexique, entre autres pays d'Amérique Latine, les statistiques montrent que près de 40 % de travailleurs ont eu au moins un symptôme de stress lié au travail (Gomez, 2017).

Ces dernières années le stress au travail et plus globalement les risques psychosociaux ont fait l'objet d'un fort intérêt tant auprès du grand public *via* les médias qu'au sein des organisations. La médiatisation du stress, du mal-être et plus globalement des risques psychosociaux, est malheureusement liée aux vagues de suicides apparues dans le

courant de l'année 2009 (Casaucau, 2016). Par exemple, en France, 20 suicides enregistrés chez les salariés de France Télécom ont déclenché toutes les alarmes sur le territoire français. Du coup, la France a commencé à regarder du coin de l'œil la santé mentale de ses travailleurs (Gomez, 2017). On peut se demander si des situations similaires pourraient se produire au Mexique ? Cette problématique touche le monde, les Japonais ont appelé Le *Karoshi* littéralement « morts par excès de travail », les personnes qui travaillent plus de 65 heures par semaine et qui meurent à la suite des accidents cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde ou insuffisance cardiaque aiguë) pour ne pas avoir reposé ni son corps , ni son esprit (Dejours et al., 1999).

Il existe une abondante littérature sur les liens entre surcharge de travail et psychopathologie (dépression, anxiété) au niveau épidémiologique. Quelques auteurs ont également mis en évidence, les relations, à un niveau individuel, entre les maladies du psychisme et les contraintes de l'organisation du travail, ce qui permet de saisir les processus qualitatifs à l'œuvre dans ces décompensations et de ne pas se limiter à la surcharge comme quantité. Serge Daneault et al., (2006) ; cité par Christian Genest (2012), analysent la souffrance que vivent les médecins en relation avec « l'intoxication productiviste » que génère le fait de faire passer la quantité de patients à traiter : « la souffrance que vivent les médecins est éloquente ». Les professionnels de la santé se sentent constamment surchargés et essoufflés. Le temps nécessaire afin de bien faire le travail devient de plus en plus court.

« Avoir assez de temps et ne pas être saturé de patients afin de mieux gérer mon temps et, de donner des soins adéquats ».

(Entretiens avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Avoir assez de temps pour chaque patient et leur consacrer non seulement les soins dont le patient a besoin, mais aussi de lui donner une orientation professionnelle de qualité, parce qu'ici dans cet hôpital ne te permet pas de faire bien le travail à cause du manque de temps (...). Alors, ma journée

parfaite est d'avoir assez de temps pour soigner les patients qui arrivent à cet hôpital (...) ».

(Entretien avec une travailleuse sociale en octobre en 2012)

Ces professionnels ne peuvent répondre à la demande de manière acceptable, non seulement sur le plan quantitatif (nombre de patients), mais aussi sur le plan qualitatif (Daneault et al., 2006 ; cité par Christian Genest 2012 : 58). Un sentiment de culpabilité et d'impuissance face au fait de ne pas pouvoir s'occuper de façon adéquate de tous les malades est alors ressenti par les professionnels de la santé. De plus, les demandes présentées par les patients, parfois élevées, parfois confuses et la complexité des besoins formulés par ces derniers placent les professionnels de la santé dans une position où ils se sentent écartelés et piégés. Ces éléments de pénibilité contribuent au fait que les professionnels de la santé ont le sentiment d'être en contradiction avec leur objectif de santé, celui de « sujet-soignant ». Les professionnels de la santé se sentent chargés d'une mission difficile, devant laquelle ils ont souvent l'impression d'être placés devant une barrière (*Ibid.* ; cité par Christian Genest 2012 : 59). Face à ces éléments de pénibilité, plusieurs professionnels de la santé adoptent diverses stratégies afin d'éviter ces sentiments de pénibilité. Par exemple en se blindant, en s'isolant, en faisant des thérapies, en changeant de lieu ou d'horaire de travail. Voici quelques exemples de stratégies adoptées par les professionnels de la santé mentale, afin d'éviter les sentiments de pénibilité au travail.

« Je sens que j'ai aussi besoin d'avoir une visite médicale de temps en temps. En effet, je suis en thérapies depuis un certain temps. Je considère que tout le personnel de santé qui travaille dans cette institution psychiatrique doit faire des visites médicales de temps en temps. Nous, le personnel de santé, nous devons assumer que nous sommes aussi d'êtres humains. Nous ne sommes pas moins fous que les patients, nous avons besoin d'être pris en charge aussi (...) ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

D'autres professionnels ont changé de lieu ou d'horaire de travail :

« **Infirmière** : En ce moment, je perçois ma santé mentale plus ou moins bien !

Chercheur : Quand vous dites que vous percevez votre santé mentale plus ou moins bien, vous faites référence à quoi ?

Infirmière : En ce moment, je n'ai pas un bon équilibre émotionnel ou de bons sentiments ou de bonnes pensées au travail ! Car, j'ai eu un conflit, ici, il y a une semaine. J'ai donc changé de lieu. Aujourd'hui, cela fait une semaine, que j'ai ce nouvel emploi du temps. J'ai dû demander à la direction de cet hôpital de me changer d'horaires. Je l'ai fait pour ma propre santé mentale. J'avais besoin de changement, un changement d'horaire avec de nouvelles personnes où je peux interagir et échanger sans me stresser (...) ! Voir un collègue partir, ça m'affecte ! Alors, je n'étais plus à l'aise dans ce travail (...) parce qu'il y avait des cris et des confrontations (...). Cela n'était pas normal ! Cela n'était ni un travail en équipe ni un travail stabilisant. (...). Pour ma propre santé mentale, j'ai donc demandé à changer mes horaires.

Chercheur : Avez-vous cherché d'aide psychologique ?

Infirmière : Je vais en thérapie chaque samedi ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

D'autres professionnels de la santé mentale demandent aux autorités hospitalières de leur fournir des psychothérapies au moins deux fois par an.

« Je pense qu'il est important que les autorités de cet hôpital nous fournissent des psychothérapies tous les trois ou six mois. Ces thérapies sont dues au type d'hôpital dans lequel nous travaillons. Les psychologues ou les psychiatres de cette institution ou d'une autre institution de santé peuvent nous évaluer dans le but d'améliorer notre santé mentale et de mieux travailler ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Nous devons avoir des psychothérapies, c'est-à-dire, d'aller voir un psychiatre ou un psychologue. Ce n'est pas parce que nous sommes malades, mais parce que nous avons besoin aussi d'exprimer tout ce qui se passe ici au travail et parce que cet environnement est très contaminant. C'est pour cela que nous avons besoin de psychothérapies. Nous avons besoin d'un espace avec un personnel de santé très bien formé et fiable, parce qu'un travailleur de la santé qui travaille ici, ne va pas voir quelqu'un pour lui dire ce qui lui arrive. Nous sommes des êtres humains et nous avons aussi des problèmes de toutes sortes, comme tout le monde. La prise en

charge du personnel de la santé mentale serait peut-être un peu différente (...). Alors, il est recommandable de suivre un traitement et d'être en formation constante pour avoir plus de connaissances et plus d'outils pour traiter tout cela lorsque ça se présente ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

Voici un autre entretien où un professionnel de la santé aimerait que tout le personnel de la santé puisse avoir d'une évaluation régulière et constante.

« J'aimerais qu'il y ait une évaluation régulière et constante pour tout le personnel travaillant dans cette institution psychiatrique (...), particulièrement pour les médecins, car c'est eux qui ont presque la plus grande responsabilité et dont dépendent les patients. Certains médecins sont contaminés . Il y a des pays où les médecins psychiatres ont un temps spécifique, des congés de formation pour aller se faire évaluer par d'autres médecins (...). Si je ne me fais pas évaluer, je ne peux pas dire que je sois apte à continuer à travailler dans cet hôpital (...). Par ailleurs, la troisième période de congés de formation que nous avons ici, est pour nous occuper de nous-mêmes organiquement et mentalement, mais certains de mes collègues utilisent cette période pour aller à la plage. Bien sûr, cela fait aussi partie du stress que nous vivons tous les jours dans cet hôpital psychiatrique. Nous n'avons que 15 jours pour nous occuper de nous, mais, durant ce temps, nous ne prenons pas soin de nous. Cette institution ne nous donne pas suffisamment de temps pour faire une évaluation régulière. Le système de santé mexicain est très mauvais pour évaluer tout le personnel de santé qui travaille dans cet hôpital psychiatrique. Il n'y a pas non plus de programme en santé mentale pour nous et j'aimerais en avoir un, au moins une fois par an. Parfois, il y a des moments que nous sommes contaminés par les patients et le personnel de santé continue à travailler ainsi. Qui va te dire, ne travaillez pas ! Personne ne va te dire ça. C'est évident qu'il y a une erreur. Les problèmes qui se posent dans la relation médecin-patient comme certaines négligences ou un mauvais diagnostic ou un mauvais traitement causé par le médecin sont dus au manque d'évaluation régulière ou d'un programme en santé mentale pour le personnel de santé qui travaille ici. Cela signifie qu'il y a un problème. Ce que je veux dire est que ce problème doit être traité avant pour éviter une situation malheureuse. Ça vaut mieux prévenir que guérir. J'imagine que tous les médecins des différentes spécialités devraient avoir une évaluation régulière et constante ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

En ce sens, la question de la santé mentale au travail est devenue un sujet d'actualité partout au Mexique, en particulier dans l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa à Culiacan. Les

effets défavorables physiques et psychologiques du travail sont basés sur le scénario actuel de compétitivité, de productivité et d'engagement qui exige des résultats de manière urgente. Acosta et al., (2006) soulignent que durant ces dernières décennies, les types de travail qui répondent aux nouvelles formes d'organisation du travail et de production ont dépersonnalisé la relation avec le travailleur et donnent comme exemple les manières de ce en quoi sont divisées les tâches qui empêchent la réalisation de l'être humain dans leur travail.

5.1.2 Identification de la problématique de la santé mentale comme problématique sociale

Comment interpréter le fait que la question de la problématique de la santé mentale commence à être perçue comme un problème social au début des années '90 ⁴⁷? On pourrait penser que l'émergence de cette problématique dans l'espace public s'explique par une augmentation objective des problèmes de santé mentale, comme la dépression et les problèmes associés à la consommation de drogues et d'alcool. Selon l'OMS, les problèmes de santé mentale représentent 15 % de la charge mondiale de morbidité. Actuellement, on estime qu'il y a en moyenne 500 millions de personnes atteintes d'une forme quelconque de trouble mental (OMS, 2001). Récemment, l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu l'importance croissante de la santé mentale en tant que question d'intérêt public en l'intégrant dans les objectifs du développement durable. En 2017, cette organisation internationale a reconnu la dépression comme étant la première cause d'incapacité dans le monde (OMS, 2017). Ce trouble est vu comme un problème social et de santé publique qui a des répercussions potentielles sur le milieu du travail, par exemple : l'absentéisme au travail. Dans de nombreux pays développés, les causes d'un absentéisme au travail seraient liées à la vie au travail et à sa dégradation physique et mentale. Ces causes d'absentéisme au travail s'expliqueraient, par des conditions de

⁴⁷ La *maladie mentale comme problème social* (Dorvil, 1990)

travail difficiles et par une organisation défaillante qui seraient notamment à l'origine de souffrances et de troubles (Vezina et Bourbonnais, 2001 ; Foure et al., 2019).

Depuis les années 70, des recherches ont été développées pour analyser la forte incidence du stress chez les professionnels de la santé (González & Pérez, 2012). Plusieurs études épidémiologiques ont révélé des niveaux élevés d'instabilité émotionnelle et de stress liées au travail chez ces professionnels tels que les taux élevés de dépression, d'anxiété, de suicide et d'addictions (*Ibid.*). Par ailleurs, le stress lié au travail engendre des coûts financiers importants au niveau de la société et aux niveaux sectoriels, organisationnel et individuel. Par exemple, en France le coût annuel du stress au travail est estimé entre 800 et 1,6 milliard d'EUR. (Gintrac, 2011), tandis qu'au Mexique il est estimé entre 700 et 800 millions d'EUR. Selon l'OMS, le Mexique, se classe au premier rang du stress au travail au monde (75%), devant des pays comme la Chine (73%) et les États-Unis (59%) (OMS, 2017).

Au Mexique, le stress au travail chez les travailleurs, les taux élevés de dépression, d'anxiété, de suicide et des addictions mettent en évidence, entre autres, le manque des politiques en matière de santé et de sécurité, le manque de soutien aux employés, la mauvaise pratique de communication et de management et la rigidité des horaires de travail (OMS, 2017). Le stress au travail peut également être lié au contenu du poste, par exemple des tâches ne convenant pas aux compétences de la personne ou une charge de travail élevée et incessante comme nous l'avons vu dans les entretiens précédents chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS.

5.1.3 Émergence de la thématique de la santé mentale au sein de la santé publique

L'ampleur des troubles mentaux fait de la santé mentale une priorité en termes de santé publique. Dans les dernières décennies, l'augmentation constante des troubles mentaux

dans de nombreux pays et leurs coûts sociaux et économiques élevés que ceux-ci impliquent, ont amené à la santé publique à s'intéresser à la santé mentale. Le développement d'une réflexion autour de la santé mentale tant au niveau national que de l'État témoigne ainsi de la volonté d'inclure les problématiques des troubles mentaux dans les programmes de santé publique. Comme l'affirme Anne M. Lovell, la santé mentale « (...) jette un pont entre la psychiatrie (fondée sur la relation soignant-patient) et la santé publique (élaborée au niveau d'une population, dans une optique politique) » (Lovell, 2004 : 6).

Au Mexique, le plan de développement national 2013-2018 et le programme sectoriel de santé établissent de façon prioritaire que les institutions du système national de santé et de la société en général doivent « Faire des actions de protection, de promotion et prévention un axe prioritaire pour l'amélioration de la santé » dans le but d'atteindre les objectifs Nationaux du Mexique (SSA, 2014 : 7). Un projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé mentale de la population au Mexique est soutenu, par le modèle de soins en santé mentale Miguel Hidalgo (*Ibid*, p. 11). L'un des objectifs de ce modèle est d'améliorer la santé mentale de la population mexicaine grâce à une meilleure prise en charge et un meilleur suivi, ce qui permettrait de diminuer la charge des troubles mentaux et le coût des soins, ainsi que l'absentéisme au travail à cause de problèmes de santé mentale. L'absence d'une stratégie nationale pour la prévention des troubles mentaux est plusieurs fois soulignée. Dans les recommandations touchant à la détection précoce des troubles mentaux et interventions visant à maintenir l'intégration sociale et professionnelle et, prévenir l'invalidité (*Ibid*, p. 41). Les troubles mentaux sont donc appréhendés au travers de la question de la prévention, de la détection des maladies, des situations à risques et de l'intégration sociale. La thématique de la santé mentale au milieu de la santé publique au Mexique n'émerge donc pas en tant que problématique indépendante, mais comme étant étroitement liée à la santé en général.

« Aujourd'hui, les gens qui viennent dans cet hôpital sont des gens ordinaires qui subissent chaque jour le stress au travail, familial ou économique. Toute

personne peut souffrir d'un trouble mental, par exemple, d'une dépression. En 2020, la dépression sera la deuxième cause d'invalidité dans le monde et nous-mêmes, nous pouvons en souffrir ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

5.1.4 Émergence progressive, instantanée et captée

Pierre Favre (1992), en analysant l'émergence des problèmes dans le champ politique, identifie quatre modèles d'émergence :

1. L'émergence progressive, par canaux multiples, où certains acteurs sociaux confrontés à une situation injuste, insupportable et/ou inacceptable se mobilisent en essayant de susciter l'adhésion d'acteurs médicaux, politiques, scientifiques, de la presse, des syndicats ;
2. L'émergence instantanée qui se déclenche à la suite d'une catastrophe ou par le recours à la violence (par exemple : une action terroriste ou des agressions du crime organisé) ;
3. L'activation automatique du champ politique, qui découle d'une décision politique et non d'une mobilisation de groupes (par exemple : acteurs médicaux, politiques, scientifiques, de la presse, de syndicats) ;
4. L'émergence captée, lorsqu'une institution extérieure au champ politique entreprend de mettre en œuvre une gestion collective afin de résoudre le problème en question.

Trois de ces modèles de Pierre Favre (1992), permettent de comprendre l'émergence de la problématique chez les professionnels de la santé mentale à Culiacan :

1. En premier, on peut parler d'une émergence progressive par canaux multiples, car les mouvements de contestation du personnel médical et le syndicat du secteur public hospitalier se sont mobilisés face à une situation considérée comme injuste

et inadmissible, d'abord en interne puis en externe. Leur mobilisation a donc cherché à créer une alliance avec ces mouvements de contestation et leur syndicat. Puis, en s'adressant à la presse, pour attirer l'attention de l'opinion et des pouvoirs publics, par biais de la manifestation des protestations contre leur hiérarchie et leurs mauvaises conditions de travail, puis avec les milieux politiques.

Voici le mouvement de contestation du personnel médical « *nous travaillons sous protestation* » témoigne de ces efforts :



Une partie de l'équipe de travail au sein de l'HPS ici présente sur cette photo réclame la démission du directeur de cet établissement (juin 2012).

Voici la traduction de ce que j'ai pu lire dans la presse locale⁴⁸: « un groupe de travailleurs de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa (HPS) s'est manifesté à la périphérie de l'institution où il dénonce le harcèlement fait par l'actuel Directeur. Les manifestants affirment qu'ils travaillent sous pression avec harcèlement et menaces. Près de 80 travailleurs en désaccord, en majorité syndicaliste, ont porté un badge où est indiqué textuellement "*nous travaillons sous protestation*". Le délégué syndical de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa a déclaré qu'il y a de nombreuses irrégularités depuis que le directeur a pris ses fonctions. C'est le pourquoi de ces manifestations de travailleurs.

Le délégué syndical a dit que depuis qu'il y a l'actuelle administration faite par l'actuel Directeur, il y a eu beaucoup d'autoritarisme, d'arrogance, en violant particulièrement les droits du travail des professionnelles de la santé mentale, cela, c'était déjà passé antérieurement, nous avons essayé de négocier avec le Directeur et la chef du syndicat, qui est venu à deux reprises. La chef du syndicat nous dit des choses et après elle ne les tient pas. Cela n'est pas la première fois que nous avons des conflits et, que nous avons essayé de négocier, mais nous n'avons pas pu. Le délégué syndical a assuré qu'ils y ont même eu des frictions directes avec des collègues, des menaces. Ils s'entendent sur le fait de ne plus vouloir du directeur actuel, considérant que la vie au travail est très tendue. « Ce que nous demandons aussi, c'est la destitution de la direction dont l'actuel directeur de l'HPS est à la tête. Car, depuis un an et demi qu'il a été nommé responsable, à deux reprises, le secrétaire général est venu et il n'y a pas eu de réponse favorable. Les menaces, le harcèlement, l'augmentation du nombre de patients, la diminution du nombre de travailleurs continuent d'augmenter. De nombreuses dispositions, sur lesquelles les directeurs successifs se reposent, sont les règles et les conditions générales du travailleur. Le dirigeant syndical de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa a déclaré que la plupart des travailleurs, qui ont un travail stable, sont ceux qui se manifestent. Il y a plus de travailleurs sous contrat parmi les travailleurs syndiqués. Il y a du personnel qui travaillent dans l'hôpital depuis 5, 16 ou 17 ans. La première chose que nous allons faire, est de mettre une banderole à l'extérieur de l'institution et, nous allons travailler sous protestation puisqu'il y a des patients en hospitalisation et de consultation dans la zone des patients non hospitalisés. Et, nous voulons que notre problème soit résolu favorablement afin de ne pas prendre d'autres mesures ».

2. En deuxième, on perçoit en parallèle une émergence instantanée qui se caractérise par une augmentation des agressions du crime organisé dans les hôpitaux, notamment des assassinats, des enlèvements, des menaces, des

⁴⁸ Voir l'article original : <http://alinstantenoticias.com/2012/07/trabajadores-piden-destitucion-de-director-del-hospital-psiquiatrico/>

Autre article énonçant les mêmes faits <https://lineadirectportal.com/sinaloa/se-calientan-animos-al-interior-del-hospital-psiquiatrico-de-sinaloa/>

intimidations envers les professionnels de la santé dans ou au-dehors de leur lieu de travail ainsi que des assassinats de patients sur leur lieu de soins. La presse rapporte ces faits⁴⁹. Voici un exemple d'une situation de détresse, lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 avec une psychiatre dans la zone des patients non hospitalisés à la question portant sur les événements négatifs qui l'ont marqué dans son travail depuis qu'elle a commencé à travailler dans cet hôpital, ce psychiatre m'a répondu :

« J'ai eu deux patients qui m'ont menacé de mort. Ils m'ont menacé de faire du mal à ma fille et, à ce moment-là, j'ai eu très peur. J'ai pleuré. Je me suis inquiétée. Mais après, j'ai compris que c'était une partie de la paranoïa qu'avait le patient. Cela a été un des moments qui m'a le plus marqué et, plus encore lorsque ce patient me disait qu'il ferait du mal à ma fille ».

(Entretien avec une psychiatre à Culiacan en novembre 2012)

Malheureusement, la psychose générée par les conséquences du climat de violence extrême au Mexique et à Culiacan en particulier, a connu un fort accroissement et, reste hors de contrôle. Le pire est, que personne n'est pas à l'abri de cette psychose. Par ailleurs dans ce pays être médecin signifie, entre autres, être dans la ligne de mire des personnes ayant le sang chaud⁵⁰. À cause de cette situation, les professionnels de la santé mentale se sentent vulnérables dans leur milieu professionnel. Une question se pose, comment était-il possible qu'un patient dans un état paranoïaque ait réussi à transférer sa peur à son psychiatre ? ! Une pensée récurrente dit que les psychiatres ne peuvent pas être envahis par les troubles de leurs patients. Un souvenir d'une consultation avec un psychiatre me revient. Il disait :

⁴⁹ Sources : <http://www.oneclickmediagroup.mx/node/33028>
<https://www.tabascohoy.com/nota/40043/lady-gaga-cumple-deseo-de-cantar-en-costa-rica>
<http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/columna/alejandra-hope/nacion/2016/10/26/y-ahora-matan-medicos>
<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2016/08/14/rematan-paciente-que-convalecia-en-hospital-de-sinaloa>
<https://vivalanoticia.com/matan-a-balazos-a-una-joven-en-el-hospital-de-la-mujer-c/>

⁵⁰ Sources : <https://www.telemundo.com/noticias/2017/12/08/matar-al-medico-viviendo-en-la-mira-del-narco>
<https://news.culturacolectiva.com/especiales/narcotraficantes-asesinan-a-doctores-en-mexico/>

« Parfois les patients psychiatriques sont plus forts mentalement que nous ».

(Prise de notes d'un psychiatre à Culiacan en juin 2012)

Voici une autre situation où une patiente effectue un transfert vers son médecin :

« Je me souviens encore de la première patiente que j'ai vue. Elle avait été victime d'un viol. Une femme de 19 ans. Je me souviens qu'elle m'a fait un transfert, c'est-à-dire, elle m'a passé une partie de ce qu'elle avait. Je suis sorti triste, angoissé et tendu de cette consultation. Je me suis imprégné de la tristesse de cette patiente. Je me souviens de cette situation parce qu'elle était ma première patiente psychiatrique et parce que cela était la première fois que j'ai été envahi par ce type de situation psychologique. Cette patiente a été psychologiquement plus forte que moi. J'ai dû consulter un psychologue plus tard (...) ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en novembre 2012)

En plus de ce qui précède, les professionnels de la santé mentale ne sont pas insensibles aux pathologies, aux sentiments ou aux souffrances de leurs patients. Ces professionnels peuvent y avoir une fragilité psychique temporaire ou permanente (par exemple : des problèmes de couple ou des expériences vécues soient positivement ou négativement) à tel point que chercher une aide psychologique devient le seul moyen d'éviter une catastrophe comme est montré dans l'entretien.

3. Finalement, en troisième, on perçoit en parallèle aussi une émergence captée du conflit au sein de l'HPS. Le Ministre de la Santé de l'État de *Sinaloa* a repris en main la direction et l'organisation de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa (HPS), en nommant un nouveau directeur. Ce dernier se trouvait être l'ancien sous-directeur de l'HPS qui avait tenu à rester relativement neutre et qui avait voulu rétablir le dialogue.

Voici ce que la presse *LINEA DIRECTA* rapporte des faits :

Voici la traduction de ce que j'ai pu lire dans la presse locale LINEA DIRECTA⁵¹: Près d'un mois après que les travailleurs de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa aient protesté contre le directeur de l'hôpital, le Ministre de la Santé de l'État de *Sinaloa* annonce un changement. Après que les travailleurs de l'HPS aient organisé des manifestations publiques et qu'ils aient travaillé sous protestation en accusant le directeur de l'HPS de harcèlement au travail, le Ministre de la Santé de l'État de *Sinaloa* a exfiltré le directeur de l'HPS et, a nommé un nouveau directeur. Le Ministre a souligné que ces changements sont pour chercher l'harmonie et la conciliation dans l'institution. Il a déclaré que l'arrivée du nouveau directeur dans cette institution servira à promouvoir les différents programmes de cette institution, sachant que le nouveau directeur connaissait le sujet, car il occupait auparavant le poste de sous-directeur. Le Ministre de la Santé de l'État de *Sinaloa* dit : « Nous apportons une série de changements. Je veux que l'harmonie revienne. Je souhaite que la paix revienne au Secrétariat de la Santé. Je veux que le Secrétariat de la Santé ne soit pas un organisme stigmatisé, parce que certains travailleurs prennent le Secrétariat de la Santé pour un organisme opaque ». Le Ministre de la Santé a mis l'accent sur ses actions, le Secrétariat de la Santé retrouvera l'« éclat » dont ils disposaient, car il s'agit d'une institution de santé noble dont la seule fonction est d'aider la population. Il a déclaré aussi qu'à l'heure actuelle, il examine en profondeur tous les profils des gérants des programmes dans le domaine médical pour voir si les travailleurs ont travaillé et sur cette base prendre de nouvelles décisions. Le Ministre dit « Nous examinons en détail, le profil médical de tous les travailleurs qui avaient des programmes et voir les travailleurs qui ont eu des résultats et les travailleurs qui n'ont pas eu de résultats. Cela apportera, plus que tous des ajustements dans les domaines médicaux. Car nous voulons que d'ici à décembre, les résultats soient très importants, car pratiquement toute cette année il n'y a pas eu beaucoup de progrès. Nous allons soulever cela immédiatement. Cela est urgent, c'est un plan urgent que met en place le Secrétariat de la Santé ». Enfin, le Ministre a déclaré aussi qu'il se rapproche du Syndicat National des Travailleurs du Secrétariat de Santé pour examiner en profondeur le salaire fédéral afin d'aider davantage et plus de travailleurs. Nous apportons toute une série de changements. Je souhaite que la conciliation parvienne au Secrétariat de la Santé. J'insiste et je veux que le Secrétariat de la Santé ne soit pas un organisme stigmatisé, parce que certains travailleurs prennent le Secrétariat de la Santé comme un organisme opaque.

Le mouvement des professionnels de la santé mentale ne s'est en effet pas contenté de mobiliser l'opinion et les pouvoirs publics sur le conflit au sein de l'HPS, mais également a réussi à mettre sur la table le salaire fédéral avec l'objet d'aider le plus de travailleurs

⁵¹ Source: <https://lineadirectaportal.com/sinaloa/siguen-cambios-en-la-ssa-destituyen-a-director-del-hospital-psiquiatrico/>

de la santé possible. La problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS a ainsi été « captée » par des instances extérieures à la santé publique, qu'elle soit nationale mais aussi d'État.

Suivant la grille d'analyse des politiques publiques de Charles Jones (1970), on se trouve ici dans la phase d'identification de la problématique. La problématique fait l'objet d'un « processus de perception du problème, de définition, d'agrégation des différents événements ou problèmes, d'organisation de structures, de représentation des intérêts et de définition de l'agenda politique » (Muller, 2008 [1990] : 2). C'est le moment où la problématique est intégrée dans le travail gouvernemental, ici par le biais du mouvement de contestation du personnel médical. Parmi les acteurs qui ont participé à l'émergence de la problématique chez les professionnels de la santé mentale, on trouve le personnel médical, le syndicat du secteur public hospitalier et les politiciens, ces derniers ayant un rôle de médiateur.

5.1.5 Du référentiel médical au référentiel social

À partir de ce terrain de recherche et en analysant comment les discours et les pratiques se construisent et se justifient, on peut isoler deux référentiels distincts au sujet de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale dans leurs pratiques thérapeutiques et de sa prévention. Avant l'émergence de cette problématique, le référentiel principal permettant d'appréhender cette problématique était le référentiel médical. Avec le développement de la prévention de la problématique, un nouveau référentiel fait son apparition et devient progressivement dominant : le référentiel social.

L'émergence de la prévention de la problématique dans l'espace public et politique correspond à un changement de référentiel. L'apparition du référentiel médical et du référentiel social permet d'accéder à l'idée que la problématique étudiée doit et peut être évitée. Ces référentiels impliquent donc une certaine explication de pourquoi un individu

arrive à avoir des souffrances et des troubles au travail et de comment les prévenir. Dans le milieu des experts médicaux, on retrouve le référentiel *médical*, associant les problèmes de santé mentale au travail à des pathologies psychiatriques qu'il faut détecter et soigner. Au sein de ce référentiel, la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale n'est pas d'emblée une question politique ni publique, mais avant tout médicale.

