



**HAL**  
open science

# Les micro-libertés en hospitalisation psychiatrique : négociations et poids des idéologies

Marius Salgado Hansen

► **To cite this version:**

Marius Salgado Hansen. Les micro-libertés en hospitalisation psychiatrique : négociations et poids des idéologies. Sociologie. Université Paris Cité, 2023. Français. NNT : 2023UNIP7185 . tel-04852603

**HAL Id: tel-04852603**

**<https://theses.hal.science/tel-04852603v1>**

Submitted on 21 Dec 2024

**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.

Université Paris Cité  
École doctorale Sciences des Sociétés 624  
*Laboratoire Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé  
mentale et société (Cermes3)*

# Les micro-libertés en hospitalisation psychiatrique

*Négociations et poids des idéologies*

Par Marius Salgado Hansen

Thèse de doctorat de Sociologie - Démographie

Dirigée par Laurence Simmat-Durand

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2023

Devant un jury composé de :

**Laurence Simmat-Durand**, Professeure des universités, Université Paris Cité,  
Directrice de la thèse

**Lise Demailly**, Professeure des universités émérite, Université de Lille,  
Rapporteuse

**François Sicot**, Professeur des universités, Université Toulouse Jean Jaurès,  
Rapporteur

**Frédéric Poulard**, Professeur des universités, Université Paris Cité, Examineur

**Livia Velpry**, Maîtresse de conférences HDR, Université Paris 8, Examinatrice

**Frédéric Mougéot**, Maître de conférences, Centre Max Weber - ENSEIS,  
Examineur

**Olivier Schwartz**, Professeur des universités émérite, Université Paris Cité, Invité  
du jury



**Titre :**

Les micro-libertés en hospitalisation psychiatrique, négociations et poids des idéologies

**Résumé :**

Les unités d'hospitalisation à temps plein, surnommées les « unités fermées » par leurs acteurs ou les textes juridiques, réunissent indistinctement des patients en soins libres et sous contrainte, appliquant à tous une prise en charge basée sur la coercition et l'enfermement.

Une contrainte qui s'individualise, puisque le milieu psychiatrique ne présente aucune homogénéité, ni parmi les patients, ni au sein des groupes professionnels, ni dans le maillage de structures sur le territoire. Aussi, cette thèse questionne les processus qui singularisent la contrainte en unité d'hospitalisation, en s'appuyant sur une approche comparative basée sur deux recherches ethnographiques en hospitalisation psychiatrique, secondées par des entretiens sur et hors de ces terrains, ainsi qu'une recherche ethnographique en unité de jour.

La thèse permet alors de faire émerger le concept de micro-libertés : des exceptions aux règles et des avantages individuels qui produisent les conditions de vie des patients lors de leurs séjours. Parce qu'elles sont au centre de toutes les interactions, elles déterminent l'ordre négocié entre les groupes d'acteurs présents dans les unités. Une organisation informelle où les professions supposées hégémoniques — les psychiatres et les juges — ne sont pas si dominantes et doivent partager leur capacité décisionnelle, et où les groupes subordonnés — patients, infirmières, secrétaires médicales ou assistants sociaux — disposent de marges de manœuvre pour peser sur les décisions. Un résultat supplémentaire fait émerger l'existence localement située de pratiques et de discours communs : les idéologies psychiatriques. Dans certaines unités, elles offrent à un des groupes habituellement exclus — les aides-soignants et les familles de patients par exemple — une place plus importante dans les négociations des micro-libertés. La thèse révèle donc comment les modalités pratiques de la contrainte, les micro-libertés, s'individualisent par des négociations qui produisent une organisation informelle, dépendante des relations interpersonnelles, des idéologies locales et du contexte culturel.

**Mots clés :**

**Psychiatrie, Hospitalisation psychiatrique, Soins sous contrainte, Philosophie du soin, Groupes professionnels, Ordre négocié, Organisation informelle, Patients, Famille de patients**

**Title:**

Micro-liberties in psychiatric hospitalization, compulsory treatment and weight of ideologies

**Abstract:**

The full-time hospitalization units, nicknamed "closed units" by their actors or legal texts, bring together indiscriminately patients in free care and under forced care, applying to all of them a daily life based on coercion and confinement.

A constraint that is individualized, since the psychiatric environment does not present any homogeneity, neither among the patients, nor within the professional groups or in the network of structures on the territory. Therefore, this thesis questions the processes that make the expression of coercion unique, using a comparative approach based on two ethnographic researches in full-time psychiatric units, supported by interviews in and out of these fields, as well as an ethnographic research in a day care unit.

The thesis then allows the emergence of the concept of micro-liberties: exceptions to the rules and individual advantages that produce the living conditions of patients during their stays. Because they are at the center of all interactions, they determine the order negotiated between the groups of actors present in the units. An informal organization where the supposedly hegemonic professions - psychiatrists and judges - are not so dominant and have to share their decision-making capacity, and where subordinate groups - patients, nurses, medical secretaries or social workers - have room to manoeuvre to influence decisions. An additional result is the locally situated existence of common practices and healthcare discourses: psychiatric ideologies. In some units, they offer one of the usually excluded groups - aides and patients' families, for example - a more important place in the negotiations of micro-freedoms. The thesis thus reveals how the practical modalities of constraint, the micro-liberties, are individualized through negotiations that produce an informal organization, dependent on interpersonal relations, local ideologies and cultural context.

**Keywords:**

**Psychiatry, Psychiatric hospitalization, Involuntary Hospitalization, Psychiatric ideology, Professions, Negotiated order, Informal organization, Patients, Patients' families**

# Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Laurence Simmat-Durand qui m'a proposé de diriger cette thèse dans une situation d'incertitude, et sans qui ce doctorat n'aurait peut-être jamais eu lieu. Vous m'avez porté dans tout ce qui fait le chercheur : la rédaction, les enseignements et les communications, je vous dois mon envie d'y rester ! Un grand merci aussi à Livia Velpy et Olivier Schwartz, qui ont suivi mon travail tout au long de sa construction depuis le master, et qui ont toujours trouvé des lectures clés face à mes errances. J'ai tellement honte de vous avoir infligé mon orthographe et ma désorganisation catastrophique. Enfin, merci à Lise Demailly, Francois Sicot, Frédéric Poulard et Frédéric Mougeot pour avoir accepté nos invitations à vous pencher sur mon travail.

Mes reconnaissances vont ensuite à toutes les personnes qui m'ont accompagné au Cermes3 et à l'ED624, titulaires et doctorants. Aussi, je voudrais remercier Aude Beliard, qui en plus de relectures a escorté tout mon parcours d'apprenti enseignant, de même que Stéphanie Toutain et ses conseils plus que précieux jusque pour mon poste d'ATER. J'ajoute une pensée pour Anna Marques, avec qui nous avons monté un projet de CIFRE au début de la thèse qui n'a malheureusement pas pu voir le jour.

Pour le cadre de travail, merci à Jérôme Brocheriou pour la jovialité qui perce même les jours les plus déprimés, et Margot Morgiève qui a réveillé les Saints-Pères pour l'année de ma rédaction ! Merci aux doctorants du Cermes 3 et Descartes pour les relectures, les encouragements et l'ambiance qui donne envie de se lever le matin (et pour le club-maté surtout) ! Iris Condamine-Ducieux pour les nocturnes utiles même lorsqu'elles ne sont pas studieuses, Alina Oganessian et son soutien maternel, Manon Leloup pour essayer d'offrir un corps sain à mon esprit ! Promis Jiwon Jeong je t'expliquerai plus comment on fait la bouffe française ! Merci Valentin Mayner et Richard Tastet pour les découvertes musicales qui ont rythmé mes journées, j'hésite encore entre le rap sad et le folk chill. Merci à Nadège Lemarchand pour la motivation à finir au moins une thèse, et Jeanne Degortes qui nous rappelle que ce n'est pas obligé d'en faire une pour aller au fond des questions ! Enfin merci à Pierre Robicquet et pour les discussions critiques, bientôt ça sera mon tour !

Parce que la thèse envahit tous les recoins de la vie, je dois évidemment remercier ma famille : ma mère Dorthe Hansen et ma sœur Léa Salgado, toujours présentes pour calmer mes doutes ; et puis Éric Gobert et Ramuntcho Echezar qui se sont retrouvés malgré eux embarqués dans les relectures.

Aussi, je dois souligner la polyvalence à toute épreuve de deux amis qui maîtrisent semblablement les cadres formels universitaires que la gestion de mes états émotionnels larmoyants. Pierre-Antoine Bourquin d'abord, j'aurais voulu vanter ta culture intarissable, mais je vais surtout remercier ta présence prolongée quand les choses ne tournent pas rond, et ta capacité à y répondre tellement n'importe quoi qu'on ne peut qu'aller mieux après. Marc Strazel ensuite, qui est systématiquement prêt à m'écouter déblatérer sur mes sentiments, ce que je sais être une chance rare auprès de toi ! Finir la thèse me donne l'impression d'usurper une situation qui t'irait comme un gant, toi et ton maudit vocabulaire toujours trop bien choisi !

À tous les potes qui remplissent mes weekends et mes nuits, pendant la thèse, avant souvent, après j'espère : merci d'avoir été là pour me distraire, et de ne pas m'avoir reproché mes absences répétées. Les Embrasés bien sûr, je vous balance pêle-mêle : Cyrille, Clotilde, Antonin, Manon, Florian, Tony, Camille, Arnaud, Emilie, Benoît (et Kevin si l'avenir le veut !). Il y a peu de choses que je chéris autant que nos différences, j'espère qu'elles continueront de nous faire grandir ! Je pense aussi aux Lassourcéens : Fanny, Brice, Vincent, Nicolas, et puis à présent vos époux, que j'apprends petit à petit à connaître. Qui eut parié que la bande à Raymond ressemblerait à ça ? Vous construisez des vies qui me donnent envie de m'investir dans la mienne ! Merci à vous tous aussi avec qui les rendez-vous solitaires font naître les discussions les plus riches, j'ai tellement peur d'oublier quelqu'un ! Simon Juan de Kervenoaël, on va pouvoir écrire à nouveau jusqu'au petit matin. Louis-Gabriel, parce que tu maries si bien Boltanski avec les burgers ! Aude Samuel, reste à s'atteler aux catas ! Quentin Crevisier, puisque tu me forces à argumenter ce que d'autres prennent pour des évidences. Merci aussi à Nathan Otano, pour ta volonté communicative à toujours pousser l'introspection. Enfin, à Tristan Dominguez qui débarque sur la fin !

J'ajoute une pensée pour Sarah Bukk, que je remercie pour ce que nous avons vécu tout au long du marathon de la thèse et avant. Le sprint rédactionnel aura eu raison de nos empathies, mais l'arrivée n'entame en rien la valeur du voyage. Je remercie aussi sa famille pour les parenthèses de pause offertes au bord d'une piscine ensoleillée.

Parce que cette recherche n'existerait pas sans les individus qui m'ont ouvert les portes de leur travail et de leurs moments les plus difficiles, je souhaite exprimer toute ma gratitude à tous ces professionnels qui ont subi la présence du « mec bizarre », occupé à les suivre et à les questionner, toujours embusqué dans un coin de la pièce avec son carnet. Pareillement, je voudrais remercier les patients que j'ai rencontrés dans les unités, avec qui j'ai eu des discussions surprenantes en ce qu'elles ne ressemblaient jamais à ce qu'on peut en imaginer.





# Liste des principales abréviations

## Structures

ARS : Agence régionale de santé  
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CMP : Centre médico-psychologique  
CPT : Communauté psychiatrique de territoire  
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
PMP : Projet médical partagé  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
PRS : Projet régional de santé  
PTSM : Projet territorial de santé mentale  
T2A : Tarrification à l'activité  
UMD : Unité pour malades difficiles

## Groupes professionnels

AS : Aide-soignant  
ASH : Agent de service hospitalier  
ASS : Assistant de service social  
IDE : Infirmière diplômée d'État  
IPA : Infirmière de pratique avancée  
JLD : Juge de la détention et des libertés  
LMD : Licence - master - doctorat

## Mode d'hospitalisation

HN : Hospitalisation de nuit  
SDRE : Soins sous contrainte à la demande d'un représentant de l'État  
SDREU : Soins sous contrainte à la demande d'un représentant de l'État en urgence  
SDT : Soins sous contrainte à la demande d'un tiers,  
SDTU : Soins sous contrainte à la demande d'un tiers en urgence,  
SL : Soins libres  
SPI : Soins sous contrainte en péril imminent

## Outils thérapeutiques

AAA : Activité associant l'animal  
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux  
TAA : Thérapies assistées par l'animal  
TCC : Thérapies cognitivo-comportementales  
TRC : thérapies de remédiation cognitive



# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>PARTIE I : CONTEXTUALISER LA RECHERCHE</b> .....	<b>31</b>
CHAPITRE 1 : L'USAGE DES UNITES D'HOSPITALISATION PAR LE SERVICE PSYCHIATRIQUE .....	33
CHAPITRE 2 : THEORIES, ORIENTATIONS OU IDEOLOGIES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE.....	61
CHAPITRE 3 : LES METHODES DE LA RECHERCHE .....	86
CONCLUSION DE LA PARTIE.....	100
<b>PARTIE II : VIVRE ET TRAVAILLER EN PSYCHIATRIE</b> .....	<b>107</b>
CHAPITRE 1 : LES UNITES, LEURS EQUIPES ET LEURS PATIENTS .....	109
CHAPITRE 2 : UNE SEMAINE TYPIQUE.....	127
CHAPITRE 3 : QUEL QUOTIDIEN POUR LES UNITES : ETABLIR ET GERER LES <i>MICRO-LIBERTES</i> DES PATIENTS .....	146
CONCLUSION DE LA PARTIE.....	163
<b>PARTIE III : COMMENT LE VISAGE UNI DU GROUPE DES SOIGNANTS DISSIMULE DES AVIS ET DES PRATIQUES DESACCORDES</b> .....	<b>167</b>
CHAPITRE 1 : LES PSYCHIATRES, DES ACTEURS DONT LA POSITION DE LEGITIMITE N'EST PAS TOUT A FAIT ACQUISE AU SEIN DES UNITES .....	170
CHAPITRE 2 : LES INFIRMIERES, PREPONDERANTES DANS L'ORDRE NEGOCIE.....	215
CHAPITRE 3 : LES AIDES-SOIGNANTS, UN « PERSONNEL INVISIBLE » CAR ILLEGITIME .....	245
CONCLUSION DE LA PARTIE.....	281
<b>PARTIE IV : LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES</b> .....	<b>289</b>
CHAPITRE 1 : LES PATIENTS DES UNITES D'HOSPITALISATION, UN ENSEMBLE HETEROCLITE D'ACTEURS .....	292
CHAPITRE 2 : LES PATIENTS VETERANS .....	332
CHAPITRE 3 : LES FAMILLES DE PATIENTS, ENCORE PEU PRESENTES ET ILLEGITIMES.....	351
CONCLUSION DE LA PARTIE.....	375
<b>PARTIE V : LES ACTEURS SUBSIDIAIRES</b> .....	<b>383</b>
CHAPITRE 1 : LES ACTEURS DU VOLET JUDICIAIRE .....	386
CHAPITRE 2 : LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL, « ESSENTIELS » POUR LES EQUIPES .....	414
CHAPITRE 3 : LES INTERVENANTS SPECIALISES : DES ACTEURS INSTRUMENTALISES .....	430
CONCLUSION DE LA PARTIE.....	451
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>457</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>469</b>
ANNEXE 1 : STATISTIQUES SUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN FRANCE .....	469
ANNEXE 2 : TABLEAUX D'ANONYMISATION DES ENQUETES .....	472

<b>ANNEXE 3 : REPRODUCTION D'UNE « LISTE DES PATIENTS » DE L'UNITE 3.....</b>	<b>478</b>
<b>ANNEXE 4 : PHOTO DE L'EMPLOI DU TEMPS INFIRMIER.....</b>	<b>480</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b><u>481</u></b>
<b><u>TABLE DES MATIERES .....</u></b>	<b><u>493</u></b>





Parce qu'elle, elle se croit heureuse ?