Le référentiel *social* se trouve principalement dans le milieu social et explique la problématique comme étant liée à des facteurs sociaux, culturels et/ou économiques. Il ne s'agit donc pas d'une problématique individuelle, mais relevant de l'ensemble de la société. Ce référentiel donne en outre une lecture de la problématique comme étant quelque chose qui n'est pas forcément pathologique, mais qui peut arriver à tout le monde. Les problèmes de santé mentale au travail deviennent une option existentielle inhérente à la condition humaine (par exemple : les professionnels de la santé mentale souffrent de leur travail !) et non pas d'un comportement déviant dicté par un référentiel médical. La vision de la prévention de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale au sein du référentiel social englobe également la protection et la promotion de la santé au travail. C'est donc, au sein de ce référentiel, que la prévention de la problématique a pu être revendiquée comme étant un problème public devant faire l'objet de programmes de santé publique au niveau national comme au niveau régional.

5.2 Psychiatrie au Mexique

5.2.1 Système de santé au Mexique

Le système de santé au Mexique est considéré comme l'un des plus complexes au monde. Sa complexité est en partie liée à sa structure politique fédéraliste (Arredondo, 2003). En effet, nous ne devrions pas parler d'un système de santé au Mexique mais d'un ensemble de sous-systèmes de santé distincts, chacun avec différents niveaux de soins,

dirigés par différents groupes, avec des prix différents et des résultats différents (Salazar, 2019). L'adhésion à un sous-système de santé n'est pas déterminée par le besoin en tant que tel, mais par l'emploi de l'individu, où la santé cesse d'être un droit lié au travail de l'individu, mais où l'inégalité est représentée dans les services de santé, empêchant une prestation médicale solide, juste et durable des services (*Ibid*, p. 3). Ce système de santé se divise en deux secteurs, l'un public et l'autre privé. De plus, ce système a été confronté à des vagues de réformes affectant son organisation, ses modes de gestion, ses mécanismes de tarification et ses principes de régulation. Par ailleurs, les professionnels et les institutions de santé ont vu leurs pratiques remises en cause, leurs règles de gestion et leur environnement économique transformé (Knaul et al., 2012 ; OCDE, 2016).

Les réformes du système de santé mexicain semblent être un leitmotiv, repris par nombreux de ses acteurs : les pouvoirs publics, les professionnels de la santé et les usagers. En raison de la crise économique, de la faible croissance, de l'augmentation des inactifs et des chômeurs, le secteur privé a subi de profondes transformations ces dernières décennies. Ces réformes ont modifié l'environnement de travail, tant sur un plan économique qu'organisationnel, technique et managérial. Ces profondes transformations ont généré aussi de la précarité, une perte de sens dans le travail et de la souffrance. Le secteur public a également été le témoin des transformations qui ont entaché le travail dans ses aspects organisationnels et économiques. Ainsi, la rentabilité, la rationalisation des pratiques et le développement de la performance ont fait partie de nouveaux objectifs pour améliorer le système de santé mexicain. Je vais prendre les quatre générations de réformes qui ont apporté des véritables bouleversements dans le système sanitaire mexicain.

La première réforme en 1943, a conduit à la création du Secrétariat à la santé et à la protection sociale, par la fusion du Secrétariat à la santé et à la protection sociale et du Département de la santé, ainsi qu'à la création de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS), afin de se conformer à l'article 123 de la Constitution mexicaine. Elle comprenait également, la création des Instituts nationaux de la santé par la création de l'Hôpital pour enfants du Mexique cette année-là et, peu après, des Hôpitaux de cardiologie et de

nutrition. Ces efforts ont conduit à un processus d'institutionnalisation des soins médicaux et de santé publique et à la réaffirmation de la responsabilité de l'État d'assumer et de diriger les soins de santé au Mexique.

La deuxième réforme qui s'est déroulée entre 1983 et 1988, s'appelait « le changement structurel de la santé » et impliquait un véritable renouveau législatif et une réforme administrative et substantielle qui impliquait substantiellement les services qui desservent la population sans droits ouverts, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas droit à la Sécurité sociale. Le renouveau du système législatif a commencé par l'inclusion dans la Constitution du Droit à la Protection de la Santé en 1983, suivie de l'adoption de la Loi Générale sur la Santé en 1984, puis, au cours des années suivantes, de lois sur la santé des États et de six nouveaux règlements qui simplifient le contenu de 84 systèmes juridiques encombrants qu'ils remplacent ; le changement du système législatif qui a culminé avec la définition de plus de 300 normes techniques. La réforme de fond comprenait 10 stratégies, 5 au niveau macro et 5 au niveau micro. Une des premières stratégies au niveau macro a été la décentralisation des services de santé, qui, pour des raisons économiques, a été réalisée seulement dans 14 États ; la sectorisation institutionnelle ; la modernisation du Secrétariat de la Santé et de l'Assistance (SSA⁵²) ; la coordination intersectorielle ; et la participation communautaire. Les stratégies au niveau micro étaient : la recherche en santé, le développement des ressources humaines pour la santé, l'information sur la santé, le financement et les intrants pour le système national de santé.

La troisième réforme a débuté en 1995 et, couvrait à la fois le Secrétariat de la Santé et de l'Assistance (SSA) et l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS). Il convient de mentionner l'achèvement du processus de décentralisation vers tous les États, la formulation d'un paquet de base avec 13 interventions rentables visant la population rurale dispersée, la certification des hôpitaux et des facultés de médecine (ces dernières étant gérées par l'Association Mexicaine des Écoles et Facultés de Médecine), la création de la Commission Nationale d'Arbitrage Médical et la réglementation des institutions

⁵² Le Secrétariat de la Santé et de l'Assistance (SSA), est une dépendance du pouvoir exécutif, qui est principalement responsable de la prévention des maladies et de la promotion de la santé de la population.

spécialisées d'Assurance Maladie (en collaboration avec le Ministère des Finances et du Crédit Public).

La quatrième réforme a débuté à partir de l'an 2000, de nouvelles tentatives ont été faites pour réorganiser le Système National de Santé (SNS). En particulier, la réforme de la loi générale sur la santé a été menée à bien, grâce à laquelle a été créé le Système de Protection Sociale dans le domaine de la Santé (SPSS) en 2004, dont la composante opérationnelle est l'Assurance Populaire (SP). Cette initiative est née de la proposition d'étendre une couverture universelle à un nombre limité d'interventions par le biais d'un instrument de souscription financière. Il a également été proposé de réduire les dépenses de santé en créant un système d'incitation à subventionner la demande plutôt que l'offre, comme l'avait fait jusque-là le Secrétariat de la Santé et de l'Assistance (SSA). Selon son idéologue et promoteur Dr. Julio Frenk, l'insuffisance d'investissements dans le secteur de la santé face au nouveau profil de la maladie, ainsi que la demande croissante des citoyens pour des services de haute qualité avec une protection financière pour tous, ont motivé la réforme de la loi générale sur la santé de 2003 qui a donné naissance à l'assurance populaire (Frenk, 2012).

Aujourd'hui, nous pouvons constater que l'évolution des réformes de la santé au Mexique a produit des changements transcendants dans l'organisation du travail, mais a eu aussi, des effets sur les relations sociales et au travail dans le secteur de la santé. Un des problèmes qui perdure encore aujourd'hui, compte tenu de cette évolution des réformes, est le manque de personnel adéquat pour répondre aux besoins du secteur sanitaire. Nous voyons un manque de compétence professionnelle pour faire face aux défis actuels. En ce sens, Gustavo Nigenda et al. nous disent : « les ressources humaines en santé sont une composante fondamentale du processus de production de services dans n'importe quel système de santé (Nigenda et al., 2013 : 555). Dans ces réformes, le rôle des ressources humaines en santé est souvent négligé, ainsi que leurs conditions de travail (*Ibid.*).

Parmi les problèmes les plus importants dans le contexte des réformes de santé au Mexique des ressources humaines en santé sont :

- **Disproportion entre les différentes catégories professionnelles :**

Il n'y a pas assez de techniciens pour soutenir le travail des professionnels. Le déséquilibre entre le nombre de professionnels et le nombre de techniciens affecte directement l'efficacité et la qualité des services, car les premiers doivent consacrer une partie de leur temps à des tâches que les techniciens pourraient accomplir de manière plus efficace et à moindre coût. En effet, cette situation se passe au sein de l'HPS. Par exemple, le manque de techniciens en santé mentale pour soutenir à tout moment les infirmières ou les autres professionnels de la santé mentale quand le patient est agressif. Le manque de techniciens en santé mentale peut-être une sorte de souffrance pour le personnel de santé puisque les patients sont imprévisibles et parfois peuvent être dangereux dû à la phase aiguë de leur maladie.

« **Infirmière** : Eh bien, nous avons une énorme charge de travail et ne pas assez de soutiens. Dans cet hôpital il y a seulement un technicien en santé mentale. Par exemple, aujourd'hui nous sommes deux femmes et ce ne serait pas la même chose si nous avons un technicien en santé mentale avec nous, pour qu'il puisse nous soutenir à tout moment si le patient est agressif. Le personnel de sécurité qui travaille dans cet hôpital n'est pas qualifié pour soutenir le personnel infirmier.

Chercheur : Alors, vous vous sentez obligée d'appeler au personnel de sécurité pour vous aider ?

Infirmière : Le personnel de sécurité n'est pas formé pour prendre en charge des patients en état de crise et, c'est un problème parce que je dois faire face seule au patient et au personnel de sécurité en même temps. Parce que ce personnel ne comprend pas comment il faut attraper le patient. Le patient pense que je le punis avec le personnel de sécurité parce que ce personnel prend le patient d'une manière qui lui fait mal ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Voici un autre exemple de cette situation :

« Ma journée de travail est parfois très stressante car j'ai peur. Certains patients arrivent très psychotiques. J'ai peur d'être attaquée et de ne pas pouvoir les aider ou de ne pas pouvoir les contrôler. En ce sens, travailler ici est très stressant».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Cette situation de pénurie qui influe sur l'activité de soins – manque de techniciens en santé mentale ou brancardiers à l'hôpital – accroît le sentiment d'insécurité du personnel de santé, caractérisé par des incidents d'agressions de la part des patients, comme déjà mentionné ci-dessus.

- **Cumulation d'emploi du personnel de santé :**

C'est une réalité très connue depuis de nombreuses années. L'une des causes de l'absentéisme au travail dans les institutions publiques et, de la faible productivité du personnel de la santé dans le secteur de santé (Ugalde & Homedes, 2005). Selon Pedro Brito, la cumulation d'emploi du personnel de santé qui est causée par les réformes, a augmenté le stress et le mécontentement au sein du personnel de santé (Brito, 2000). À l'HPS, il y a des professionnels de la santé mentale qui ont plus d'un emploi, cette cumulation d'emploi chez ces professionnels, est dû aux facteurs économiques. La peur de manquer financièrement, pour faire face aux besoins familiaux et personnels, est présente chez ces professionnels comme le soulignent les témoignages suivants.

« **Psychologue** : Je n'ai pas évolué même si je suis un professionnel de la santé. J'ai dit à certains de mes collègues que je ne me sens pas comme un professionnel réalisé.

Chercheur : Pour quelle raison ?

Psychologue : Parce que je ne gagne pas assez d'argent. J'ai trois enfants et une femme. Qu'on le veuille ou non, de 3000 *pesos* à 8000 *pesos*, ce sont 5000 *pesos* que j'ai arrêté de gagner pendant plusieurs années. Je n'ai pas eu une évolution dans mon travail parce que je ne gagne pas beaucoup d'argent.

Chercheur : J'imagine que vous avez un autre emploi en dehors de celui-ci.

Psychologue : Bien sûr, je donne de consultation privée et aussi je nettoie des voitures, entre autres. Je fais toutes sortes de choses parce que si je ne les fais pas, nous ne mangeons pas ».

(Entretien avec un psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« La difficulté que je vis ici est une mauvaise réalisation, la relation disproportionnée entre les heures travaillées et les heures rémunérées. Cela est un obstacle (...). Si je gagnais plus d'argent dans ce travail, je n'aurais pas un deuxième emploi, ce qui m'amènerait à faire beaucoup mieux ce travail. Alors, je ne serais pas fatigué. J'aurais du temps pour sortir le soir, faire du sport, j'aurais plus de temps pour moi et cela se traduirait par une meilleure qualité de vie et de travail ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

- **Manque de contrôle du management dans l'utilisation des ressources humaines :**

Les gérants se trouvaient dans la difficile tâche d'administrer les règlements élaborés par d'autres institutions. Les éléments propres au management de bases, tels que la définition du salaire, la promotion, le licenciement, la charge de travail, les horaires de travail, la localisation et le transfert du personnel, restaient hors du contrôle des administrateurs de la santé. Parfois, les décisions résultaient de négociations politiques entre le gouvernement et les syndicats. Parfois, ces décisions provenaient d'autres ministères, tels que, les finances, l'éducation, la fonction publique. Dans les cas où le secteur de la santé pourrait embaucher du personnel compétent, il ne le faisait pas car, quand le secteur de la santé embauchait du personnel, très souvent ce personnel embauché ne répondait pas aux besoins techniques, ni aux capacités, ni à l'expérience professionnelle des candidats, mais aux favoritismes, aux népotismes et, aux exigences politiques. Le ministère de la santé et les entités chargées de la Sécurité sociale ne contrôlaient pas la formation du personnel professionnel et technique, les ministères aussi ne pouvaient pas décider du nombre de professionnels et de techniciens de chaque catégorie dont ils ont besoin. Tout cela limitait la capacité de gestion des ressources humaines en santé (Ugalde & Homedes, 2005). Le manque de contrôle du management dans l'utilisation des ressources humaines en santé au sein de l'HPS est présent. Le nouveau directeur va imposer ses propres règles sans respecter les programmes déjà mis en place dans l'institution et sans respecter le personnel de santé. Cela crée un malaise chez les professionnels de la santé ce qui est dû au manque de communication entre le nouveau directeur et ses subordonnés.

« J'ai toujours dit que les programmes qui sont mis en place dans cet hôpital, sont adéquats, mais celui qui vient comme directeur vient comme patron. Cet individu n'a pas la formation adéquate. Il n'a pas l'humilité ni la simplicité de comprendre que tout le monde n'a pas les mêmes capacités pour faire son travail, que tout le monde ne pense pas comme lui. Il y aura des gens qui ne seront pas d'accord avec lui. J'ai toujours dit que lorsqu'il y aura un bon leader, il y aura de bons résultats. Mais s'il n'y a pas de bon leader, même s'il y a de bons travailleurs, il n'y a rien ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« **Travailleuse sociale** : Si tu demandes de l'aide à un gardien de sécurité, il est probable que le gardien de sécurité ne va pas vouloir t'aider, simplement parce que ce n'y est pas obligé. Alors, je me demande qui a l'obligation de le faire ?! Je ne sais pas (...). Le psychiatre, l'infirmière et moi, nous sommes trois personnes dans les services d'urgence pour un patient qui arrive en phase aiguë de la maladie ou en état de crise. Alors, nous demandons de l'aide au gardien de sécurité. Mais, dernièrement, les gardiens de sécurité ne nous aident pas. Les gardiens de sécurité ont raison de dire qu'ils ne gagnent pas beaucoup d'argent, ils ne travaillent pas pour le Secrétariat de la Santé et viennent d'une entreprise privée. Plutôt que les gardiens de sécurité nous aident avec les patients, nous aidons les gardiens de sécurité et les patients en même temps. Malheureusement, l'entreprise nous envoie des gardiens de sécurité qui sont handicapés, drogués et très grossiers avec nous. Alors, nous devons faire attention aux gardiens de sécurité, nous avons déjà dénoncé ce personnel de sécurité à l'administration de l'hôpital. Mais l'administration ne fait rien (...). Parfois, arrive qu'il y ait seulement deux gardiens de sécurité dans tout l'hôpital, un gardien de sécurité dans la zone des patients hospitalisés et un autre près des services d'urgence. Le week-end passé est venu le directeur de l'HPS, j'étais très fâchée contre lui.

Le directeur a dit : Je viens ici pour voir de quoi vous avez besoin et je viens aussi pour voir si tu mérites ton salaire.

Travailleuse sociale a lui répondu : Je mérite très bien mon salaire et je ne sais pas si vous avez pris connaissance de l'événement qui s'est passé il y a une semaine dans les services d'urgence ? !

Le directeur a lui répondu : Oui, bien sûr ! C'est pourquoi vous gagnez plus d'argent ! C'est parce que vous avez un travail à haut risque.

Travailleuse sociale a lui répondu : Mais, bien sûr, nous gagnons plus d'argent parce que nous avons un travail à haut risque ! Et non, pour que les patients nous tuent !

(Travailleuse sociale s'adressant à moi) : Comme directeur qu'il est, tu crois qu'il a bien agi ? ! Pour avoir du respect en tant que directeur, il doit aussi me respecter. Je sais que je viens travailler et, que le directeur ne doit pas me dire comment je dois faire mon travail ou comment je dois travailler. Si ma chef directe ne m'a rien dit, c'est parce que je fais bien mon travail. Je l'ai répété au directeur : aller voir les autres travailleurs ! Voir comment ils gagnent leur salaire eux aussi. Donc, nous avons eu ce type de directeur. Et

comme je te l'ai dit : nous avons besoin de plus de personnel parce que parfois il y a des patients très dangereux qui arrivent ici dans les services d'urgence ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

- **La flexibilité du travail :**

Le néolibéralisme a promu la flexibilité du travail afin de réduire les coûts et d'augmenter l'efficacité. Pour atteindre le premier objectif, il est nécessaire de limiter certains droits et avantages acquis par les travailleurs après des années de luttes syndicales, tel que la sécurité de l'emploi, la retraite et des salaires équitables. De plus, le droit de licencier immédiatement doit être établi en fonction des besoins des gérants et mettre en place des systèmes de rémunération au rendement et les « contrats précaires », c'est-à-dire, contrats temporaires avec une rémunération très faible et sans droit à la retraite ni autres avantages (Ugalde & Homedes, 2005). Selon ces mêmes auteurs, les évaluations des réformes indiquent que la flexibilité du travail permet rarement d'atteindre les objectifs souhaités et qu'au contraire, la flexibilité de la main-œuvre peut aggraver la situation (...), par exemple : augmentation du stress et de l'insatisfaction des travailleurs, leur insécurité en raison des contrats de travail flexible, la préoccupation d'éventuelles poursuites pour négligence professionnelle, l'ajout de nouvelles tâches bureaucratiques pour lesquelles le personnel de santé n'a pas été formé (*Ibid.*). Voici quelques exemples de la flexibilité du travail de certains professionnels de la santé mentale :

« Ici au sein de l'HPS, nous sommes contaminés. Et puis, ils nous exploitent souvent. Ils nous donnent de 2 à 3 horaires continus de 8 heures chacun de travail. Nous travaillons ici du lundi au vendredi et aussi tous les samedis et tous les dimanches. Toute la journée, nous allons et nous venons. Nous n'en pouvons plus ! Nous nous sentons très fatiguées et ma propre santé mentale est fragilisée. Et encore, nous avons la malchance ici de ne pas avoir de vacances, ni d'assurance-maladie. Personne ne veut prendre de risques ici. Parce que si un patient commence à te battre, cet hôpital ne s'occupera pas de toi et ne prendra pas soin de tes dépenses (...) parfois je pense que j'aimerais partir travailler dans un autre hôpital, j'ai déjà émis ma demande pour ne pas continuer à travailler ici. La plupart de mes collègues prennent des médicaments contre l'anxiété et la dépression. Je pense que je veux

partir parce que cette condition de travail m'est nuisible. C'est pour cette raison que je veux partir ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« **Infirmière remplaçante** : Je n'ai pas de prestations, ni de primes, ni de vacances et, je n'aurai pas de retraite. De plus, la direction de cet hôpital tarde à nous payer. Un mois, deux mois ou trois mois ou plus parfois ! Cela est parce que nous sommes des infirmières remplaçantes ! Cela est très frustrant (...). J'aimerais que cette institution nous paie et qu'il ne tarde pas à le faire. Nous sommes aussi des êtres humains, nous avons besoin d'argent aussi. Nous avons de la famille. Nous avons besoin aussi de venir travailler. Nous ne savons pas quand l'institution va nous payer, peut-être dans un mois, dans deux mois ou dans trois mois. C'est très frustrant. Nous aussi, nous avons des problèmes économiques et de santé. Il me semble que cette situation est injuste. Les travailleurs, qui ont un travail stable ici dans l'hôpital, nous disent que la personne qui administre l'argent de l'hôpital préférerait nous payer tous les 3 mois, cela est très frustrant.

Chercheur : Tes collègues infirmières, qui ont un travail stable, m'ont dit que les infirmières remplaçantes n'avaient pas non plus d'assurance-maladie.

Infirmière remplaçante : C'est vrai, mais j'ai peur de perdre mon travail et je dois travailler. Vous savez, j'ai un enfant d'un an et demi. Je dois lui acheter des couches et du lait. Cet enfant mange déjà beaucoup. Pour moi, c'est quelque chose de très frustrant, mais je dois continuer. Mon rêve est d'avoir un travail stable dans cet hôpital et donner à ma famille une vie meilleure ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« **Infirmière remplaçante** : Très souvent l'institution nous surcharge de travail par exemple, je viens travailler un peu fatiguée parce que je suis venue ce matin travailler et je dois sortir à 15 heures et je dois aussi revenir à l'hôpital ce soir. C'est pour cette raison que je viens travailler déjà épuisée. Je n'ai pas eu la chance de dormir chez moi et très souvent je viens travailler dans ces conditions de fatigue. Le pire est que je ne sais pas comment je vais être dans le travail aujourd'hui et je ne sais pas si j'aurai l'occasion de me reposer. Si l'ambiance avec les patients, est calme, alors nous nous relayons pour avoir deux heures de repos chacune.

Chercheur : Est-ce que cela arrive souvent ?

Infirmière remplaçante : Ce problème se passe très fréquemment avec nous les infirmières remplaçantes en particulier. L'administration essaie de résoudre ce problème. Cependant, cet hôpital n'est pas bien financièrement et nous sommes surchargés de travail, par exemple, ma collègue est ici depuis cet après-midi et elle va passer la nuit ici. Cela se passe avec les infirmières remplaçantes en particulier.

Il y a d'autres infirmières remplaçantes qui ne veulent pas venir travailler parce que l'institution nous paie tous les 3 mois. Il n'y a pas de motivation pour venir travailler ici. Les infirmières remplaçantes qui décident de venir travailler ici sont surchargées de travail (...). Par exemple, aujourd'hui, personne ne m'a dit aujourd'hui qu'une infirmière allait manquer. Si tu as l'occasion tu vas rester deux horaires continus de 8 heures chacun. L'administration des soins infirmiers, a dit : nous n'avons pas trouvé une autre infirmière, restez-vous ici ? Je reste à travailler pour ne pas avoir de problèmes plus tard avec l'administration, car le problème est que si tu dis à l'administration : je ne peux pas rester travailler ici ! L'administration des soins infirmiers peut nous menacer, en disant : si tu ne viens pas à travailler, tu ne travaillerais plus ici ! Je suis fatiguée de travailler dans ces conditions ! Je veux partir d'ici ! Parfois je pense que je vais exploser. Toute ces choses me fatiguent en plus de la surcharge de travail. La vérité est qu'il y a beaucoup d'heures à travailler et, l'institution n'a pas le droit de nous faire 24 heures de suite. J'ai déjà travaillé ici 24 heures ininterrompues, de 7 heures du matin à 7 heures le lendemain matin (...).

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

L'analyse des propos de ces échantillons met l'accent sur la surcharge de travail de certains professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS. Selon La Loi Fédérale du Travail au Mexique dans le Chapitre II, de l'Article 26., « Lorsque, en raison de circonstances particulières, les heures de travail maximales (de 8 heures) doivent être augmentées, ce travail sera considéré comme extraordinaire et ne pourra jamais dépasser trois heures par jour ou trois fois consécutives ». En ce sens, il est évident que certains professionnels de la santé mentale qui travaillent au sein de l'HPS sont surchargés. Malheureusement, la flexibilité du travail oblige certains professionnels de la santé à se soumettre aux tâches imposées par leurs supérieurs hiérarchiques, sinon les professionnels de la santé prennent le risque de représailles.

« **Chercheur** : Vous m'avez dit que vous avez souffert de menaces d'une infirmière, dites-moi ?

Infirmière remplaçante : Oui, elle m'a menacé verbalement. Ce qui s'est passé, c'est que j'ai dit à cette infirmière en chef que je ne pouvais pas venir à cet tranche horaire de travail. Pendant longtemps l'infirmière au-dessus de moi le savait. J'ai ma famille, mes filles, ma belle-mère. J'ai dit à cette infirmière pourquoi je ne pouvais pas venir à cet tranche horaire (...). Mais maintenant, en raison d'un manque de personnel infirmier, les autres infirmières en chef veulent nous donner plus horaires supplémentaires (...). Cette infirmière m'a menacé en me disant qu'elle allait rédiger un acte

administratif contre moi. Je lui ai répondu qu'elle ne pouvait pas faire un acte administratif parce que je suis infirmière remplaçante et non, une infirmière qui a un travail stable (...). Je pense que c'est très grave que les infirmières au-dessus de moi nous menacent de cette manière. Cela ne me semble pas juste. Je travaille dans cet hôpital depuis 3 ans comme infirmière remplaçante.

Chercheur : Vous ne vous sentez pas soutenu par votre infirmière référente ?

Infirmière remplaçante : Très rarement, je peux dire que je ne me sens pas soutenue (...). Actuellement, il y a des problèmes pour avoir un travail stable. L'administration de cet hôpital veut donner du travail stable aux infirmières qui n'ont pas beaucoup d'années de travail dans cet hôpital. Tu sais, dans cet hôpital, il y a du favoritisme ! On suppose qu'on donne un travail stable aux gens par ancienneté. L'administration de cette institution veut donner un travail stable à des infirmières que n'ont pas beaucoup d'années de travail ici. Je ne sais pas si l'administration de cet hôpital donne un travail stable à l'une des infirmières parce que cette infirmière a une amitié avec le directeur de cet hôpital (...). Les autres infirmières remplaçantes ont parlé avec le directeur de cet hôpital pour qu'il soit équitable avec nous tous ! On donne un travail stable par ancienneté. Vous savez, ce type de choses se passe très souvent dans cet hôpital (...). Les menaces ! Ils pensent que nous, les infirmières remplaçantes nous sommes vulnérables parce que nous n'avons pas un travail stable et pour cela nous ne pouvons pas nous défendre (...). Nous, les infirmières remplaçantes nous ne valons rien ici dans cet hôpital. Ils ne nous prennent pas en compte (...) ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

De plus, la flexibilité du travail ne permet pas à ces professionnels de la santé mentale de se développer personnellement ni professionnellement et ni de s'épanouir dans leur travail.

« **Chercheur :** Avez-vous ressenti une évolution en tant que professionnelle de la santé mentale depuis que vous travaillez dans cette institution ?

Infirmière remplaçante : Non, parce que je n'ai pas un travail stable. Nous devons avoir un travail stable ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« J'aimerais avoir un travail stable. Je travaille dans cet hôpital depuis 3 ans. Si l'institution me donne un travail stable, je serai heureuse dans la vie (...) ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« Il n'y a pas de travail stable pour nous les infirmières remplaçantes. Il y a beaucoup de concurrence. Il y a des gens qui recherchent un emploi. Les gens ont besoin, comme partout ailleurs, de quelqu'un, pour vous aider à avoir un travail stable ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

La presse *EQUAL TIMES*⁵³ dans le titre *Au Mexique, le marché du travail se précarise et les droits des travailleurs sont en recul* met en évidence la flexibilité du travail au Mexique :

Voici de ce que j'ai pu lire dans la presse *EQUAL TIMES* : ARTEMISA, 60 ans, a commencé à travailler quand elle était adolescente. Sauf quelques brèves interruptions. Elle travaille officiellement depuis 38 ans et continue de le faire, même si son salaire n'est pas aussi bon qu'avant. Elle n'a plus accès à certaines prestations de base, comme la couverture de santé, alors que ses possibilités de retraite sont nulles, en raison des particularités de la loi mexicaine. Ayant travaillé dans le public et le privé, la loi ne lui permet pas de cumuler le nombre d'années travaillées sous les deux régimes et donc de lui garantir un revenu à la retraite. La flexibilité croissante du travail, découlant des réformes législatives successives de ces 20 dernières années, fait qu'un pourcentage important de travailleurs mexicains se retrouvent en situations de précarité. « La situation est dramatique. Absolument tous les droits ont été perdus. Face à la pénurie de travail, les demandeurs d'emploi prennent ce qu'on leur propose, même quand les prestations et la Sécurité sociale de base ne sont pas garanties », affirme Alfonso Bouzas, chercheur à l'Université Nationale Autonome de Mexico.

Ces entretiens montrent que l'application des réformes de santé au Mexique évolue au détriment de l'activité de soins et du personnel de santé à Culiacan. La problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, est un exemple évident de l'échec de l'application de ces réformes.

Effectivement, le manque de personnel adéquat pour répondre aux besoins du secteur hospitalier, ainsi que le manque de compétence professionnelle pour faire face aux défis actuels est toujours présent. La disproportion entre les différentes catégories de professionnels, la cumulation d'emploi du personnel de santé, le manque de contrôle du

⁵³ Source: <https://www.equaltimes.org/au-mexique-le-marche-du-travail-se?lang=fr#.XKDh-i3pN25>

management dans l'utilisation des ressources humaines et la flexibilité du travail, mettent en évidence la souffrance au travail chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS.

Dans ce sens, selon Antonio Ugalde & Nuria Homedes (2005), au Mexique, comme dans d'autres pays d'Amérique Latine, la plupart des travailleurs de santé considèrent que les réformes néolibérales vont à l'encontre de leurs intérêts. Protéger les droits de ces travailleurs a toujours été une priorité pour les syndicats. Les syndicats sont fermement opposés aux réformes de santé et à la privatisation des services de santé. Les craintes des syndicats ont été confirmées ces dernières années, car le nombre de travailleurs ayant un travail stable a considérablement diminué tandis que, le nombre de travailleurs ayant un contrat de travail temporaire a augmenté sensiblement sans les avantages sociaux offerts par l'administration publique.

5.2.2 Loi générale sur la protection de la santé

La Loi Générale sur la Santé au Mexique régit le droit à la protection de la santé, que toute personne a, dans les termes de l'article 4^o de la Constitution Politique des États-Unis Mexicains. Cette Loi établit les bases et les modalités d'accès aux services de santé et l'assistance de la Fédération et les États en matière de santé en général. Les effets de cette loi sur la santé est comprise comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁵⁴. Les objectifs de cette loi sont⁵⁵ :

- Le bien-être physique et mental de la personne pour contribuer au plein exercice de ses capacités ;
- La prolongation et l'amélioration de la qualité de la vie humaine ;

⁵⁴ Loi Générale de Santé au Mexique : ASPE ; 2014.

⁵⁵ *Ibid.*

- La protection et l'accroissement des valeurs qui contribuent à la création, la conservation et un plus grand bien-être. Des conditions de santé qui contribuent au développement social ;
- L'extension d'attitudes solidaires et responsables de la population dans la préservation, la conservation, l'amélioration et la restauration de la santé ;
- Un plus grand bien-être de santé et d'assistance sociale qui répondent efficacement et en temps voulu aux besoins de la population ;
- La connaissance pour le bon profit et utilisation des services de santé.

Au Mexique, le droit à la protection de la santé est un droit fondamental qui fait partie du chapitre premier des droits de l'Homme et ses Garanties de la Constitution Politique des États-Unis Mexicains. L'État a ratifié divers instruments relatifs aux droits de l'Homme qui envisagent le droit tels que : le Pacte International relatif aux Droits Économiques, Sociaux et Culturels, article 12⁵⁶. L'Observation Générale N° 14 du même pacte ; la Convention Américaine relative aux droits de l'Homme, Protocole Additionnel de Droits Économiques, Sociaux et Culturels, le " Protocole de San Salvador ", article 10,⁵⁷ ainsi comme la Déclaration Universel des Droits de l'Homme, article 25.⁵⁸

L'OMS affirme que toute personne a le droit fondamental de jouir du meilleur état de santé possible, indépendamment de sa race, de sa religion, ses opinions politiques ou de sa condition économique et sociale. Ceci est au cœur de l'action de l'OMS depuis sa création en 1948, en tant que principale institution chargée de la santé au sein du système des

⁵⁶ Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Internet; [acceso 25-05-2017] Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

⁵⁷ Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo De San Salvador". Nov. 1988. Internet; [acceso 25-05-2017], Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

⁵⁸ Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet] Dic. 1948; [acceso 25-05-2017], Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Nations Unies⁵⁹. Cet organisme international a établi que le droit à la santé est un droit de l'Homme. L'État devrait aborder les politiques, stratégies et programmes pour améliorer progressivement la jouissance de ce droit sous les principes suivants : non-discrimination, disponibilité, accessibilité, acceptabilité, qualité, reddition et universalité.⁶⁰ L'Article 1, troisième paragraphe, de la Constitution Politique des États-Unis Mexicains dispose, entre autres aspects, que toutes les autorités dans les différents États mexicains et dans le cadre de leurs compétences, ont l'obligation de promouvoir, respecter, protéger et garantir les droits de l'Homme conformément aux principes d'universalité, d'interdépendance, d'indivisibilité et de progressivité. Le droit à la protection de la santé ne doit pas se soumettre à des actions législatives et/ou administrations spécifiques, mais sa portée va plus loin vers les droits fondamentaux de l'homme. Et comme le disent Miguel Carbonell et José Carbonell (2012) :

« Le droit à la santé génère également, comme dans tous les droits sociaux, l'obligation de l'État de préserver le bien juridiquement protégé par la Constitution Politique des États-Unis Mexicains. C'est-à-dire la santé ; cette protection implique l'obligation de l'État de s'abstenir de nuire à la santé, ce qui est une obligation négative ; de la même manière, il crée l'obligation – positive – d'empêcher les particuliers, entreprises, ou institutions de l'endommager » (Carbonell & Carbonell, 2012 : 28).

La protection de la santé des professionnels de santé est un droit fondamental qui est marqué dans la constitution mexicaine et dans les institutions internationales telles que l'OMS. Avant de faire cette recherche, je pensais que tout le personnel de santé mentale avait une supervision de santé mentale vu que cela est écrit dans la constitution mexicaine. Le terrain ethnographique a montré une vision différentes et plus réalistes des choses, où le professionnel est livré à lui-même et à son propre diagnostic. Il est très paradoxale que dans un endroit où l'on soigne la santé mentale, cet endroit crée chez son propre personnel des troubles mentaux. Ce travail ethnographique auprès des

⁵⁹ Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos.* [Internet]; 2006. [Internet] Oct. 2000; [acceso 25-05-2017] Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Nota descriptiva N°323 Salud y derechos humanos.* [Internet] Dic. 2015; [acceso 25-05-2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

professionnels de la santé mentale a mis en évidence la souffrance et les troubles de ces professionnels dans leurs pratiques thérapeutiques au sein de l'HPS. En effet, l'expérience ethnographique au sein de l'HPS m'a permis de mieux comprendre la situation au travail des professionnels de la santé mentale, ainsi que la portée d'une telle action. En ce sens, l'ethnographie a joué un rôle fondamental dans la compréhension et dans la description du milieu, à l'intérieur duquel ces professionnels interagissent et travaillent avec la meilleure compréhension possible du rapport humain au travail.

5.2.3 Loi sur la santé mentale dans l'État de Sinaloa

En considérant, l'impact de la santé mentale sur la population de l'État de *Sinaloa*, l'augmentation des problèmes sociaux (chômage, crime organisé, pauvreté, mauvaises conditions de travail) et l'espérance de vie de plus en plus longue de sa population, le Système de Santé de l'État de *Sinaloa* a inscrit la santé mentale parmi les priorités de la santé publique dans cet État de par son ampleur, ses coûts et son impact sur les individus, les familles, les sociétés et les communautés (SES, 2012). De même, la reconnaissance de la santé mentale dans l'État de *Sinaloa* est évidente avec la loi sur la santé mentale mise en œuvre en 2017 par le Congrès de l'État. L'État de *Sinaloa* est devenu le sixième État de la République mexicaine à avoir une loi sur la santé mentale. Cette loi a pour but la promotion, la protection, l'encouragement et l'amélioration de la santé mentale, mais aussi sa prévention, son évaluation et le traitement des troubles mentaux. Cette loi constitue un axe fondamental de la santé publique ainsi que l'une des politiques publiques la plus importante prise en matière de santé par l'État.

Compte tenu des éléments précédents, nous pouvons en déduire que l'implication des professionnels de la santé mentale dans la Loi sur la santé mentale dans l'État de *Sinaloa* est essentielle, puisque cette loi représente la prévention des troubles mentaux et la protection de la santé mentale au travail. Il s'agit donc de prévoir les facteurs de risque dérivés de l'organisation du travail dans le secteur de la santé. Concrètement, parmi les

13 chapitres de cette loi, 4 chapitres sont en rapport avec ce travail de recherche. Je vais vous les présenter brièvement :

- **Le Chapitre 3** —. Ici, l'accent est mis sur les facteurs affectant la santé mentale, les causes des troubles du comportement, les méthodes de prévention et de gestion multidisciplinaire des troubles, ainsi que d'autres aspects liés à la conservation et à l'amélioration de la santé mentale.

Voici le point de vue de quelques professionnels de la santé mentale s'exprimant de manière individuelle sur leur propre notion de santé mentale et les facteurs pouvant l'altérer :

« Être en bonne santé, être calme, être hors de cet environnement, ne pas être ici. Pour ta santé mentale sort d'ici ! ».

(Entretien avec une infirmière en chef à Culiacan en janvier 2013)

« Ne pas être ici, être absent ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Pour moi, la santé mentale fait que les cas que je vois ici ne m'affectent pas dans ma vie quotidienne. Pour moi, c'est la « santé mentale » parce que normalement ici nous sommes contaminées par les patients avec le temps ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

« Pour moi, la santé mentale signifie sortir d'ici parce que je suis déjà contaminée (...). Collègues, nous allons rester ici ! Comme les patients ! Puisque nous sommes déjà contaminées! ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Je pense que pour garder sa « santé mentale » on devrait changer le personnel de santé. Mais on ne change pas le personnel d'un service à

l'autre, mais vers une autre institution de santé parce que je pense qu'avec le temps on est contaminé (...). Alors, qu'il y a beaucoup de collègues qui sont ici depuis la création de l'hôpital. Et pour la « santé mentale » du personnel qui travaille ici, je souhaite cet échange de personnels vers une autre institution de santé (...).

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

La notion de « santé mentale » pour certains professionnels de la santé mentale met en évidence leurs conditions de travail et leur propre état de santé mentale. De plus, l'un des facteurs qui affectent également la santé mentale des professionnels est l'absence de suivi de santé mentale pour ces mêmes professionnels comme le soulignent les témoignages suivants :

« Le personnel de santé mentale devrait recevoir aussi des soins en santé mentale (...). Malheureusement, cette chose ne se passe pas ici. Les soins en santé mentale chez les professionnels de la santé mentale sont très importants (...).

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« **Psychologue** : Avant, nous allions bien (...) la question que vous m'avez posée tout à l'heure, à savoir : "si nous avions un suivi en santé mentale pour nous". Je pense qu'avoir un suivi en santé mentale, nous offrirait une meilleure chance d'avoir une meilleure ambiance et d'avoir une ambiance de travail calme. Les personnes qui sont à la direction, devraient penser à cette possibilité d'avoir un programme de santé mentale pour nous, le personnel de santé. L'ambiance de travail (...). Ici, c'est une zone de contamination très forte qui peut nous rendre malades. Nous, les professionnels de la santé mentale, nous ne sommes pas exemptés. Par exemple, j'ai parfois pensé à la possibilité que l'institution ou notre syndicat puissent nous offrir un suivi en santé mentale pour nous. Nous, les professionnels de la santé mentale ! Je vous le dis, il m'arrive même à moi d'être tellement épuisée que je n'arrive pas à m'occuper des patients.

Chercheur : Alors, tu as eu ces moments d'épuisement ?

Psychologue : Oui, j'aimerais que nous ayons la possibilité de faire des rotations, c'est-à-dire d'aller dans d'autres hôpitaux, qu'il y ait évidemment d'autres types de patients (...). J'ai abordé cette partie. Ici c'est une zone de contamination très forte à cause du contact avec les patients psychiatriques. J'aimerais aller dans un autre hôpital psychiatrique, qui ne possède pas zone de contamination très forte. Je te le redis, j'aimerais que nous ayons la

possibilité de faire des rotations dans autres unités de santé et qu'une fois décontaminés et reposés, nous puissions revenir en pleine santé ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Il me semble important d'avoir un programme en santé mentale pour nous les professionnels de la santé mentale ici au sein de l'HPS. L'objectif de ce programme serait de prévenir un Burnout et de prévenir de nous nous contaminer avec cet environnement difficile dans cet hôpital psychiatrique. Je pense que cette institution de santé doit avoir un programme en santé mentale pour nous ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Je pense qu'il est nécessaire que toutes les institutions de santé aient un suivi en santé mentale pour les travailleurs. Ici, il arrive des médecins qui ont des Burnouts. J'ai un collègue ici qui me dit : l'HPS me donne beaucoup de patients et j'aimerais quitter cet emploi. Alors, je pense que parfois les institutions de santé sont saturées par les politiques publiques qui saturent les médecins de patients. Et malheureusement, on ne peut pas soigner de façon adéquate autant de patients. Ce n'est pas la même chose de soigner 5 patients que de soigner 20 patients, soyons logiques ! Si l'institution te donne beaucoup de patients le médecin va être stressé (...). Cette institution devrait évaluer à quel point le médecin a la capacité de travailler et de tenter d'éviter de lui saturer de patients ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

« Vous m'avez demandé si dans cet hôpital il y a un suivi en santé mentale pour nous, le personnel de santé mentale, parce que nous ne l'avons pas. En tant que travailleur de la santé mentale, je devrais avoir un psychologue mais, je n'ai pas de psychologue (...). Je crois que ce serait très important d'avoir un psychologue pour nous, les travailleurs de la santé. Nous n'avons pas non plus un paramètre qui identifie notre niveau de santé mentale (...). Si nous, les travailleurs de la santé, nous avons un trouble psychiatrique, il faut le prévenir, est très important. Et cela, doit être une responsabilité des décideurs de la santé mentale et du directeur de l'hôpital. Par exemple, on dit qu'il faut avoir un minimum de 5 ans d'expérience dans une institution psychiatrique pour changer vers une autre institution de santé. J'ai déjà 17 ans de travail ici. Mes collègues et moi, nous sommes toujours dans la même

situation, alors il est évident que nous sommes déjà contaminées⁶¹. Qui fait quelque chose ? ! Personne ! Je ne crois pas que cela dépende entièrement de nous, mais des gens qui prennent les décisions et les actions (...). Par exemple, si le directeur de cette institution ne s'occupe pas de son personnel de santé, alors il ne peut pas dire que c'est un hôpital qui fournit de soins de qualité et de chaleur humaine aux usagers si finalement cette institution ne prête pas attention à ceux qui prodiguent des soins. Si le directeur identifiait cette partie et prêtait plus d'attention à son personnel de santé, nous aurions moins de Burnout et l'hôpital serait beaucoup mieux. Ici il n'y a ni santé, ni culture. De plus, c'est très important que le directeur puisse identifier le personnel de santé qui a un problème de santé mentale ou pas. Ici, il s'agit d'avoir de l'empathie pour le directeur. Le directeur ne devrait pas seulement être intéressé par le fait de gagner plus d'argent avec cet hôpital et que cet hôpital fonctionne bien. Mais la priorité devrait être ses employés. Malheureusement, il n'y a pas cette priorité pour nous, les employés. Au contraire : Travaillez plus! Travaillez plus! Plus d'argent ! Plus d'argent ! Que les patients aillent bien ! Je me fiche de façon dont vous allez réussir ! C'est la réalité et non seulement dans cet hôpital, mais dans tous les hôpitaux. Malheureusement, l'essence de l'être humain est en train de se perdre. Nous nous dépersonnalisons dans ce sens et c'est une honte (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier en 2013)

À travers ces propos, ce qui est revendiqué par les professionnels de la santé mentale c'est la nécessité d'introduire un programme de santé mentale exclusivement pour eux. L'ambiance au travail au sein de l'HPS est vue comme une zone de « contamination ». L'absence d'un programme en santé mentale est considérée comme l'une des réponses au manque de soins de santé de qualité et à la déchéance mentale des professionnels de la santé mentale.

- **Le Chapitre 4** —. Ici, l'accent est mis sur la formation préalable en matière de santé mentale à destination des professionnels de santé qui auront des contacts avec des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette formation a pour but l'orientation, la détection, le traitement, la réhabilitation des personnes atteintes de troubles mentaux. Certaines études montrent que les professionnels de la santé ont des difficultés à traiter et à diagnostiquer les troubles mentaux, car ils ne sont pas assez formés ni

⁶¹ «Nous sommes déjà contaminées» Il fait référence aux nombreuses années de travail du personnel de santé et au contact régulier de ce personnel avec les patients psychiatriques au sein de l'HPS.

informés sur ce sujet (Cockburn & Bernard, 2004). Finalement, cette formation doit être adaptée en fonction des besoins du personnel de santé mentale. Au sein de l'HPS, de nombreux professionnels de la santé mentale souffrent d'un manque de formation psychiatrique. Ces mêmes professionnels de la santé mentale se trouvant dans cette situation déplorent profondément cette absence de formation.

« J'ai eu un épisode dépressif quand j'ai commencé à travailler dans cet établissement psychiatrique, parce que j'ai été contaminé et, cela m'a beaucoup marqué (...). Ils sont venus me chercher et, ils m'y ont emmené pour travailler ici. En pratique, j'ai été affecté parce que personne ne m'a appris comment travailler dans un hôpital psychiatrique. Le premier entretien, que j'ai eu avec un patient psychiatrique, ce dernier a ce que l'on appelle un « retard mental ». Je me souviens que ce premier patient m'a dit " tu es un imbécile ". Il m'a sauté dessus mais, je me suis défendu. C'était mon premier jour. C'est à ce moment-là que j'ai compris que j'étais chez les fous ! ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

« **Infirmier** : Lorsque j'ai commencé à travailler dans cette institution hospitalière, j'étais technicien. Je n'avais aucune formation en psychiatrie C'était mon tour de voir comment fonctionnaient les Électrochocs. Je n'ai jamais été formé à faire cela. C'était très dur pour moi de voir comment le psychiatre donnait un Électrochoc aux patients sans anesthésie.

Chercheur : Qu'est-ce que l'Électrochoc ?

Infirmier : L'Électrochoc consiste à faire parcourir de l'électricité à travers les patients pour le faire sortir de l'état de crise. Je m'en souviens et je m'en souviendrai toujours. Cela a été très difficile de voir comment un Électrochoc se donnait aux patients sans anesthésie et sans aucune formation préalable pour moi. Pour moi, cet événement a été très négatif à vivre ici dans cet hôpital. Je disais pourquoi l'institution ne te donne pas de formation préalable ? ! C'est comme ça.

Chercheur : Il y avait un manque de communication ?

Infirmier : Je venais d'un Hôpital Général, ce qui n'a rien à voir avec un Hôpital Psychiatrique. Tu te poses la question, qu'est-ce qui se passe ici ? Ils te jettent dans l'arène avec le taureau sans aucune formation et sans rien pour te défendre. Cela a été très négatif pour moi et, cela m'a beaucoup marqué. Aujourd'hui encore cet événement est très présent dans ma mémoire (...).

(Entretien avec un infirmier à Culiacan en décembre 2012)

« Durant mes deux premiers mois de travail à l'hôpital, un patient m'a fracturé le bras (...) c'était un patient très psychotique. Malheureusement, je n'avais ni expérience ni formation ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Lorsque je travaillais en soins intensifs dans l'hôpital général, la vue de l'agitation d'un patient m'était très stressante ! Ici, au sein de l'HPS, c'est encore plus stressante parce qu'on a peur de ne pas savoir comment gérer le mal du patient (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« Lorsque j'ai commencé à travailler ici, je ne savais rien de la psychiatrie. C'est l'un des événements importants qui m'a le plus marqué dans ma vie, ici, au travail».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« Ce qui m'a marqué ici dans mon travail, c'est mon arrivée dans cet hôpital psychiatrique. Je venais d'un hôpital général, évidemment totalement différent de celui-ci. Venir d'un autre hôpital, différent et travailler dans un hôpital psychiatrique sans expérience et sans connaissance en psychiatrie a eu un impact négatif sur moi ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

Ces professionnels de la santé mentale interrogés sont unanimes aussi sur la question du manque de formation spécifique et du manque d'expérience vis-à-vis de la psychiatrie. Ils sont lâchés dans un environnement inconnu et, effectuent leur formation sur le terrain grâce aux différentes expériences auxquelles ils font face. En effet, ces entretiens mettent en évidence les risques potentiels du travail dans un hôpital psychiatrique sans formation et sans expérience. Cela illustre à quel point la souffrance et les troubles sont ressentis dans la pratique thérapeutique.

- **Le Chapitre 5** —. Ici, l'accent est mis sur le comportement du professionnel de la santé mentale envers ses patients. Tout professionnel doit agir dans le respect des droits de l'Homme, dans les soins de santé qu'il offre aux personnes atteintes de troubles mentaux. Aucun professionnel de la santé mentale ne doit blesser, discriminer ou maltraiter les personnes atteintes de troubles mentaux. Si c'est le cas, il faudrait donner l'alerte immédiatement aux autorités compétentes.

Et, comme le dit un psychiatre sur le comportement du personnel de santé mentale vis-à-vis des patients.

« Tout d'abord, j'essayerai de porter beaucoup plus d'attention aux problèmes de santé mentale. Dans cette institution, la réalité est, qu'il y a beaucoup de négligences (...). Il y a aussi de mauvais traitements envers les patients, c'est quelque chose qui ne devrait pas se produire. Je pense que cela devrait changer ou devrait être différent ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

Cet entretien met en évidence l'existence de négligences mais aussi de maltraitances vis-à-vis des patients et aussi, le désir de changer les comportements abusifs de certains professionnels de santé vis-à-vis des patients.

- **Le Chapitre 8** —. Ici, l'accent est mis sur les devoirs des institutions de santé mentale, ces institutions devraient disposer de locaux adaptés au bon déroulement de la vie au travail, d'un personnel qualifié et quantifié, de fournitures nécessaires au bon fonctionnement de l'institution. Et comme l'ont exprimé de nombreux professionnels de la santé mentale à propos de la capacité hospitalière de l'HPS, lors des entretiens réalisés de manière individuelle en 2012 avec les professionnels de la santé mentale dans la zone des patients non hospitalisés à la question portant sur la question des possibles changements du mode de fonctionnement de l'institution où ils travaillent.

« J'augmenterais la capacité hospitalière et le nombre de travailleurs de santé dans cet hôpital car, la capacité hospitalière et le nombre de travailleurs de santé sont insuffisants face à la demande existante. Ici, non seulement des patients de la ville de Culiacan sont pris en charge, mais également ceux

d'autres villes de l'État, telles que ceux des villes comme *Los Mochis*, *Mazatlán*, *Guamuchil* et *Guasave*, autres villes de l'État de *Sinaloa*. Des patients viennent même d'autres États du Mexique, comme l'État de *Durango*. Ils sont également pris en charge dans cet hôpital. Il est clair qu'un seul hôpital psychiatrique au niveau de l'État est insuffisant ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en novembre 2012)

« J'essaierais d'agrandir cet hôpital et j'augmenterais le nombre du personnel de santé. Il y a de plus en plus de demandes de personnes dans le besoin d'une assistance psychiatrique dans la région. Cet hôpital est trop petit pour la demande grandissante de patients et, le personnel de santé est insuffisant. Les patients viennent aussi de l'État de *Chihuahua* et de *Durango*. La plupart de patients ne peuvent pas aller à une consultation privée parce que la consultation est trop chère, tout comme le traitement (...) ».

(Entretien avec un travailleur social à Culiacan en octobre 2012)

« Nous n'avons ni les outils ni l'infrastructure nécessaire pour faire face aux besoins des patients psychiatriques. L'institution nous envoie des enfants et comme vous pouvez le voir, où est le matériel qui est destiné aux enfants ? ! Il n'y en a pas ! Il n'y a pas une zone de thérapie de groupe. Il n'y a pas une zone de thérapie infantile. Les bureaux n'ont vraiment pas de tels outils, bien que nous essayions de tout faire de notre côté. Nous n'avons pas les outils nécessaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

« Il devrait exister un environnement de travail contenant uniquement les conditions optimales pour pouvoir le faire, qu'il n'y ait pas de pression, qu'il n'y ait pas de harcèlement. Qu'il n'y ait pas de pression pour soigner un patient. Établir une relation médicale adéquate avec le patient... ».

(Entretien avec un médecin généraliste à Culiacan en octobre 2012)

« Je crois qu'au-delà des conflits au travail, il y a eu des situations stressantes où, la direction de l'hôpital ne nous allumait pas la climatisation en été. Je me souviens qu'à cette époque, la situation était critique ! Les patients ... ! La chaleur ... ! C'était très stressant pour tout le monde ».

(Entretien avec un psychologue à Culiacan en octobre 2012)

Ces professionnels de la santé mentale interrogés sont unanimes sur cette question de l'inadaptabilité des locaux de l'HPS au vu de l'accroissement de la demande, le manque d'outils pour prendre en charge correctement les différentes pathologies, mais aussi les différents types de patients qui se retrouvent mélangés. Ces *verbatim* mettent aussi en évidence le conflit qui existait entre la direction de l'établissement et ses salariés.

5.2.4 Loi nationale sur la protection de la santé mentale

Cette loi régleme le droit à la protection de la santé mentale pour toutes les personnes aux termes de l'article 4, paragraphe 4, de la Constitution Politique des États-Unis Mexicains. Elle établit les bases et les modalités d'accès aux services de santé et d'assistance de la Fédération et les États en matière de santé en général. De même, en se basant sur l'article 1 où il est expliqué que chaque personne bénéficie des garanties individuelles, en faisant de la santé mentale un droit de l'homme par excellence, le constat est que cette loi sur la protection de la santé mentale ne reflète pas une réalité existentielle. Par exemple, les ressources financières destinées à la santé en général et à la santé mentale en particulier sont très limitées. Seulement 2 % du PIB du Mexique est destiné à la santé mentale, chiffre très inférieur aux 10 % recommandés par l'OMS.

« Il y a beaucoup de limitations ici. Il nous manque de l'argent pour faire beaucoup de choses, nous manquons d'infrastructure, de certification et surtout d'ambition professionnelle (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

Et comme le dit aussi une travailleuse sociale sur cette situation :

« Le plus important ici est qu'il n'y a pas de soutien des autorités. Et, s'il n'y a pas de soutien, il n'y a pas de matériel pour travailler. Ici, il n'y a pas d'argent non plus pour faire les activités que nous aimerions faire avec les patients et, malheureusement tout s'écroule sans soutien ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en octobre 2012)

Conformément au Plan National de Santé Mentale au Mexique, durant la période s'étalant de 2013 à 2018⁶², qui prévoient des actions prioritaires dans la protection et la promotion de la santé mentale, mais aussi la prévention des troubles mentaux. Ce plan constitue un axe fondamental de la santé publique. Un élément important de la promotion de la santé est son caractère anticipatoire, lequel cherche à prêter attention, non pas à la maladie directement, mais aux déterminants sociaux de la santé. Il s'agit de créer et de renforcer les déterminants positifs et de délimiter ou de corriger ceux qui sont négatifs⁶³. Concrètement, parmi les 6 buts de ce plan, 3 sont en rapport avec ce travail de thèse. Voici leur présentation brève :

- **Objectif 1** Promouvoir l'amélioration de l'attention et la qualité des services de la santé mentale.
- **Objectif 2** Établir les priorités en matière de formation et entraînement des ressources humaines qualifiées.
- **Objectif 3** Développer des actions pour la protection, la promotion et l'amélioration de la santé mentale, ainsi que la détection et la prévention des troubles mentaux.

L'objectif 1 met l'accent sur la supervision, de l'existence de ressources matérielles et de ressources humaines spécialisées suffisantes pour faire fonctionner les services de la santé mentale. Deux professionnels de la santé parlent de ce manque de ressources humaines spécialisées en psychiatrie au sein de l'HPS :

« Le manque de ressources économiques et humaines. Avoir plus de médecins et de psychologues et, que les médecins soient des spécialistes en psychiatrie. Ici dans cet hôpital, il y a de médecins généralistes et, cela n'est pas bon, malheureusement ! ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

⁶² Voir : https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

⁶³ Message du Sous-Secrétaire à la Prévention et à la Promotion de la Santé Dr. Kuri Morales Pablo Antonio.

« Il faut plus de psychiatres qualifiés. Dans tout le Mexique, sont formés seulement 150 psychiatres par an. Cela est très peu pour satisfaire la demande grandissante ».

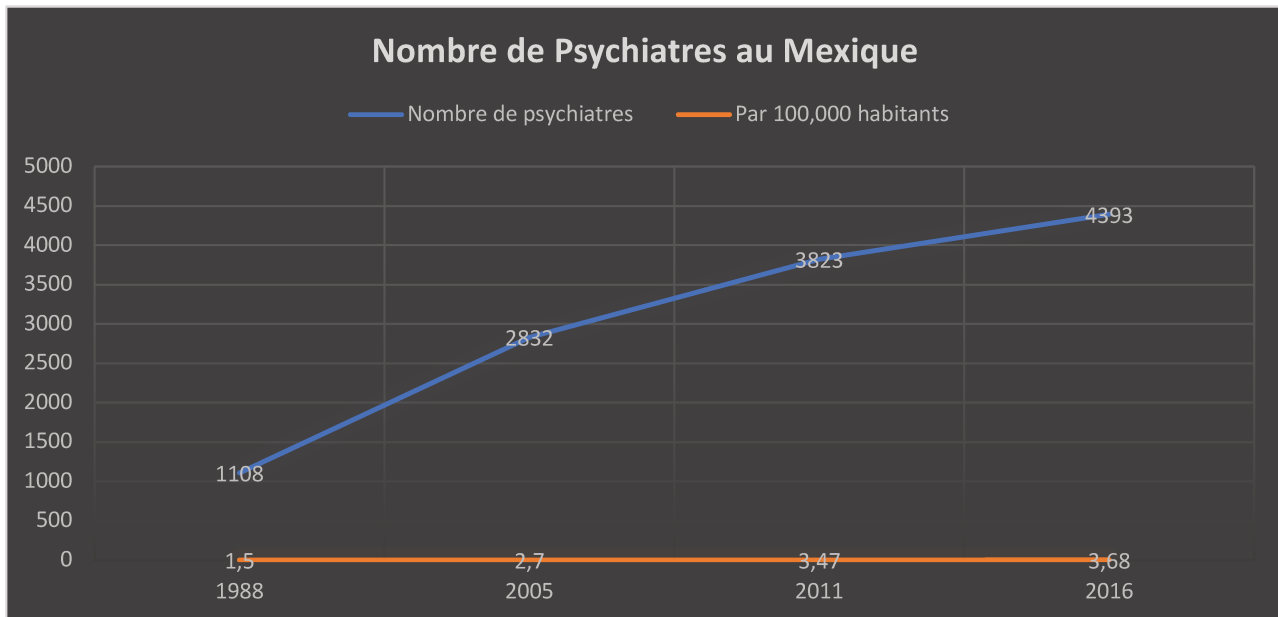
(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« La plupart des professionnels de la santé mentale qui travaillent ici n'ont pas une spécialité en psychiatrie, par exemple, la plupart des infirmières sont des infirmières sans aucune spécialité en psychiatrie. Les statistiques de l'HPS montrent que nous faisons le travail, la question serait, comment nous faisons ce travail ? ! Un patient psychiatrique peut te demander l'heure plus de 20 fois par heure et tu dois aller le voir et le lui dire. Si tu ne sais pas comment traiter un patient psychiatrique dans ce contexte, il va t'épuiser complètement (...). Alors, si je n'ai pas cette habileté, quelqu'un doit m'aider. Quelqu'un doit me dire comment je dois protéger ma propre santé (...). Je pense que le directeur de cette institution doit prendre soin de ses travailleurs. Le directeur doit montrer comment ils doivent travailler avec les patients. Il ne doit pas mettre ses travailleurs en danger. Alors, tant, qu'ils ne nous forment pas en psychiatrie et que le personnel de santé ne reçoit pas la formation nécessaire, nous serons frustrés dans notre travail qui se reflétera finalement dans l'activité de soins ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

Ces entretiens mettent en évidence le manque des ressources humaines spécialisées en psychiatrie et leur distribution au Mexique. Cette question du manque de ressources est confirmée par de nombreux chercheurs.