Bien sûr. Le matin, elle se lève à sept heures pour aller au bureau, là elle tape un peu pour avoir l'air de travailler et puis elle échange des recettes, des confidences avec ses copines, le midi elles vont voir dans les boutiques des robes qu'elles ne pourront jamais se payer, l'après-midi elles se font les ongles, et le soir, elle s'occupe de sa petite famille ...

Ça c'est une folie douce, respectée, inoffensive, ils ne les enferment pas.

Valérie Valère, *Le pavillon des enfants fous*



# Introduction

Malgré une histoire principalement tournée vers le désenfermement, le recours à la contrainte perdure comme outils dans les prises en charge psychiatriques. Elle apparaît alors avec une intensité particulière dans les unités d'hospitalisations désignées de « fermées ». Constatant la survivance de ce recours à la contrainte, nous ne questionnerons pas les implications morales de cet usage, ce qui est déjà le sujet d'autres recherches. Nous nous proposons plutôt d'explorer les pratiques factuelles, entre les murs, qui déterminent les expressions que prend cette contrainte. Des formes qui ne peuvent être qu'hétérogènes, au vu de l'éclatement inhérent aux cadres de la prise en charge psychiatrique.

## La dimension coercitive de la psychiatrie

Les modalités d'application de la contrainte, lorsqu'elle est employée par la psychiatrie dans la prise en charge des patients, est un sujet d'interrogation régulière pour les sciences humaines. Impossible alors de ne pas penser aux travaux de Foucault et de Goffman, qui « grèvent » les analyses sur le thème (Moreau, 2015), en faisant de la coercition l'objet central de leur approche des institutions psychiatriques asilaires et « totales ».

Foucault explicite pour sa part comment la mise à l'écart de la folie par la société dans des espaces prévus à cet effet porte un caractère punitif, justifié *a posteriori* pour des vertus thérapeutiques, et non principalement pour elles (Foucault, 1976 ; Le Bras, 2018). Goffman montrera lui aussi comment les institutions psychiatriques, « totales », infligent au reclus une violence morale, dont le but est de lui faire accepter son nouveau statut (Goffman, 1968). Ces deux analyses produisent des comparaisons des institutions asilaires avec d'autres organisations coercitives comme les prisons, exposant la fonction de contrôle social et de répression qui fondait la prise en charge psychiatrique au milieu du XX<sup>e</sup> siècle.

Ce premier dispositif, articulé autour de l'enfermement, sera la cible de critiques multiples engendrées par les forces conjuguées des acteurs qui y œuvrent, les psychiatres, de même que les progrès médicaux, ainsi que les changements culturels sur le rapport aux institutions et aux droits des patients (Carricaburu et Ménoret, 2004 ; Eyraud et Velprey, 2014 ; Henckes et Majerus, 2022). Elles mèneront à sa transformation dans le courant du XX<sup>e</sup> siècle. La volonté de désenclavement et la promotion de l'autonomie conduisent à une réduction de la

prise en charge à temps plein, la vie dans la structure, remplacée par de nombreuses innovations dans l'offre de santé, en ambulatoire, hors des murs des hôpitaux.

Cependant, cette politique de prise en charge qui se construit par opposition avec le modèle asilaire coercitif ne se défait pas tout à fait de cette méthode. Avec la sectorisation, l'hôpital psychiatrique perd une partie de son périmètre d'action ; sur la gestion des biens et des personnes, de l'hébergement ou dans la rémunération du patient et sa réinsertion par le travail. Ces rôles sont récupérés par le milieu associatif et médico-social, ce qui réduit les capacités d'action de l'hôpital psychiatrique, qui se recentre alors dans les fonctions que le cadre juridique lui offre encore, celle du recours à la contrainte et à l'enfermement (Eyraud et Velpry, 2012). En effet, la loi de juin 1990, remplacé par celle du 5 juillet 2011 et ses modifications ultérieures, entre autres textes, font de la psychiatrie « la seule spécialité à disposer dans sa pratique courante d'un moyen légal de contrainte au soin, *via* l'hospitalisation sans consentement, et de s'en voir confier la réalisation » (Moreau, 2015, p. 23). Usage dont on constate l'augmentation depuis 2005, passé de 73 000 (circulaire, 2008) à 110 127 en 2021<sup>1</sup>.

Mais ces recours légaux ne constituent pas l'unique voie de coercition applicable au patient psychiatrique, ces méthodes sont polycéphales. En plus de pouvoir s'exprimer sous une forme directe, dans l'enfermement, l'imposition *via* la force physique ou émotionnelle, les recours comprennent aussi dans la menace d'une mise en contrainte, par les ressources échangées contre des comportements attendus ou enfin par l'attente envers le patient qu'il intègre des valeurs normatives issues des professionnels de la santé (Lovell, 1996a). Parce qu'elle peut prendre ces différentes formes, la coercition reste mobilisée y compris dans les prises en charge ambulatoires, elle ne disparaît pas des prises en charge psychiatriques mêmes hors des hospitalisations (Marques, 2010 ; Velpry, 2008). Qui plus est, dans l'offre de prise en charge des hôpitaux psychiatriques, persiste un recours à l'enfermement et à la contrainte physique directe.

Les lieux qui nous intéressent dans ce travail de thèse font partie de ces types de prises en charge, il s'agit des unités d'hospitalisation à temps plein. Dans le parcours idéalisé par les institutions, ces unités interviennent pour prendre en charge les patients en situation de crise, pour de courtes durées, quelques semaines ou quelques mois, avant de les orienter vers les formes ambulatoires qui épauleront le patient dans sa vie hors des murs, et éviteront son retour en hospitalisation. Elles reçoivent des patients en soins sous contrainte, souvent mélangés avec des patients en soins libres, à qui elles appliquent un même système de prise en charge accompagné de coercitions : parce que certains sont dans des situations de crise, on étend à tous

---

<sup>1</sup> Cf. annexe 1 pour les données des années plus récentes.

les réglementations contraignantes nécessaires pour une minorité. Pour cette raison, elles sont souvent désignées sous l'appellation « d'unité fermée », aussi bien par les acteurs que dans une partie des textes qui encadrent les pratiques en psychiatrie. Une dénomination qui révèle la nature fondamentalement restrictive de ces dernières, fermées sur l'extérieur, limitant les mouvements et les actes des patients qui y vivent.

Par ailleurs, elles sont régulièrement comparées aux unités pour malades difficiles (UMD), un autre exemple de prise en charge employant la coercition, qui rassemble les patients évalués comme dangereux avec des détenus condamnés présentant des troubles psychiatriques. Ces unités sont sécurisées, et appliquent des contraintes proches de l'incarcération, pourtant, il n'est pas rare que les acteurs, soignants et patients, désignent les UMD comme moins répressives que les unités d'hospitalisations « fermées », parce qu'au sein de ces dernières, les patients restent plus longtemps, avec un cycle de sortie moins fixe, et des prises en charge en leur sein qui offrent moins d'options (Velpry, 2019).

Pour résumer, la désinstitutionnalisation se construit sur une volonté d'autonomisation de l'individu et du patient, en opposition à la prise en charge totale, coercitive de l'asile. Cette politique récente favorise la prise en charge ambulatoire, hors de l'hospitalisation, au cœur de la cité ; et passe par une volonté de réduction de l'usage des formes restrictives de prise en charge, avec une baisse des moyens alloués et du nombre de lits. Pour autant, le recours à la contrainte persiste en psychiatrie, sous des aspects nouveaux, moins homogènes et appliqués moins régulièrement aux patients. L'hospitalisation à temps plein en est désignée comme la forme principale, conservant la coercition dans son fonctionnement, bien que celle-ci soit moindre qu'au temps asilaire : elle se veut temporaire, outil de gestion des périodes de crise pour une fraction des patients. Nous détaillerons ce développement au début de ce travail de thèse (Partie I).

Il faut alors souligner que cette transformation de la prise en charge de la santé mentale se bâtit dans des démarches qui empêchent son homogénéité, et ce à tous les niveaux opérationnels qui la constituent : du plus lointain, dans la construction entière du système et ses outils de gestion, au plus proche de cette dernière, dans la composition des acteurs qui la produisent et qui la vivent.

## L'enchevêtrement institutionnel

Les structures qui prennent en charge la santé mentale et leurs outils de gestion forment un maillage difficilement lisible, tant pour la population usagère que pour les professionnels eux-mêmes. En plus de la psychiatrie libérale en cabinet, la partie la plus importante du système est sectorisée : il est divisé en zones géographiques précises dans lesquelles un hôpital doit assurer l'offre de santé. Ces secteurs sont majoritairement publics, mais une partie est sectorisée à but non lucratif (ESPIC). En parallèle, il existe une prise en charge non sectorisée, par exemple en centre hospitalier universitaire (CHU), et dans les établissements privés, à but lucratif ou non. Qu'elles soient sectorisées ou non, ces offres de prise en charge en santé mentale ont eu tendance à se regrouper en plus grandes installations. On peut différencier les « pôles » de psychiatrie, qui peuvent représenter un rassemblement d'établissements, chacun lié à leurs zones géographiques propres, ou bien désigner un hôpital unique qui opère seul dans sa zone. Dans les deux cas, un pôle est donc une organisation dédiée exclusivement à la psychiatrie. Le « service » psychiatrique désigne quant à lui plutôt un espace spécialisé au sein d'un pôle hospitalier multispecialisé : un département pour la prise en charge psychiatrique dans un hôpital qui réunit aussi des services de médecines générales, chirurgie, *et cætera*... Le terme de service est plus généralement utilisé dans des hôpitaux généraux ou des CHU. Pour ne pas nous exposer à ces complexités d'appellations de lieux entre privés, publics, dédiés à la psychiatrie ou bastion dans un ensemble plus généraliste, nous désignerons sous l'expression de « structure » le cadre opérationnel qui offre des prises en charge psychiatriques.

Qui plus est, les plans de gestion de ces différentes structures sont eux-mêmes enchevêtrés et peu lisibles, dépendant de plusieurs outils de planifications qui ont été mis en place successivement dans le code de la santé publique, mais l'un ne remplaçant jamais tout à fait l'autre. Ainsi se détache un projet régional de santé (PRS) arrêté par l'agence régionale de santé (ARS) qui englobe tous les modes de prise en charge, privée et publique, hospitalier et ambulatoire, pour la région. Ensuite, la structure psychiatrique fait partie d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), qui concerne les établissements publics de santé et quelques associés. Tous les établissements doivent forcément appartenir à un GHT dont le but est d'homogénéiser les objectifs et de coordonner les prises en charge, mais celui-ci n'est pas spécifique à la psychiatrie. Par ailleurs, le territoire de santé qu'il représente avait remplacé le secteur psychiatrique de 2003 à 2016, dans le but d'homogénéiser l'offre de soins en France ; mais le retour du secteur n'a pas retiré la nécessité des structures psychiatriques à rejoindre les GHT. Il existe tout de même sur le territoire quelques exceptions : quatre GHT sont uniquement psychiatriques, et qui plus est, certaines structures psychiatriques ont bénéficié de dérogations

et n'ont rejoint aucun GHT. Réunissant toutes les structures hospitalières d'un territoire, cet ensemble administratif produit un plan de gestion, le projet médical partagé (PMP) dans lequel est impliquée l'ARS. Cette dernière est aussi impliquée dans le projet d'établissement de l'hôpital produit par la structure elle-même, un plan d'organisation à plus petite échelle.

Mais à ce premier agrégat gestionnaire se surajoute un second. Craignant la perte de spécificité de la psychiatrie, un autre outil administratif de gérance a été mis en place, la communauté psychiatrique de territoire (CPT) qui définit un projet territorial de santé mentale (PTSM). Il s'agit cette fois-ci d'un regroupement exclusif aux structures psychiatriques. Ainsi donc, ce dernier peut réunir des structures originaires de GHT différents. Aussi, une même structure peut se trouver aux croisements de politiques administratives contradictoires, entre celle de son GHT et celle de son CPT, d'autant qu'ils ne sont pas articulés par des « ordres méthodologiques clairs » (Lopez et Turan-Pelletier, 2017a, 2017b).

Les structures psychiatriques, d'origines variées, et pilotées par cet ensemble abscons de couches administratives, traduisent ces politiques au travers de leur offre de prise en charge. Cette offre se cristallise sous la forme « d'unités », le plus petit niveau organisationnel, ainsi que les trajectoires entre ces unités, et avec des alliances hors des structures. Une unité est constituée d'une équipe et d'un lieu ; mais une partie de l'équipe peut être volante entre plusieurs unités, comme c'est souvent le cas pour les psychiatres, et le lieu peut ne pas être employé à recevoir les patients. Généralement, ces unités sont structurées autour du centre médico-psychologique (CMP), qui coordonne les prises en charge et dirige une partie des patients vers les unités appropriées. Elles offrent des options variées, en ambulatoire ou hors des murs par exemple avec des prises en charge de jour, visites à domicile, lieux d'activité thérapeutiques. On trouve aussi des soins à temps complet, les appartements thérapeutiques, les familles d'accueil ; et enfin, des offres intra-hospitalières, comme les urgences psychiatriques et les unités qui nous intéressent dans ce travail de thèse, celles d'hospitalisation à temps plein. Cependant, cette offre est inégale sur le territoire français, et dépend souvent des moyens de la structure en plus des projets locaux que nous avons évoqués, et de l'implication individuelle d'acteurs dans leur construction et leur mise en place.

## **Les théories de la psychiatrie**

Mais l'organisation formelle du système de prise en charge de la santé mentale n'est pas la seule source de l'hétérogénéité de l'offre de soin sur le territoire. Le milieu de la recherche en psychiatrie montre lui aussi un éclatement, qui révèle la compréhension relative dans laquelle

se trouve la médecine face aux processus qui fondent la folie. Ainsi, dans la lignée de la disparition de l'asile, la sphère intellectuelle de la psychiatrie perd de son homogénéité. La mise en place du soin ambulatoire laissera une part belle aux expérimentations, portées localement par des psychiatres impliqués qui testeront et développeront leurs propres conceptions du soin (Fourquet et Murard, 1975 ; Henckes, 2009a). Par exemple, « l'antipsychiatrie » se construit par opposition aux structures totales, explicitant la place du mode de prise en charge de la santé mentale comme produisant elle-même la folie. Cette école spécifique se subdivise en son sein sur des désaccords, « l'antipsychiatrie anglaise » accentue la place de la famille et du cadre quand « l'antipsychiatrie italienne » s'intéresse plutôt au rôle de l'État et des rapports de domination entre classes sociales. La « psychanalyse » produira aussi un cadre d'explication et de prise en charge de la santé mentale en proposant une approche par la parole qui fait émerger des origines aux troubles dans le vécu du patient. À nouveau, cette école en enfantera d'autres suite à des querelles intestines, et produira des modalités de prises en charge intra-hospitalière différenciée, entre des lieux qui se revendiquent « lacaniens », où la relation entre le psychiatre et le patient est centrale, mais exclut les groupes professionnels subalternes ; à l'inverse de lieux proches des « psychothérapies institutionnelles », dans lesquelles les rapports hiérarchiques sont gommés et les groupes professionnels impliqués à la même hauteur. D'autres visions de la psychiatrie émergeront avec les progrès scientifiques du XX<sup>e</sup> siècle, les avancées chimiques et médicamenteuses, ainsi qu'en neurosciences, produiront des écoles théoriques qui relient la folie et le système nerveux central, au niveau biologique. Ces modes de prises en charge se rapprochent de la médecine somatique, avec une ambition de standardisation ; mais se ramifient similairement aux autres écoles théoriques, par exemple entre les « thérapies cognitivo-comportementales » (TCC) et les « thérapies de remédiation cognitive » (TRC).