Graphique 8. Nombre de psychiatres au Mexique.



Source : Heinze et al., 2012 ; De la Fuente & Heinze, 2014 ; Henze et al., 2016

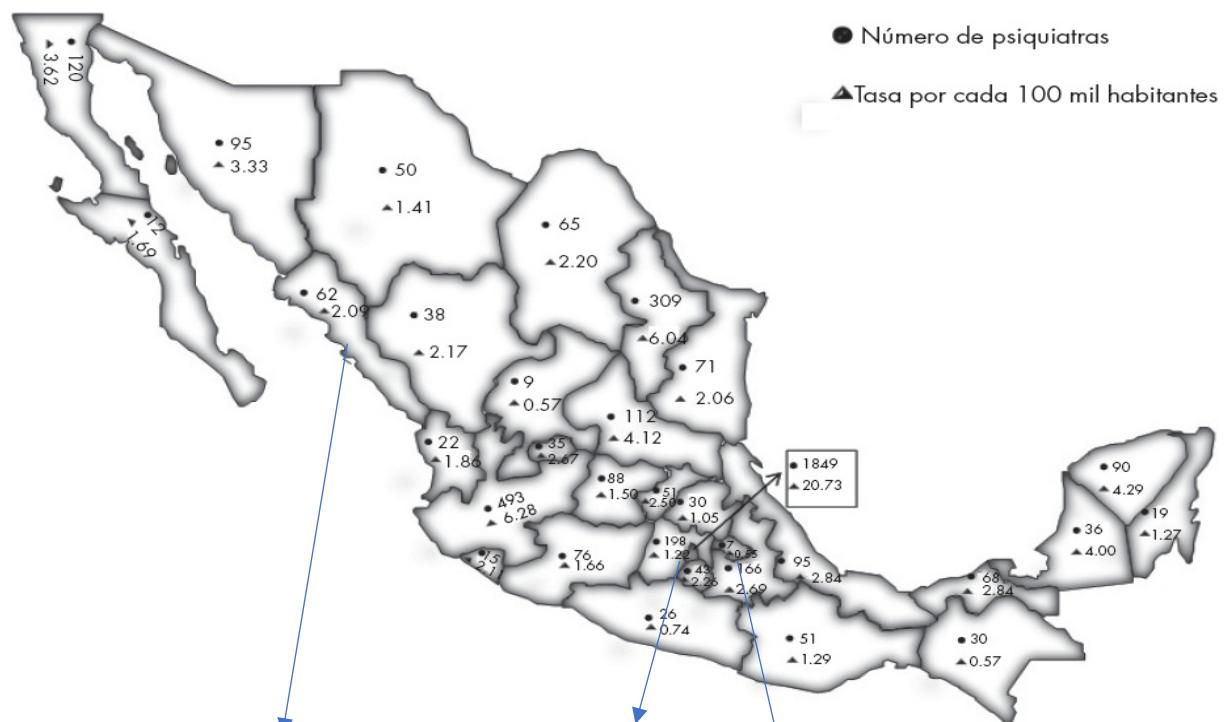
Le **Graphique 8** montre l'évolution du nombre de psychiatres au Mexique, cette étude nationale commence en 1988 « La formation des psychiatres au Mexique » met en évidence l'évolution du nombre de psychiatres par rapport à l'évolution de la population du Mexique sur 28 années. Ainsi, il y avait 1108 psychiatres en 1988 sur la totalité du territoire mexicain, qui possédait alors une population de 66 846 833 habitants. Ceci donne un ratio de 1,5 psychiatre pour 100 000 habitants. Dans l'Atlas de la Santé Mentale de l'OMS (2005), il est indiqué, il y avait 2832 psychiatres au Mexique, ce qui, compte tenu de la population totale de 104 931 000 habitants, donne un rapport de 2,7 psychiatres pour 100 000 habitants (Heinze et al., 2012 ; De la Fuente & Heinze, 2014).

Selon l'article intitulé *Les spécialistes en psychiatrie au Mexique* publié en 2012 et un équivalent en 2016, ces deux articles indiquaient qu'en 2011, il y avait 3823 psychiatres au Mexique, ce qui, compte tenu de la population de cette année-là (112 336 538 habitants), donne un ratio de 3,47 psychiatres pour 100 000 habitants. En 2016, il y avait 4393 psychiatres au Mexique, pour une population de 119 530 753 individus, cela induit qu'il avait 3,68 psychiatres pour 100 000 habitants (Henze et al., 2016). En effet, le pays

se trouve en dessous des recommandations émises par l'OMS (2014), qui est de 4,15 psychiatres pour 100 000 habitants.

D'autre part, il convient à noter que sur les 32 États qui constituent la République Mexicaine, la ville de Mexico a le taux le plus élevé de psychiatres avec près de 21 psychiatres pour 100 000 habitants, tandis que le taux le plus bas de psychiatres revient à l'État de Tlaxcala avec 0,55 pour 100 000 habitants. (voir fig.2).

Figure 2. Répartition des psychiatres au Mexique.



L'État de Sinaloa (Culiacan la capitale) ; La ville de Mexico ; Tlaxcala.

Source : Henze et al., 2016

Dans cette figure 2. l'État *Sinaloa* où cette recherche fut réalisée compte 2,09 psychiatres pour 100 000 habitants (Heinze et al., 2016). La ville de Mexico, l'État de Jalisco et l'État de Nuevo León, avec plus de 6 psychiatres pour 100 000 habitants, ont dépassé la moyenne mondiale recommandée par l'OMS (2014). Tandis que les États de *Sinaloa*,

Zacatecas, Chiapas, Tlaxcala, avec moins de 2,1 psychiatres pour 100 000 habitants, sont en dessous la moyenne mondiale recommandée.

Le nombre total de ressources humaines travaillant dans des unités de santé mentale au Mexique représente environ 10 000 travailleurs en santé mentale. Voici le taux de répartition pour 100 000 habitants : 1,6 psychiatre, 1 médecin généraliste, 3 infirmières, 1 psychologue, 0,53 travailleur social, 0,19 thérapeute et 2 techniciens de santé.

Ces ressources humaines sont insuffisantes, mal distribuées et la plupart d'entre elles sont concentrées dans les hôpitaux psychiatriques. Ces ressources humaines sont très limitées si l'on considère par exemple que la moyenne des psychiatres dans les pays de l'OCDE, est de 15,6 psychiatres pour 100 000 habitants (IESM-OMS, 2011).

Il existe une variation importante du nombre de psychiatres entre les différents États en fonction de leur niveau socio-économique. Par exemple, en France, en 2013, il y avait près de 15 000 psychiatres donc, 22 psychiatres pour 100 000 habitants (Coldefy et Le Neindre, 2014), tandis qu'au Mexique en 2016, près de 4400 psychiatres donc, 3,68 psychiatres pour 100 000 habitants (Heinze et al., 2016). Selon les critères de l'OMS, ces chiffres montrent que le nombre de psychiatres au Mexique est insuffisant vu l'évolution démographique de la population. En plus dans ce pays, le problème n'est pas seulement qu'il y a peu de psychiatres, mais il y a aussi un problème de répartition de ceux-ci à travers le vaste territoire que représente le Mexique.

Au Mexique, il existe d'autres problématiques liées aux ressources humaines en santé mentale : En premier, le nombre de places disponibles pour étudier la psychiatrie est limité pour les médecins aspirants. Il y a seulement 150 places maximum disponibles pour se spécialiser en psychiatrie, et cela reste inchangé depuis 2007. En 2015, 144 places étaient disponibles, soit six places de moins que 8 ans auparavant (Heinze et al., 2016). En deuxième, le manque d'intérêt des futurs médecins à se spécialiser en psychiatrie. Une étude a montré qu'« en 2009, 45513 médecins ont passé l'Examen National de Résidence Médicale et 144 places ont été mises à disposition pour étudier la psychiatrie.

Sur ce total de médecins qui ont passé l'examen, 898 ont choisi la psychiatrie comme premier choix, ce qui représente 1,97 % du nombre total de candidats. En 2012, plus de 41338 médecins ont passé l'examen, donc moins qu'en 2009, 134 places ont été créées pour étudier la psychiatrie. Sur le nombre total de médecins qui se sont présentés à l'examen, 982 ont choisi cette spécialité comme premier choix ce qui représente 2,37 % du nombre total de candidats (*Ibid*, p. 75). En ce sens, Heinze et al., (2016) nous dit :

« Il est nécessaire d'encourager l'étude de la psychiatrie chez les médecins généralistes. En 2012, le nombre de psychiatres a augmenté mais, pas le nombre de places disponibles au cours des huit dernières années. Étant donné qu'un pourcentage élevé de la population mexicaine consultera un médecin pour un problème de santé mentale, y compris un problème d'addiction. Nous devons renforcer les interventions en santé mentale à tous les niveaux de soins ; cela nécessiterait nécessairement une augmentation du budget du gouvernement fédéral et des États pour le domaine de la santé mentale » (Heinze et al., 2016 : 75).

Et comme l'illustre ce *verbatim* aussi:

« Je pense qu'il est nécessaire d'informer plus de gens sur ce qu'est la santé mentale et commencer premièrement par les médecins généralistes. Par exemple, les médecins généralistes sont les professionnels de la santé qui ont moins de connaissances sur la psychiatrie. Pour ces médecins, il y a une certaine peur à étudier cette spécialité qu'ils ne connaissent pas. Ces médecins généralistes, ils nous raillent, nous les psychiatres à propos des traitements pour la simple raison qu'ils ne savent pas. Par exemple, si vient un patient psychiatrique dans la consultation d'un médecin généraliste, ce médecin va dire au patient : Ne prenez pas le médicament ! ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

Comme vu ci-dessus, le manque de ressources humaines en psychiatrie au Mexique est flagrant et, les quelques psychiatres qui existent sont mal repartis au sein du territoire. Il y a peu de places disponibles pour étudier la psychiatrie dans ce pays. Tout comme il y a une ignorance à étudier cette spécialité chez les futurs médecins. Il est donc évident que la situation des ressources humaines en psychiatrie au Mexique, ne répond pas aux besoins de la santé mentale de la population mexicaine, dont nous avons un clair exemple à Culiacan.

L'objectif 2 met l'accent sur la formation du personnel de santé mentale considérée comme un indicateur de la qualité de soins. Part fondamentale que ces services atteignent ou pas, les résultats souhaités. Il est essentiel que le personnel mette l'accent sur la meilleure utilisation possible des connaissances et de la technologie actuelle⁶⁴. La stratégie de cet objectif est de renforcer la formation du personnel de la santé mentale sur la base de linéament du Modèle Hidalgo⁶⁵, avec 3 sur 5 lignes d'action :

- 1) Encourager les programmes de formation, destinés au personnel de santé mentale ;
- 2) Promouvoir la mise en place de programmes de formation pour le personnel spécialisé dans les nouveaux traitements basés sur des preuves scientifiques ;
- 3) Favoriser la formation continue du personnel qui applique les programmes de réhabilitation psychosociale.

Comme mentionné ci-dessus, de nombreux professionnels de la santé mentale interrogés sont unanimes sur cette question du manque de formation vis-à-vis de la psychiatrie. Le problème ne réside donc pas seulement dans ce manque de formation, mais aussi dans les difficultés que certains professionnels de la santé mentale rencontrent pour évoluer professionnellement au sein de l'HPS.

« **Chercheur** : L'HPS ne vous aide pas à poursuivre vos études ?

Infirmière : Non, c'est très difficile. Cette institution ne nous soutient absolument pas pour terminer nos études. J'étudiais le soir, le cours commençait à 19 : 00 heures, mais je ne sors d'ici qu'à 20 : 00 heures. J'ai dû quitter le cours parce que je n'y arrivais jamais à l'heure ! Je ne réussissais pas entrer dans les deux premières matières. Et, la même chose s'est passée avec un cours qui a été ouvert par le syndicat. Dans ce cours du syndicat, je n'ai pas eu plus de soutien de l'HPS !

Chercheur : On suppose que plus les professionnels de santé sont préparés, meilleurs seront les soins.

Infirmière : Eh bien, on est en train d'échouer (...). L'institution doit actualiser notre formation. L'HPS nous donne des cours, mais chaque année, elle nous donne les mêmes cours ! Je me demande, pourquoi aller à ce cours si je l'ai déjà suivi ! Les cours sont à 8 heures du matin. L'institution veut que je dorme

⁶⁴ OMS, Amélioration de la qualité de santé mentale, 2007.

⁶⁵ Le modèle *Hidalgo* est apparu en 2002 afin de fournir des soins en santé mentale en dehors des unités psychiatriques, d'assurer une meilleure couverture en santé mentale, de réintégrer les patients auprès de leurs proches et de les insérer dans le contexte social pour faciliter leur réadaptation.

debout. Si l'institution veut que je reçoive les formations qu'il offre, il faut qu'il me les donne pendant mon horaire de travail ! Cette institution ne nous met pas à jour parce qu'elle nous dit toujours : il n'y a pas assez de ressources financières ! (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« **Chercheur** : Aimeriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important et que nous n'avons pas abordé ensemble ?

Infirmière : Dans cette institution psychiatrique, nous éprouvons beaucoup de difficultés à étudier. Cette institution met beaucoup d'obstacles pour nous empêcher de poursuivre les études afin de pouvoir évoluer ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« Eh bien, ici dans la région nous avons beaucoup de mal à trouver un emploi stable, je te parle de manière générale. Je te dis ça parce que nous n'avons pas la possibilité d'exercer notre profession d'infirmière. Tu sais, j'ai étudié pour faire une carrière d'infirmière mais l'HPS veut que le personnel ait de l'expérience. Malheureusement cette institution ne nous donne pas la possibilité d'exercer notre profession. Ici c'est trop difficile d'évoluer, par exemple j'aimerais poursuivre les études afin de pouvoir évoluer mais, l'HPS veut que j'aie minimum deux ans d'expérience dans l'exercice de la profession d'infirmière et si tu n'as pas deux années, tu ne peux pas poursuivre tes études (...) ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

En effet, ces entretiens mettent en évidence les difficultés des infirmières à faire évoluer leurs carrières entre les cours et le travail au sein de l'HPS. La difficulté à traiter et à diagnostiquer les troubles mentaux n'existe pas seulement au Mexique. En effet, le manque de formation psychiatrique du personnel de santé est un problème mondial. C'est pourquoi l'OMS demande, dans son rapport sur la santé mentale, à ce que les professionnels de la santé, dispensant les soins de base, aient une meilleure formation de base et post-graduée dans la reconnaissance et le traitement des troubles mentaux (OMS, 2001). L'importance de la formation du personnel de santé a pour but de réduire leurs difficultés et leur souffrance dans le traitement et le diagnostic des troubles mentaux. C'est très important dans l'anticipation des risques potentiels :

« La formation du personnel de santé en psychiatrie est nécessaire non seulement pour le bien-être des patients mais aussi pour le bien-être du personnel de santé (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

La plupart des professionnels de la santé mentale interrogés ont insisté sur le manque de formation et sur l'importance d'adapter leurs connaissances par rapport à l'évolution des pratiques actuelles professionnelles.

« Plus de cours sont nécessaires, parce que le domaine de la santé évolue chaque jour. La connaissance s'accroît et parfois change, par exemple, les médicaments et les appareils changent et, c'est très important de le savoir et de l'appliquer. Ainsi les infirmières ont besoin d'être régularisées pour obtenir une spécialité en psychiatrie en soins infirmiers ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en décembre 2012)

« Ici, il y a des professionnels de la santé qui ne savent pas ce qu'est une maladie mentale. Nous n'avons pas eu de formation en psychiatrie. C'est une réalité. Nous, les professionnels de la santé mentale, nous stigmatisons les patients, par exemple : nous disons que les patients qui sont dans la zone des patients hospitalisés sont fous. Nous devrions dire que les patients qui sont dans la zone des patients hospitalisés sont des patients qui ont un trouble mental ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

Voici quelques exemples de la définition de la maladie mentale de certains professionnels de la santé mentale.

« Je ne sais pas ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

« La maladie mentale est presque la même chose que la santé mentale, le patient est déconnecté de la réalité ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« **Travailleuse sociale** : La maladie mentale est égale à une autre maladie contrôlée.

Chercheur : La santé mentale signifie la même chose que la maladie mentale ?

Travailleuse sociale : Je pense que oui ».

(Entretien avec une travailleuse sociale à Culiacan en novembre 2012)

« C'est une maladie, c'est une souffrance chronique (...) ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

« La maladie mentale serait un diagnostic établi soit par un médecin, soit par un spécialiste ou par un psychiatre ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

En effet, ces entretiens mettent en évidence les difficultés à définir la maladie mentale. Mais comment comprendre la maladie mentale et la santé mentale sans en savoir la définition ! Et comme l'ont exprimé certains professionnels de la santé mentale précédemment « Nous n'avons pas une formation en psychiatrie et c'est une réalité... ». Ici, le manque de netteté concernant la définition de santé ou maladie mentale trouve sa racine dans le manque de stabilité du contexte social et culturel comme l'illustre les différents *verbatim*. D'où l'importance d'un regard anthropologique qui par ailleurs part d'expériences sociales vécues au travail par ces professionnels. Selon Anne Lovell « Aujourd'hui, le peu de correspondance entre les conditions constitutives des « maladies mentales » et les marqueurs biologiques nourrit le manque de consensus autour des définitions, des étiologies et des traitements. Le problème de la définition et de la délimitation de ce que constitue un état pathologique existe dans d'autres domaines de la médecine, mais il est particulièrement marqué en psychiatrie. La difficulté essentielle pour cette dernière vient en partie de l'absence de mesures de référence, ou de critères de validité extérieurs et absolus. » (Lovell, 2004 : 13).

Par ailleurs, d'autres professionnels disent que s'ils veulent une formation, ils doivent la chercher et la payer. Cette formation permettrait d'être en mesure d'adapter plus d'éléments dans leurs pratiques cliniques afin de donner de meilleurs soins.

« Ici, nous avons très peu de formations en psychiatrie (...). Nous ne sommes pas formés à cela. J'aimerais avoir plus d'éléments pour pouvoir avoir une meilleure approche du patient. Malheureusement, nous ne l'avons pas ici dans cet hôpital. Nous voulons avoir des formations. Si nous voulons une formation, nous devons la chercher ailleurs et la payer. Puisque cette institution ne nous donne pas de formations et nous paie en retard. Même si cette formation est un outil de travail pour nous ».

(Entretien avec une infirmière remplaçante à Culiacan en octobre 2012)

« **Psychologue** : Ce qui manque au personnel de santé, c'est la professionnalisation et l'actualisation par rapport à la maladie elle-même pour obtenir de bons diagnostics et de bons traitements (...). Nous, les psychologues, nous sommes comme les médecins. Je vais être honnête, nous n'avons rien, mais absolument aucun appui pour notre professionnalisation. Mais oui, l'institution exige de nous beaucoup de choses ! C'est très curieux.

Chercheur : Qui vous exige la professionnalisation ?

Psychologues : Le directeur. Par exemple, maintenant nous cherchons des collègues pour assister à certains congrès ou cours, parce que le directeur de cette institution exige de nous un certain nombre d'heures et, tout cela est pour avoir un stimulus économique. Il est évident que tout le monde veut avoir un stimulus économique, mais pour avoir ces stimuli le directeur exige de nous un certain nombre d'heures de formation. Ce qui est intéressant ici, c'est que nous devons chercher des congrès ou des cours, en plus nous devons les payer (...). Donc, imaginez-vous ! Évidemment nous devons toujours être à jour dans le domaine de la santé. Malheureusement cela ne se produit pas. Nous ne sommes pas mis à jour et cela est une réalité. C'est très frustrant ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en novembre 2012)

Par ailleurs, les psychiatres aussi expriment le manque de formation des médecins généralistes. Selon eux, les médecins généralistes n'ont pas une formation suffisante en psychiatrie pour prendre en charge des patients psychiatriques. Et les psychiatres ont eux aussi besoin d'une formation continue pour faire correctement leur travail.

« Le personnel de santé doit être mieux formé, y compris moi-même (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« De mon point de vue, il faudrait une plus grande formation de qualité pour les médecins généralistes. Ces médecins ont une connaissance très déficiente. De plus, les psychiatres ont besoin d'une formation durable (...) ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Pour moi, il faut plus de formations pour les médecins généralistes. La connaissance, qu'ils ont en psychiatrie, est très déficiente, tout comme celle des psychiatres, je te le dis ouvertement ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en octobre 2012)

« Il n'existe pas premièrement de formation adéquate pour les médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale. Les médecins généralistes ne savent rien de ça. La plupart des médecins généralistes ont une connaissance trop basique ».

(Entretien avec un psychiatre à Culiacan en septembre 2012)

Comme nous l'avons vu dans les entretiens précédents, les professionnels de la santé mentale souhaiteraient avoir plus de formations en psychiatrie. Malheureusement, le peu de formation psychiatrique qui existe pour certains professionnels de la santé mentale ne fonctionne pas et elle se révèle être inadaptée face à la réalité du terrain. Par exemple, l'inadéquation entre l'horaire de la formation et les horaires de travail, sa répétition (les mêmes formations en psychiatrie données par les mêmes professionnels de la santé mentale de l'HPS).

« Améliorer la relation tant pour le patient que pour le personnel de santé. Ici, en réalité, cette institution ne donne pas la qualité de soins psychiatriques que les autorités de cette institution disent qu'il y a (...). Plus que tout, les autorités de cette institution devraient nous donner de bonnes formations en psychiatrie. Ici, ils nous donnent des formations, mais toujours des formations très médiocres avec les mêmes médecins et les mêmes

infirmières (...). Alors, je ne pense pas que ces professionnels de la santé soient vraiment formés pour nous donner une bonne formation en psychiatrie. À cause de ça, mes collègues et moi, nous perdons tout intérêt pour ces formations psychiatriques. Cela fait des années que je ne viens plus aux formations psychiatriques. Et, les raisons sont qu'elles sont toujours les mêmes et, il n'y a aucun respect entre le conférencier et les auditeurs. En dehors de cela, nous nous plaignons aussi sur les horaires implantés pour ces formations. Par exemple, il y a des formations qui couvrent toute la semaine ou couvrent 3 ou 4 jours. J'ai autre chose à faire ! Et, forcément le personnel de santé doit venir à la formation parce que si le personnel de santé ne vient pas, les supérieurs peuvent le menacer. Si tu ne viens pas, je te déduirai un jour de salaire ! La plupart des formations se font le matin et on suppose que les formations doivent être durant nos horaires de travail. Parfois, les supérieurs ne te préviennent pas qu'il y a des formations psychiatriques ou, simplement ils te préviennent à la dernière minute quand tu sors d'un long travail (...). Alors, j'aimerais vraiment avoir des formations avec des conférenciers intéressants ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en décembre 2012)

L'objectif 3 vise à atténuer les déterminants sociaux qui influent sur la santé, aussi comme détecter et intervenir rapidement et efficacement sur les facteurs de risque, afin de prévenir l'apparition de problèmes de santé et des troubles mentaux. Comme le dit le document du Plan National de Santé Mentale au Mexique 2013-2018⁶⁶ : « il est important d'encourager la détection précoce des troubles mentaux et de les identifier sans retard, mais aussi de promouvoir la détection précoce du risque de suicide ».

La prévention des troubles mentaux a une importance grandissante dans le système de santé mexicain. Et, surtout pour ceux qui prodiguent des soins dans les institutions psychiatriques.

« Je pense que la santé mentale au niveau individuel, familial et social est très importante, puisque je suis tout à fait convaincu que bon nombre des problèmes sociaux, qui existent ici à Culiacan, sont dus au fait qu'il n'y a pas une culture de la santé mentale (...). Par ailleurs, on dit que tous les travailleurs qui travaillent dans un hôpital psychiatrique doivent bénéficier d'une assistance psychologique. Mais malheureusement, cette chose n'existe pas pour nous. J'ai des collègues qui me disent : je vais en psychothérapie, mais dans un autre hôpital parce que si je vais à l'hôpital où je travaille et si quelqu'un me voit entrer chez une psychologue ou chez un psychiatre cela signifie que je suis une personne qui doute de ses capacités.

⁶⁶ Voir : https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf

Et je suis une personne qui fonctionne bien ! En effet, cette stigmatisation se passe entre nous les travailleurs de la santé, maintenant qu'est-ce que nous pouvons attendre, à ce niveau social ! Je crois qu'une façon de prévenir une maladie mentale chez nous les travailleurs de la santé, serait d'implanter comme condition nécessaire pour que les travailleurs de la santé se relayent durant chaque temps spécifique. C'est-à-dire, d'aller dans un autre hôpital pour travailler durant un certain temps et, après retourner à l'hôpital psychiatrique. Je pense que cela fonctionnerait très bien. Cela serait une stratégie de mise en œuvre pour les travailleurs de la santé mentale. Quelqu'un m'a dit que, si quelqu'un te suggère de chercher une aide en santé mentale, il semblerait que cette personne t'agresse avec cette proposition. Cependant, depuis 17 ans que je travaille ici, j'ai trouvé des personnes qui m'ont dit : écoute, il ne se passe rien. Le problème est que les travailleurs de la santé ne vont pas chercher une aide psychologique ou psychiatrique. Nous sommes chanceux parce que nous cherchons de l'aide et le risque d'avoir une maladie mentale est moins probable».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

« Je crois que le personnel de santé qui travaille ici devrait avoir aussi des soins en santé mentale, mais malheureusement ça ne se fait pas. Prendre soin du personnel de santé est fondamental, dans le sens d'assurer le bien-être des patients, comme le bien-être de ceux qui les soignent ».

(Entretien avec une psychologue à Culiacan en octobre 2012)

« Eh bien, je considère que cet hôpital ne favorise en aucune façon ma propre santé et mon propre bien-être parce que c'est une institution psychiatrique. Ici nous soignons aussi des patients qui ont des maladies non psychiatriques, comme la tuberculose. Ce type de patients que nous traitons a manifestement une très mauvaise compatibilité au traitement psychiatrique et, évidemment, de la tuberculose aussi. Cela est arrivé à un patient et, la zone, où il est, est fermée et le pire est qu'il n'y a pas d'aération. Les patients qui arrivent ici viennent sans traitements. Ici, il est très difficile pour nous de pouvoir les soigner avec les autres maladies non psychiatriques. Alors, finalement ici où nous travaillons, c'est une zone de contamination pour les (autres) patients et pour nous-mêmes, le personnel de santé (...). Dans cet hôpital, nous n'avons pas le personnel qualifié qui peut traiter les patients tuberculeux, avec l'hépatite, d'autres maladies sexuellement transmissibles ou autres maladies. Puisque, finalement, ici c'est un hôpital psychiatrique. Je considère que cet hôpital doit promouvoir la tranquillité du personnel qui travaille ici (...). Eh bien ici, le travailleur doit être bien pour que le patient soit bien. Un travailleur harmonieux va être plus performant qu'un travailleur frustré, tu sais qu'aujourd'hui nous vivons beaucoup de stress social, économique, de couple et des enfants. Malheureusement, nous sommes

aussi touchés par ce stress global. Je considère aussi qu'une partie de l'assainissement de la santé mentale serait de renouveler les professionnels de la santé mentale qui ont plus de 17 ans de travail ici ».

(Entretien avec une infirmière à Culiacan en janvier 2013)

L'analyse de ces propos met l'accent sur la prévention des troubles au travail, chez les professionnels de la santé mentale et nécessite d'introduire des stratégies de défense pour faire face à ces situations au travail. Cela fait partie des revendications de ces professionnels. Le point de vue anthropologique ici prend son importance, le mal-être dont parle cette infirmière est induit par le stress social, économique, ... Et cela devient, pour elle, le stress global qui induit la maladie.

La présentation de quelques aspects du document « Plan National de Santé Mentale au Mexique », amène une prise de conscience que l'élaboration d'une politique nationale de santé et de santé mentale est une nécessité primordiale au Mexique.

La mission de la santé publique consiste à promouvoir et à améliorer l'état de santé des personnes de manière globale. Selon Didier Fassin et Boris Hauray, (2010) la santé publique est « l'articulation unique entre la réalité de la maladie, de l'organe, de la cellule, du génome, d'un côté, et la réalité des acteurs, des pratiques, des institutions, des politiques, de l'autre » (Fassin et Hauray, 2010 : 8). L'OMS (1952) définit la santé publique comme « (...) un concept social et politique qui vise à une amélioration de la santé, à une plus grande longévité et à un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé »⁶⁷. À cet égard, un état fédéraliste comme le Mexique, lié à une économie très libérale, ne facilite pas la coordination d'un plan de politique nationale global de santé et de santé mentale. Celle-ci devra être le résultat d'un travail en commun entre la Fédération et les États, dans le cadre d'un processus de discussion entre les décideurs politiques, les acteurs principaux de domaine de la santé et la population.

⁶⁷ Santé Publique au Mexique [En ligne]. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/index> (Consulté le 5 août 2018).

Comme déjà mentionné, le Mexique possède l'un des systèmes de santé le plus compliqué au monde et focalise en grande partie de son action sur la gestion du système de soins. Le système de santé mexicain ne prend que très peu en compte l'amélioration et de la promotion de la santé. La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un objectif de vie. Cette politique de la santé ne devrait donc pas se limiter à la gestion du système de soins, mais devrait également intervenir en amont avec l'objectif de maintenir en santé et en santé mentale un plus grand nombre de personnes.

La politique de la santé inclut donc l'amélioration et la promotion de la santé, définie par l'OMS dans la Charte d'Ottawa comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. Cette conception positive que la santé devrait marquer à l'avenir l'évolution du système de santé mexicain.

5.2.5 Droits généraux des professionnels de la santé

Les droits à la santé et à la sécurité au travail sont des droits fondamentaux à la vie de l'être humain et à l'intégrité physique et morale⁶⁸. En effet, le lien entre le droit à la vie et l'intégrité physique est évident, c'est la relation directe entre la vie du travailleur et/ou son intégrité avec la manière dont il exécute son travail⁶⁹. Conformément aux droits généraux des professionnels de la santé au Mexique, ceux-ci, défendus principalement par la Commission Nationale d'Ordre des Médecins (CONAMED), le Secrétariat de la Santé et la Loi Fédérale du Travail au Mexique. Tous les droits généraux des professionnels de la santé et en particulier des professionnels de la santé mentale, tous ces droits sont en rapport dans cette recherche. Voici une présentation brève :

⁶⁸ Loi Fédérale du Travail au Mexique.

⁶⁹ Le droit du travail au Mexique, dans l'article 123 de la constitution mexicaine.

- Exercer sa profession librement, sans pression et dans l'égalité de conditions interprofessionnelles.
- Travailler dans des installations appropriées et sécurisées qui garantissent la sécurité et l'intégrité personnelle et professionnellement.
- Avoir les ressources nécessaires pour l'exécution optimale de leurs fonctions.
- S'abstenir de garantir les résultats et fournir des informations qui dépassent leur compétence professionnelle.
- Recevoir un contact digne et respectueux des patients et de leurs familles, ainsi que le personnel qui travaille indépendamment de leur niveau hiérarchique.
- Avoir accès à une mise à jour professionnelle en matière d'égalité d'opportunités pour le développement personnel et à activités de recherche et d'enseignement en fonction de leur profession et de leurs compétences.
- S'associer librement pour promouvoir leurs intérêts professionnels.
- Sauvegarder son prestige et intérêts professionnels.
- Avoir accès aux positions de prise de décision conformément à ses collègues.
- Recevoir de manière opportune et équitable la rémunération qui correspond aux services rendus.

Les droits généraux des professionnels de la santé mentale n'obéissent pas à la réalité présente au Mexique. Ce fait peut se vérifier dans presque toute la centaine d'entretiens, les nombreuses observations réalisées et les nombreuses discussions informelles réalisées entre 2012 et 2013 auprès des professionnels de la santé mentale de Culiacan.

Entre décembre 2016 et janvier 2017, des discussions informelles ont enrichi et étoffé mes réflexions mais a aussi permis de voir et comprendre l'évolution de la situation examinée. Celles-ci ont eu lieu avec 5 psychiatres, 2 médecins généralistes, 3 psychologues, 3 travailleurs sociaux et plusieurs infirmières.

CHAPITRE 6. Repères théoriques

Tout ce travail de recherche scientifique est orienté par des choix, des circonstances et des perspectives qui donnent à son contenu sa spécificité et font de sa production une œuvre située et délimitée (Perrenoud, 2016 : 66). Cette réflexion comporte un ancrage théorique principal, celui d'une anthropologie de la santé. Ce courant « interroge le contexte de la santé depuis plusieurs décennies, faisant émerger les représentations et les pratiques liées à la santé des professionnels de santé et des usagers et relevant les tensions et contradictions inévitables qui émergent dans la complexité des systèmes de santé contemporains » (*Ibid.*).

6.1 Anthropologie de la santé : quelques repères

Ancrant ma réflexion dans le champ de l'anthropologie de la santé (Saillant & Genest, 2005) et interrogeant la santé mentale des professionnels de la santé mentale, peut sembler aller de soi. Mais, il me semble important de souligner comment différentes postures et finalités adoptées par les anthropologues de la santé permettent de penser mon objet d'étude. Je commencerai donc à présenter dans les grandes lignes certaines postures essentielles de l'anthropologie.

L'anthropologie médicale est une sous-discipline de l'anthropologie sociale (Hudelson, 2008) et une très importante branche en termes d'engagements de chercheurs et de publications (Perrenoud, 2016 : 67). Cette branche, elle-même composée de nombreux sous-courants, participe, du moins pour les auteurs auxquels je me rattache à une anthropologie culturelle et sociale qui situe les phénomènes à l'intérieur de leur contexte (Augé, 1986 et Fainzang, 2006). Ce courant constitue par ailleurs « une réaction au contact de l'anthropologie avec la médecine, discipline influente, qui tente et réussit parfois, à soumettre les anthropologues à ses objectifs. Connue pour être la discipline qui décrirait les cultures, l'anthropologie a parfois été utilisée pour identifier les représentations et pratiques des profanes qu'il s'agissait alors souvent de corriger, ceci dans la logique d'une médecine paternaliste. Et c'est donc pour éviter cette instrumentalisation que de nombreux anthropologues de la santé soulignent leur attachement à l'anthropologie sociale et, revendiquent la nécessité de définir eux-mêmes les objectifs et les termes de leurs recherches » (Browner, 1999 ; Fainzang, 2006 ; Saillant et Genest, 2005 ; Fainzang, 2010 ; cité par Perrenoud, 2016 : 67).

Depuis quelques décennies, le terme français « anthropologie de la santé », plutôt que le terme anglais « *medical anthropology* », souligne d'ailleurs, une volonté de se démarquer du monde médical :

« [La distinction entre anthropologie de la santé et *medical anthropology*] a eu le mérite cependant de pouvoir rappeler la nécessité de ne pas perdre les acquis épistémologiques de l'anthropologie et de ne pas laisser cette discipline se dissoudre dans une finalité médicale. Dans de nombreux cas, l'appellation de ce champ posait la question de savoir si, avec l'anthropologie médicale, les chercheurs faisaient de l'anthropologie ou de la médecine, autrement dit s'ils cherchaient la rentabilité des programmes sanitaires ou à améliorer la connaissance de l'Homme en société » (Fainzang, 2006 : 158).

En ce sens, selon Marc Augé, l'appellation « *medical anthropology* » (par opposition à « anthropologie de la maladie »), qui par nature qualifierait une démarche vouée à l'application, ne renverrait en fait qu'à une entreprise de circonstance :

« ... Le terme *medical anthropology*, dans l'usage qu'en font les chercheurs américains, a surtout un intérêt en quelque sorte administratif et stratégique : il s'agit de rassembler sous une même étiquette (pour faire masse, ce qui peut avoir de l'intérêt quand on veut obtenir des crédits) des recherches aux finalités intellectuelles différentes qui n'ont en commun que leur objet empirique d'occasion, à condition de définir celui-ci de façon assez lâche : l'épidémiologie, l'étude des soins délivrés en institution ("*health care delivery systems* "), les recherches sur les problèmes de santé et l'ethnomédecine sont ainsi présentées comme les quatre grandes parties de l'anthropologie médicale, elle-même conçue comme une subdivision spécifique de l'anthropologie en général ». (Augé, 1986 : 81-82).

La nécessité de garder une distance réflexive à la rencontre du monde médical, se traduit par l'utilisation d'un registre lexical propre à l'anthropologie et, par une déconstruction du langage médical, ces deux disciplines ont des points en commun mais, elles sont souvent prises à tort pour un miroir du monde et des corps :

« (...) j'ai poussé jusqu'au bout l'idée selon laquelle un langage scientifique d'une grande clarté par rapport au monde naturel, sorte de « miroir de la nature » - le sujet passionné depuis le siècle des Lumières -, se trouve en très profonde affinité avec « l'épistémologie populaire » de la biomédecine et intéresse tout particulièrement les sciences médicales du comportement. J'ai cependant, précisé que cette conception du langage et du savoir, qualifié dans nos écrits de « théorie empiriste du langage médical », dessert à la fois la recherche interculturelle et nos travaux sur la science et la médecine américaine. Ceux qui en font usage sont conduits à formuler les problèmes en termes de croyance et de comportement, et reproduisent souvent la perception courante de l'individu et de la société. Après des annexes d'enseignement et de recherche dans le domaine médical, je suis plus que

jamais convaincu que le langage de la médecine n'est pas un simple miroir du monde empirique. C'est un riche langage culturel, lié à une vision extrêmement spécialisée de la réalité et du système des relations sociales, qui dans le traitement médical, associe les grandes questions morales à des fonctions techniques plus évidentes » (Good, 1994 : 32).

Cette dernière position, essentielle pour marquer le terrain de l'anthropologie, ramène à une tension présente tout au long de ce travail de recherche. J'aborde la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale à partir d'une anthropologie qui s'intéresse à la manière dont la problématique étudiée est liée au pouvoir des individus, influencés par la position sociale qu'ils occupent (dimension structurelle) et par les interactions sociales dans lesquelles ils se situent et par la perception qu'en ont les individus. C'est en particulier ce dernier aspect qui sera discuté dans l'analyse des entretiens avec les professionnels de la santé mentale et qui est déterminant dans l'existence de la souffrance et des troubles chez ces professionnels au sein de l'HPS.

6.2 De l'anthropologie de la santé aux regards critiques et interprétatifs

Au-delà de l'inscription dans une anthropologie de la santé qui revendique son rattachement à l'anthropologie sociale, je me rattache plus spécifiquement aux regards critiques et interprétatifs. Ce travail aborde la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale au travers d'une lecture qui entend combiner ces deux regards (critique et interprétatif). Le premier regard s'inscrit dans une perspective anthropologique de la santé (Saillant et Genest, 2005) particulièrement dans le regard critique de la santé. Dans ce regard critique « que portent les auteurs adoptant une perspective de recherche à plusieurs focales, les circonstances historiques, politiques et économiques, qui influencent le fonctionnement des systèmes de santé et de leurs institutions, sont examinées » (Rossi, 1999 ; Fassin, 2000 ; Rossi, 2003 ; Fainzang, 2006 ; Rossi, 2006 ; cité par Perrenoud, 2016 : 68). La mise en contexte des phénomènes

de santé et de maladie « permet de penser l'objet de recherche en considérant les forces sociales qui agissent sur celui-ci et, sur la vie d'acteurs sociaux » (*Ibid.*). Ainsi, selon Raymond Massé (2007) le regard critique « inspirée des relectures des lieux du pouvoir de Michel Foucault et d'une économie politique de la santé s'attaqua aux « errances » des approches interprétativistes, jugées culturalistes, désengagées et, de là, accusées de privilégier l'analyse des réseaux de significations plutôt que les réseaux de « mystifications des inégalités » et autres causes structurelles de la maladie. Il en résulte une polarisation des approches de laquelle ne sont pas exclus des jugements moraux sur le désengagement politique face aux épidémies considérées comme des « pathologies du pouvoir » et des produits des « violences structurelles » (...). Afin de transcender une telle polarisation des épistémologies et des méthodes, plusieurs chercheurs ont réfléchi à une « troisième voie » qui saurait concilier ces perspectives » (Massé, 2007 : 267). Ce regard porte une approche sur la réalité sociale à partir des logiques qui dépassent les actions individuelles ou les motivations des acteurs. Ainsi, pour traiter un problème de santé, il est nécessaire d'articuler les conditions réelles de l'individu avec les conditions réelles de la société dans la (re)production de la misère et de la souffrance. Le chercheur est justement là pour éclairer ou dévoiler les dynamiques qui ne sont pas saisissables par les acteurs eux-mêmes. Pour aboutir à ce regard critique et impliqué qui investigate le climat contemporain entourant la présente problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, il s'agit de situer cette problématique au sein d'une dynamique historique particulière liée à des transformations morales et politiques spécifiques. Ce regard critique trouve principalement ses racines chez Émile Durkheim (1897) et Michel Foucault (1976a ; 1976b ; 1997 ; 2003).

Par ailleurs, il s'agit également de s'intéresser aux influences sociales, politiques et économiques qui, ne sont pas en effet seulement des objets qui subissent les forces sociales, politiques et économiques du système de santé, mais des éléments qui participent eux-mêmes de ces forces. Et pour comprendre comment celles-ci agissent à l'intérieur du système de santé et se traduisent en décisions et actions qui interviennent ensuite dans la vie au travail d'acteurs sociaux, ici celui de professionnels de la santé

mentale, il s'agit d'adopter un regard plus interprétatif sur les processus et les contenus qui participent à la construction de la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale.

Le regard interprétatif adopte un point de vue différent. Au lieu de regarder la réalité sociale de l'extérieur, elle plonge dans son intérieur afin d'en comprendre le fonctionnement et la logique interne. Ce regard cherche à aller au plus près des acteurs, de leurs motivations, de leurs pratiques, de leurs difficultés. Le but est d'analyser la réalité sociale comme le résultat d'une logique locale. Dans le cadre de cette recherche, le regard interprétatif vise à comprendre le fonctionnement interne de l'HPS, les pratiques et les discours des professionnels de la santé mentale, le sens qu'ils donnent à leur travail et aux difficultés qu'ils rencontrent. Ce regard trouve son origine du côté de la sociologie chez Max Weber (1971) et de celui de l'anthropologie chez Clifford Geertz (1973).

Pour comprendre les problèmes auxquels sont confrontés les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, le travail anthropologique apparaît comme un complément indispensable aux études produites dans les logiques conduisant aux diverses souffrances, difficultés et expériences sociales vécues par ces acteurs. Ce travail de recherche les affranchit, en effet, en donnant à ces acteurs un espace où parler de leur vécu tout en légitimant et en rendant visible leurs expériences de souffrance au travail au sein de l'HPS. En ce sens, les anthropologues établissent l'importance des interprétations et des expressions de la maladie et de la souffrance et, mettent en lumière le rôle des circonstances sociales de sa construction⁷⁰. Cette opération est essentielle pour saisir la

⁷⁰ Voir notamment : Kleinman, A. *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*. 1988. USA, Basic Books, Kleinman, A. ; Das, V. & Lock, M. Eds., *Social Suffering*. 1997. Berkeley, University of California Press, Das, V. ; Kleinman, A. ; Ramphela, M. & Reynolds, P. Eds. (2000). *Violence and subjectivity*. Berkeley, University of California Press, Kleinman, A. ; Das, V. & Lock, M. Ramphela, M. & Reynolds, P. Eds., *Remaking a World : Violence, Social Suffering and Recovery*. 2001. Berkeley, University of California Press, Farmer, Paul *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. 2005. Berkeley, University of California Press, Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. 2007. Oxford, Oxford University Press.

dimension sociale de la vie, des épisodes dramatiques et des situations douloureuses et difficiles qui relèvent la détérioration de la santé mentale et physique :

« La souffrance sociale est une détresse qui englobe toutes les expressions de la souffrance et du désespoir, physiques aussi bien que comportementales, qui menacent le bien-être. La faim, les conditions de vie inadéquates, la violence, l'accès limité aux soins, sont autant d'expressions des impacts de la pauvreté sur la santé mentale et sociale. Ainsi la détresse mentale n'est pas que purement psychologique ; elle réfère aux expériences sociales déterminées par un complexe réseau de causes inscrites dans l'économie politique globale. Aux Antilles, les désordres de l'anxiété ou de l'humeur de même que les divers idiomes d'expression de la détresse sont profondément ancrés dans un ensemble de malaises liés aux rapports de couleur, aux tensions entre hommes et femmes, à la dévalorisation de la langue créole, aux tensions intergénérationnelles, au sous-emploi » (Massé, 2007 : 272).

Dans cette perspective, le regard critique qui saisit l'objet dans son contexte, permet de mettre en lumière, certains déterminismes à l'œuvre dans les environnements où sévit notamment de la souffrance sociale (Kleinman et al., 1997) et de la pauvreté (Farmer & Sen, 2004 ; Farmer, 2005), pendant que, le regard interprétatif permet d'accéder aux nuances contenues dans les récits ou les activités quotidiennes des acteurs sociaux faisant parfois émerger leur part de pouvoir sur les événements. Ces deux courants, aux points de mire situés à des niveaux différents, restent complémentaires. Ils sont paradigmes de plus en plus combinés dans l'analyse anthropologique. Dans ce sens, le regard critique et interprétative sont nécessaires pour mieux comprendre, dans toute leur complexité, la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS de Culiacan.

6.3 Anthropologie de la santé mentale et de la psychiatrie

Ce travail se situe au carrefour de plusieurs champs de recherche en anthropologie. Par exemple, l'explication du fait des problèmes de santé mentale, le développement des

politiques sociales, l'analyse des pratiques thérapeutiques et des discours qui se développent autour d'une problématique de santé, les recherches s'intéressant à la santé de manière plus générale.

Dans l'histoire de la sociologie et de l'anthropologie, l'étude de la souffrance et des troubles mentaux en tant que fait social, occupe une place déterminante (Corin et al., 1993 ; Foucart, 2004 ; Le Breton, 2009 ; Lovell, 2004 ; Massé, 2007 ; Demailly, 2011). En effet, ces disciplines visent à définir la totalité des facteurs (environnement, constitution biologique, conditions de vie ou de travail, expériences vécues) qui exerce une influence sur l'état de santé de l'individu par le biais d'une approche théorique général qui s'intéresse aux interrelations du biologique, du psychologique et du culturel (Augé, 1986 ; Fainzang, 2006 ; Fainzang, 2010 ; Saillant et Genest, 2005).

Étudier les facteurs qui concourent à l'émergence de la souffrance psychique et des troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale au Mexique, signifie également s'immerger dans une littérature portant sur le développement des politiques publiques. Son intérêt principal est celui d'éclairer la dimension locale de cette problématique, en analysant les particularités du contexte mexicain. Alors qu'en France et aux États-Unis, le développement de la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé, a déjà été analysé par plusieurs auteurs (Schernhammer et Colditz, 2004 ; Molinier et Flottes, 2012 ; Safy-Godineau, 2013 ; Willard, 2015 ; Lheureux et al., 2016 ; Schrijver, 2016), cette thématique reste inexploree au Mexique en raison, de son caractère relativement récent. L'analyse de la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale, devient également un prisme pour analyser le champ des politiques sociales et les enjeux moraux identitaires et économiques qui sous-tendent tant les politiques sociales que cette problématique en particulier.

La présente recherche fait en outre partie des études ethnographiques portant sur la psychiatrie. Plusieurs recherches se sont penchées sur la réalité de l'hôpital

psychiatrique. On peut citer, dans une perspective interactionniste⁷¹, *Asiles de Erving Goffman (1968)*, *La trame de la négociation de Anselm Strauss(1992)* et *Les institutions et idéologies psychiatriques de Strauss et al., (1964)*. S'intéressant plus particulièrement à la problématique des usagers (patients psychiatriques) et professionnels de la santé en dispositifs de traitement alternatif à l'asile. L'une, des principales études, est celle de Sue Estroff (1981), qui décrit les vicissitudes auxquelles sont confrontés un groupe de patients psychiatriques chroniques qui participe à un traitement intensif alternatif à l'hospitalisation. Lorna Rhodes (1991), pour sa part, elle a effectué un travail ethnographique dans un établissement psychiatrique post-réforme et elle a décrit la façon dont les professionnels de la santé d'un service d'urgence aux États-Unis font face à ce qu'elle considère comme un « mandat impossible », c'est-à-dire, faire sortir les patients rapidement et en même temps offrir une référence appropriée au traitement correspondant. Lindsay Prior (1991) examine les pratiques quotidiennes des psychiatres et des infirmières dans les services psychiatriques de Royaume-Uni et explique comment ces professionnels de la santé sont passé d'une approche basée sur la maladie à un regard sur le comportement et les activités de la vie quotidienne des patients. S'intéressant plus particulièrement à la schizophrénie, Robert Barrett (1998) a également réalisé une enquête ethnographique dans un hôpital psychiatrique, bénéficiant de son double statut de psychiatre et d'anthropologue. À partir d'un travail ethnographique dans un hôpital américain, Tanya Luhrmann (2000) décrit comment, les deux formations possibles des psychiatres que sont la perspective biologique et la perspective psychodynamique, interviennent dans la pratique clinique.

On peut aussi nommer quelques études ethnographiques dans les hôpitaux psychiatriques « ..., en particulier en Argentine et au Brésil. Une grande partie de la

⁷¹ L'interactionnisme symbolique comprend le sens et la construction intersubjective de la réalité, le sujet et l'objet en tant que produit social et l'interprétation des événements, des personnes et du « *self* » par l'interaction avec les autres constituent les axes de ce paradigme (Estroff, 1981 ; Blumer, 1982). Les études d'*Asiles de Goffman (1968)*, *La trame de la négociation de Strauss (1992)* et *Les institutions et idéologies psychiatriques de Strauss et al. (1964)* basées sur l'interactionnisme symbolique, montrent les asiles comme des arènes de perspectives professionnelles où les individus négocient activement des règles de significations.

production ethnographique provient du Brésil. Des auteurs tels que Benilton Bezerra (1996 ; 1999) ; Figueiredo (1998) ; Oliveira & Dórenles, (2005) ; Paulo Amarante (1995 ; 2005) ; Jane Russo (1990), entre autres, ils étudient les caractéristiques des institutions psychiatriques, la consolidation du lacanisme comme théorie hégémonique dans le domaine psychanalytique et dans les soins en santé mentale, l'organisation disciplinaire de la psychiatrie et le mode des soins en santé mentale dans le contexte brésilien. D'autre part, d'un point de vue anthropologique, de nombreux travaux explorent la constitution de la psychanalyse comme référence culturelle au Brésil et, comme discours thérapeutique hégémonique (Duarte, 1983 ; Figueira, 1985 ; Russo, 1993 ; 1997 ; Salem, 1992 ; Tenorio, 2000). De la même manière, des chercheurs brésiliens se concentrent également sur les expériences et les récits de la maladie mentale des « bénéficiaires » en général (Rabelo, Alves & Souza, 1999). En Argentine, certaines recherches ethnographiques se concentrent sur la description de la vie institutionnelle des hôpitaux psychiatriques. On peut citer, les travaux de Bialakowsky, Lusnich et Rosendo (2000), « ils abordent les façons dont la culture de l'asile dans le contexte argentin, où la chronicité, la violence et l'asile font partie intégrante de l'institution » (Jimena & Alonso, 2012 : 105-106).

Au Mexique une étude ethnographique intitulée « *Institution, Famille et Maladie Mentale. Réflexions socio anthropologiques d'un hôpital psychiatrique* » menée entre 2005 et 2006 au Sanatorium Psychiatrique de Carmen dans la ville de Mexico par un groupe d'enquêteurs, la plupart sociologues, où se rassemblent les voix du personnel de l'institution, des familles des détenus ainsi que des patients chroniques (schizophrènes) eux-mêmes. L'objectif de cette étude a été de rendre compte de l'analyse de la nature des liens émotionnels entre les membres de la famille, le patient et l'institution psychiatrique (Paya & Jiménes, 2010).

Toutefois, on dénombre très peu d'études, à niveau mondial, qui se sont penchées sur les conditions de travail et sur l'état de santé mentale des professionnels de la santé mentale d'un hôpital psychiatrique. On peut citer, dans une perspective d'organisation du

travail, l'expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie : une étude comparative en France et dans trois autres pays européens (Estry-Béhar et al., 2006) et la pénibilité du travail des soignants en hôpital psychiatrique (Cintas, 2009). L'absence de recherches sur des problématiques similaires est liée à sa configuration particulière, qui apparaît comme relativement rare dans le panorama des hôpitaux psychiatriques tant dans le monde hispanophone que francophone et/ou anglophone. Et comme le dit Bernard Hours « rares sont les travaux qui, en sciences sociales et en anthropologie en particulier, analysent un problème qualitatif à l'échelle de sa fréquence quantitative. Certes, depuis des années, la santé publique attend que l'anthropologie des systèmes de santé produise, à son usage, des données qualitatives « quantitativisées » ou compactées afin de produire une preuve réelle ou illusoire. Longtemps considéré comme impossible, ce genre d'alchimie fait ici l'objet d'une tentative qui mérite l'attention par le nombre des enquêteurs, des lieux d'enquête et le caractère systématique des procédures de type ethnographique employées... » (Hours, 2006 : 1).

Après avoir présenté le cadre théorique et étant donné que la santé et la maladie sont des phénomènes sociaux et culturels, des formes de la réalité sociale (Saillant et Genest, 2005), il est important de présenter le concept de « santé mentale » elle-même, en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale, puisque ces termes nous permettront de comprendre l'état de santé mentale des professionnels de la santé mentale qui travaillent dans des conditions très particulières à Culiacan.

CHAPITRE 7. Concept de santé mentale

Selon Rossi, la santé « fondée pendant longtemps sur une vision biologique et sur l'idée d'un fonctionnement optimal du corps, s'ouvre désormais à des considérations d'ordre systémique, qui mettent en jeu le corps, profil génétique, psyché, émotions, environnement social, culturel, économique, écologique, habitudes et comportements de vie ou encore conditions d'accès aux soins » (Rossi, 2008 : 61). La vision de la santé mentale sur l'idée d'un fonctionnement optimal du corps, s'ajuste aux exigences normales de la vie, permettant à l'individu de vivre et de travailler heureusement et ainsi pouvoir apporter ses contributions à la société.

7.1 Définition de la santé mentale

Il y a différentes façons de définir la « santé mentale ». Pour l'OMS la santé mentale est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2007 : 1). Pour quelques auteurs la « santé mentale » est « l'expression d'une réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation » (Ehrenberg, 2004 : 144 ; Otero, 2005 : 77). Pour autres, la santé mentale est « une notion porteuse d'ambiguïté, c'est-à-dire, par santé mentale l'on entend à la fois : 1) *pratiques institutionnelles* [...] ; 2) *caractéristiques individuelles de santé mentale* : ces caractéristiques sont déclinées en plusieurs dimensions à savoir détresse (souffrance psychique, mal-être) [...] ; 3) *la confusion* entre santé mentale et troubles mentaux (Lovell, 2010 : 162-163).

Étant donné la complexité et les ambiguïtés liées au concept de « santé mentale », dans le cadre de ce travail, l'utilisation de la notion de « *santé mentale* » s'est imposée à moi et cela dès le titre. Car, elle est l'élément de base permettant d'analyser la question de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale, face à la souffrance et aux troubles mentaux au sein des institutions de santé et dans le cas présent de l'HPS. Cette notion de « *santé mentale* », a été également le point de départ pour analyser d'autres notions liées à la santé mentale chez ces professionnels tels que « *souffrance psychique* », « *détresse* », « *trouble mental* » et « *souffrance sociale* ».

À l'origine, l'utilisation de cette notion est due à Anne M. Lovell, Anthropologue et Directrice de Recherche Émérite de l'Inserm, qui théorisa le concept de la « santé mentale » (Lovell, 2010) qui « l'on entend à la fois pratiques institutionnelles et caractéristiques individuelles. Ces pratiques incluent des interventions à niveau contextuel (amélioration des conditions de travail, accès au logement...), médiatique (campagne contre la stigmatisation de la maladie mentale) ou individuel (gestions du stress, soutien aux endeuillés...) dans la visée de prévenir des troubles mentaux avérés, de gommer leur détérioration ou promouvoir la santé mentale (...). Ensuite, les caractéristiques

individuelles de la santé mentale sont généralement déclinées en plusieurs dimensions : détresse (souffrance psychique, mal-être), capacités (pouvoir « faire face » dans les moments difficiles, résilience...), fonctionnement social (pouvoir accomplir ses rôles de parents, d'employé...), état positif (le bien-être), voir une sorte de capital santé normatif » (Lovell, 2010 : 162). Son œuvre est très liée à la situation de santé publique/santé mentale en France et elle est marquée par « le modèle psychiatrique français, qui s'appuie sur le secteur, un outil d'administration et de gestion sanitaires basée sur d'unités territoriales » (*Ibid.*). Le travail de Anne M. Lovell fait référence particulièrement aux « caractéristiques individuelles de santé mentale, notamment en termes de souffrance psychique, détresse et trouble » (Lovell, 2010 : 162-163). Ainsi, en suivant Anne M. Lovell (2010) la notion de « santé mentale » se définit en se positionnant entre souffrance psychique, détresse et trouble chez les professionnels de la santé mentale. Cela veut dire, qu'en prenant ceci en référence, lorsque cette thèse parle de l'état de « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale la référence première marque son manque de bien-être (souffrance psychique, détresse, trouble mental) et la deuxième, son contexte social complexe (ex. trafic de drogues, assassinats, enlèvements, précarité). Aujourd'hui, cette notion se retrouve principalement dans le cadre des études qui concernent la promotion, la protection et le rétablissement, mais elle est curieusement absente des écrits qui concernent la souffrance psychique, la détresse, le trouble mental et la souffrance sociale.