Nous n'en évoquons ici qu'une infime partie, volontairement simplifiée qui plus est ; pourtant, cette rapide description permet de percevoir la diversité des réponses que produit le champ de la recherche psychiatrique pour la prise en charge de la santé mentale. Chacune de ces théories trouve des origines différentes aux troubles psychiatriques, et propose par la suite des solutions pratiques et des soins qui lui sont propres, souvent différents, voire opposés entre eux. Parmi elles, aucune position hégémonique ne s'impose, et ces multitudes de théories coexistent dans la sphère de la psychiatrie (Lantéri-Laura, 2002). Les structures s'inscrivent dans l'une ou l'autre de ces théories, ce qui différencie encore l'offre de prise en charge en France. Ces orientations déterminent la composition des unités de ces structures ; ou encore l'usage qui en est fait, certains modes de prise en charge étant favorisés face à d'autres : le recours à l'hospitalisation par les équipes d'une structure peut en dépendre (Demailly, Haliday et Hum,

2021), de même que la composition des groupes professionnels qui y officient (Henckes et Majerus, 2022).

Plus encore, au sein des hôpitaux, les acteurs des équipes sont loin d'une application dogmatique de ces théories : ils se les réapproprient, les modifient, les mélangent entre elles pour en récupérer les solutions pratiques qu'ils considèrent fonctionnelles. Ils en tirent des pratiques locales, des politiques de services, qui parachèvent d'éclater les techniques et les visions de la santé mentale dans la prise en charge directe de la patientèle. Le modèle déjà versicolore des théories de la psychiatrie l'est finalement plus encore quand on considère les applications factuelles qui en sont faites : chaque structure, voire en leur sein, chaque unité, construisant ses modes opératoires, ses orientations propres vers les théories. Aussi, l'offre de soin du territoire en est complexifiée, puisqu'entre les structures, des unités aux mêmes objectifs ou aux mêmes désignations peuvent employer des méthodes de prises en charge fortement différenciées en fonction des théories qui ont cours dans la structure, et selon comment les équipes des unités se les sont réappropriées et les ont adaptées à leurs pratiques (Jacqueline, 2006). Dans le but de désigner ces productions construites localement, nous mobiliserons plusieurs théories conceptuelles pour produire une typologie de ces pratiques, que nous nommerons « idéologies psychiatriques » (Strauss *et al.*, 1964), et qui nous permettra de nous défaire des termes indigènes ainsi que de réduire la grande diversité de théories à quatre formes d'applications, plus proches des pratiques factuelles des acteurs.

## **La pluralité professionnelle**

Pour ajouter à la complexité de la mise en place pratique de la prise en charge, il faut souligner comment la composition des équipes hospitalières, y compris en psychiatrie, s'est étoffée. Le personnel soignant a vu l'émergence des groupes professionnels paramédicaux, infirmières et aides-soignants ainsi que la mise en place d'une ligne hiérarchique de cadres administratifs issue de ces fonctions et parallèle à la hiérarchie des médecins. Qui plus est, d'autres groupes ont fait leur apparition au sein des équipes, comme les psychologues, neuropsychologues et psychanalystes, dont les groupes professionnels se sont construits en dehors de la tutelle psychiatrique. À l'inverse, les ergothérapeutes, les orthophonistes et d'autres groupes professionnels ont accepté la dépendance aux prescriptions médicales avec le statut de paramédicaux pour triompher dans leurs luttes pour la reconnaissance face à la concurrence (Demazière et Gadéa, 2009), et s'accorder une place dans les équipes hospitalières. Enfin, émergent d'autres professionnels qui mobilisent des méthodes moins communes, les

thérapeutes aux prises en charge artistiques ou assistées par l'animal, les patients experts et les pairs aidants, entre autres. Autant de nouveaux groupes qui peuvent intervenir dans les unités et qui diversifient les compositions des équipes professionnelles.

Les questions des droits des patients pris en charge sous contrainte, si elles ne sont pas nouvelles dans le champ de la psychiatrie, ont récemment fait pénétrer les acteurs du volet judiciaire au sein même des structures. Les avocats des patients et les juges de la détention et des libertés réalisent à présent les auditions à l'intérieur des bâtiments de prise en charge psychiatrique (Tartour, 2021).

Cette recomposition des groupes professionnels qui entrent en jeu dans la prise en charge du patient psychiatrique se produit en parallèle d'une réduction de l'hégémonie des médecins sur les questions de santé : certains groupes professionnels s'approprient des tâches médicales prestigieuses, quand d'autres obtiennent une plus grande autonomie (Freidson, 1988).

Qui plus est, de nombreuses recherches montrent comment certains groupes professionnels, y compris subordonnés, peuvent s'opposer aux politiques mises en branle par leur hiérarchie médicale (Paillet, 2007) ; voire, plus que s'opposer, ces groupes peuvent se dégager des marges de manœuvre pour faire émerger leur vision de la prise en charge, dans les interstices des textes formels et dans les moments d'absence des autres groupes (de Certeau, 1990 ; Crozier, 1963 ; Mougeot, 2019a). Ainsi, la prise en charge factuelle qui prend place entre les murs des unités d'hospitalisation ne suit pas la ligne directrice d'un ou deux acteurs au centre des décisions, mais se constitue dans l'interaction constante de l'équipe, ses négociations et ses luttes. Chacun pesant sur les décisions selon ses moyens, les situations vécues par les patients en sont différenciées.

## **Les diversités des parcours de patients**

Pour finir, les premiers intéressés par ce système labyrinthique et complexe, les patients, révèlent à leur tour la nature atomisée de leur groupe. Autrefois, l'asile imposait à cette population un mode de prise en charge unique, similaire pour tous, à temps plein pour des durées prolongées. Cela uniformisait les parcours d'internés, puisque tous, une fois pénétrés dans le système, y vivaient la même expérience. L'éclatement de l'asile, l'ouverture sur la cité, l'émergence des formes nombreuses et hétérogènes au niveau du territoire de la prise en charge ambulatoire crée une situation inverse. À présent, chaque patient éprouve son propre parcours, la fragmentation des rapports à la psychiatrie se retrouve au sein des temps passés dans le

milieu, dans les types de prise en charge expérimentés. Si bien qu'entre les patients, plus aucun profil ne se ressemble, ce qui complique l'usage même de la notion de carrière de malade mentale (Lovell, 1996b ; Robicquet, à paraître). Chaque patient révèle alors son propre degré d'insertion dans la psychiatrie, dans les relations qu'il se construit avec ce milieu. Il peut l'intégrer comme une forme de sociabilité centrale, soit s'en tenir le plus à distance possible ; mais il existe entre ces extrêmes toute une gamme de rapports possibles et plus complexes, sous des formes temporaires et intermittentes (Ogien, 1989 ; Velpry, 2008).

Cette atomisation du groupe par son rapport à la psychiatrie et les expériences que chacun y a vécues est renforcée au sein des unités d'hospitalisation à temps plein que nous étudions. La volonté de changement dans la politique de prise en charge, désireuse de réduire l'hospitalisation, a provoqué une réduction drastique des moyens et des lits pour les unités qui en sont chargées (Cases et Salines, 2004 ; Moreau, 2015). Aussi, parce qu'elles sont peu nombreuses et moins spacieuses, ces unités rassemblent des patients aux situations variées. On y mélange les patients sans égard pour leurs âges, des plus jeunes sortant à peine de la psychiatrie pédiatrique, autour de vingt ans, avec des patients âgés dépendants jusqu'à quatre-vingts ans. De même, on y retrouve une hétérogénéité des origines sociales et des situations, des patients issus de milieux économiques favorisés y côtoyant des personnes SDF ou toxicomanes, parfois hospitalisés en psychiatrie faute de place dans d'autres cadres de prise en charge. S'ajoute aussi une diversité des cultures d'origines, représentative de la richesse culturelle française, mais qui produit des rapports à la « bonne » santé mentale et aux attentes de prise en charge différenciées (Sicot et Touhami, 2015, 2018). Plus encore s'y croisent des patients dont la présence est volontaire, en soins libres, et des patients sous contrainte, en situation de crise et aux risques supposés d'auto ou hétéro agressivité. Un rassemblement qui se fait sans regard pour la pathologie que présente le patient. En somme, aucun d'entre eux ne ressemble à l'autre ; et si certaines structures essaient de différencier les unités d'hospitalisation en fonction de leur nosographie ou des situations de contrainte ou non, le manque d'espace et de moyens fait de ces fonctionnements des exceptions (Lopez et Turan-Pelletier, 2017a, 2017b). Or, en réunissant ces patients, on crée un effet pervers où tous se retrouvent à subir les encadrements coercitifs mis en place pour une fraction d'entre eux : fermeture des portes pour limiter les circulations et les risques de fugues, privations ou réductions d'accès aux objets perçus comme étant à risques, entre autres.

# **Les multiples modalités d'application de la contrainte**

Ainsi, les unités d'hospitalisation psychiatrique à temps plein sont les lieux de prise en charge dans lesquelles la contrainte est ouvertement mobilisée, ce qui leur vaut la désignation « d'unité fermée ». Mais en plus des différentes formes que celle-ci peut prendre, il est évident qu'elle ne peut être appliquée uniformément dans un milieu où chaque cadre à l'action est défini par son hétérogénéité : du plus lointain, dans la composition du maillage territorial, puis au niveau intermédiaire et les spécificités de chaque structure selon ses moyens et ses ancrages théoriques, jusqu'au plus proche de l'action, dans la pluralité des groupes professionnels qui interviennent et la composition des patients qui vont recevoir la prise en charge. Pour cette raison, ce travail de thèse cherche à comprendre comment se singularise la contrainte entre les murs des unités d'hospitalisation.

Il ne s'agit donc pas de questionner la pertinence du recours à la contrainte dans les unités d'hospitalisation, ni sa fonctionnalité thérapeutique. Nous ne nous demanderons jamais si elle est ou non justifiée, ni les implications morales de son usage. Partant du constat de l'indéniable recours à cet outil, par les acteurs des équipes dans ces milieux, nous chercherons plutôt à interroger les pratiques et les interactions autour de cette contrainte. Ce qui préoccupera ce travail de thèse, c'est la forme que prend la contrainte dans les unités qui ont la réputation d'en faire la mobilisation la plus intense, puis comment elle est transformée, individualisée et perpétuellement négociée par les acteurs.

Pour répondre à des questionnements sur l'individualisation de la contrainte, dans un milieu psychiatrique caractérisé à tous les niveaux par son hétérogénéité, il sera nécessaire de passer par une analyse comparative des pratiques locales. Dans ce but, nous avons réalisé trois terrains de recherche ethnographique en unité d'hospitalisation, de structures différenciées ; soutenue par des entretiens, y compris avec des acteurs issus d'unités d'hospitalisation d'autres structures, pour pouvoir identifier les comportements communs et ceux qui se différencient entre les lieux.

Nous explorerons la manière dont s'imposent les premières contraintes à l'entrée du patient dans l'unité : elle se pose dans son aspect le plus intense au début de l'hospitalisation du patient, après quoi, elle se singularise pour chacun, dans le sens de retraits de privations, sauf en des cas spécifiques et plus rares que nous présenterons. Pour illustrer le fait que la contrainte dans les unités d'hospitalisation s'exprime principalement sous la forme de « dé-contrainte » qui prend place sur des sujets variés, allant de la sortie de la chambre d'isolement jusqu'à l'obtention

d'une cigarette, nous construirons le terme de « micro-libertés ». Ces accès divers, individualisés, composant la liste personnelle d'options dont dispose le patient, produisant ses conditions de vie au sein de l'unité (Tartour, 2021), et nous montrerons qu'ils sont au centre de toutes les interactions et de toutes les tâches que réalisent les acteurs dans le travail psychiatrique, soignants comme patients. Par ailleurs, nous détaillerons comment l'accès à ces micro-libertés ne sont pas déterminés uniquement par les soignants et peuvent se négocier entre patients ; de même que certaines sont reliées entre elles, et constituent un parcours d'accès successifs, incrémental, qui précède souvent la sortie du patient de l'unité (Partie II).

## **Pour une sociologie des travaux psychiatriques**

Cette thèse s'est construite sur notre sensibilité pour les questions d'organisation informelle et de répartition des tâches de travail. Désireux d'être le plus représentatifs possible de ce qui se déroule au sein de la boîte noire que représente l'unité d'hospitalisation, nous chercherons à aborder l'ensemble des acteurs en présence, intervenant sur les questions des micro-libertés, même partiellement. Pour y parvenir, nous nous concentrerons sur chacun des groupes successivement. Cependant, nous verrons que les micro-libertés émergent et se construisent uniquement dans l'interaction entre les acteurs. Aussi, nous essayerons de ne pas montrer une vision isolée de chacun de ces groupes, mais plutôt de présenter leur point de vue spécifique, leurs logiques et leurs moyens d'intervention lors des interactions avec les autres groupes en présence, pour peser sur les micro-libertés.

Dans cette optique, nous commencerons par revenir sur les groupes professionnels soignants (Partie III). Les psychiatres en premier lieu, qui disposent d'une place centrale dans les décisions qui concernent les micro-libertés des patients. Cependant, le contexte culturel occidental et français érode leur position hégémonique sur les questions de santé, et nous détaillerons comment ce contexte produit des impacts dans les unités d'hospitalisation : nous montrerons que le psychiatre n'occupe pas la posture de domination évidente à laquelle on aurait pu s'attendre, mais que sa position est moins stable et se joue dans l'interaction avec l'équipe. Dans cette même partie, nous aborderons les psychiatres au sommet de la hiérarchie médicale, les cheffes de pôle<sup>2</sup>, et leurs investissements dans des pratiques pour tenter d'homogénéiser leur structure autour de pratiques et de représentations communes. Par la suite, nous aborderons la place des infirmières, pour lesquelles nous montrerons comment leur

---

<sup>2</sup> Dans ce travail de thèse, nous écrivons les groupes d'acteurs dans le genre qui y est majoritaire sur nos terrains de recherche (cf. chapitre I pour plus de précision à ce sujet).

présence continue, bien plus prolongée que n'importe quel autre groupe de professionnels, leur permet de plus nombreuses interactions privilégiées avec le patient. Cette marge de manœuvre leur offre un poids sur les micro-libertés des patients : elles sortent de leur rang subordonné pour jouer un rôle majeur sur ces questions. Nous terminerons sur la position des aides-soignants, qui occupent une posture dévaluée et exclue des décisions sur les micro-libertés ; pourtant, nous illustrerons comment certaines idéologies construites localement peuvent produire une situation différente pour ce groupe dans certaines unités.

Nous ferons ensuite glisser notre point de vue vers les patients et leurs familles (Partie IV). Nous montrerons que ce groupe est marqué par son hétérogénéité, par les caractéristiques qui s'y retrouvent, les rapports personnels au milieu psychiatrique, les modes de prises en charge et les pathologies. Par ailleurs, nous ne nions pas le fait que des troubles psychiatriques puissent s'exprimer sous des formes très variées, que ce soit dans les symptômes qu'ils produisent chez l'individu ou dans leurs étiologies. Cependant, dans ce travail de thèse, nous ne mobiliserons pas les nomenclatures de troubles psychiatriques. En effet, celles-ci diffèrent d'un terrain à l'autre, dépendantes d'idéologies localement appliquées. Nous aurons donc à cœur de nous défaire des termes indigènes en matière de santé ; aussi de la même manière que nous chercherons à nous défaire de la typologie des théories issue du milieu psychiatrique, nous essayerons de nous passer des différents termes que celles-ci utilisent pour catégoriser les patients pris en charge.

Nous montrerons alors que le groupe des patients n'est ni passif, ni tout à fait dominé. Il investit et négocie lui aussi sur les questions de micro-libertés. Nous expliciterons comment se construisent des alliances avec certains professionnels, voire avec certaines équipes d'unités spécifiques, et comment cela influe la composition de ses micro-libertés. La famille des patients, quant à elle, est généralement exclue des questions des micro-libertés au sein des unités. Nous verrons comment les équipes entretiennent un rapport ambivalent à ces proches : elles ont besoin d'eux pour une partie des micro-libertés ou pour la sortie d'unité du patient. Dans le même temps, elles les excluent des prises de décisions suite à des manques de confiance institués de longue date. Là encore, nous exposerons les changements que peuvent produire les idéologies psychiatriques. Certaines d'entre elles peuvent intégrer les familles aux prises en charge *intra-muros*, et par-là même, leur offrir une place importante dans les décisions qui concernent les micro-libertés de leur membre hospitalisé.

Pour finir, nous aborderons d'autres groupes d'acteurs professionnels qui interviennent aussi pour une portion des micro-libertés de certaines fractions des patients (Partie V). En premier lieu, nous discuterons des acteurs impliqués dans les démarches judiciaires qui encadrent les soins sous contrainte. Nous parlerons spécifiquement des secrétaires médicales pour lesquelles nous mettrons en avant le rôle d'expertes qu'elles occupent au sein des équipes, éloignées des prénotions que l'on pourrait avoir sur ce groupe subalterne. Nous discuterons ensuite le lien avec les professions du droit qui pénètrent par moment dans les unités d'hospitalisation : les avocats et les juges, qui pèsent eux aussi sur une partie des micro-libertés, ce qui n'entre pas tout à fait dans leurs attributions judiciaires.

Après ces groupes professionnels du judiciaire, nous aborderons le cas des assistants sociaux et leur rôle dans la prise en charge médico-sociale d'un pan des patients de l'unité. Nous relèverons comment le groupe est qualifié « d'essentiel » par le reste de l'équipe, un adjectif que nous questionnerons, pour exposer finalement comment ce groupe professionnel dispose d'une place importante dans les prises de décisions, et comment il produit des avantages désirés aussi bien par les soignants que les patients sur les questions de micro-libertés.

Pour finir, nous aborderons le cas des groupes professionnels disparates qui accompagnent les équipes dans la prise en charge d'une fraction des patients. Parmi eux, on relèvera des ergothérapeutes, des psychologues, psychanalystes, orthophonistes et autres thérapeutes aux méthodes moins habituelles. Nous interrogerons la nature de cet agrégat de groupes professionnels, que nous désignons comme les « intervenants spécialisés », distincts aussi bien sur leurs méthodes que sur leurs reconnaissances professionnelles ; mais dont les modalités du travail sont sensiblement comparables.

La description successive de l'ensemble de ces groupes, avec leurs places dans les négociations et leur moyen pour jouer sur les micro-libertés, fera émerger un ordre négocié propre aux unités d'hospitalisation, qui se construit avec pour point central ces listes d'exceptions et d'opportunités pour le patient. C'est cette organisation informelle qui produit l'inventaire individualisé des modalités de prise en charge, qui particularise l'expression de la contrainte pour la durée du séjour dans l'unité.

De plus, tout au long de ce travail, nous aurons cherché à alterner les points de vue des différents acteurs, mais aussi les strates sociales qui pèsent sur leurs interactions, du plus proche au plus lointain de l'action (Baszanger *in* Strauss, 1992). Ainsi, nous aurons mis en lumière le caractère individualisé des prises en charge et de la coercition qui se fabrique dans les rapports interpersonnels entre deux individus qui interagissent, un professionnel et un patient : dans le contexte immédiat de l'action. Mais ce qui individualise les micro-libertés se trouve pareillement dans un cadre intermédiaire à l'action, l'idéologie psychiatrique construite localement, qui modifie les postures et les relations des acteurs, donc l'organisation informelle, de même que les contenus des micro-libertés, selon qu'elles soient considérées comme thérapeutiques ou non. Enfin, nous expliciterons pour ces groupes d'acteurs la place d'un contexte lointain, culturel, qui pèse sur les positions qu'ils occupent dans l'ordre qui se négocie.

# **Partie I : Contextualiser la recherche**

Ce travail de thèse s'intéresse aux fonctionnements qui prennent place au sein des unités d'hospitalisation de la psychiatrie, aux professionnels qui y travaillent et aux patients qui y circulent : à tous ces individus qui y vivent, y interagissent et y échangent. Cependant, la désignation de certaines structures par le terme d'unité d'hospitalisation ne fait pas sens en tant que tel, et il est difficile de comprendre les aboutissants réels de cette désignation sans avoir quelques connaissances préalables des fonctionnements du système psychiatrique français. L'objectif de cette première partie sera donc d'éclaircir ce que représente le terme d'unité d'hospitalisations : nous chercherons à expliciter de quel type de lieu, de pratiques et d'objectifs se cache derrière cette appellation. Pour cela, nous commencerons par dresser une histoire concise de la gestion de la folie en France. Nous montrerons le passage par le système asilaire, qui procédait par enfermement pour protéger la population d'une de ses parties déviantes ; puis le désenclavement de ce système avec la mise en place de la psychiatrie de secteur, qui modifia radicalement les modalités de prises en charge des patients psychiatriques. Cette histoire aura à cœur de montrer comment la prise en charge des patients à temps complet, c'est-à-dire qui vivent en continu dans une unité, a radicalement changé depuis les pratiques asilaires. Elle constitue à présent un fonctionnement spécifique et minoritaire : un recours pour les situations de crises des patients, à l'usage temporaire, dans le but d'établir un traitement médicamenteux et de conduire le patient dans un circuit idéalisé d'autres unités ambulatoire censé le soutenir dans sa vie au sein de la cité, et empêcher une rechute et une réhospitalisation. Cependant, la mise en place du secteur a provoqué des effets secondaires qui poussent les structures psychiatriques vers la mobilisation de la contrainte pour gérer le flux de patients. Des

fonctionnements qui s'observent dans toutes les modalités de prises en charge, mais particulièrement dans le cas des unités d'hospitalisation, articulées autour de la coercition pour limiter les déplacements des patients. Des fonctionnements créés à l'origine pour le cas de ceux hospitalisés sous contrainte, mais qui se retrouvent appliqués similairement aux patients en soins libres ; dans une généralisation des pratiques à ce point instituées qu'elles se retrouvent dans le terme « d'unité fermée » que les acteurs emploient et dans certains textes judiciaires, pour désigner le lieu d'hospitalisation. Par ailleurs, nous terminerons ce premier chapitre en nous demandant quelle est la population de patients qui circulent dans ces unités aux portes closes.

Pour permettre de comprendre les fonctionnements des unités d'hospitalisation, nous en aurons donc dressé une description unifiée. Cependant, lors de nos multiples terrains, nous avons constaté que les pratiques étaient bien moins accordées entre les structures psychiatriques, et il était possible de constater des différences importantes dans les fonctionnements, les interactions et les discours des acteurs ; suivant un ensemble de normes informelles, construites localement, sur certains pans du quotidien, mais non son ensemble. Pour comprendre l'origine des différences que nous observions, nous avons donc cherché l'appui d'autres recherches comparatives dans le domaine de la psychiatrie. Si cette approche semble relativement rare, nous avons pu tirer plusieurs réponses, sous forme d'outils analytiques : les « théories » de la psychiatrie, ses « orientations » et ses « références », ou enfin la mobilisation du concept « d'idéologie psychiatrique ». Chacune de ces approches offrait sa propre solution pour expliquer les différences entre plusieurs unités, cependant, toutes pointaient sur l'existence effective de différences fondamentales et impactantes entre les unités psychiatriques. Nous les présenterons en détail dans le second chapitre, après quoi, nous construirons notre propre réponse théorique pour expliciter les différences observées et pour permettre de systématiser les comparaisons de lieux : nous révélerons l'outil que nous avons dû construire pour comprendre nos observations divergentes et la construction de normes locales dans les structures.

Ainsi, nous aurons présenté ce que sont les unités d'hospitalisation, axées autour de la coercition, et les divergences locales que l'on peut y observer à l'œuvre. Pour finir cette première partie, nous chercherons alors à expliciter avec quelles méthodes nous avons pénétré ces terrains de recherche spécifiques, puis avec quelles méthodes d'écriture nous chercherons à en rendre compte dans ce travail de thèse. Au final, cette première partie dans son ensemble proposera un cadre introductif pour notre recherche, présentant le sujet qui y est au centre, de même que les diverses approches avec lesquelles nous l'abordons.

# Chapitre 1 : L'usage des unités d'hospitalisation par le service psychiatrique

Les unités d'hospitalisation à temps complet constituent l'une des modalités de prise en charge parmi les nombreuses que développent les secteurs. Cependant, elles présentent vis-à-vis des autres la particularité de fonctionner sous une forme intra-hospitalière, qui accueille les patients pour des temps longs, et s'accompagne souvent pour eux de régulations voire de privations des libertés (Moreau, 2015 ; Velpry, Vidal-Naquet et Eyraud, 2018 ; Tartour, 2021). Cette modalité de prise en charge questionne, dans une période où la psychiatrie n'a de cesse de s'ouvrir sur la cité, cherchant à exclure le moins possible le patient de la société *via* la multiplication de l'offre de prise en charge extra-hospitalière, avec l'objectif souvent défendu de ne plus créer de rupture avec les autres milieux de socialisations des patients (Ogien, 1989 ; Velpry, 2008).

Dans ce premier chapitre, il s'agira d'explicitier l'organisation de l'offre psychiatrique actuelle pour comprendre la place qu'y occupent les unités d'hospitalisation, et l'usage qui leur est réservé au sein de leur service, dans la gestion du flux de patients psychiatriques. Pour permettre cette compréhension, nous proposerons en premier lieu une rapide histoire de la psychiatrie, dont l'objectif sera d'explicitier la place que l'enfermement y tenait, puis les mouvements d'ouverture qui l'ont traversée. Cette histoire nous permettra alors de constater la lente réduction du mode d'internement psychiatrique et de son offre de lits pour les prises en charge *intra-muros*, soutenues par des logiques morales et économiques, et remplacées par des offres extra-hospitalières. Mais la désinstitutionnalisation s'accompagne d'effets secondaires qui questionnent sa réussite.

En effet, force est de constater la survivance du mode de prise en charge intra-hospitalier, et ses mécanismes coercitifs. Ce mode de prise en charge s'accompagnant de nombreuses privations de libertés, pour les patients en soins sous contrainte comme ceux en soins libres, ce qui s'observe dans la disposition et l'organisation du lieu, que nous présenterons dans cette sous-partie. Nous relèverons alors le discours des acteurs sur le terrain qui reconnaissent cette nature contraignante *via* l'usage de la dénomination « d'unité fermée » ; une désignation que nous pouvons retrouver partiellement dans les textes juridiques.

Enfin, après avoir explicité la nature des unités d'hospitalisation, nous nous questionnerons plus en avant sur la population de patients qui circule au sein de celle-ci. Nous présenterons quelques données de cadrages qui révéleront le faible effectif de la population pour laquelle on a recours à l'hospitalisation à temps plein, si on la compare au reste de la population psychiatrique prise en charge en extra-hospitalier. Cependant, nous montrerons aussi la quantité de travail que représente la fraction de patients hospitalisés aux structures psychiatriques et à ses professionnels.

## **La prise en charge psychiatrique : une histoire de désenfermement ?**

En France, la loi du 30 juin 1838 pose les bases de la prise en charge asilaire, dont la gestion revient aux médecins. Elle offre deux types d'encadrement aux soins, ceux volontaires et ceux d'office : en soi elle institue le premier recours légal à la contrainte pour soigner et prendre en charge la folie. Cette loi construit une première politique publique pour la psychiatrie, édictant la mise en place d'un maillage d'asiles pour permettre la prise en charge des « aliénés mentaux » sur l'ensemble du territoire. Pour autant, cette mise en place fut lente, progressive, et fortement différenciée géographiquement, certaines régions se dotant rapidement, quand il faudra plusieurs dizaines d'années à d'autres. De même, certaines régions auront encore recours à d'autres méthodes de prise en charge jusque tardivement dans ce XIX<sup>e</sup> siècle (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

C'est une double vision qui se met en place ici, d'une part l'aliéniste entend régler les problèmes des individus par le traitement psychiatrique, il entend « normaliser » les conduites qui ne le sont pas et soigner ces déviations. Coexiste aussi la volonté de protéger la société de cette population qui cause des troubles : on cherche le bien-être de la majorité de la population en la débarrassant d'une partie dérangeante, car inadaptée ; en enclavant la population déviante (Foucault, 1976 ; Moreau, 2015 ; Le Bras, 2018). La mise en pratique de ces logiques asilaires, réunir en des lieux délimités les individus présentant des troubles psychiatriques conduit à une augmentation du nombre de malades enfermés en leur sein, et on voit alors augmenter le nombre d'internés de 20 000 en 1848 à plus de 66 000 début 1900 (Le Bras, 2018, présentant les *statistiques de la France*, p.121).

Certains membres de ces institutions feront émerger des premières critiques dès le XX<sup>e</sup> siècle, ne se résolvant pas à l'enclavement de la psychiatrie et de ses patients hors de la

citée, et à l'enfermement pour seule prise en charge. Avant la Première Guerre mondiale déjà, quelques psychiatres luttèrent pour ouvrir la prise en charge de ceux que même la prison avait refusés. Parmi eux, retenons le psychiatre Édouard Toulouse, qui dès 1922, fit figure de précurseur avec la mise en place de « l'hôpital Henri-Rousselle », un service dans l'enceinte de Sainte Anne qui expérimenta la prise en charge de la psychiatrie ouverte (Bonnafé *in* Fourquet et Murard, 1975 ; Galifret, 2003 ; Henckes, 2009a).