La santé mentale est devenue aujourd'hui un élément de poids dans le domaine de la santé en général, elle est plus que l'absence de symptômes, de même que la santé est plus que l'absence de maladie (Ehrenberg, 2004). L'expression « santé mentale », au-delà des pathologies psychiatriques ou du bien-être, semble être l'un des principaux points de repère de l'individualisation de la condition humaine. Cette expression adopte un langage de la vulnérabilité individuelle de masse et, signale une récente et profonde transformation de la règle sociale (Ehrenberg, 2004 ; 2005), comme aussi désigne donc de nouveaux rapports entre maladie, santé et socialisation (Ehrenberg, 2004 ; 2005 ; Otero, 2005). Cette notion est donc si large qu'elle en est indéterminée. Cette notion est aussi le nœud de la confusion (Ehrenberg, 2005) et de l'ambiguïté (Lovell, 2010).

L'utilisation du concept de « santé mentale » en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale dans la problématique étudiée, m'a permis de comprendre l'état de santé mentale chez les professionnels de la santé mentale qui travaillent dans des conditions difficiles et dans un contexte social complexe à Culiacan. Cette recherche a approfondi l'analyse de ces concepts et de leurs utilisations, ainsi que de la relation entre ceux-ci et leur importance. Les résultats de mes analyses ont été utilisés pour étudier les professionnels de la santé mentale et pour connaître l'état de santé mentale de ceux-ci.

Dans les différents angles d'analyse de la définition de la santé mentale. Le premier élément central analysé par rapport à la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, a été le concept de « souffrance psychique ».

7.2 Différents angles d'analyse de la définition de la santé mentale

7.2.1 Par la souffrance psychique

Le choix de l'emploi de la notion de « souffrance psychique » fut essentiel car c'est un élément central qui permet d'analyser la question de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. Qu'entend-on exactement par souffrance psychique ? Cette notion est problématique (Lovell, 2005). Didier Fassin définit la souffrance psychique comme « une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique, par son être en société » (Fassin, 2004a : 9). Aujourd'hui, cette notion englobe toutes les préoccupations sociales et politiques telles que, l'exclusion, le lien social, la violence, le problème dit « des banlieues » (Kessar, 2001), la précarité (Furtos, 2001 ; Lazarus, 2001), les inégalités sociales (Fassin, 2000) et l'injustice sociale (Dejours, 1998). Elle a un pied dans le symptôme et vient redéfinir de manière plus exigeante ce qu'on entend par santé mentale (Lovell, 2005). Dans ce sens, Alain Ehrenberg lie la souffrance psychique et la santé mentale comme une véritable forme sociale qui peut être

caractérisée par des critères de valeur. L'atteinte psychique est aujourd'hui considérée comme un mal plus ou moins aussi grave que l'atteinte corporelle et, souvent, plus insidieuse. Elle concerne également chaque institution (école, famille, entreprise ou justice) et mobilise les acteurs les plus hétérogènes. Enfin, l'attente psychique est une justification générale de l'action : non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale « à problèmes » (la délinquance adolescente, le chômage, la relation entre employés et clients ou usagers...) ne doivent aujourd'hui être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. Ce souci pour les troubles de masse de la subjectivité individuelle balance entre inconfort et pathologie, inconduite et déviance (Ehrenberg, 2004 : 134).

L'expression de la souffrance psychique semble être un langage relatant les conditions de travail difficile chez les professionnels de la santé mentale, car elle se révèle être aujourd'hui l'un des seuls moyens d'expression considérée comme légitime et, permettant d'obtenir une reconnaissance sociale et morale. Alain Ehrenberg considère cette expression comme « l'expression publique des tensions d'un type d'individu auquel on demande certes toujours de la discipline et de l'obéissance, mais surtout de l'autonomie, de la capacité à décider et à agir par lui-même » (Ehrenberg, 2004 : 135). Il emploie l'expression de la *souffrance psychique* comme « à tout bout de champ non parce que les gens vont plus mal qu'auparavant (...) mais, parce qu'elle est socialement attendue dans un contexte où la valorisation de la réussite sociale fait de l'échec une responsabilité personnelle » (*Ibid.*).

Aujourd'hui, la souffrance psychique touche de plus en plus les sphères de la vie sociale des individus — (les questions du chômage, les relations employeur – employé) — plus que par les sphères de la vie médicale. Et comme le dit Alain Ehrenberg, la souffrance psychique est un problème particulier relevant d'une spécialité médicale (Ehrenberg, 2010). Selon ce même auteur, la souffrance psychique dans le monde du travail n'est pas un phénomène nouveau (Ehrenberg, 2011). Déjà, en 1970, Claude Veil, l'un des fondateurs de la psychiatrie du travail en France, affirmait :

« Tout chef névrosé est névrosant à un haut degré pour la collectivité. Les chefs autocratiques peuvent constituer de véritables dangers : on a observé [...] dans une entreprise, que le personnel placé sous leurs ordres était victime de quatre fois plus d'accidents que la moyenne du service. La sécurité affective des subordonnés est gravement menacée par l'anxiété ou le comportement sadique du chef [...] mais elle l'est tout autant par son excès obsessionnel de scrupule » (Claude, 1970 (2012)).

Selon Alain Ehrenberg, dans son ouvrage intitulé *Souffrir au travail : purger les passions ou ouvrir la voie à l'action ?*, la souffrance au travail s'est imposé dans ces dernières années dans la scène publique :

« Autonomie, individualisme, souffrance psychique sont les trois pôles d'une dramaturgie nationale qui met en scène un individu contraint de plus en plus de s'appuyer sur lui-même, sur ses capacités personnelles, sa « subjectivité », son « intériorité ». Cette situation résulterait de l'autonomie qui affaiblit le lien social et surcharge l'individu de responsabilités et d'épreuves qu'il ne connaissait pas auparavant. Nous serions entrés dans un individualisme non plus de personnalisation, mais de déliaison, un individualisme devenu destructeur des appartenances collectives et donc des assises personnelles de chacun. De là cette souffrance psychique de masse. Elle est caractérisée par l'idée de ne plus y arriver, de ne pas être à la hauteur de ce que l'on vous demande. Elle montre des angoisses de perte, d'insuffisance à l'égard des idéaux sociaux et concerne l'image de soi, le narcissisme et l'estime de soi » (Ehrenberg, 2011 : 148).

Selon ce même auteur « l'organisation taylorienne et fordienne du travail, la souffrance psychique était bien connue des rares psychiatres du travail, mais elle restait cantonnée à eux et ne faisait l'objet d'aucune mobilisation⁷² : elle n'avait pas de valeur sociale et n'était donc pas un guide pour l'action. Nous avons assisté à un changement tout à la fois de statut, d'usage et de signification sociale de la souffrance psychique. Elle est désormais plus qu'un symptôme d'une éventuelle pathologie mentale : une raison d'agir sur des relations sociales perturbées, perturbation qui se montre précisément dans la souffrance psychique du travailleur » (Ehrenberg, 2011 : 149). Dans une perspective anthropologique de la santé, l'analyse des discours sur « l'écoute » auprès des professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS indique comment le langage de la «

⁷² Pour des éléments sur l'histoire de la psychopathologie du travail, voir Isabelle Billiard *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute, 2001.

souffrance psychique » est devenu une clé de lecture des problèmes sociaux tels que la violence, les déviances et les inégalités (Jacques, 2004).

Il a été important d'analyser le concept de « souffrance psychique », dans la mesure où il a permis de comprendre les problèmes auxquels les professionnels de la santé mentale sont confrontés dans leur lieu de travail. Il s'agit ici d'observer et de tenter de décoder les modalités d'expressions de la souffrance psychique chez les professionnels de la santé mentale, face à des relations ou expériences sociales vécues au sein de l'HPS.

Le deuxième élément central analysé concerne la question de la problématique étudiée dans le concept de « détresse ».

7.2.2 Par la détresse

Le choix de la notion de « détresse » s'imposa comme un autre élément central afin d'analyser la question de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. La notion de « détresse », selon Raymond Massé s'exprime sous trois grandes modalités. D'abord, la détresse se « réfère à un « sentiment » de mal-être, une affliction qui peut prendre la forme de sentiments d'abandon, de désespoir, d'impuissance, de désarroi face aux aléas de la vie et aux infortunes. Cette première modalité peut être traduite par une expérience affective désagréable, ressentie comme une douleur psychique parfois tout aussi tangible que la douleur physique. Ensuite, la détresse est un vécu social ; elle est une « situation » de détresse marquée tantôt par l'isolement social, tantôt par la pauvreté, de dénuement, la discrimination sociale, l'abandon ou le rejet. Enfin, la détresse réfère au concept plus englobant d'« être-au-monde », un rapport à soi et à l'environnement social modelé par ces sentiments et cette situation vécue » (Massé, 2008 : 27). D'autre part, « la détresse doit être considérée dans ses dimensions à la fois existentielle (interpersonnelle et intersubjective) et collective, comme une souffrance⁷³

⁷³ Raymond Massé utilise le terme de souffrance à deux niveaux. Lorsqu'il veut signifier l'intensité et la durée d'un état de mal-être, il tend premièrement à utiliser le terme de souffrance plutôt que celui de détresse. Deuxièmement, les détresses, aux multiples formes, prennent dans son analyse leur origine dans

sociale qui exprime les formes d'incarnation de la misère humaine et qui donc ne peut être séparée de la violence politique et économique qui la génère » (*Ibid*, p. 28). Selon Raymond Massé le concept d'idiomes de détresse est défini comme des moyens ou des canaux culturellement reconnus de communication, d'interprétation et d'explication de la souffrance (Massé, 1999). Ces idiomes de détresse agissent comme « des formes culturelles qui condensent une série de signes dans certains canaux privilégiés de communication, le langage de la détresse dispose de même de certains idiomes d'identification et, par conséquent, de catégorisation, de ces états de détresse » (Massé, 1999 : 10).

En réaction et pour rétablir la place des déterminants sociaux de la santé mentale et interroger les diverses circonstances entourant l'expérience des acteurs sociaux tel que leur détresse, Raymond Massé a proposé de concevoir les aléas de cette dimension de la santé mentale comme autant de détresses résultant largement de souffrances sociales (2008). Raymond Massé, interroge les circonstances accompagnant l'émergence de la détresse au sein de différents contextes. À cette fin, il faut remarquer que cet auteur reprend dans leur interrogation le terme de détresse dans la santé mentale pour penser leur objet. L'utilisation de ce terme dépasse évidemment le registre émique biomédical et, intègre d'autres nosologies et interprétations locales des phénomènes de santé mentale, qu'elles soient profanes ou professionnelles, ceci pour construire une interrogation plus complète, mais également historiquement et socialement située.

Dans les acceptions réflexives de Raymond Massé, les aléas de la détresse dans la santé mentale ne sont donc pas des entités réifiées, mais des phénomènes diversifiés demandant à être réinterprétés à l'intérieur de leur contexte d'occurrence. La détresse des acteurs sociaux apparaît ainsi souvent comme l'expression d'une souffrance sociale, laquelle peut être reliée aux injustices sociales et/ou aux inégalités sociales, à une plus

une souffrance sociale de l'individu dans la société. Cette souffrance est autant reliée à des phénomènes macrosociaux, à des inégalités structurelles par exemple, qu'à des événements plus proches des acteurs, dans leur quartier ou leur entourage.

ou moins grande pauvreté, au racisme, ainsi qu'à l'ensemble des conditions concrètes d'existence (Massé, 2008). Dans ce sens, le vécu de la détresse « devient le lieu d'expression des dissonances sociales » (Scherper-Hughes et Lock, 1987 ; cité par Raymond Massé, 2001 : 48) et qui, se traduisent en émotions et sentiments négatifs et, dans certaines situations, à des difficultés à faire face aux problèmes rencontrés par les acteurs sociaux. Cela me rappelle nettement les travaux de Raymond Massé où il propose le terme « détresse » pour couvrir la variété des expériences subjectives négatives vécues par les acteurs sociaux. Les états de détresse et des expériences incorporées vécues entre soi et le monde sont donc autant des expériences subjectives que sociales.

En suivant cette vision, Raymond Massé propose ensuite de comprendre ces états dans une logique de la troisième voie, c'est-à-dire en prenant en considération aussi bien l'histoire politique des sociétés abritant les acteurs sociaux, que le fonctionnement actuel de ces sociétés, ainsi que leurs impacts à un niveau meso-et microsocial sur les acteurs et leur vie. En d'autres termes, il relie les états de détresse à la présence d'une souffrance sociale, résultant des structures sociétales, des héritages de l'histoire, ou des opportunités et limites qu'offrent les sociétés contemporaines en termes de sécurité, d'emploi, de mobilité sociale ou de soutien social (Massé, 2008). Pour souligner l'intervention de circonstances difficiles sur le vécu des acteurs d'une part et pour donner la pleine mesure de certaines expériences négatives, Raymond Massé, à l'instar de Farmer & Sen (2004), de Kleinman et al., (1997), fait référence à la notion de la souffrance sociale, désignant ainsi autant les causalités du mal-être que son intensité. Dans cette perspective, interroger la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale au sein de l'HPS, implique de prendre en compte des événements entourant leur vie sociétale. Celle-ci pourrait vraisemblablement donner une compréhension des causalités sociales de leur détresse au travail.

Il est également important d'analyser le concept de « détresse », dans la mesure où il permet de comprendre les problèmes auxquels les professionnels de la santé mentale sont confrontés dans leur milieu d'exercice professionnel. Ici, il s'agit d'observer et de

tenter de décoder les modalités d'expressions de la détresse (malaises, afflications, insatisfactions) chez les professionnels de la santé mentale, face à des relations ou expériences sociales vécues dans l'institution hospitalière.

Le troisième élément central analysé ici est le rapport entre la problématique étudiée et le concept de « trouble mental ».

7.2.3 Par le trouble mental

Selon Schwartz le concept de trouble mental est « imprécis y compris pour la psychiatrie biologique » (Schwartz, 1999 ; cité par Lovell, 2000 : 252). Selon Anne M. Lovell le trouble mental depuis 1980 est « conçu le plus souvent comme une entité discrète. Cette caractérisation dichotomique (on est schizophrène, ou on ne l'est pas) prend ses racines dans un modèle biologique, qui suppose des causes génétiques, biochimiques ou neurologiques » (Lovell, 2010 : 252).

Pour comprendre la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, dans l'étiologie sociale des troubles mentaux, il est nécessaire de faire un petit détour historique dans l'appréhension des troubles mentaux. Dans le domaine psychiatrique, les débats théoriques autour de l'étiologie des troubles mentaux ont progressivement disparu, laissant davantage de place à la dimension pragmatique se rattachant au diagnostic et à la thérapeutique. En effet, l'utilisation de manuels tels que le *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* publié par l'*American Psychiatric Association*) ou la CIM (Classification Internationale des Maladies publiées par l'OMS) s'est généralisée sur un plan international et reflète un engouement pour les classifications des troubles laissant en marge des débats les questions théoriques sur les causes des troubles. Ces manuels de classification supposent une conceptualisation de l'être humain et du trouble mental inspiré par les approches biologiques (le trouble mental dû à des facteurs génétiques et/ou neurobiologiques⁷⁴) et cognitivo-comportementales (le

⁷⁴ Ce point de vue a sa racine dans les travaux écrits par Emil Kraepelin psychiatre allemand qui rédigea d'importants ouvrages de classification psychiatrique (Kraepelin, 1899 ; Kraepelin, 1998 (1900)). Son

trouble mental vu comme une déviance comportementale liée à des fonctionnements cognitifs). Stuart Kirk et Herb Kutchins (1998), en s'intéressant minutieusement à l'élaboration du DSM-III (APA, 1980) – système de classification qui a marqué un tournant dans la psychiatrie contemporaine tant au niveau de l'approche théorique que dans son utilisation qui s'est progressivement généralisée – attribuent l'origine de cette « révolution » à l'impasse dans laquelle la psychiatrie était tombée dans les années '50 et '60. Ce système de classification (DSM-III) permet aux psychiatres, face aux mêmes symptômes, d'établir le même diagnostic. En tant que vecteur d'une nouvelle fiabilité et scientificité de la psychiatrie, le DSM-III devint progressivement le système de classification le plus utilisé globalement. En 2013 le DSM-V a été publié. Entre le DSM-III et le DSM-V peu de changements significatifs ont eu lieu. De plus, l'OMS a élaboré en 1989 la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies), proposant ainsi une alternative au DSM. Ces deux systèmes de classification (DSM-5 et la CIM-10) demeurent toutefois très similaires, tant au niveau de la vision anthropologique qu'ils sous-tendent qu'à la manière dont les troubles y sont classifiés.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la question des « troubles mentaux » chez les professionnels de la santé mentale, on peut retrouver des correspondances entre l'évolution des connaissances dans ce domaine et celui du savoir psychopathologique en général. Les débats théoriques sur l'étiologie sociale des troubles mentaux sont complexes. Aujourd'hui, on focalise les études autour des facteurs de risque qui se présentent sous la forme d'une *cause à effet (the web of causation)* dont la plus importante est le « trouble mental ». Le modèle des facteurs de risque, fait référence au modèle épidémiologique. Comme l'explique Patrick Peretti-Watel : « Le paradigme épidémiologique repose sur une tradition qui associe étroitement recherche et prévention en donnant la primauté à la prévision sur la compréhension, il privilégie une conception multifactorielle du lien causal centrée sur l'individu, conception dont le succès et la

approche, postulant l'origine des psychopathologies dans des facteurs biologiques et génétiques, a toujours une importance et un impact important, particulièrement au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'*American Psychiatric Association (APA)*. Certains auteurs parlent de néokraepelinisme (Martines-Hernaez, 2000)

diffusion peuvent être interprétés en référence aux concepts de “boîte noire” et “d’objet frontière” » (Peretti-Watel, 2004 :104).

En ce sens, le paradigme épidémiologique est aujourd’hui largement utilisé sans que le contenu de la « boîte noire » ne soit pas interrogée. Dans ce modèle, le lien entre le facteur de risque et les troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale, n’est pas explicité. Comprendre comment une personne, souffrant de conditions peu favorables au travail, peut arriver à tomber en dépression ou avoir de l’anxiété demeure dans l’implicite. Et comme le signalent Alain Ehrenberg et Anne Lovell (2001) « le trouble mental est aujourd’hui une question sociale, politique et médicale qui concerne toutes les institutions (famille, école, entreprise ou religion) » (Ehrenberg et Lovell, 2001 : 9).

Dans cette recherche, il a été également important d’analyser le concept de « *trouble mental* », dans la mesure où il a permis de comprendre les problèmes auxquels les professionnels de la santé mentale sont confrontés dans leurs univers professionnels. Ici, il s’est agi d’observer et de décoder les modalités d’expressions et les troubles (dysfonctionnement, par exemple, d’une dépression, anxiété) chez les professionnels de la santé mentale, face à des relations ou expériences sociales vécues au sein de l’HPS. Finalement, le dernier élément central analysé est le rapport entre la problématique étudiée et le concept de « souffrance sociale ».

7.2.4 Par la souffrance sociale

L’émergence de la souffrance et des troubles mentaux chez les professionnels de la santé mentale dans leur milieu professionnel change les discours autour de leur prévention. D’une conception de l’individu comme responsable, voire coupable de ses propres actions, on passe à une conception voyant le professionnel de la santé mentale comme victime d’une situation ou d’une condition qui le détermine.

Du côté du référentiel social, la cause n'est pas identifiée, ni dans l'intention de l'individu, ni dans le corps biologique, mais dans le contexte social. Suivant cette vision, les professionnels de la santé mentale sont considérés comme victimes, non pas d'un dysfonctionnement corporel mais, d'un mal-être social. Les problèmes de santé mentale deviennent ainsi les révélateurs des problèmes qui affectent la société en se transformant en un nouveau symbole de la « souffrance sociale ».

Loin de désigner une réalité phénoménologique, la « souffrance sociale » s'appuie au contraire sur une compréhension morale particulière (Fassin, 2004). Ce symptôme des dysfonctions sociales, est essentiel pour saisir la dimension sociale de la vie, des épisodes plus difficiles, relevant de détériorations de la santé physique et mentale :

« La souffrance sociale est une détresse qui englobe toutes les expressions de la souffrance et du désespoir, physiques aussi bien que comportementales, qui menacent le bien-être. La faim, les conditions de vie inadéquates, la violence, l'accès limité aux soins, sont autant d'expressions des impacts de la pauvreté sur la santé mentale et sociale. Ainsi la détresse mentale n'est pas que purement psychologique ; elle réfère aux expériences sociales déterminées par un complexe réseau de causes inscrites dans l'économie politique globale. Aux Antilles, les désordres de l'anxiété ou de l'humeur de même que les divers idiomes d'expression de la détresse sont profondément ancrés dans un ensemble de malaises liés aux rapports de couleur, aux tensions entre hommes et femmes, à la dévalorisation de la langue créole, aux tensions intergénérationnelles, au sous-emploi (Massé, 2007 : 272) ».

L'origine de cette notion se trouve d'une part au sein du courant francophone, où la souffrance psychique est analysée dans son origine sociale comme étant le reflet d'une « misère de condition » (les pauvres) et d'une « misère de position » (les déclassés) (Bourdieu, 1993). D'autre part, cette notion a été développée dans le courant nord-américain sous l'appellation de « *social suffering* », perçue plutôt comme une catégorie qui renferme les différentes formes de l'adversité humaine et des actions violentes et cruelles qui passent dans le monde (Kleinman et al., 1997 ; Das et al., 2000). D'un point de vue conceptuel, l'idée de la « souffrance sociale » fait autant référence aux conséquences du pouvoir politique, économique et institutionnel exercé sur les

populations, qu'à celles que ces formes exercent sur les réponses possibles aux problèmes sociaux contemporains.

Depuis plus de deux décennies, le langage de la « souffrance sociale » est devenu un paradigme omniprésent, dans l'arène médiatique et politique comme dans les sciences sociales et humaines. Aujourd'hui, la « souffrance sociale » semble désigner une souffrance morale et physique ayant son origine dans des conditions politiques et sociales au sens large. Il s'agirait d'une condition psychologique résultant d'une nouvelle réalité structurelle induite par le développement de la société moderne :

« La souffrance sociale, qui prend chaque jour davantage d'ampleur sur la scène sociale, est à penser en lien avec la vulnérabilité structurelle propre à une société valorisant la propriété de soi. Elle fait en effet écho aux problèmes posés par l'autonomisation de l'existence en tant que norme sociale dans une société qui n'offre pas la garantie de supports institutionnels et de protections formelles. Tenter d'en comprendre les ressorts impose alors de centrer la réflexion sur les fragilités individuelles nées de l'exigence sociale d'autonomie et de réalisation dans une configuration sociétale qui dés-institutionnalise et privatise l'ensemble de l'activité sociale (Soulet, 2009 : 72)».

En ce sens, cette auteure considère qu'« à une forme de configuration sociétale correspondent des formes de pathologie sociale éprouvée singulièrement par les individus » (*Ibid*, p. 72). La « souffrance sociale » constituerait ainsi un « symptôme des dysfonctions sociales » ou une « pathologie sociale » due à l'émergence d'une vulnérabilité structurelle caractérisée par :

« Un double mouvement d'affaiblissement des amortisseurs sociaux (collectifs de travail, protections sociales, institutions régulatrices) et de report de responsabilité sur l'individu. Ce double mouvement se lit d'abord dans l'espace professionnel où l'on assiste à une profonde transformation des modes d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines. Bien sûr, il y existe toujours des petits chefs mesquins et sadiques. Bien sûr, la réduction du nombre d'actifs engendre un surcroît de pression, une augmentation des taux de productivité par le travailleur et, bien souvent, un durcissement des conditions de travail. Bien sûr, la tendance est à une flexibilité très forte et obligée (fractionnement des périodes de travail, irrégularité, voire imprévisibilité, des horaires de travail). Mais ce qui est au cœur de l'émergence d'une vulnérabilité structurelle dans l'espace

professionnel est la profonde transformation de la condition salariale, devenue à la fois plus fragile et plus personnalisée avec une montée de l'insécurité professionnelle accompagnée d'une privatisation des biographies professionnelles (Soulet, 2009, 72) ».

Derrière ces discours se trouve une critique sociale visant à dénoncer les conditions sociales difficiles productrices de cette souffrance. Parler de « souffrance sociale » entend donner aux différents acteurs, dans un certain cadre social, culturel et politique, un espace où parler de leur vécu tout en légitimant en en rendant visible leurs expériences de souffrance.

Une intention politique se trouve également derrière ces discours, visant notamment à donner des arguments justifiant la mobilisation et la lutte politique. Emmanuel Renault (2008) montre que le vocabulaire de la souffrance (notamment la « souffrance ouvrière ») était présent au sein du langage politique du socialisme dès ses débuts, au 19e siècle. Cette dimension politique est d'ailleurs revendiquée par cet auteur, dans son ouvrage *Souffrances sociales*, lequel affirme vouloir « montrer qu'une référence politique à la souffrance peut contribuer à une relance de la critique sociale [... et] et de sortir des pans entiers de la société de l'invisibilisation en rendant ainsi aux individus concernés la capacité de revendiquer et d'agir collectivement pour transformer les conditions de leur existence » (Renault, 2008 : 6).

La terminologie de la « souffrance sociale » est loin de faire l'unanimité. De nombreux acteurs (Fassin, 2004b ; Ehrenberg, 2010 ; Thomas, 2010 ; cité par Canevascini, 2012 : 187-188) critiquent ce courant, tout en partageant la dimension politique revendiquée par cette approche, en 3 points de vue :

« La première critique est sociologique, c'est-à-dire la notion de « souffrance » est critiquée, car elle désigne l'expérience subjective de l'individu en mettant au second plan les conditions politiques et sociales qui sont à l'origine de cette souffrance. Cette notion indiquerait ainsi une façade dissimulant la réalité sous-jacente ;

La deuxième critique est par la dimension politique, c'est-à-dire que la notion de « souffrance » est critiquée par l'action d'induire une dépolitisation et une psychologisation des problématiques abordées. Au lieu de penser ces questions comme relevant du registre politique, elles sont renvoyées à une catégorisation transclassiste mettant l'accent sur la dimension victimisante de leur condition ;

La troisième critique est épistémologique, c'est-à-dire, la notion de « souffrance sociale » reste dans une catégorie aux conforts extrêmement confus ou imprécis (*Ibid.*) ».

En ce sens, la problématique de la santé mentale chez les professionnels de santé mentale est influencée par une articulation entre problématiques sociales et souffrances individuelles qui convergent ce que nous appelons « souffrance sociale ». Selon Alain Ehrenberg la souffrance sociale en est venue à occuper une place centrale dans les représentations qu'une société se donne d'elle-même à travers trois lignes de transformation. La première concerne les formes d'organisation du travail visant à la flexibilité. La deuxième est l'apparition d'une population au statut professionnel précaire et/ou dans un chômage de longue durée. Le salarié et le chômeur sont soumis à des contraintes d'autonomie qui font appel à leur subjectivité, le premier pour satisfaire aux nouvelles exigences de flexibilité, le second pour se réinsérer dans le monde du travail. Une troisième transformation moins visible est : la psychiatrie publique a vu ses missions s'étendre vers la santé mentale. La conséquence est un élargissement des pathologies traitées et une déshospitalisation des malades mentaux qui vivent désormais l'essentiel de leur vie dans la cité, ce qui a pour conséquence une intrication des deux clientèles des populations précarisées et des malades psychiatriques (Ehrenberg, 2011 : 149).

La question de la souffrance sociale chez les professionnels de la santé mentale, semble ainsi avoir rendu visible leur problématique par la dégradation de leurs conditions de travail. En ce sens, la « souffrance sociale » dans le contexte de la psychiatrie au Mexique induit des souffrances et des troubles, chez les acteurs sociaux, qui sont une conséquence d'un fait politique, économique et social. L'analyse de cette notion a été importante, dans la mesure où elle a permis de comprendre les problèmes auxquels les

professionnels de la santé mentale sont confrontés dans leur milieu d'exercice de leur profession.

À partir de ces concepts ci-dessus mentionnés, les problèmes de santé mentale chez les individus sont construits autour d'une continuité de souffrance psychique, de détresse et dans quelques cas de troubles mentaux dans un contexte de la souffrance sociale. En ce sens, la problématique étudiée peut alors déborder vers des souffrances et des pathologies psychiatriques. En résultent des divers types de souffrance au travail qui finalement résultent des difficultés d'adaptation.

CONCLUSION

Au cours de ces dernières années, l'évolution de notre société a entraîné une forte augmentation de la demande en soins psychiatriques. Le monde du travail, ou plutôt, les exigences du monde du travail deviennent toujours plus grandes pour celui qui ne veut pas se retrouver au chômage. Les relations sociales, dont l'individualisme qui caractérise nos sociétés industrialisées entraîne un sentiment de solitude chez certaines personnes. Ces éléments et beaucoup d'autres sont à l'origine d'une fragilité psychique de ces personnes. Les différentes discussions avec les professionnels ont fait émerger une analyse voyant la souffrance et les troubles au travail comme étant aujourd'hui une forme de normalité. Le pouvoir critique de ces discours se base d'ailleurs sur l'idée que les conditions sociales difficiles peuvent engendrer des souffrances psychiques et des troubles.