La guerre interrompit temporairement ces premières velléités de rénovation du système asilaire, qui reprennent de plus belle au lendemain de la libération. Les oppositions à l'asile se font plus nombreuses, principalement sur son recours à l'enfermement comme manière de traiter la maladie mentale, l'inhumanité des conditions de vie qui y ont cours (Henckes et Majerus, 2022), ainsi que plusieurs « dysfonctionnements massifs » qui y prennent place (Henckes, 2009a). À ce moment, le contexte nouveau et le temps écoulé permirent l'émergence de nouveaux acteurs, un groupe de jeunes psychiatres ayant effectué leur internat aux hôpitaux psychiatriques de la Seine dans les années 20', et qui après la guerre arrivèrent pour beaucoup au pinacle de leur carrière, occupant des postes importants au sein du syndicat des psychiatres, du ministère de la Santé, en directeurs régionaux de santé ou dans des hôpitaux et services psychiatriques prestigieux (Fourquet et Murard, 1975). Ils réussirent à enclencher un mouvement de changement aussi bien politique que dans les pratiques, mais qui trouve des justifications et qui sera accepté pour un ensemble de raisons plus vaste que leur implication seule. Ainsi, on peut souligner l'impact des progrès pharmacologiques, les transformations culturelles ou les changements du rapport aux institutions : on constate une forte remise en question du caractère thérapeutique de l'enfermement et de la situation « infamante » qu'elle produit (Eyraud et Velpry, 2014 ; Henckes et Majerus, 2022). Des mutations sociales qui transparaissent dans les critiques que les sciences humaines dresseront de ces institutions, analysées sous l'angle du pouvoir et du contrôle, montrant la nature fermée, « disciplinaire » et dominatrice, dont le caractère thérapeutique se construit en excuse, *a posteriori* (Foucault, 1976, 2015), et *via* leur rapprochement avec d'autres institutions « totales » comme les prisons (Goffman, 1968). Certains de ces asiles se construisaient d'ailleurs sur une forme de mi-chemin entre la prison et l'institution psychiatrique, ajoutant l'autre sous forme d'annexe, ce qui illustre plus encore le lien entre ces deux institutions coercitives (Henckes et Majerus, 2022). L'empreinte de ces recherches fondatrices fut telle qu'elle « surdétermine » encore les observations et les analyses sur l'hôpital psychiatrique (Moreau, 2015).

Une raison politico-économique s'ajoute aussi, avec les mutations de l'Etat-providence, et la volonté de maîtriser les dépenses publiques dans la santé. Le maintien des lits est alors perçu comme plus coûteux que la prise en charge ambulatoire, ce qui offre une raison aux politiques

pour investir les volontés de changements exprimées à l'encontre de l'asile (Béart et Dembinski, 2012 ; Lopez et Turan-Pelletier, 2017a ; Mas *et al.*, 2011). Tous ces éléments se conjuguent donc pour provoquer un changement dans les modalités de gestion de la folie, qui prendra les traits de la sectorisation psychiatrique.

Les premières esquisses d'un changement auront pris place avec le décret ministériel du 8 avril 1937, renommant les asiles en hôpitaux psychiatriques et permettant la mise en place de premières structures de prises en charge hors des murs ; mais c'est avec la circulaire du 15 mars 1960 que la vision de la prise en charge psychiatrique change véritablement de cap. À l'hospitalisation prolongée, éloignant le fou de la cité pour protéger cette dernière, on supprime une vision radicalement nouvelle. Elle organise le territoire en secteurs et sous-secteurs géographiques : chaque sous-secteur devant disposer d'un service psychiatrique. Elle impose un quota de trois lits pour mille habitants, un secteur étant organisé pour 67 000 habitants environ. Les modalités de prises en charge des patients changent drastiquement, il n'est plus question d'isoler le patient, et de créer des asiles qui soient construits comme des lieux de vie durables et coercitifs, il s'agit à présent de réintégrer la folie dans la cité, de proposer un lieu de passage, temporaire et proche de la ville, pour soutenir le patient dans sa vie dans la cité. Pour y parvenir, on donne plus de place aux prises en charge extra-hospitalières, et on tente de lutter contre la mise à l'écart et les ruptures de vie. Ces prises en charge se mettent en place comme un accompagnement de l'utilisateur de psychiatrie dans son quotidien, un « à-côté » pour sa vie dans la cité, opposée à une prise en charge complète dans une « institution totale ». La loi du 31 juillet 1968 prolonge ces premières velléités en permettant aux médecins de ces structures psychiatriques de disposer des mêmes statuts que les médecins hospitaliers, et étend leur responsabilité sur d'autres modes de prises en charge, comme des suivis au long cours : dispensaire d'hygiène mentale, unité de postcure, etc... (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

L'arrêté du 14 mars 1972 pose enfin les modalités de mise en place du secteur, elle lui donne le mandat de prise en charge, ainsi que les moyens financiers. Le texte achève et concrétise le découpage géographique en secteurs, mais aussi, il précise que les consultations des patients sont gratuites (contrairement à d'autres pays). Enfin, la circulaire du 9 mai 1974 ajoute des précisions d'ordre pratique. Invitant à « abandonner toute référence aux normes anciennes », elle propose un temps plein infirmier en extra-hospitalier tous les 10 000 habitants du secteur ; ou bien elle précise l'obligation du secteur à prendre en charge les patients qui y vivent, mais aussi son droit d'accepter des patients en dehors (Eyraud et Velpry, 2012).

Comme pour les asiles en leur temps, la mise en place de la sectorisation sera progressive et inégale, dépendante des régions, des acteurs qui s'en emparent et des moyens qui y sont alloués. Une part des institutions et les structures psychiatriques favorisent les expérimentations, et on observe effectivement la mise en place de modes de prises en charge novateurs, comme l'association de santé mentale du 13<sup>e</sup> arrondissement parisien (Henckes, 2005). Le secteur psychiatrique compensant parfois son manque de souplesse en se transformant en lieu de coordination d'initiatives publiques ou privées qui prennent place localement, en marge des structures hospitalières (Henckes, 2009b).

Les modes de prise en charge extra-hospitaliers émergent, avec l'invention de fonctionnements nouveaux. Des services ouverts, hôpitaux de jour, des dispensaires ou des lieux de consultations sans hospitalisations avaient déjà entamé leur apparition avec la loi de 1937, ils se développent encore avec le secteur. S'y adjoignent d'autres nouveautés, avec par exemple la mise en place de visites à domicile ou de lieux d'activités thérapeutiques ; ou encore la mise en place de réseaux partenariaux, des liens avec des structures ou des institutions non hospitalières, dans la zone géographique, liés aux structures sociales, médico-sociales ou d'insertion par le logement (Eyraud et Velpry, 2012).

On constate aussi la multiplication des modes d'hospitalisations sous des modalités différentes de celles à temps complet, à laquelle on cherche des alternatives : les CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), les foyers de postcure, les hôpitaux de nuit, les appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, hospitalisation à domicile... Qui plus est, l'hospitalisation à temps complet mue elle aussi, les grands centres asilaires en marge des villes laissent alors la place à des structures d'hospitalisations plus petites, à taille humaine, relocalisées au plus proche des centres de populations desservis (Moreau, 2015).

La mise en place de cette diversité des offres permet d'y intégrer plus facilement les « petits psychiatriques », ces patients aux troubles moins marqués et moins contraignants, et de poursuivre la prise en charge de patients chroniques stabilisés. Le système de consultation sans hospitalisation augmente la demande et allonge les files actives.

Si elle fait figure de précurseur, la France n'est pas le seul pays à entrer dans ce mouvement de désenclavement de la psychiatrie, qui s'observe aussi États-Unis en 1963 sous le gouvernement Kennedy, qui adopte un changement de structuration de sa psychiatrie d'ordre similaire au secteur psychiatrique français (Hochmann, 2013, p. 106). On l'observe aussi en Italie où un programme de fermeture totale des institutions asilaires est lancé ; et de manière

moins drastique, une majorité des pays occidentaux entament un processus de réduction du nombre de lits (Henckes et Majerus, 2022).

En France, la réduction des lits entamée depuis les années 1970 s'accélère encore avec l'arrêté du 3 juin 1980, qui détermine à présent une quantité de lits de 1 à 1,8 lit pour mille habitants. La situation sur le territoire présentait un excès de lits vis-à-vis de cette nouvelle norme, et un déficit d'unité pour les soins extra-hospitaliers. Le plan de 1984 à 88 prévoit donc la fermeture de 12 000 lits et le remplacement de 28 000 autres par des places en soins ambulatoires. Pour accélérer ces changements, l'État s'insère dans la planification et la mise en place des équipements psychiatriques, au niveau départemental (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

L'augmentation fulgurante du nombre de psychiatres, presque multiplié par dix depuis 1970, participe au foisonnement d'initiatives : la plupart d'entre eux ont été formés dans les secteurs naissants, et les règlements ne sont pas tout à fait fixés, de même que les crédits sont encore abondants (Henckes, 2015). Cependant ces essais et ces transformations sont peu structurés et peu homogènes ; apparaissent de nombreuses pratiques locales ; une diversité dans les modalités de prise en charge des unités, mais aussi dans les groupes professionnels qui y interviennent, les structures se dotant différemment parmi les assistants sociaux, les éducateurs spécialisés, les psychologues ou psychanalystes, les ergothérapeutes, les art-thérapeutes... (Henckes et Majerus, 2022).

Ce développement quasi anarchique crée une cartographie des offres en psychiatrie quasi illisible, à laquelle s'ajoute l'inégalité de l'attractivité des territoires, qui conduit à l'émergence de déserts médicaux que ne compensent pas les textes. Localement, on constate des situations de blocages quand certains projets extra-hospitaliers entrent en conflit avec les objectifs de l'établissement ; ou encore des situations moins favorables aux initiatives et prises de risque qui empêchent l'émergence de mode de prise en charge nouveau. Enfin, le recours aux aides parallèles aux hôpitaux psychiatriques, les structures associatives ou privées, provoque le retrait du monde politique par endroits.

Par ailleurs, plus que le manque de régulation de ces situations problématiques, les cadres juridiques fluctuants ajoutent à la complexité de la sectorisation psychiatrique. Ainsi, ce dernier disparaît des textes juridiques à la suite de l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui cherche à simplifier l'organisation du système de santé, et le remplace par les territoires de santé, unifiés avec la médecine générale. Il est ressuscité avec la loi du 26 janvier 2016 qui vise à moderniser le système de santé, et qui explicite les missions du secteur, dont celle de devoir

garantir un accès aux soins psychiatriques à la population. Ainsi, la « politique de santé mentale » se retrouve être une construction aussi bien au travers du projet régional, avec le directeur général de l'ARS, mais aussi *via* des projets d'acteurs locaux impliqués, particulièrement, mais pas uniquement, les professionnels de la santé.

À la suite de ces changements, la majorité des pôles psychiatriques se retrouvent fusionnés dans des établissements de santé polypécialisés des groupements hospitaliers de territoires (GHT), devenant donc un service psychiatrique, comme il existe un service de chirurgie, car les GHT exclusivement psychiatriques sont rares (seulement 12 sur les 96 existants en France). Une situation qui retire donc une partie de sa spécialisation à la psychiatrie. Pour contourner ce manque de spécialisation, la loi prévoit l'existence de communauté psychiatrique de territoires (CPT), mais cette affiliation n'est pas obligatoire (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

Ces différentes modifications du texte ajoutent des structurations pour la planification des institutions de psychiatrie, mais elles n'en retirent pas. Autrement dit, elles construisent des strates de gestions administratives qui ne se superposent pas tout à fait. Le plus général est le projet régional de santé, dans lequel s'insère un projet territorial de santé qui lui-même englobe la CPT. Autre organisation contiguë, le projet médical partagé du GHT produit lui aussi une politique, qui peut être influencée par le projet territorial et régional de santé, et dans lequel on produira un projet d'établissement<sup>3</sup>. Aussi, il est aisé de se perdre dans cet imbroglio de structures, qui fait figure de dédale aussi bien pour les patients que pour les professionnels ; d'autant plus complexe qu'il est interdépendant : *« Chacun de ces outils d'organisation de l'offre, appliqués à des échelles territoriales différentes et associant plus ou moins d'acteurs, produit un contenu qui à la fois nourrit et se conforme à celui produit par l'autre »* (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

Au sein des structures psychiatriques aux organisations complexes, l'offre de soin prend la forme de petites structures ou organisations, dont certaines ne sont pas gérées par les hôpitaux psychiatriques, il s'agit de partenaires. Celles qui sont gérées par les hôpitaux prennent la forme des « unités », le plus petit niveau organisationnel hospitalier. Il s'agit d'un lieu situé géographiquement et d'une équipe qui y officie. Le lieu peut servir à accueillir des patients ou seulement de bureau pour une équipe qui travaille exclusivement en extra-hospitalier.

Ainsi, l'histoire récente des gestions de la maladie mentale révèle le désenclavement de la psychiatrie. D'abord, la mise en place des asiles en 1838 se construit dans une optique

---

<sup>3</sup> Cet enchevêtrement complexe est bien décrit page 77 de (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b) qui proposent aussi les risques d'une organisation si complexe et intriquée.

d'internement et de gestion totale des malades, ce qui les enclave hors du monde social, avec l'idée de protéger ce dernier de ses membres déviants et qui troublent l'ordre. Mais un ensemble de changements, dans les développements de technologies médicamenteuses, les visions sociales des institutions et de l'enfermement ainsi que des logiques politiques et économiques autour de l'État-providence conduiront à l'abandon du système asilaire au profit de la sectorisation de la psychiatrie, émergeant en 1960, mais dont la mise en place est inégale et s'échelonne en étapes.

Son objectif d'intégrer la prise en charge de la folie dans la cité en favorisant les prises en charge extra-hospitalières semble réussi, en 2014, 86,3 % des patients sont pris en charge exclusivement en ambulatoire (Moreau, 2015), grâce notamment au développement de nombreux modes de prises en charge novateurs, extra et intra-hospitaliers, qui diversifient, et parfois compliquent l'offre de prise en charge. Ces changements se traduisent alors principalement par une réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation, qui ont baissé de 60 % entre 1976 et 2016 (Lopez et Turan-Pelletier, 2017a), ainsi que dans la transformation de ces lieux : leur relocalisation au sein des cités plutôt qu'en périphérie, et la réduction des durées de séjours.

Cependant, la mise en place de ces divers textes juridiques « effrite » le mandat qu'avait acquis l'hôpital psychiatrique sous la loi de 1838. Eyraud et Velpry montrent comment les ouvertures successives de la psychiatrie hospitalière s'accompagnent de pertes de contrôle de certains aspects de la vie et de la prise en charge du patient : une réduction du *périmètre d'action* de la psychiatrie, et ce principalement sur trois points (Eyraud et Velpry, 2012).

Tout d'abord, les hôpitaux psychiatriques disposaient de la gestion des biens et de la personne des patients hors des établissements, ce que la loi de 1968 modifie. Si la gestion des biens aurait pu s'organiser dans le secteur, ce ne sera que rarement le cas, et cette gestion sera généralement reprise par le milieu associatif. À cela s'ajoute la généralisation de l'usage de l'allocation pour adulte handicapé permise depuis 1975. La conjugaison de ces deux délégations favorise l'activité des associations tutélaires, donc une gestion hors des institutions psychiatriques.

Qui plus est, au cours des années 70', la mise en vigueur d'un ensemble de textes judiciaires qui visent à réorganiser l'hôpital psychiatrique pour le rapprocher des hôpitaux généraux en retire la gestion des établissements d'hébergement. D'autres structures de ce type se développent pour les patients psychiatriques, alors hors de la tutelle hospitalière, dans le secteur social et médico-social.

Enfin, la disparition du travail au sein des établissements pour les patients psychiatriques, et avec, les ressources qu'il leur offrait, est aussi un point de perte de contrôle pour le milieu

institutionnel. Le recours aux allocations pour adultes handicapés à partir de 1975 s'établit en substitut, permettant d'obtenir des ressources pour le patient et ouvre aussi sur l'accès au travail protégé, mais loin de la gestion médicale. L'insertion professionnelle est donc elle aussi un recours hors de la gestion du secteur.

Pour Eyraud et Velpry, l'hôpital psychiatrique perd donc des périmètres de prise en charge : l'hébergement, la protection des biens appartenant aux patients, la possibilité de lui offrir des ressources financières et une insertion professionnelle par le travail ; l'ensemble de ces tâches revient à d'autres secteurs notamment associatifs. Or, « soumis à l'effritement de la loi de 1838, le mandat psychiatrique est naturellement amené à se recentrer sur la seule dimension de la loi qui n'aura pas été transformée, à savoir le fait que l'hôpital est le lieu du recours possible à la contrainte, à la rétention, à l'enfermement » (Eyraud et Velpry, 2012). En effet, le recours à la contrainte reste un levier qui n'est pas contesté aux structures psychiatriques, ce qui se constate par exemple, mais pas exclusivement, dans les changements qui prennent place dans les textes qui encadrent les prises en charge sous contrainte des patients. Ainsi, la loi du 27 juin 1990 remplace celle de 1838 sur les modalités des soins sous contrainte et les droits des patients ; elle sera encore modifiée par la loi du 5 juillet 2011, puis par celle du 27 septembre 2013, sans modifier son orientation, mais en affinant plus encore ses modalités. Les soins sous contrainte, bien que surveillés par le juge des libertés, restent aux mains des psychiatres, et s'expriment par une prise en charge intra-hospitalière. Par ailleurs, corroborant les théories proposées précédemment, plusieurs sources relèvent la hausse régulière des prises en charge sous contrainte judiciaire, soit en hospitalisation sans consentement, soit en programme de soins sans consentement : observant 20 % de hausse en six ans, tous régimes confondus<sup>4</sup>.

Mais ces formes de contraintes instituées dans le droit ne sont pas les seules formes qu'elles peuvent revêtir. Dans le domaine de la santé mentale, Lovell montre comment la coercition peut prendre différentes formes (Lovell, 1996a), elle en détache quatre. D'abord, la

---

<sup>4</sup> Hospimedia et l'association CRPA (Cercle de réflexion et de propositions d'actions sur la psychiatrie) ont ainsi publié et commenté des chiffres exposés en colloque national par la DACS (Direction des affaires civiles et du sceau), qui constate ces augmentations entre 2010 et 2018, accessibles aux liens suivants :

[https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/ministere\\_de\\_la\\_justice\\_2019-06-12\\_statistiques\\_hsc\\_2012\\_-\\_2018.pdf](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/ministere_de_la_justice_2019-06-12_statistiques_hsc_2012_-_2018.pdf)

[https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/crpa\\_divers\\_2019-06-11\\_communique\\_hausse\\_des\\_mesures\\_de\\_spsc.pdf](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/crpa_divers_2019-06-11_communique_hausse_des_mesures_de_spsc.pdf)

Plus tôt, en 2015, L'IRDES constate elle aussi une augmentation du nombre du recours aux soins sans consentement, bien qu'il s'agisse d'une part faible de l'ensemble des prises en charge (environ 5 %), qui reste majoritairement en ambulatoire (Coldefy, Tartour et Nestrigue, 2011), les résultats sont accessibles au lien suivant :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

contrainte (*Coercion*), soit le recours à la force physique ou émotionnelle pour contraindre le patient à un comportement attendu. Ensuite, le volontarisme contraint (*Coerced Voluntarism*), qui consiste à menacer d'une action contraignante si le patient psychiatrique n'effectue pas le comportement attendu. La troisième forme est celle de l'observance utilitaire (*Utilitarian Compliance*), dans laquelle les professionnels contraignent en offrant des ressources en échange des comportements demandés. Pour finir, Lovell distingue la persuasion (*Persuasion*), une forme de contrôle normative, dans laquelle le patient et le praticien partagent le même système de valeur symbolique : ils croient dans les mêmes normes, ce qui permet leurs interactions. Ensemble, ces quatre modes de contrainte constituent un continuum graduel, les actes des soignants se plaçant à différents points de ce continuum, et non dans l'une ou l'autre des formes de contrainte, de manière fixe.

Cette mixité des formes de la contrainte avec les patients psychiatriques permet d'en observer l'usage y compris dans des formes de prises en charge, plus ouvertes, et ambulatoires, où la contrainte directe et le volontarisme contraint sont des formes moins mobilisées que celles de l'observance utilitaire et la persuasion ; bien que les quatre puissent être observées (Velpry, 2008), par exemple avec la mise en place de programmes de soins extra-hospitaliers qui permettent le recours direct aux forces de l'ordre pour assurer le suivi des soins. En somme, bien que le nouveau modèle de prise en charge psychiatrique se construise sur une volonté de réduction du recours à la contrainte, celle-ci persiste par des moyens et dans des milieux différenciés (Béliard *et al.*, 2015 ; Moreau, 2017).

La contrainte dans le milieu psychiatrique, parce qu'elle dispose de plusieurs formes d'exercice, prend place dans la pluralité des offres de prises en charge que nous décrivions précédemment. Cette pluralité des formes de la prise en charge, principalement hospitalière, produit d'ailleurs un éclatement de la carrière morale du patient psychiatrique (Goffman, 1973). L'offre de prise en charge ne se structurant plus sous une seule modalité commune à tous, elle prend la forme d'un vase ensemble de micro-institutions qui produisent « quantité de profils hybrides » chez les patients de la psychiatrie (Lovell, 1996b). Parmi cette multiplicité de trajectoires de patients au sein des structures de la psychiatrie se détache un processus idéal, structurant l'organisation du secteur, et pourtant factuellement plus rare que les autres : une trajectoire de patient qui débute par une prise en charge intra-hospitalière, puis qui se prolonge par des prises en charge au long court, en ambulatoire, parmi de nombreuses options qui se construisent localement, mais qui visent uniformément à autonomiser le patient et à réduire les risques d'une nouvelle hospitalisation à temps complet (Velpry, 2008).

Par ailleurs, cette étape du parcours patient idéal par l'intra-hospitalier, tel que conçu par les organisations traverse généralement plusieurs unités spécialisées qui constituent un parcours d'hospitalisation. Ainsi, on distingue souvent une unité d'urgence psychiatrique, ou d'hospitalisation de courte durée (trois à six jours). À la suite de ce séjour, soit le patient retourne chez lui, parfois avec un soin en ambulatoire, soit il sera hospitalisé par une unité de son secteur. Cette hospitalisation prend place dans une unité « de seconde ligne » accueillant des personnes dont l'état ne semble pas encore permettre la sortie. Les patients y resteront à temps plein, pour des temps longs, de l'ordre de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, le temps que l'équipe les considère dans des situations qui permettent leurs sorties vers des modes de prises en charge extra-hospitaliers. Parfois, on relève l'existence d'unités d'hospitalisations de troisième ligne, qui ne fonctionnent pas à temps plein, destinées à des patients chroniques nécessitant plus de travail pour la réhabilitation (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

Or, cette étape de l'hospitalisation à temps plein, nous semble être le lieu privilégié de l'usage des formes de coercition multiples des prises en charge de la santé mentale, plus encore que celle qu'on observe dans les prises en charge ambulatoires. Elles sont le lieu où la contrainte physique s'observe le plus fréquemment, dans les dispositions du lieu, son organisation spatiale. Si elle ne représente effectivement plus qu'une faible part des prises en charge du secteur psychiatrique (Velpry, 2008), force est de constater qu'elle ne disparaît pas tout à fait dans les pratiques des structures psychiatriques, puisque ces unités d'hospitalisation à temps plein subsistent dans la quasi-totalité des secteurs, des territoires de santé et dans les structures hospitalières (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b) ; et qu'elles constituent un passage obligatoire pour certains nombres de patients (Moreau, 2015) où elle est mobilisée d'une manière nouvelle, sur des temps courts, et non plus infinis comme c'était le cas des structures asilaires ; cependant, il s'agit souvent d'un passage répété au cours de la vie des patients.

Dans ces lieux, la réduction des lits crée des unités qui mélangent les patients, les pathologies, et les situations de vie. Seuls les grands rassemblements de structures peuvent se permettre de spécialiser leurs unités, soit pour des pathologies données, parfois pour des âges donnés. Dans ces cas, les unités deviennent intersectorielles, mais elles représentent des situations exceptionnelles. La majorité des unités d'hospitalisation, par manque de lits, de moyens et de personnels, deviennent des lieux de mélange pour des situations fortement différenciées, aussi bien dans les caractéristiques personnelles de patients que dans les situations de prises en charge : mêlant patients en soins libres et en soins sous contrainte (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

Dans la suite de ce chapitre, nous décrirons plus en détail l'organisation et la structuration spatiale des unités d'hospitalisation. Nous montrerons comment elles se construisent autour de la coercition de la population patiente qui la traverse, avec l'usage spécifique de la contrainte physique (Lovell, 1996a). Nous montrerons aussi comment les acteurs, par les désignations qu'ils construisent de ces unités, ainsi que les textes judiciaires, soutiennent ces pratiques de contrainte instituées, appliquées aussi bien à des patients qui dépendent de ces régimes de prises en charge que pour ceux qui y entrent volontairement, en soins libres.

## **Les « unités fermées », ou l'expression de la contrainte dans les unités d'hospitalisation**

Ainsi, dans le secteur psychiatrique, les unités d'hospitalisation à temps plein sont les lieux qui semblent recourir avec le plus d'intensité aux multiples formes de la coercition ; aussi bien pour des patients en soins libres qu'en soins sous contrainte. Cet usage par les équipes de professionnels soignants se ressent dans les structurations de l'espace et de l'organisation du travail : circuler dans les unités fait rapidement réaliser les spécificités d'usage de ces lieux, organisés autour de la contrainte et de l'enfermement. Qui plus est, les discours des acteurs que nous rencontrons explicitent ces pratiques, usant de termes qui se retrouvent dans les textes juridiques pour désigner les unités d'hospitalisations. Autant de constats que nous révélerons dans cette sous-partie.

Il suffit de quelques heures passées à arpenter une unité d'hospitalisation pour sentir la nature coercitive de celle-ci, dans ses dispositions les plus banales. D'abord, de longs panneaux à LED accompagnés d'enceintes trônent sur les murs des couloirs des unités et du bâtiment, attachés en hauteur. Leur présence rappelle perpétuellement que le lieu n'est pas anodin, et peut devenir le théâtre de violences physiques à n'importe quel moment. Si un patient tente à sa vie, ou agresse un autre acteur, patient ou soignant, alors le dispositif s'activera avec une alarme puissante, le panneau indiquant le lieu du bâtiment où se déroule l'urgence. Pour les activer, les soignants portent sur eux en permanences de petits objets ressemblant à des *talkiewalkies* ou des bippers, sur lesquels un bouton permet d'activer un appel à des renforts, le système localisant lui-même le lieu d'où est émis le signal. Lors de telles situations, une partie des équipes de chaque unité converge vers le lieu en question pour aider le personnel à stopper

l'événement de nature violente, généralement en contraignant le patient à l'aide de contentions physiques ou chimiques, et en le déplaçant en chambre d'isolement.

Chaque unité dispose de deux de ces chambres, une installation devenue la norme dans les années 2000 pour répondre aux situations de crise et de violences des patients (Velpry, 2019). Installées à proximité de l'entrée de l'unité, elles offrent à voir des dispositions qui révèlent leur usage, avec des successions de sas et de portes fermées à clé, équipées de petites vitres montées dans les portes qui permettent la surveillance des patients qui y vivent, dans la partie avec le lit comme dans leur salle de bain. Régulièrement, on entend les coups des patients contre les murs ou les portes, et leurs cris étouffés ; ce qui peut donner une atmosphère pesante à l'unité et à son couloir principal : les chambres d'isolement étant situées à l'orée de l'unité, elles posent un cadre dès qu'on y pénètre. Par ailleurs, ces chambres disposent de petits boutons d'appels pour le personnel, dont le son résonne perpétuellement dans la salle de réunion d'équipe. Il résonne à ce point en permanence qu'on en oublie la présence après quelques semaines, les soignants ne relevant même pas leurs résonnements et n'y réagissant plus. On nous indique parfois que ces boutons sont cassés et sonnent quoi qu'il arrive, que le patient appuie dessus ou non.

Même hors de l'existence de ces deux chambres spécifiques, d'autres organisations de l'environnement et du quotidien révèlent l'objectif d'enfermement de la population patiente. L'impossibilité d'ouvrir les fenêtres, si ce n'est un petit volet d'aération, ou les grillages métalliques qui ferment tous les espaces donnant sur l'extérieur, cours et balcons, sont deux dispositions qui illustrent le souci d'éviter que les patients ne sortent sans l'accord de l'équipe. De la même manière, une grande partie des portes sont fermées à clé, révélant le contrôle qui est pris sur les déplacements des patients au sein même des structures. D'abord, les chambres individuelles peuvent être closes à clé par l'équipe, pour enfermer un patient trop agité : mais nous n'avons jamais observé cette possibilité mise en pratique sur nos terrains, et les soignants sont très critiques de cette pratique, bien qu'elle soit évoquée comme un dernier recours possible. Les accès aux salles communes des unités sont elles aussi régulés à l'aide de serrures : elles sont fermées la nuit, et ouvertes pour les patients la journée, parfois sur demande plutôt que par automatisme. Le but recherché est alors souvent d'encadrer des comportements perçus comme déviants par les soignants, tels que fumer à l'intérieur ou ne pas passer la nuit dans sa chambre.

Les pièces utilisées par les soignants sont elles aussi verrouillées en permanence : les bureaux de rendez-vous, la salle de réunions et celle de repos. Si les soignants justifient souvent de vouloir empêcher les vols, ces dispositions posent surtout une distance entre les patients et les

membres de l'équipe, qui offrent à ces derniers un contrôle sur les temps d'interactions. En effet, lorsque les membres des équipes ne circulent pas dans l'unité, les patients qui veulent entrer en relation avec eux doivent le réclamer aux portes fermées, en toquant et en appelant ; ce qui permet aux soignants de décider ou non s'ils désirent accéder à ces requêtes, et de maîtriser les temps d'attentes.

Pour finir sur l'une des portes les plus importantes, celle d'accès à l'unité est elle aussi toujours maintenue fermée à clé. Cette disposition est factuellement nécessaire : une partie des patients de l'unité y est en soins sous contrainte, et quelques-uns d'entre eux ne désirent pas poursuivre la prise en charge. Ils chercheront s'ils le peuvent à s'enfuir de l'unité qui les contraint. La disposition est nécessaire pour que l'unité puisse accomplir son rôle de prise en charge des situations graves et d'urgence qui nécessitent des soins sous contrainte : en cas de fugue, c'est l'unité qui est en tort, jugée sur sa capacité à offrir un lieu d'accueil convenable pour des patients dont les actes sont dictés par les symptômes des troubles psychiques.

Mais dans le même temps, cette disposition enferme le reste des patients, ceux qui occupent l'unité de leur plein gré, en soins libres. Les soignants présentent à ces derniers, lors de leur entrée, une « charte » de l'unité qui précise cette fermeture de porte qui restreint leurs mouvements ; il n'en demeure pas moins que la pratique est en opposition avec les textes qui encadrent ces modes de prises en charge libres :

*Code de la santé publique, article L3211-2 :*

*Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.*

*Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.*

Le code de la santé publique précise donc que la prise en charge d'un patient psychiatrique en soins libres doit être similaire à celle de malades soignés pour d'autres causes, y compris dans sa libre circulation dans la structure d'accueil. Mais dans leur modalité d'accueil, les unités d'hospitalisations psychiatriques ne respectent pas ce droit.

Outre la circulation des patients, la porte close de l'unité régule aussi leur volonté de sortie définitive de l'unité. En effet, nous verrons comment les soignants peuvent utiliser cette disposition pour prolonger les soins de patients en soins libres (cf. chapitre IV.1) ; usant alors de la contrainte par l'enfermement sur des patients que les textes protègent. Signalons tout de même que cette pratique n'est pas propre à la psychiatrie, et le recours à l'enfermement sur des

patients dans le milieu hospitalier est régulier lorsque les soignants le justifient par la nécessité de la prise en charge. Ainsi, on peut l'observer dans les services gériatriques où elle est employée pour éviter les fugues de patients perçus comme physiquement capables, mais mentalement troublés. Elle est aussi employée dans des services somatiques pour réguler les patients agressifs à cause de syndromes de manques ou de sevrages forcés par la situation de l'hospitalisation, régulièrement en cas de « delirium tremens ». L'enfermement des patients dans leurs chambres ou la fermeture des unités est aussi une pratique courante pour éviter les contaminations, par exemple suite à l'épidémie de Covid-19 pour éviter la circulation des maladies dans l'hôpital.