L'approche inductive de cette thèse a été guidée par des éléments qui mettent en lumière de manière importante la souffrance et des troubles mentaux dans un espace institutionnel de santé à Culiacan. Cette problématique s'est progressivement précisée autour d'une population particulière : celles des professionnels de la santé mentale ayant des difficultés vécues au travail.

Ici, donc, la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, reflète des difficultés sociales, politiques et économiques intimement liées aux conditions sociales complexes et à celles du travail difficile dans les hôpitaux. S'intéresser aux professionnels de la santé mentale a permis d'observer d'une part les souffrances et les troubles mentaux et, d'autre part, d'observer des professionnels de la santé mentale en action.

Aujourd'hui, cette problématique devient un canal légitime pour exprimer ces conditions. Elle se révèle être conforme à l'« expression obligatoire des sentiments » (Mauss, 1921) propre à l'époque contemporaine qui préfère un langage politique à celui qui relève du psychologique et de la souffrance. Ces formes d'expression donnent d'ailleurs accès à une certaine reconnaissance sociale et morale.

L'objectif principal de cette thèse est de cerner d'une part comment les professionnels de la santé mentale sont sujets à des conditions structurelles et sociales complexes et d'autre part, d'analyser les facteurs qui concourent à l'émergence de la souffrance et à des troubles mentaux chez ces professionnels dans leurs pratiques thérapeutiques. Tout en restant attentif à l'implication de ces professionnels qui travaillent au quotidien dans le milieu sanitaire qui devrait être un cadre structuré et structurant. Les récits de ces professionnels de la santé mentale constituent une manière d'accéder à la réalité sociale contemporaine sur plusieurs aspects, comme les conditions de travail et les problèmes sociaux et, de mettre en lumière la diversité des situations des professionnels de la santé mentale et de leurs besoins.

La problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, n'est ainsi qu'une des dimensions qui émerge au fil de ces récits. Ces récits sont associés à une situation de malaise au travail, émergeant vers de la souffrance et des troubles mentaux qui deviennent des « issues de secours » censées agir sur la situation afin d'alléger l'individu de ses difficultés au travail.

L'analyse des récits, des professionnels de la santé mentale, a permis de souligner le fait que l'expression de la souffrance, de la détresse et des troubles mentaux, ainsi que de la souffrance sociale des professionnels de la santé mentale, est intimement liée à leurs propos ressentis, aux conditions de travail et au contexte social de la région. Cela a permis de mettre en évidence, dans une perspective critique, que leur souffrance et leurs troubles mentaux constituent aujourd'hui des situations d'injustice sociale. Ceci correspond ainsi aux valeurs individualistes dominantes (Elias, 1975). La souffrance psychique semble ainsi envahir notre réalité et constituer l'état d'esprit de la société contemporaine (Ehrenberg, 2010). L'« écoute » des professionnels de la santé mentale, a mis en lumière leurs conditions de travail et leur état de santé mentale, ainsi que leur espoir de voir changer le fonctionnement des institutions de santé au Mexique et celle de Culiacan en particulier. Aujourd'hui et plus que jamais l'Écoute n'est pas évidente et, la mise par écrit de ces écoutes encore moins. Ce travail de recherche est donc un moyen

de faire connaître les injustices sociales au travail et en particulier celles des professionnels de la santé mentale au Mexique. La saturation actuelle du système de soins, le manque d'infrastructures ou l'inadaptabilité des espaces de l'hôpital, le manque d'application d'un programme en santé mentale pour les professionnels concernés entre autres ont participé à une dégradation de la santé mentale des professionnels de la santé mentale.

Réaliser une enquête ethnographique au sein de l'HPS signifie plonger dans un univers complexe, vaste et multiforme. La facilité d'accès tant au monde psychiatrique qu'aux professionnels de la santé mentale a permis de connaître les différents aspects qui ont amené certains de ces professionnels à avoir des souffrances et des troubles dans leurs pratiques thérapeutiques. Cette « facilité » d'accès n'est pas forcément facile et par conséquent pas suffisamment exploitée par l'anthropologie et les anthropologues. Dans mon cas, cette facilité d'accès est due en partie à ma réputation mais, est surtout due au conflit interne au sein de l'Hôpital Psychiatre de Sinaloa au moment où je me suis présenté pour faire cette étude. Le ras-le-bol du directeur de l'HPS et des employés est aussi un facteur non négligeable ainsi que la région de *Sinaloa*, qui accorde assez facilement ces autorisations contrairement à certains endroits du globe par exemple la France, qui n'accorde que difficilement et après de longues années de demandes les autorisations qui permettent une étude du terrain. Sans l'accumulation de ces facteurs, cette étude n'aurait probablement jamais vu le jour.

Dans l'analyse du terrain ethnographique, il a aussi été question de situer la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la psychiatrie dans une analyse ethnographique globale de leurs conditions de travail, de leur état de santé mentale, ainsi que de la relation et des interactions entre ces professionnels et leurs patients. Au travers de ce travail ethnographique, ayant principalement comme base l'observation (non-participantes) des pratiques thérapeutiques, des entretiens individuels approfondis (semi-directifs), de nombreuses discussions informelles avec les professionnels de la santé mentale et des données quantifiables produites par l'HPS, il a

d'abord été possible de saisir l'ampleur de cette situation, dont la problématique apparaît comme le résultat direct des conditions sociales difficiles.

La sociologie des professions a notamment montré comment les rapports de pouvoir entre les professionnels de la santé mentale prennent part à l'intérieur des logiques de concurrence qui existent entre ces professionnels de santé partageant un terrain d'activité. De mettre l'accent sur les conditions de travail et sur l'état de santé mentale des professionnels de la santé mentale, c'est aussi vouloir, par la performativité de mon discours, politiser la question de la souffrance et des troubles mentaux de ces professionnels à Culiacan. Il s'agit ici de s'intéresser à l'impact des causes (liées à la souffrance, à la détresse et aux troubles) et à leurs conséquences sur la réalité des conditions de travail et sur l'état de santé mentale chez les professionnels de la santé mentale. Parler de la « santé mentale » en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale permet non seulement d'expliquer pourquoi un individu arrive à avoir des problèmes de santé en lien avec les situations de souffrance au travail, mais également d'agir sur celui-ci dans le sens d'une politisation du débat concernant ces situations de souffrances et de troubles au travail.

La problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale soulève, en effet, des éléments centraux relatifs aux dimensions organisationnelles et contextuelles dans le système de santé. Elle devient donc ici, un moyen pour s'interroger sur les transformations du monde du travail d'aujourd'hui. La lecture anthropologique de la santé permet en ce sens d'ouvrir ces questions sur une perspective plus large, qui situent l'individu par rapport à ses difficultés, ainsi qu'aux phénomènes de santé et de maladie au sein d'un cadre sociétal, d'une époque et de rapports sociaux au sein d'un système culturel spécifique.

Ceci dans le but de combiner une approche interprétative et critique, vis-à-vis de la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale, une attention particulière a été portée aux explications des professionnels de la santé mentale,

tout en les situant dans un contexte socioculturel et institutionnel particulier. Ces approches nous ont permis de voir que la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale est influencée d'une part par le fonctionnement externe du système de santé et de ses institutions, c'est-à-dire par les circonstances historiques, politiques, économiques et sociétales qui l'entourent. Et, d'autre part, par son fonctionnement interne du système de santé, c'est-à-dire le sens que les professionnels de la santé mentale donnent à leur travail et aux difficultés qu'ils rencontrent.

S'interroger sur la problématique de la « santé mentale » elle-même, en termes de souffrances psychiques, de détresse, de troubles mentaux, ainsi qu'en termes de souffrance sociale chez les professionnels de la santé mentale a impliqué de prendre en compte les événements entourant leur vie au travail. Cela a pu donner une compréhension des causalités de leurs souffrances et de leurs troubles au travail. La souffrance psychique, la détresse et les troubles, ainsi que la souffrance sociale sont donc apparus ici comme des langages. Langages à partir duquel chaque professionnel de la santé mentale a tendance à puiser. Dans cette matrice virtuelle de signes, ils ont pu construire leur propre discours de la souffrance psychique, de la détresse et des troubles au travail autour d'idiomes spécifiques.

En partant de l'émergence de la situation de la santé mentale dans l'espace social et politique au Mexique, la problématique s'est progressivement précisée autour de l'importance de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. L'analyse de cette problématique montre que les applications des réformes de santé au Mexique évoluent au détriment de l'activité de soins et du personnel de santé. En ce sens, il est essentiel de remettre au centre du débat la question des causes de la problématique de la santé mentale chez les professionnels de la santé mentale (à Culiacan) et des solutions possibles.

Le résultat du développement des activités d'une institution telle que la santé dépend dans une large mesure du succès de la sélection du personnel formé à cette fin,

notamment : Le secrétaire à la Santé, sous-secrétaires, chefs de département et autres travailleurs. Si cette sélection est faite au niveau politique, le dirigeant assignait au personnel avec peu de connaissance et, peu ou pas d'expérience, peut entraîner des frictions entre ceux qui commandent et ceux qui obéissent. Cela entraîne une grande négativité pour le bon fonctionnement d'une institution. De plus, les décisions résultant de négociations politiques entre le gouvernement et les syndicats, ne sont pas toujours les meilleures pour les travailleurs. Parfois ces décisions viennent d'autres ministères, tels que celui des finances, de l'éducation, de la fonction publique qui n'ont rien à voir avec la santé. Dans les cas où le secteur de la santé peut embaucher du personnel compétent, il ne le fait pas, car, quand le secteur de la santé embauche du personnel, très souvent ce personnel embauché ne répond pas aux besoins techniques, ni aux capacités, ni à l'expérience professionnelle des candidats, mais au favoritisme, aux népotismes et, aux exigences politiques. Dans ce sens, la protection de la santé (mentale), de tous les individus (incluant les professionnels de la santé mentale) est un droit fondamental qui est marqué dans la constitution mexicaine et dans les institutions internationales telles que l'OMS et, non dans un cadre politique privé ou public qui contourne ce droit. Les politiques pensant que les soins de l'HPS sont des soins de haut niveau devraient venir constater la réalité des choses.

Ce travail de thèse ayant abordé un questionnement vaste, complexe et essentiel, il n'épuise évidemment pas chacun des sujets ayant servi à le construire et laisse plusieurs pistes thématiques à étudier. Effectivement le travail réalisé, sur la santé mentale des professionnels de la santé mentale de Culiacan ne représente pas la totalité du pays, mais peut passer à un niveau macro. Comprendre comment la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale se construit au quotidien, envisager la place qu'elle prend dans l'émergence de la souffrance et des troubles chez les professionnels dans leurs pratiques thérapeutiques, permet de situer son importance et, ici, de relativiser la place des savoirs issus de recherches biomédicales. Dans cette recherche qui intègre une perspective anthropologique de la santé, l'essentiel de mon interrogation repose sur l'évolution de la souffrance et des troubles mentaux chez ces

professionnels dans leurs pratiques thérapeutiques. Ce travail pourrait être étendu afin de mieux en saisir les détails et les processus en jeu dans la problématique de la « santé mentale » chez les professionnels de la santé mentale. En effet, ne pas prendre en compte les données personnelles et sociétales du personnel soignant fut un choix. Les observations effectuées dans le cadre de cette recherche ne saisissent toutefois pas l'intégralité du fonctionnement du réseau socio-sanitaire psychiatrique local. Par conséquent, ces observations effectuées à partir des différentes expériences auxquelles les professionnels de la santé mentale font face au travail, mériteraient d'être développées. Les différentes perspectives montrent qu'une approche anthropologique dans le champ de la santé est faisable dans le sens que l'anthropologie peut non seulement questionner les pratiques et les représentations, mais aussi les environnements qui influencent ou contraignent leurs développements. Si le travail réalisé a mis en lumière les différentes situations de souffrances et de troubles au travail chez les professionnels de la santé mentale qui peuvent se retrouver ailleurs, les analyses sont à considérer comme le fruit d'une période, d'un contexte et d'un lieu en particulier.

Une future thématique à étudier, pour moi, serait « comment la vie personnelle influence la pratique professionnelle du personnel de santé mentale ». Cela compléterait à merveille cette thèse qui reste axée sur la santé mentale au travail sans prendre en compte la dimension personnelle. La dimension personnelle pourrait offrir un autre axe d'étude complétant cette thèse. Une vision différente apportant une comparaison possible.

Une autre thématique possible serait la comparaison de cette étude faite au Mexique avec les problèmes des psychiatres et des hôpitaux psychiatriques ici, en France, par exemple celui de Saint Étienne du Rouvray à côté de Rouen en Normandie.

BIBLIOGRAPHIES

ABBOTT, Andrew : *The system of the professions, an essay of the division of expert labour*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

ABBOTT, Andrew : « The Order of Professionalization: An Empirical Analysis ». *Work and Occupations*. 18(4), 1991, pp. 355-384.

ABBOTT, Andrew : « Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries ». *Social Service Review*. 69, 1995, pp. 545-562.

ABBOTT, Andrew : « Écologies liées: à propos du système des professions ». In MENGER, J.-M. (dir.), *Les professions et leurs sociologies*. Paris, Maison des Sciences de l'Homme, 2003.

ABBOTT, Andrew : « Mechanisms and Relations ». *Sociologica*, Fascicolo 2, settembre-ottobre, 2007, pp. 1-22..

ABBOTT, Andrew : « Les choses des frontières », (traduction du chapitre 9 de *Time Matters : On Theory and Method* par BERAUD, Thomas ; DEMAZIERE, Didier ; JOUVENET, Morgan ; SAINT-MARTIN, Arnaud) in DEMANZIERE, Didier ; JOUVENET, Morgan ; ABBOTT, Andrew et l'héritage de l'école de Chicago, Paris, Editions EHESS, 2016, pp. 119-144.

ACOSTA, F. et al. : « Factores psicosociales y salud mental en el trabajo ». Universidad de Guadalajara, México, 2006, pp. 86-103,

AGIER, Michel (sous la direction de) : *Anthropologues en dangers : l'engagement sur le terrain*, Paris Jean Michel Place, 1997.

AMARANTE, Paulo : *Loucos pela Vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (Rio de Janeiro: Fiocruz: 1995).

AMARANTE, Paulo : *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. (Rio de Janeiro: Nau Editora: 2005).

ALBERT, Bruce : « Situation ethnographique et mouvements ethniques : réflexions sur le terrain post-malinowskien ». In *Anthropologues en danger*. M. Agier (dir.). Paris, Editions Jean- Michel Place : 1997, pp. 75-88.

APA (American Psychiatric Association) 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3d*. American Psychiatric Association. 3d. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

ARREDONDO, Armando : *Federalismo y salud: Estudio de caso del sistema de salud en México (Fédéralisme et santé: Étude de cas du système de santé au Mexique)*. En *Federalismo y Políticas de Salud, Descentralización y Relaciones Intergubernamentales Desde una Perspectiva Internacional*. Québec: Forum of Federations [Instituto Nacional sobre el Federalismo], 2003.

ARMSTRONG, David : « Clinical Autonomy, Individual and Collective: The Problem of Changing Doctors' Behaviour ». *Social Science and Medicine*, 55(10), 2002, pp. 1771 – 1777.

AUGÉ, Marc : « Anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 26(97-98), 1986, pp. 81-90.

AUGUS, Jan : « Ethnographic research applied to anesthesia », *CAN J ANESTH*, vol. 52, no. 9, 2005, pp. 899-903.

BACH, S. : Human resources and new approaches to public sector management. [Presentación en taller]. En: *Global Health Workforce Strategy*, Annecy (France), 2000.

BARRAUD, Catherine : *Professionnalisation des étudiants infirmiers et construction identitaire : une approche par les représentations du métier et sous l'angle de la catégorisation sociale inter IFSI*. Thèse Doctorat de l'Université de Bordeaux 2. 2013.

BARRETT, Robert : *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. (Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo), 1998.

BAUTISTA, F. J. : « Propuesta de una Epistemología Antropológica para la Paz » *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 2004.

BAYÓN, Cristina : « Precariedad social en México y Argentina: tendencias, expresiones y trayectorias nacionales » *Revista de la CEPAL*, 88, 2006.

BEAUD, Stéphane : « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, 9(35), 1996, pp. 226-257.

BECERRA-PARTIDA, O. F. : « La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética » *pers.bioét.* 18(2), 2014, pp. 238-253.

BECKER, Howard : « Préface », in DEMANZIERE, Didier et GADEA, C. (Dir.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, Editions *La Découverte* « Recherches » ; 2009, pp. 9-12.

BECKER, H. ; HUGHES, E. C. ; GEER, B. ; STRAUSS, A. L. : *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Toronto: University of Chicago Press (1961).

BERTAUX, Daniel : *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. 2^e éd.,; Paris : A. Colin. 2005.

BERNOUX, Philippe : « Reconnaissance et appropriation : pour une anthropologie du travail », *Esprit*, 2011/10 (Octobre), p. 158-168.

BEZERRA, Benilton : « A Clínica e a Reabilitação Psicossocial » in Pitta, A. (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (São Paulo: Hucitec; 1996).

BEZERRA, Benilton : « A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação? », *Cadernos do IPUB*. 14, 1999, pp.135-144.

BIALAKOWSKY, A. ; LUSNICH, C. ; ROSENDO, E. :« La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo », *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 46 (3), 2000, pp. 235-246.

BLOND, Marlène : « Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français *De la flamme au burn out* », *L'information psychiatrique*, vol. volume 92, no. 8, 2016, pp. 625-639.

BLOOR, Michael : « The ethnography of health and medicine ». *Handbook of ethnography*, 2001, pp. 177-187.

BLUEBOND-LANGNER, Mayra : *The Private World of Dying Children*. Princeton, Princeton University Press. 1978.

BLUMER, Herbert : *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. (Barcelona: Hora, 1982).

BRICEÑO-LEÓN, Roberto : "La Nueva Violencia Urbana de América Latina", *Sociologías*, no8, 2002, pp. 34-51.

BOITEAU, Karine : *La sociologie de la traduction comme révélateur des freins et des facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital public : Le cas du projet de fidélisation du personnel infirmier de psychiatrie*. Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Sciences de Gestions, Aix Marseille Université, 2016.

BOISARD, Pierre : *La reconnaissance dans le travail au risque de l'individualisation*. 2010. HAL Id : hal-00634118.

BOURGOIS, Philippe : « Treinta años de retrospectiva etnográfica sobre la violencia en las Américas ». Guatemala: violencias desbordadas / coord. por Julián López García, Santiago Bastos, Manuela Camus. 2009, pp. 27-62.

BOURDIEU, Pierre : « L'illusion biographique », Actes de la recherche en sciences sociales, 62(1), 1986, pp. 67-29.

BOURDIEU, Pierre : (dir) *La misère du monde*. Paris : Ed. du Seuil. 1993.

BRENNER, Harvey : « Economic Change and Mental Hospitalization: New York State, 1910-1960 » *Social Psychiatry*; 2, 1967, pp.180-188.

BRENNER, Harvey : *Mental Illness and the economy*. Cambridge, MA, Harvard University Press; 1973.

BRENNER, Harvey : « Economic change, alcohol consumption and disease mortality in nine industrialized countries », *Social Sciences and Medicine*, No25, 1987: pp. 119-132.

BRITO, Pedro : « Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral (Impact des réformes du secteur de santé sur les ressources humaines et la gestion au travail) » *Rev Panam Salud Publica*. 8(1/2), 2000, pp. 43–54.

BROWNER, C. H. : « On the Medicalization of Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 13(2), 1999 , 135-140.

CARBONELL, Miguel ; CARBONELL, José : *La protección de la salud en México : Un derecho fundamental en construcción*. Pluralidad y consenso Num 19, 2012.

CAMPÉON, Arnaud : « La construction politique contemporaine d'un problème de santé publique » in A. Batt-Moillo et A. Jourdain (dir), *Le suicide et sa prévention : émergence du concept, actualité des programmes*, Rennes : Ed. de l'École nationale de la santé publique, 2005, pp. 65-80

CASAUCAU, Alice : *Le management juste, un outil de prévention du burnout et de promotion des états positifs au travail*. Doctorat en psychologie du travail. 2016.

CANEVASCINI, Michela : *Le suicide comme langage de l'oppression, ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne ; 2012.

CASTRO, Roberto : « Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollo actuales ». *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.8, n.1, 2003, pp.47-62.

CINTAS, Caroline : « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 4, no. 2, 2007, pp. 213-231.

CINTAS, Caroline : « Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 11-1 | 2009.

CLAUDE, Veil : «Hygiène mentale du travailleur», *Projet*, février 1970, n° 42.

CLAUDE, Veil : « Santé mentale et travail », Vulnérabilités au travail. Naissance et actualité de la psychopathologie du travail, sous la direction de Veil Claude. ERES, 2012, pp. 219-234.

COBB, R. W. ; ELDER, C. D. : *Participation in America politics: The dynamics of agenda-building*. Allyn and Bacon; 1972.

COCKBURN, Katrina ; BERNARD, Paul : « Child and Adolescent Mental Health within Primary Care : A Study of General Practitioners' Perceptions ». *Child and Adolescent Mental Health*. 9(1), 2004, pp. 21-24.

COLDEFY, M ; LE NEINDRE, C. : Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique ». Les rapports de l'IRDES, no 558, 2014.

CORIN, Ellen ; BIBEAU, Gilles ; UCHÔA, Elizabeth : « Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les bambara, Soninké et Bwa du Mali. Volume 17, numéro 1-2, 1993, pp. 125-156.

DANET, François : « La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité » *Inf psychiatr.* 89(1), 2013, pp. 33-41.

DANEULT, Serge ; LUSSIER, Véronique ; MONGEAU, Suzanne : *Souffrance et médecine*. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 2006.

DAS, Veena ; KLEINMAN, Arthur ; RAMPHELE, Mamphela ; REYNOLDS, Papela. : *Violence and subjectivity*. Berkeley, University of California Press. 2000,

DE LA FUENTE, J. R. ; HEINZE, G. : « La enseñanza de la Psiquiatría en México » *Salud Mental*, 37, 2014, pp. 523-530.

DEJOURS, Christophe : *Travail: usure mentale*. Essai psychopathologie du travail, Paris. Editions du centurion., 1980a.

DEJOURS, Christophe : La charge psychique de travail, in Société française de psychologie/psychologie du travail éd., Équilibre ou fatigue par le travail ? Paris. *Entreprise moderne d'édition*, 1980b, pp. 45-54.

DEJOURS, Christophe : *Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Le Seuil Paris 1998.

DEJOURS, Christophe et al. : « Nouvelles formes d'organisation du travail et santé mentale », *Archives des maladies professionnelles*, vol. 60, n° 18, 1999, pp. 169-198.

DELBROUCK, M. : « Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant », *Imaginaire & Inconscient*, 2010/1 (n° 25), p. 157-166

DEMAILLY, Lise : *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Presse Universitaire du Septentrion ; 2008.

DEMAILLY, Lise : *Sociologie des troubles mentaux*. La Découverte, 2011.

DEMAILLY, Lise : *La politique de santé mentale en France, Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin, coll. « Recherches », 2012, 232 p.

DÍAZ-CASTRO, L. ; ARREDONDO, A. ; PELCASTRE-VILLAFUERTE, B. E. ; HUFTY, M. : « Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave ». *Gac Sanit.* 31(4), 2017, pp. 305–312.

DONZELOT, Jacques ; EHRENBURG, Alain : *La souffrance des individus: un problème social? À propos de la Société du malaise*, d'EHRENBURG A., Editions Esprit | Esprit. 2010.

DORVIL, Henri : « La maladie mentale comme problème social ». *Les problèmes sociaux*. Volume 39, number 2, 1990.

DUARTE, Luis : «Três ensaios sobre pessoa e modernidade». *Boletim do Museu Nacional*. 41. 1983.

DUBAR, Claude ; TRIPIER, Pierre : *Sociologie des professions*, A. Coli, 'U' 1998 ; pp 256.

DURAN, Pablo : *Epidemiología de la Discapacidad y Salud Pública*. AVAD y AVAD: ¿Cual es su utilidad? 2017.

DURKHEIM, Émile : *Le suicide : étude de sociologie*, 13^e éd "Quadrige", Paris. Presses universitaires de France, 1897.

EHRENBURG, Alain : *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris : O. Jacob. 1998.

EHRENBURG, Alain ; LOVELL, Anne : « La maladie mentale en mutation : Psychiatrie et société », *Ed. Odile Jacob*, 2001, p.311.

EHRENBURG, Alain : *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob, 2010.

EHRENBERG, Alain : « Souffrir au travail : Purger les passions ou ouvrir la voie à l'action ? » *Éditions Esprit / Esprit* ; 2011 ; p. 148-157.

EHRENBERG, Alain : « La plainte sans fin Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale » *Cahiers de recherche sociologique*, 2005, pp.17–41.

EHRENBERG, Alain : « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », *Revue française des affaires sociales*, 2004/1, pp. 77-88.

EMANUEL, E. L. ; EMANUEL, L. L. : « Four models of the physician-patient relationship » *JAMA*, 267(16), 1992, pp. 2221-2226.

ELIAS, N. : « Esquisse d'une théorie de la civilisation, Chapitre premier : de la contrainte à l'autocontrainte » *La dynamique de l'Occident*, Paris : Calmann-Lévy, 1975 : 181-202.

ESTROFF, Sue : *Making it crazy*. (Londres: University of California Press), 1981.

ESTRYN- BEHAR, M. ; DUVILLE, N. ; MENIINI, M.-L ; LE FOLL, S. ; LE NEZET, O ; BOCHER R. : Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens (PRESS-NEXT). *Annales médico psychologiques*, vol. 164, 2006, pp. 732-748.

ESTRYN-BÉHAR, M. : « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », *Presses de l'EHESP Rennes*, 2008, p. 383.

GENEST, Christian : *La souffrance éthique dans le travail des médecins*. Thèse de doctorat, Université Laval, 2012.

GADEA, Charles ; DEMAZIERE, Didier (dir.) : *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, La Découverte, coll. « recherches », 2009, pp.463

GHASARIAN, Christian : « Sur les chemins de l'ethnographie réflexive ». In *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. GHASARIAN, C. (dir.). Paris, Armand Colin : 2002, pp. 5-33.

GIANELLA, Daria : *Santé publique et culture familiale de la santé mentale : Favoriser l'accès des adolescents aux soins de santé mentale en Suisse*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg ; 2009.

GINTRAC, Alain : « Le stress au travail, un état des lieux ». *Dans management & Avenir* 2011/1(n 41), pp. 89-106.

GOFFMAN, Erving : *Asiles : études sur la condition sociale des maladies mentales et autres reclus*. Paris : Les Ed. De Minuit. 1968.

GOMEZ, V. M. A. : *Mental health at work: between suffering at work and healthy organization*. KATHARSIS, 23, 2017.

FAINZANG, Sylvie : « L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques » *Sciences sociales et Santé*, vol. 19, no. 2, 2001, pp. 5-28.

FAINZANG, Sylvie : « L'anthropologie médicale en France. Anthropologie médicale : ancrages locaux et défis globaux » ,F. SAILLANT AND S. GENEST. Paris, Anthropos. 2006, pp. 155-173.

FAINZANG, Sylvie : *Anthropology and Biomedicine: a Dangerous Liaison? The Taste for Knowledge: Medical Anthropology Facing Medical Realities*. S. FAINZANG, H. EINAR HEM AND M. BECH RISOR. Aarhus, Aarhus University Press. 2010.

FANELLO, S ; RIPAULT, B ; HEUZE, V ; ROQUELAURE, Y ; VERRIER, S ; KANDOUCCI, B. A, et al. : « Souffrance psychique liée au travail: étude réalisée chez 456 soignants d'un centre hospitalier universitaire », *Arch Mal Prof Médecine Trav*. 64(2), 2003, pp.70–6.

FARMER, Paul ; SEN, Amartya : *Foreword. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, University of California Press. 2004.

FARMER, Paul : *Pathologies of Power : Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press. 2005.

FASSIN, Didier : *Les enjeux politiques de la santé*. Paris, Kathala ; 2000.

FASSIN, Didier : *Des maux indicibles : sociologie des lieux d'écoute*, La Découverte, Coll. Alternatives sociales, Paris, 2004a.

FASSIN, Didier : « Et la souffrance devint sociale », De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions. Editions de Minuit | Critique No 680-68, 2004b, pp.16-29.

FASSIN, Didier : Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie. Anthropologie médicale ancrages locaux, défis locaux. F. Saillant and S. Genest. Paris ; 2006, Anthropos, pp. 383-399.

FASSIN, Didier : *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris, Gallimard, Seuil. 2010.

FASSIN, Didier ; HAURAY, Boris : *Santé publique : L'état des savoirs*. Paris, La Découverte. 2010.

FASSIN, Didier : La supplique, stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aides d'urgence. *Annales HSS*, N° 5, 2000, pp. 953-981.

FAVRE, Pierre : « L'émergence des problèmes dans le champ politique », introduction à FAVRE Pierre, éd., *Sida et politique. Les premiers affrontements*, Paris, l'Harmattan, 1992.

FERRANDIZ, Martin Francisco ; FEIXA Pampols Carles : «Una mirada antropológica sobre las violencias ». *Alteridades*. 14(27), 2004, pp.159-174.

FIGUEIRA, Servulo (org.) : *Cultura da psicanálise*. (San Pablo: Brasiliense) ; 1985.