En psychiatrie, certaines structures cherchent à éviter ce fonctionnement en mettant en place des unités différenciées pour recevoir les patients en soins sous contrainte et ceux en soins libres. Mais cette pratique est encore peu répandue, car dépendante des moyens des unités : il faut multiplier par deux les équipes de soignants, et disposer de plus grands locaux. Cette disposition s'inscrit dans une dynamique inverse de celle qui structure la prise en charge psychiatrique : la réduction continue du nombre de lits d'hospitalisation a souvent contraint les structures à réunir les situations de patients, les gravités des troubles et les types de pathologie au sein d'une seule et même unité ; ce qui provoque des situations « problématiques » puisqu'il oblige à la fermeture de l'unité pour une poignée seulement de ses résidents, souvent en employant des « contraintes mécaniques », sous forme d'installations, moins coûteuses qu'en multipliant un personnel d'encadrement, mais aussi « parce qu'objectivement le comportement de certains malades peut mettre en danger ou en difficulté d'autres souffrant de troubles différents » (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b).

Ainsi, le manque d'espace intra-hospitalier et de nombre de lits, consécutifs aux changements récents de la prise en charge psychiatrique et alliée au manque de moyens, sont donc des vecteurs des modalités dans lesquels se construit l'hospitalisation en psychiatrie : on remplace le personnel encadrant par des dispositions matérielles qui contraignent tout en étant moins coûteuses pour les patients en soins contraints, et on y fait vivre des patients en soins libres. Ces derniers fonctionnements sont souvent relevés par les acteurs, y compris dans la manière dont ils nomment les unités d'hospitalisation.

Effectivement, ces unités sont désignées par des dénominations nombreuses, fluctuantes localement. Un tour d'horizon rapide permet de voir des appellations telle « unité d'hospitalisation », « moyenne ou longue durée, long-cours », « unité à temps complet », « unité de nuit » ou encore « unité d'entrant ou de pré-sortants ». Mais l'appellation la plus courante,

la plus régulièrement mobilisée par les acteurs dans leurs discours, est celle « d'unités fermées ». Une désignation que nous entendons quotidiennement dans les discours des différents acteurs de notre corpus, aussi bien parmi les membres des équipes que parmi les patients. Ce moyen de désigner l'hospitalisation met en exergue l'usage que les acteurs prêtent à ces unités :

**Quentin :** « Si tu veux un truc où il y a plus d'activités que l'unité fermée, il faut que tu ailles voir en UMD, là-bas ils font vraiment beaucoup d'activités avec les patients. » (*Infirmier, 30 ans, hors terrains*)

La dénomination « d'unité fermée » peut surprendre, dans le sens où il existe dans le milieu psychiatrique des unités où la contrainte est censément plus intense encore, et le contrôle et les régulations du quotidien plus pesantes, les UMD (unités pour malades difficiles). Ces dernières sont « atypiques » en ce qu'elles mêlent les patients les plus difficiles à gérer pour les unités d'hospitalisation, avec des criminels jugés irresponsables et des détenus nécessitant une hospitalisation (Velpry, 2019).

Les UMD sont construites autour d'un usage systématisé de la contrainte et de l'enfermement ; pourtant, les acteurs du milieu psychiatrique de notre corpus désignent les unités d'hospitalisation comme étant les « unités fermées », souvent en opposant les deux types de structures, comme le fait Quentin. Comparant les deux modes de prise en charge, ils spécifient similairement à cet infirmier les avantages des UMD sur les unités d'hospitalisation : l'organisation y serait moins coercitive pour les patients, qui y disposeraient plus facilement d'activités et d'espaces extérieurs accessibles par exemple. Cette distinction dans le discours des acteurs se retrouve similairement dans d'autres recherches, où les acteurs semblent souligner l'efficacité des UMD à sortir leurs malades, en opposition aux unités d'hospitalisation où la chronicité maintient plus longtemps les patients dans des situations d'enfermement (Velpry, 2019). Autrement dit, s'il existe des unités aux fonctionnements supposés plus contraignants, ce sont les unités d'hospitalisations qui sont désignées sous une appellation qui met en avant leur nature close. Il nous semble donc que les unités d'hospitalisations sont dénommées les « unités fermées » pour désigner les pratiques qui ont cours : les pertes de libertés des patients qui y entrent, les situations de contrôle qui y prennent place, et qui s'exercent sur l'entièreté des patients, malgré les différences de situations et de prises en charge judiciaires. Aussi, les durées d'enfermement des patients y sont prolongées en comparaison de celles des UMD, où le contrôle semble plus intense, mais plus court et avec une assurance structurelle de sortie, ce qui n'est pas le cas des unités d'hospitalisation, où les patients peuvent rester de nombreux mois, et parfois même de nombreuses années (cf. chapitre IV.3).

Par ailleurs, la désignation des unités d'hospitalisation sous le terme « d'unité fermée » ne se limite pas aux acteurs qui foulent directement les sols des structures psychiatriques, l'usage du terme perce partiellement dans les textes juridiques qui encadrent l'organisation de la psychiatrie. Ainsi, si elle n'apparaît jamais directement dans le code de santé publique, elle se retrouve dans les textes secondaires qui explicitent les mises en place de lois.

Par exemple, la circulaire Veil du 19 juillet 1993 explicite les volontés ministérielles sur la loi de 1990 qui institue les prises en charge des patients sous contrainte. La circulaire cherche à éclaircir les attendus que pose le texte de loi pour les préfets de régions et de départements. Elle précise tout d'abord que les patients psychiatriques hospitalisés en soins libres ne peuvent être contraints dans leurs déplacements au sein des établissements où ils sont pris en charge. Le texte ajoute alors une précision sur les règlements intérieurs spécifiés localement :

*« Certes, les règlements intérieurs peuvent prévoir des modalités particulières de fonctionnement d'un service, mais ces modalités, dont le malade doit être informé, ne sauraient remettre en cause ce principe. Il vous appartient de vous faire communiquer ce règlement et d'en vérifier la conformité aux textes en vigueur. »*

La circulaire Veil spécifie ainsi que le droit des patients en soins libre à circuler librement est supérieur à la mise en place de modalités spécifiques à un service qui poserait des restrictions de libertés de mouvement. En somme, le texte précise donc l'impossibilité de contraindre un patient qui serait hospitalisé de son propre gré dans une même unité qu'un patient en soins contraint. Le texte statue ainsi que les patients en soins libres « ne peuvent en aucun cas être installés dans un service fermé à clé » ; mais le texte ajoute une exception, spécifiant qu'il est possible d'enfermer le patient en cas de situation d'urgence, pour quelques heures tout au plus.

Plus tard, la circulaire discute du cas de patients en soins sous contrainte. Elle explicite, à propos de l'article L 326-3 de notre ancien code de la santé publique :

*« Si le placement d'un patient [en soin sous contrainte] au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée du placement limitée à ce qui est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. »*

Ici, la circulaire pose donc un usage spécifique aux unités dont la porte est verrouillée, celle d'une mobilisation temporaire, mais nécessaire pour certains patients, qui doit être réfléchie pour sa pertinence médicale plutôt que par automatisme dans le service. Le texte, en mobilisant la désignation « d'unité fermée », révèle la nature instituée de cette organisation et de cette désignation dans les années 90. Cependant, il cherche à encadrer et à limiter cet usage aux patients dont on peut effectivement restreindre les libertés par une situation encadrée juridiquement.

En somme, cette circulaire pose une dichotomie que le code de la santé publique ne posait pas : il faudrait deux formes d'unités d'hospitalisation, l'une fermée, utilisée dans des situations graves pour des patients en soins contraints, de manière temporaire et méditée ; puis d'autres unités d'hospitalisation, non closes, prévues pour les patients en soins libres et ceux en soins sous contrainte qui peuvent circuler librement.

Mais la circulaire Veil sera abrogée en même temps que les textes auxquels elle fait référence par l'ordonnance du 22 juin 2000 qui restructure le code de la santé publique, sept ans après sa mise en place.

Pour autant, la désignation des unités d'hospitalisation en « unités fermées » demeure, elle apparaît largement dans d'autres textes annexes au code de la santé publique : on la retrouve régulièrement dans les textes que produisent les contrôleurs généraux des lieux de privations de libertés et dans d'autres documents secondaires comme les appels de postes de directeur d'établissement psychiatrique ou de psychiatres.

Finalement, on la retrouve aussi très récemment dans l'instruction du 29 mars 2022, relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, et qui accompagne la loi de la même date qui modifiait certaines dispositions du code de la santé publique pour les soins sous contrainte. L'un des paragraphes de cette instruction s'adresse spécifiquement au cas des patients en soins libres. S'il rappelle le droit de circuler librement, il n'aborde pas les règlements intérieurs locaux. Il indique :

*« Un établissement de santé, public ou privé, qui n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1 du CSP, la prise en charge de patients en soins sans consentement ne peut donc recevoir que des personnes en soins psychiatriques libres ; ces dernières ont le droit, sous les réserves liées au bon fonctionnement du*

*service et indiquées supra, de circuler librement dans l'établissement et elles ne peuvent en aucun cas être hospitalisées dans des unités fermées ni a fortiori dans des chambres fermées. Si l'évolution de l'état de santé d'un patient jusque-là consentant aux soins exige que l'on transforme son mode d'hospitalisation, l'article L. 3211-2-3 du code de la santé publique oblige l'établissement à prendre, dans les délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre établissement qui assure ce type de prise en charge. »*

Ce paragraphe spécifie qu'il est impossible d'hospitaliser un patient en soins libres dans une « unité fermée » pour un établissement de santé qui n'assure pas de prise en charge sans consentement. Mais justement, il arrête son explicitation de l'article 3222-1 aux établissements qui n'accueillent pas de patients en soins sous contrainte. Cette spécification est révélatrice des pratiques : en indiquant l'interdiction aux structures sans patients en soins sous contrainte, elle permet implicitement la pratique dans les structures qui en reçoivent. En somme, ce paragraphe valide l'usage « d'unité fermée » pour des patients en soins libres si la structure qui les accueille reçoit aussi des patients en soins sous contrainte.

Ainsi, nous avons observé les acteurs des unités mobiliser le terme « d'unité fermée » pour désigner les unités d'hospitalisation. Un vocabulaire qui révèle les pratiques de ces unités, que nous avons décrites précédemment, et qui sont généralement closes sur le reste de la structure, mais présentent aussi des installations coercitives en leur sein. La désignation est un moyen pour les acteurs d'explicitier les comportements qui s'y déroulent, et le mode de prise en charge qui y est mis en place, réunissant des patients en soins libres avec ceux en soins sous contrainte, il uniformise les pratiques de contrainte. La désignation des unités d'hospitalisation en « unité fermée » ne se retrouve pas directement dans le code de la santé publique, mais apparaît dans les textes subsidiaires à celui-ci : les jurisprudences, les textes des contrôleurs des lieux de privations de liberté et les appels officiels à concours pour les postes de direction des structures psychiatriques. Plus marquant encore, il apparaît dans les circulaires et les instructions qui explicitent les changements de loi dans le code. On observe alors dans la circulaire Veil de 93' la volonté de cadrer l'usage de ces « unités fermées » en spécifiant qu'elles ne peuvent être employées dans le cas de patients en soins libres, mais cette circulaire ne sera effective que sept années avant d'être abrogée avec les changements de texte du code. Le terme « d'unité fermée » réapparaît dans le texte récent de 2022 où il est moins cadrant dans ses

applications, les proscrivant dans les structures qui n'ont pas la licence pour prendre en charge des patients en soins sous contrainte, mais ne régulant pas les autres types de structures, et implicitement permettant la pratique. En somme, les textes semblent donc s'être adoucis sur l'usage des « unités fermées » d'hospitalisation dans le cas de patients en soins libres. Aussi, l'usage de ce terme dans les textes qui légifèrent les prises en charge psychiatrique révèle la nature instituée de ce type de pratique dans les unités d'hospitalisation : il montre quelque chose de la mise en place des unités à temps plein, et ne cherche pas tout à fait à en réguler l'usage.

Nous avons à présent présentés la construction historique et l'usage des unités d'hospitalisation, ainsi que leurs fonctionnements intrinsèques, majoritairement axés autour de la contrainte, et ce principalement par manque de lits, de places et de moyens, ce qui pousse à mélanger les types de patients en soins sous contrainte avec ceux en soins libres dans des unités communes désignées « d'unités fermées ». Dans la fin de ce chapitre, nous allons chercher à présenter la population de patients qui traverse ces unités.

## **Qui sont les patients hospitalisés, « parcours complexes » et « code 01 » ?**

Dans le début de ce chapitre, nous avons constaté le maintien du mandat de la psychiatrie sur le recours possible à la contrainte et à la rétention, forme de résultat « décevant » de la dynamique de désinstitutionnalisation et de mise en place du secteur, qui a dans le même temps effrité les capacités d'action extra-hospitalière de la psychiatrie en offrant ces gestions à d'autres institutions. Ce recours à l'enfermement se localise alors pour majorité dans les unités d'hospitalisations, dont nous avons constaté les fonctionnements et les organisations de l'espace qui le permettent, et qui trouve un écho dans la désignation « d'unité fermée » que lui attribuent les acteurs ; parfois même présentées comme plus contraignantes que les UMD pourtant construites pour recevoir des condamnés de justice. Ces multiples présentations cependant illustrent peu la population de patients qui circulent factuellement dans ces unités, et nous essaierons dans cette fin de chapitre d'en dresser une représentation. D'abord, nous montrerons comment ils sont désignés dans les textes, ainsi qu'au sein du codage administratif des actes réalisés par les structures psychiatriques. Enfin, nous essaierons de dresser une présentation statistique de cette population, comparée à celle avec laquelle nous avons effectivement été en contact sur notre terrain.

En premier lieu, constatons que les patients qui circulent dans les unités d'hospitalisation représentent une minorité des patients psychiatriques des files actives des structures, environs cinq fois moins de patients (DREES, 2020). Ce chiffre se réduit encore lorsque l'on s'intéresse uniquement aux hospitalisations à temps complet plutôt que dans des unités semi-ouvertes, où la prise en charge est à temps partielle.

Pour désigner cette population minoritaire à la prise en charge particulière, le code de la santé publique utilise à une désignation propre, celle de « patients aux parcours complexes », qui apparaît dans l'article L3221-3 (cf. l'encadré adjacent). L'article pose effectivement la forme ambulatoire de la prise en charge psychiatrique comme principale pour le secteur et les territoires de santé ; et dans le même temps, son troisième point détache l'existence de « patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes », pour qui il est nécessaire d'offrir une forme d'hospitalisation, avec ou sans consentement.

Cependant ces patients n'ont pas des parcours par nature plus « complexes » que ceux de la majorité des usagers de la psychiatrie, chaque individu et chaque situation pouvant relever d'un parcours complexe. L'hospitalisation, on l'a vu, renvoie plutôt à un type de réponse de la part des équipes de la psychiatrie face à l'expression de certains symptômes. Il s'agit donc d'une désignation qui a lieu *a posteriori* de la pratique, et non d'une désignation pour laquelle le texte construirait une pratique et proposerait une prise en charge. Cette dénomination utilisée dans le texte révèle plutôt la difficulté à désigner l'hospitalisation dans un système qui se veut majoritairement ambulatoire et sans contrainte. Elle désigne l'incapacité du texte à homogénéiser des pratiques qui se passeraient de l'intra-hospitalier.