FIGUEIREDO, Gabriel : « Crime e locura – o aparecimento do manômió judiciário na passagem do século ». *Rev- Anthropol.*, São Paulo, v.41, n,2 1998, pp.227-233

FORTIN, Sylvie : « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : Les pratiques cliniques en contexte pluraliste ». *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 2013, pp. 179–200.

FOUCART, Jean : *Sociologie de la souffrance*. Ouvertures sociologiques. De Boeck Supérieur. 2004, p.324.

FOUCAULT, Michel : « Droit de mort et pouvoir sur la vie », *Histoire de la sexualité*, I. La Volonté de savoir, Paris : Gallimant, 1976a, pp.177-191

FOUCAULT, Michel : *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard. 1976b.

FOUCAULT, Michel : *Il faut défendre la société : cours au Collège de France*. 1976. Paris : Gallimard ; 1997.

FOUCAULT, Michel : *Le pouvoir psychiatrique : cours au Collège de France (1973-1974)*. Paris : Seuil ; 2003.

FOURE J. ; VINCENT, F. ; CADE, C. ; BELLANGER, W. ; PETIT, A. ; BEGUE, C. : « Perceptions par leurs employeurs des salariés en situation de souffrance psychique liée au travail ». *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. Volume 80, Issue 1, 2019, p. 16-26.

FREIDSON, Eliot : *La profession médicale*, Paris, Payot,. [1970, *Profession of Medicine*, New York, Harper and Row, trad], 1984, p. 369

FRENK, Julio : « La salud como derecho ciudadano ». *Nexos*, 410, 2012, pp. 44-48.

FURTOS, Jean : « Précarité du monde et souffrance psychique », *Rhizome*, n° 5, juillet, 3-5, 2001.

GADÉA, Charles ; DEMAZIERE, Didier : Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis, Paris, Editions La Découverte. 2009.

GEERTZ, Clifford : *The interpretation of culture: selected essays*. New York: Basic Books. 1973.

GIL MONTES, Verónica : « Las ciencias sociales y sus vínculos con la ciencia médica », *Política y Cultura*, núm. 18, 2002, pp. 220-236.

GÓMEZ, Rodríguez ; ROQUET, Valldeoriola : Metodología de la Investigación. Universitat Oberta de Catalunya, 2003.

GONZALEZ, Elvira ; PEREZ, Eduardo : « Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de salud ». *Alternativas en Psicología*, 27, 2012, pp. 8-22.

GOLLAC, M. ; SERGE, V. ; LOUP, W. : Les conditions de travail. La Découverte, 2014.

GOOD, Byron : *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

GOSS, Mary ; READER, George : « Collaboration between sociologist and physician social problems », 4, 1956, pp. 82-89.

HARVEY, Penelope et GOW, Peter : *Sex & Violence: Issues in Representation and Experience*. Londres, New York, Routledge. 2013.

HASAN, Alhadi : « Work stress, coping strategies and levels of depression among nurses working in mental health hospital in Port-Said city ». *International Archives of Nursing and Health Care Mental Health*, 2017, *Hasan. Int Arch Nurs Helath Care*. Volume 3/ISSUE 2.

HEINZE, Gerhard ; CHAPA, G. C. ; SANTISTEBA, A. J. ; VARGAS, I. : « Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación », *Salud Mental*, vol. 35, no. 4, 2012, pp. 279-285.

HEINZE, Gerhard ; DEL CARME, Gina ; CARMONA-HUERTA, Jaime : « Los especialistas en psiquiatría en México en el año 2016 » *Salud Mental*, 39(2), 2016, pp. 69-76.

HOURS, Bernard : « JAFFRE, Y. ; OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (dir.). – Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest », *Cahiers d’études africaines* [En ligne], 182 | 2006.

HUDELSON, Patricia : *Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ?* - Cahier Sc No 46- Université Ouverte en Sante, 2008.

IESM-OMS Rapport sur le système de santé mentale au Mexique, 2011.

JACQUES, Paul : « Souffrance psychique et souffrance sociale », *Pensée Plurielle*, 8(2) : 2004, pp. 21-29 .

JENKINS, Janis : «The medical anthropology of political violence: A cultural and feminist agenda ». *Medical Anthropology Quarterly*. 1(12) : 1998, pp. 122-131.

JIMENA, María ; ALONSO, Juan : *Aportes Socio-Antropológicos De las Etnografías En Hospitales Psiquiátricos*. Revisión De La Bibliografía Anglosajona Y Latinoamericana. Culturas Psi. 2012.

JONES, Charles : *An Introduction to the Study of Public Policy*. Belmont, Wadsworth, IESM-OMS, Informe sobre Sistema de Salud Mental en México. 1970.

JORM, A. F. ; KELLY, C. M. : « Improving the public's understanding and response to mental disorders », *Australian Psychologist*, 42, 2007, pp. 81-89.

JOUBERT, Michel : *Santé mentale. Ville et violences*, Toulouse, Erès, 2003.

KATZ, Pearl : *The Scalpel's Edge. The Culture of Surgeons*. Boston, Allyn and Bacon. 1998.

KAUFMAN, Sharon : *... And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago, The University of Chicago Press. 2006.

KESSAR, Zahia : *Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique*. Dossier La souffrance psychique No. 5, 2001.

KILANI, Mondher : « Du terrain au texte ». *Communications*, 58(1), 1994, pp. 45-60.

KILANI, Mondher : *Introduction à l'anthropologie*, Lausanne, Ed. Payot, 1996, p. 75.

KIRK, Stuart ; KUTCHINS, Herb : *Aimez-vous le DSM ? : le triomphe de la psychiatrie américaine*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance ; 1998.

KOSS, L. E. : *The health of Regionville, what people thought and did about it*: Nueva York, Columbia University Press, 1954.

KNAUL, F. M. ; GONZALEZ-PIER, E. ; GOMEZ-DANTES, O. et al. : « The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico » . *Lancet*, 380; 2012, pp.1259–79.

KLEINMAN, Arthur : *Rethinking Psychiatry : from Cultural Category to Personal Experience*. New York, The Free Press. 1988.

KLEINMAN, Arthur : *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*. USA, Basic Books. 1989.

KLEINMAN, Arthur : *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press. 1995.

KLEINMAN, Arthur ; DAS, Veena ; LOCK, Margaret (dir.) : *Social Suffering*. Berkeley etc.: University of California Press, 1997.

KLEINMAN, Arthur ; KLEINMAN, Joan : *The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times*. In A. Kleinman, V. Das, and M. Lock, eds., *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press ; 1997.

KRAEPELIN, Emil : *Psychiatrie : ein Lehrbuch für studierende und Ärzte*. BARTH J. A. 1899.

KRAEPELIN, Emil : *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. Paris : Editions l'Harmattan. 1998 (1900).

MACHORRO, S. M. ; CRUZ MORENO, L. D. : *Salud mental y atención psiquiátrica en México*, vol. 53, No 6. 2010.

MAGNIN, Lucie : *Le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours*. Haute École de Santé, Fribourg ; 2012.

MALINOWSKI, Bronislaw : [1ère édition 1922, 1963 pour la traduction française], *Les Argonautes du Pacifique occidental*, 1989 ; Paris, Gallimard.

MARTIN, J. : *Pour la santé publique*. Paris : Réalités Sociales. 1987.

MARTINEZ-HERNAES, Angel : *Whats behind the symptoms? : On psychiatric observation and anthropological understanding*. Amsterdam : Harwood Academic Publishers. 2000.

MASSÉ, Raymond : *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Paris, Casablanca, Gaëtan Morin, 1995.

MASSÉ, Raymond : « Pour une ethno-épidémiologie critique de la détresse psychologique à la Martinique », *In : Sciences Sociales et santé*. Volume 19. No 1, 2001, pp. 45-74.

MASSÉ, Raymond : « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche Sémiotique/Semiotic Inquiry*, 19 : 1999, pp. 39-62.

MASSÉ, Raymond : « La "troisième voie" en anthropologie de la santé : pour une réflexivité constructive », *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris : Archives contemporaines Éditions, 2007, pp. 267-281.

MASSÉ, Raymond : « Souffrance psychique et détresse existentielle : la question du sens de la détresse au défi des mesures épidémiologiques », *Revue Medical Suisse* ; 2008, No.4, pp. S26-S29.

MASSÉ, Raymond : *Détresse créole : ethno-épidémiologie de la détresse psychique à la Martinique*. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2008.

MAUGER, Gérard : « Sur la violence symbolique ». In *Pierre Bourdieu, théorie et pratique*. MÜLLER, H.-P. ; SINTOMER, Y.(dir.), Paris : 2006, pp. 84-100.

MAUSS, Marcel : «L'expression obligatoire des sentiments'», *Journal de psychologie*, 1921 ; 18, pp.81-88.

MEDINA-MORA, M. L. ; BORGES, G. ; BENJET, C. ; LARA, C. ; BERGLUND, P. : *Psychiatric disorders in México : lifetime prevalence in a nationally representative sample*. The British Journal of Psychiatry. BJPsych. 2007.

MEDINA-MORA, M. L. ; GUTIÉRREZ, E. J. S. ; QUINTANAR, T. R. : *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Derechos reservados. por: Academia Nacional de Medicina (ANM). 2015.

MIOCHE, Annie : *Profession et professionnalisation : quelques travaux sociologiques fondateurs de la notion de profession*. In SOREL, M. ; WITTOTSKI, R. La professionnalisation en actes et en questions. Paris : L'Harmattan ; 2005, p. 173-182.

MOLINIER, Pascale ; FLOTTES, Anne : « Travail et santé mentale : approches cliniques », *Travail et emploi*, vol. 129, no. 1, 2012, pp. 51-66.

MOULARD-KOUKA, Sophie : « Senegal yewuleen ! » analyse anthropologique du rap à Dakar : liminarité, contestation et culture populaire, Bordeaux, Thèse de Doctorat, Université Bordeaux II, 2008.

MUECKE, M. A. : « On the evaluation of ethnographie » Dans *Critical Issues in Qualitative Health Methods*. (Sous la direction de. Janice M. Morse) *London : Sage Publication*, 1994.

MULLER, Pierre : *Les politiques publiques*. Paris : Presses universitaires de France. 2008 [1990].

NAEPELS, Michel : « Quatre questions sur la violence ». *L'Homme* 1(177-178) : 2006 : 487-495.

NASSE, Philippe ; LÉGERON, Patrick : *Rapport sur la détermination, la mesure, et le suivi des risques psychosociaux au travail*. La documentation française. 2008.

NIGENDA, Gustavo ; MAGAÑA-VALLADARES, Laura ; ORTEGA-ALTAMIRANO, Doris Veronica : Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*. 149, 2013, pp.555–61.

LARCHANCHÉ, L. ; SARGENT, C. ; BOURDIN, M. J. : « Les déterminants sociaux de la maladie mentale en situation migratoire: généalogie d'une approche anthropologique ». *Transfaire Cult Rev Anthropol Med Clin*, No3, 2010, pp.11–22.

LAPLANTINE, François : *La description ethnographique. L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin, 2005.

LAROSSA, Ralph : « Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research», *Journal of Marriage and Family*, vol. 67, 2005, pp. 837-857.

LAZARUS, A. : *La souffrance psychique aujourd'hui un concept évident et incertain*. Dossier La souffrance psychique No. 5 Juillet 2001.

LARGER, Victor : *Devenir médecin. Phénoménologie de la consultation médicale*, Paris, L'Harmattan. 2010.

LAZZERI, Christian ; CAILLÉ Alain : La reconnaissance aujourd'hui. Enjeux théoriques, éthiques et politiques du concept. *Revue du Mauss* 2004/1 (no 23).

Le BRETON, David : *Anthropologie de la douleur*. Paris : Éditions Métailié. 1995.

Le BRETON, David : *Entre douleur et souffrance : approche anthropologique*, 2009/4 (Volume 85).

Le BRETON, David : « Douleur et sens : les modulations de la souffrance ». *E-mémoires de l'Académie nationale de Chirurgie*, 10 (2), 2011, pp. 064-068.

LECOMPTE, Margaret ; SCHENSUL, Jean : *Designing & Conducting Ethnographic Research*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press., 1999.

LENCLUD, G. ; CLAVERIE, E. et al., « Une ethnographie de la violence est- elle possible? ». *Etudes rurales* (95-96) : 1984 :9-21.

LENOIR, Rémi : « Objet sociologique et problème social ». in P. Champagne (dir.), *initiation à la pratique sociologique*, Paris : Dunod, 1996, pp.52-100.

LHEUREUX, Florent ; TRUCHOT, Didier ; BORTEYROU, Xavier. : « Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners: their relationship with burnout », *Work & Stress*, 30(2), 2016, pp.173-192.

LIN, H. S. ; PROBST, J. C. ; HSU, Y. C. : « Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress , coping behaviour and social support ». *J Clin Nurs*. (15–16), 2010, pp.2342–2354.

LINHART, Danièle : « Le travail : grandes tendances », in L'État de la France 2009-2010, *La Découverte*, 2009.

LOVELL, Anne : « Les troubles mentaux », in LECLERC, A. ; FASSIN, D. ; GRANDEAN, H. ; KAMINSKI, M. ; LANG, T. Les Inégalités sociales de la santé, p. 253-260, La découverte, paris. (2000).

LOVELL, Anne : Rapport de la commission « Violence et santé mentale », Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, Paris : La Documentation française, Mars 2005.

LOVELL, Anne : Santé mentale et société. Paris : La Documentation française. 2004.

LOVELL, Anne : *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, Rapport final, Institut de Veille Sanitaire. 2004.

LOVELL, Anne : *Chapitre 14 : Santé mentale*, in : D. Fassin D., et B. Hauray (dir.), *Santé publique : état des savoir*, Paris, Éditions La Découverte - Inserm, 2010, pp. 161-172.

LUHRMANN, Tanya : *Of two minds. The growing disorder in American Psychiatry*. 2000 ; (Nueva York: Alfred A. Knopf).

OCDE : *Reviews of Health Systems : Mexico* 2016.

OMS : *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs* ; 2001.

OMS : *EL contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental.* OMS Editores Médicos, S. A. EDIMSA; 2005.

OMS : *Noncommunicable Disease and Mental Health.* Bulletin of WHO, 2006.

OMS : *¿Qué es la salud mental?* 2007.

OMS : Informe de la Secretaría. Consejo ejecutivo 130.^a reunión. Punto 6.2 del orden del día provisional; 2011.

OMS : Informe de la Secretaría. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. En el 65^a, Asamblea Mundial de la Salud; 2012.

OMS : *Mental Health Atlas.* Ginebra: World Health Organization; 2014.

OMS : *Journée mondiale de la santé mentale – la santé mentale au travail,* 2017.

OMS : *La salud mental desde una perspectiva Mundial.* Organización Mundial de la Salud. 2017.

OMS : *La santé mentale au travail.* Note d'information, 2017.

OIT : *¡Auxilio estrés! Salud mental en el trabajo.* Revista de la OIT. No 37, 2000.

OLIVEIRA, W. ; DORENLES, P. : “Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo coma vida da cidade” in Amarante, Paulo (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicosocial 2.* (Rio de Janeiro: Nau; 2005).

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre : « Le ‘je’ méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 2000, pp. 417-445.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre : *La rigueur du qualitatif.* Louvain, Academia Bruylant. 2008.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2011.

OTERO, Marcelo : « Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine », *Cahiers de recherche sociologique*, no 41-42, 2005, pp. 65-89.

PAICHELER, Geneviève : « Présentation. Les professions de soins : territoires et empiétements », *Sciences sociales et santé.* Volume 13 n°3, 1995, pp. 5-10.

PARENT-THIRION, A. ; BILETTA, I. ; CABRITA, J. ; VARGAS, O. ; VERMEYLEN, G. ; WILCZYNSKA, A. ; WILKENS, M. : *Sixth European Working Conditions Survey – Overview report (2017 update)*, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Eurofound (2017).

PARSONS, Talcott : « Professions et Structure Sociale » pp.34-50 et 'Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne' pp.139-255 dans *Éléments pour une sociologie de l'action*, Traduction et Introduction de BOURRICAUD F., Edition Plon, vol 6, 'recherches en sciences humaines' ; 1955.

PAYA, Víctor ; JIMÉNEZ, Marcos, coordinateurs, institution, famille et maladie mentale. *Réflexions socio anthropologiques d'un hôpital psychiatrique*, PABLOS, Juan, Éditeur-Faculté d'études supérieures Acatlán, Université National Autonome du Mexique, 2010, pp.272. Une version préliminaire de ce résumé a été lue le 2 mars 2011 lors de la présentation du livre, effectuée dans le cadre de la XXXII Foire International du Livre du palais minier avec PAYA, Victor ; VEGA, Nicolasa ; NUÑES, Maribel.

PAYET, Jean-Paul ; BATTEGAY, Alain : *La reconnaissance, un concept de philosophie politique à l'épreuve des sciences sociales*. In : PAYET, Jean-Paul ; BATTEGAY, Alain, *La reconnaissance à l'épreuve. Explorations socio-anthropologiques*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion, 2008. pp.23-42.

PERETTI-WATEL, Patrick : « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue Française de Sociologie*, 45 (1), 2004, pp. 103-132.

PEREIRA, José : *La roda de samba et de choro dans le contexte urbain brésilien. Anthropologie de la dynamique et des espaces de sociabilité musicale à Rio de Janeiro et Salvador de Bahia*. Thèse de doctorat en anthropologie. Université de Lumière Lyon 2.

PERRENOUD, Patricia : *Construire des savoirs issus de l'expérience à l'ère de l'evidence-based médecine : une enquête anthropologique auprès de sages-femmes indépendantes en Suisse Romande*. 2016 ; Thèse. Université de Lausanne.

POUCHELLE, M.-C. : *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*. Paris, Seli Arslam. 2003.

PRIOR, Lindsay : « Mind, Body and Behavior: Theorizations of Madness and the Organization of Therapy » . *Sociology*. 25 (3): 1991, pp. 403-421.

RABELO, M. C. ; ALVES, P. C. ; SOUZA, I. M. : *Experiência de Doença e Narrativa*. (Rio de Janeiro: Fiocruz : 1999).

RENAULT, Emmanuel : *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*. Paris, Editions la Découverte. 2008.

RENTERIA, Miguel : *La santé mentale au Mexique*. Bureau d'information scientifique et technologique pour le congrès de l'union, INCyTU, Numéro 7, 2018.

RHODES, Lorna : *Emptying Beds. The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. (Berkeley: University of California Press). 1991.

RODGERS, D. : «Haciendo del peligro una vocación: la antropología, la violencia, y los dilemas de la observación participante». *Revista Española de Investigación Criminológica*. 2004 ; 2(1) : 1-24.

ROSSI, I. : "Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé - de l'interculturalité à la co-disciplinarité." *Sozial- und Präventivmedizin*, 1999, 44: 288-294.

ROSSI, I. : "Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration." *Médecine et Hygiène*, 2003, 59: 2039-2042.

ROSSI, I. : « Médicalisation de la vie, enjeux de société ». In *Eloge de l'altérité. Défis de société*, 2005, 12 : 19-31.

ROSSI, I. : "En guise d'introduction. Médicalisation de la vie, enjeux de société" *Eloge de l'altérité*, 2005 ; Fribourg : Les Editions de l'Hèbe, 19-31.

ROSSI, I. : "La médecine à l'épreuve du social" *Sciences humaines en médecine : formation et collaboration*. Colloque de printemps de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales, 2006 ; Lausanne, 47-53.

ROSSI, I. : « Médicalisation du mal-être, migration et société : d'une éthique clinique à une éthique sociale de la pratique clinique ». *Revue des sciences sociales*, 2008, (39) : 60-69.

RUSSO, Jane : « A reorientação do campo psicanalítico na década de 80 », *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1990 : 39 (6): 319-324.

RUSSO, Jane : *O corpo contra a palavra-as. Terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 1993.

RUSSO, Jane : « Os três sujeitos da psiquiatria », *Cadernos IPUB*. 8, 1997, pp.11-21.

SAFY-GODINEAU, Fatéma : « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », *La Nouvelle Revue du Travail*, vol. 3 ; 2013.

SALAZAR, Arturo : « La Real Enfermedad del Sistema de Salud Mexicano. Una reflexión de la eficacia o ineficiencia del sistema de salud en nuestro país » (La réel Maladie du Système de Santé Mexicain. Une réflexion de l'efficacité ou de l'inefficacité du système de santé dans notre pays). UNO Sapiens Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No. 1 No. 2, 2019.

SANDOVAL DE ESCURDIA, Juan ; RICHARD, María : *La Salud Mental en México*. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social; 2005.

SAILLANT, Francine ; GENEST, Serge : *Anthropologie médicale : ancrages locaux, défis globaux*. Presses Université Laval, 2005.

SALEM, Tania : « A despossessão subjetiva: dos paradoxos do individualismo ». *RBCS*. 18 (7): 1992, pp.72-94.

SANTIAGO, Jorge : *Ethnographie(s) et Anthropologie de la ville : deux expériences d'écriture à la lumière du regard*, Paris, Éditions le Manuscrit, 2010, p. 82.

SANTIAGO, Jorge ; ROUGEON, Marina(dir.) : *Pratiques religieuses afro-américaines. Terrains et expériences sensibles*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, 2013, pp.251-279.

SANTIAGO, Jorge : « De l'esclavage à la folie. Ethnographies, umbanda et écriture d'expériences singulières », in LESERVOISIER, Olivier & TRABELSI, Salah (dir.), *Héritages des esclavages dans les espaces arabo-musulmans et transatlantiques. Mémoires, discriminations et processus d'identification*, Paris, Karthala, 2014, pp. 247-265.

_____ , « Religions et 'croyances hétéroclites' dans les paysages des rues de Rio », in PENJON, Jacqueline ; DUMAS, Catherine (dir.), *Paysages urbains du monde lusophone*, CREPAL, cahiers hors-Série n° 2, Presses Sorbonne Nouvelle, 2014, pp. 181-189.

SSA, Secrétariat de la Santé et de l'Assistance 2014, Programmes sectoriel de santé (2013-2018).

SCHERNHAMMER, Eva ; COLDITZ, Graham « Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment [meta-analisis] », *American Journal of Psychiatry*, 161, 12; 2004, pp. 2295-302.

SCHMIT, G. ; ROLLAND, A. C. ; JECKEL, C. : « Qui inviter ce soir ? » *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* ; 51, 2003, pp. 170-177.

SCHNEIDER, Joseph : « Social problems theory : The constructionist view ». *Annual review of Sociology*, 11, 1985, pp. 209-229.

SCHEPER-HUGHES, Nancy ; BOURGOIS, Philippe : « Introduction : Making Sense of Violence ». In *Violence in war and peace*. N. Scheper-Hughes et P. Bourgois (éds). Malden (USA), Oxford (UK), Victoria (Australie), *Blackwell Publishing* : 2004, pp.1-32:

SCHEPER-HUGHES, Nancy : « The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology. » In *Current Anthropology*, 36(1):409-20. 1995.

SCHRIJVER, I. : « Pathology in the Medical Profession? Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout ». *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, College of American Pathologists. 2016;140:976-82

SOLANO, Nayehli ; GORN, Shoshana ; REYES, Jorge : « Salud mental y atención primaria en México ». Posibilidades y retos. *Aten Primaria*. 48(4), 2016, pp. 258-264.

STRAUSS, Anselm : *Continual Permutations of Action*, New York, Aldine de Gruyter, 1993.

STRAUSS, Anselm : *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. 1992 ; Paris : L'Harmattan.

STRAUS, Robert : *La nature and Status of Medical Sociology*. *American Sociological Review* 22(2),1957, p 200.

STRAUSS, A. ; SCHATZMAN, L. ; BUCHER, R. ; EHRLICH, D. ; SABSHIN, M. : *Psychiatric ideologies and institutions*. (1964) (Londres: Collin-MacMillan).

SOULET, Marc-Henry : *La souffrance sociale, pathologie des sociétés contemporaines.*, Vo.11 ; Le travail en crise. 2009.

SOULET, Marc-Henry : *La souffrance sociale : nouveau malaise dans la civilisation*. Res Socialis ; Editions Universitaires Fribourg Suisse, 2007.

TENORIO, Fernando : « Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social ». *Historia, Ciências, Saúde*. 2000 : VII (1): 117-134.

TEOH, Kevin ; COX, Tom ; DEWE, Philip : *Calcul des coûts du stress et des risques psychosociaux liés au travail*. Observatoire européen des risques. Analyse documentaire. Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. 2014.

THOMAS, Hélène : *Les vulnérables : la démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges : Ed. du Croquant. 2010.

TOMAS, S. J. ; MAYNEGRE, S. M. ; PÉREZ, B. M. ; ALSINA, R. M. ; QUINTA, B. R. ; GRANELL, N. S. : « Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria » *Enferm Clin*. 20(3),2010, pp. 17-78.

TOMAS, Joaquín ; MONTES Javier : « Suicidio en Enfermería. El riesgo es real ». Suicide in nurses. The risk is real. *Enfermería Clínica*, 25(5), 2015, pp. 288-289.

UGALDE, Antonio ; HOMEDES, Nuria : « Las reformas neoliberales del sector de la salud : déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina » *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3), 2005.

VALLÉRY, Gérard ; LEDUC, Sylvain : *Les risques psychosociaux*. Presses Universitaires de France, 2012.

VEZINA, M. ; BOURBONNAIS, R. : « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », dans Portrait social du Québec, données et analyses, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12, p. 279-287, 2001.

VÉZINAT, Nadège : « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de DEMAZIERE, Didier ; GADEA, Charles (2009) et CHAMPY, Florent (2009) », *Sociologie*, vol. 1, no. 3, 2010, pp. 413-420.

VIDAL, Laurent : *Le silence et le sens: essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris : Anthropos, 1996, 228 p. (Sociologiques).

VINDUAL, G. P. ; VILARRASA, A. B. ; CABRE, A. B. ; DOMINGO, C. G. ; JUNYENT, J. V. : « Cambios en las actitudes vocacionales hacia la psiquiatría de los estudiantes de medicina durante la carrera ». *Archivos de Psiquiatría*, Número 2-4, 2008, pp. 96-108.

WANG, S. M. ; LAI, C. Y. ; CHANG, Y. Y. ; HUANG C. Y. ; ZAUSYNIEWSKI, J. A. ; YU, C. Y. : « The relationships among work stress, resourcefulness, and depression level in psychiatric nurses » *Arch Psychiatr Nurs*, 29(1), 2015, pp. 64-70.

WEBER, Max : *Économie et société*. 1971 Paris : Plon.

WHITEHEAD, Neil : *Dark shamans : Kanaimà and the poetics of violent death.*, Duke University Press. 2002.

WHITEHEAD, Neil : «Rethinking anthropology of violence». *Anthropology Today*. 20(5), 2004, pp.1-2.

WHITEHEAD, Neil : « Violence & the cultural order ». *Daedalus*. 136(1), 2007, pp 40-50.

WIND, Gitte : « Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings », *Anthropology & Medicine*, 15 (2), 2008, pp. 79-89.

WILLARD, M. : « Dépression au travail », *European Psychiatry*, Volume 30, issue 8, S5; 2015.

ZBOROWSKI, Mark : « Cultural components in responses to pain ». *Journal of social issues*. Vol. 8 : 1951, pp. 16: 30.

ANNEXES

BATIMENT DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE SINALOA

PHOTOS



Bâtiment de l'Hôpital Psychiatrique de Sinaloa, entrée principale.



Zone des patients non hospitalisés



Zone des patients hospitalisés

ANNEXE DES ENTRETIENS

Questions posées lors des entretiens à tous les professionnels de la santé mentale :

1. Comment décririez-vous une journée parfaite au travail ?
2. Comment vivez-vous votre rôle vis-à-vis du patient ?
3. Comment définiriez-vous vos patients?
4. Vous êtes-vous identifié à vos patients, c'est-à-dire aux mêmes expériences ? Et, si oui, cela a-t-il influencé votre relation soignant soigné?
5. Quelle est votre propre notion de santé mentale?
6. Quelle est votre propre notion de maladie mentale?
7. Quels sont les événements négatifs qui vous ont marqués dans votre travail depuis que vous avez commencé à travailler dans cet hôpital?
8. Depuis que vous travaillez dans cette institution, avez-vous ressenti une évolution en tant que professionnel?
9. Si vous pouviez changer le mode de fonctionnement de l'institution où vous travaillez, que changeriez-vous ?
10. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ou que vous avez dans l'exercice de votre profession?
11. Comment percevez-vous la souffrance de vos patients?
12. Selon vous, quels sont les facteurs qui déterminent qu'un patient cherche de l'aide en santé mentale?
13. Que savez-vous des croyances de la population à propos de la santé mentale? Existe-t-il une stigmatisation parmi vous les professionnels envers vos patients?
14. Comment percevez-vous votre propre santé mentale et celle de vos collègues ?
15. Si un membre de votre famille avait un problème de santé mentale, lui conseilleriez-vous de venir ici où vous travaillez pour se soigner ? Et pourquoi ?
16. Selon vous, quelles seraient les stratégies d'action à employer pour améliorer les soins de santé mentale au sein de l'HPS ?

- 17.** Avez-vous cherché de l'aide psychologique ou/et psychiatrique et, si oui, depuis combien de temps et dans ce cas pour quelle raison ?
- 18.** Que pouvez-vous me dire sur les services préventifs, curatifs et de réadaptation, y en a-t-il ici?
- 19.** Quels types de patients aimeriez-vous traiter le moins et pour quelle raison?
- 20.** Aimeriez-vous ajouter quelque chose qui vous semble important et que nous n'avons pas abordé ensemble?