### **Article L3221-3 du code de santé publique**

I - Au sein de l'activité de psychiatrie mentionnée à l'article L. 3221-1-1, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :

1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

La mission de psychiatrie de secteur s'intègre dans la gradation des soins mentionnée à l'article L. 3221-1-1. Elle se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

II - Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

Dans les codages administratifs qui permettent de dénombrer les actes effectués par les structures psychiatriques, les patients qui circulent dans les unités d'hospitalisation à temps plein sont désignés sous un autre nom. L'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) dénombre 424 000 patients hospitalisés en temps complet ou partiel, précisant que 80 % d'entre eux seraient pris à temps complet, soit 339 200 (ATIH, 2019). Cependant, nous avons montré au décours de ce chapitre que l'hospitalisation à temps complet ne représente pas la seule modalité de prise en charge par les unités d'hospitalisation. En d'autres termes, un patient peut être désigné comme hospitalisé à temps complet sans passer une seule nuit dans une unité d'hospitalisation. Pour mieux comprendre ces distinctions, il faut se rapporter au codage des activités mis en place par les articles L. 6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique, qui regroupe dans l'hospitalisation à temps complet les formes suivantes (ATIH, 2018) :

- Code 01 pour l'hospitalisation à temps plein,*
- Code 02 pour les séjours thérapeutiques,*
- Code 03 pour l'hospitalisation à domicile,*
- Code 04 pour le placement familial thérapeutique,*
- Code 05 pour les appartements thérapeutiques,*
- Code 06 pour le centre de postcure psychiatrique,*
- Code 07 pour le centre de crise.*

Cette liste permet de découvrir une dénomination administrative pour les patients qui circulent dans les unités d'hospitalisation, les « codes 01 », qui passent dans des « unités à temps complet à temps plein ». En utilisant l'outil ScanSanté de l'ATIH, nous avons pu produire les statistiques des patients codés 01 pour l'année 2018, obtenant un nombre total de patients de 365 994. Mais à ce chiffre, il faut encore soustraire la part de patients mineurs pris en charge dans le secteur pédopsychiatrique, ce que l'outil ne fait pas automatiquement. Nous proposons donc un tableau de calcul pour connaître la population de patients majeurs circulant en unité psychiatrique pour l'année 2018 (cf. annexe 1), dont nous tirons les résultats suivants :

<b>Adultes en hospitalisation code 01 en 2018</b>	
Nombre total de patients distincts	342 177
Âge moyen des patients hospitalisés, années	49,56
Patients de sexe masculin en hospitalisation, en %	53,64 %
Nombre de journées de présence	16 935 309
Nombre de séjours	541 702
Nombre moyen de séjours	1,58
Nombre de séjours complets	455 249
Durée moyenne de ces séjours, jours	22,02
Nombre de séjours sous contrainte	114 604
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	33 732

Ainsi, notre tableau permet de déterminer que 342 177 patients ont été pris en charge en unité d'hospitalisation au cours de l'année 2018. Parmi eux, l'âge moyen observé est d'environ 50 ans, ce qui était relativement similaire aux situations lors de nos observations, où la majorité des patients en tout temps avaient entre quarante et cinquante ans. La population est aussi relativement égale en termes de genre, avec 53,64 % d'hommes, ce qui à nouveau correspond avec nos observations sur le terrain.

On constate alors que le nombre de séjours totaux en unité d'hospitalisation est supérieur au nombre de patients différents enregistrés sur une année : les patients font en moyenne un séjour et demi sur l'année. Cela signifie que les patients qui circulent dans les unités d'hospitalisation le font au cours de séjours répétés, ce que nous avons déjà explicité précédemment, mais dans des répétitions qui peuvent prendre place sur l'échelle d'une même année. Il était plus difficile d'observer ces constats sur nos terrains, dont la durée ne permettait pas une observation de ces fonctionnements ; mais les professionnels nous explicitaient souvent la chronicité de la psychiatrie en nous annonçant que la moitié des patients présents à tout moment dans l'unité étaient des « têtes connues », des « habitués » déjà passés à plusieurs reprises dans l'unité ou dans la structure de l'unité observée.

Le nombre de séjours complets désigne le nombre de séjours de patients qui se sont déroulés exclusivement en 2018, donc il fait disparaître les séjours qui débutent l'année précédente ou qui finissent celle d'après. Cette statistique permet aussi d'établir des hospitalisations qui s'étalent sur de très longues années, parfois plusieurs années. Le plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008 indique par exemple que près de 13 000 patients sont hospitalisés dans des séjours « trop longs », désignés comme « problématiques. La raison évoquée est alors celle d'un manque de relais médicaux sociaux qui poussent les unités d'hospitalisation à garder les patients comme s'il s'agissait d'unités de vie (nous verrons le cas de tels patients dans le chapitre IV.3 de ce travail de thèse). Mais le texte précise tout de même qu'un lit occupé à l'année empêche la prise en charge de près d'une dizaine de patients pour des séjours courts (Moreau, 2015).

Dans notre tableau, le nombre de séjours complets dans l'année 2018 permet de déterminer une durée moyenne de 22 jours pour les hospitalisations des patients dans l'année, tout en n'étant pas tout à fait représentatif des séjours réels. L'analyse de l'ATIH pour 2018 précise que la durée de présence pour les hommes est généralement bien plus longue que pour les femmes (60 jours contre 8 en moyenne, mais en comptant la prise en charge à temps partielle (ATIH, 2019)). La DRESS nous indique quant à elle que la durée de séjour moyen en hospitalisation est de 54 jours par an, en ne s'arrêtant pas à une analyse sur les séjours exécutés sur une seule année, résultat peut être plus pertinent (DREES, 2020).

Notre tableau permet aussi de déterminer que les séjours en soins sous contrainte représentent environ un cinquième de la totalité des séjours. Cette fois, la statistique est bien en deçà de ce que nous avons pu observer, où environ la moitié des patients étaient en soins sous contrainte au cours de nos observations ; mais il est possible que les séjours aux modalités usant de la contrainte soient aussi des séjours plus longs : au total, plus de patients en soins libres sont pris en charge dans l'unité, mais lors de nos observations, à un temps donné, le nombre de patients contraints et libres semble toujours approximativement égal, puisque ces derniers tournent plus régulièrement que les premiers.

Pour finir, nous avons vu qu'en 2018, la DREES comme l'ATIH dénombrent 2,1 millions d'usagers de la psychiatrie différents pris en charge en ambulatoire, contre nos 342 177 patients différents hospitalisés à temps complet ; soit près de cinq fois moins de patients. Ils constituent effectivement une part minoritaire de la population psychiatrique, qu'on qualifie de « parcours complexe ». Cependant, notre tableau permet de constater que l'ensemble de ces patients hospitalisés ont passé au total 16 935 309 jours dans les unités. Cette donnée nous semble alors particulièrement intéressante une fois comparée à la population majoritaire,

suivie en soins ambulatoires. Ces derniers bénéficient en moyenne de 10,5 actes chacun par an (DREES, 2020), les membres des équipes, sur nos terrains, nous explicitant que bien que de durée variable, ils effectuaient environ 6 actes par jour.

Un rapide calcul permet d'établir le nombre d'actes effectués à environs 3 697 881 jours au total pour les patients en soins ambulatoires, contre les 16 935 309 jours pour ceux en hospitalisation. Cette comparaison très grossière laisse cependant apparaître une idée qui ne peut être ignorée : bien que minoritaire, la part des patients psychiatriques qui circule en hospitalisation à temps plein (code 01) représente une charge de travail pour les équipes de la psychiatrie qui est bien plus conséquente que la prise en charge ambulatoire.

Effectivement, la quantité de travail réclamée aux structures psychiatriques dans les unités d'hospitalisation semble bien plus intense : il est continu, de jour comme de nuit, ce qui demande un plus grand nombre de membres d'équipe, de nuits et de weekends. Il est aussi nécessaire d'avoir du personnel de garde. Qui plus est, la présence continue des patients demande la prise en charge et la gestion des premières nécessités, les repas, la literie, les espaces pour l'usage quotidien : plus que pour des prises en charge ambulatoires et extra-hospitalières. Par ailleurs, il en va de même pour les patients, dont le travail psychiatrique est bien plus important dans les unités d'hospitalisation, où il est continu et réclame des comportements et des attentions sur l'ensemble des actes, quand le même travail en prise en charge ambulatoire demande des implications moindres, temporellement, et laisse plus de maîtrise dans les modalités de la vie quotidienne. À notre sens, il s'agit là de la composante la plus essentielle à percevoir sur le fonctionnement de l'hospitalisation dans les structures psychiatriques : elles représentent le plus grand investissement en termes de charge de travail pour les acteurs qui y circulent. Aussi, une analyse sociologique de ces lieux ne saurait se passer d'un regard par le travail, son organisation et l'ordre qui s'y négocie, ainsi que les questionnements sur les divisions des tâches qui y prennent place et les groupes professionnels qui s'y impliquent.

Pour conclure ce chapitre, rappelons comment nous avons montré que l'histoire récente de la prise en charge psychiatrique s'est construite sur un désenclavement de ses modalités de prise en charge. Motivés par un groupe de psychiatres réformateurs qui vont lutter pour l'ouverture de l'asile, appuyés par des changements scientifiques avec le développement de nouvelles technologies médicamenteuses, mais aussi des modifications plus profondes dans la culture occidentale qui font percevoir les pratiques asilaires comme infamantes ; et enfin, l'implication d'acteurs politiques qui perçoivent dans l'ouverture de l'asile de possibles économies pour les dépenses en santé.

La fin des pratiques asilaires voit l'avènement de la sectorisation, qui se cristallise dans l'émergence de prises en charge ambulatoires, nombreuses et innovantes, dans un développement inégal sur le territoire français, et compliqué plus encore par les régulations judiciaires qui ajoutent des couches organisationnelles superposées, et alterne la place du secteur dans la prise en charge psychiatrique. Cependant, l'ouverture du secteur et les mises en place des prises en charge ambulatoires produisent aussi un effet pervers, car les textes qui le régulent effritent le mandat d'action des hôpitaux psychiatriques, et leur retirent certains espaces de gestion des patients dans le milieu ouvert, récupéré par le secteur social et associatif. Cette perte conduit les secteurs à se recentrer sur le mandat dont ils disposent encore pleinement, celui de l'usage de la contrainte sur les patients.

Au sein de ces nouvelles modalités de prise en charge, l'hospitalisation des patients psychiatriques à temps plein est fortement diminuée : on réduit drastiquement le nombre de lits disponibles, et on déplace ces unités, dans des formes spatialement réduites, vers les centres urbains et les populations desservies. Enfin, les populations qui transitent dans ces unités le font pour des périodes courtes, principalement dans des situations de crise. Pour autant, ces lieux restent le théâtre par excellence de l'usage de la coercition sur les patients, aussi bien ceux en soins libres que ceux en soins sous contrainte. Cela s'observe dans la structuration du lieu, prévu pour gérer des situations de violences physiques et morales à l'aide d'outils de coercition et de contention comme les chambres d'isolement. On le perçoit aussi dans des dispositions qui révèlent la volonté d'empêcher les patients de sortir, avec les fenêtres qui ne s'ouvrent pas, les grillages métalliques installés aux espaces extérieurs, et plus encore, dans le verrouillage de la porte d'accès à l'unité, qui restreint les déplacements des patients, y compris en soins libres. Par ailleurs, on peut constater l'institution de ces pratiques de coercition dans les discours des acteurs, qui désignent les unités d'hospitalisation sous le nom « d'unité fermée », en ce qu'elle est par nature close pour contraindre les patients à y rester. Désignation qui se retrouve dans les documents annexes au code de la santé publique, notamment mais pas uniquement dans les circulaires et les instructions qui explicitent les changements au code effectués par l'entrée en vigueur de nouvelles lois.

Pour finir, nous avons tenté de présenter la population de patients qui circule dans ces unités d'hospitalisation, d'abord en observant les dénominations qui leur sont données dans les textes, puis avec la production d'une analyse statistique, qui nous a permis de mieux comprendre ces patients hospitalisés et leurs séjours en hospitalisation. Ainsi, nous avons constaté l'équilibre entre les genres ou encore la prépondérance d'un âge autour de cinquante ans. Enfin, nous avons constaté la multiplicité de leurs séjours : les patients hospitalisés le sont généralement à plusieurs reprises, ce qui montre la redondance de l'usage

de ce mode de prise en charge pour la population pour laquelle il est employé. Par ailleurs, nous avons montré la forte charge de travail que représentait la prise en charge de cet ensemble de patients, pourtant minoritaire si on le rapporte à l'ensemble plus vaste des usagers de la psychiatrie extra-hospitalière. En somme, malgré leur nombre restreint, les modalités de leur prise en charge *via* l'hospitalisation réclament de la part des structures une organisation et un temps de travail bien supérieur à celui combiné de tous les autres patients qui circulent en psychiatrie.

# Chapitre 2 : Théories, Orientations ou Idéologies de la prise en charge psychiatrique

Le cadre historique que nous avons dressé précédemment à l'existence des unités d'hospitalisation montrait les changements profonds des modalités de prise en charge de la folie en France et dans la culture occidentale. Si nous l'avons exprimé au travers des mutations de l'offre de soins et du système hospitalier, nous avons passé sous silence un autre changement historique qui a marqué la psychiatrie, cette fois dans son champ intellectuel, mais qui prend place dans la même dynamique d'éclatement de la prise en charge asilaire.

Ainsi, au début du XX<sup>e</sup> siècle, le champ théorique et pratique de la psychiatrie perd son uniformité.

D'une part, le paradigme de plus en plus critiqué « d'aliénation mentale » est abandonné, et ce au profit de plusieurs typologies des troubles psychiatriques avec leurs méthodologies spécifiques pour prendre en charge et « soigner ». De la même manière et comme on l'a abordé précédemment, le mode de prise en charge unique de l'asile est lui aussi transformé en une myriade de dispositifs aux méthodes différentes, laissant la part belle aux innovations et expérimentations de structures portées par des psychiatres particuliers et investis (Fourquet et Murard, 1975 ; Henckes, 2009a).

Ce double changement explique la dissolution de l'unité théorique de la psychiatrie. Dans un premier temps, plusieurs paradigmes radicalement opposés s'affrontent avec la prétention d'expliquer par un système global l'ensemble des maladies mentales. Cependant, le nombre de ces modèles n'a cessé de croître sous l'impact de nouveaux idéaux et de nouvelles découvertes technologiques ou médicales ; dans le même temps, certaines des écoles déjà en place se subdivisaient sur des conflits internes, souvent à la suite de la mort d'une figure emblématique du concept. La disposition du champ théorique de la psychiatrie en une seule opposition fut donc elle aussi remplacée dans le courant du XX<sup>e</sup> siècle, cette fois par la coexistence d'un très grand nombre de doctrines où « aucune position hégémonique et omnipotente ne s'impose » (Lantéri-Laura, 2002). Le champ de la recherche en psychiatrie constituant alors une nébuleuse particulièrement large et complexe, et qui poursuit sa ramification encore aujourd'hui. Cet éclatement révèle par ailleurs la différence fondamentale qui sépare la psychiatrie de la médecine traditionnelle : les maladies mentales laissant encore de nombreuses zones d'ombres sur les mécanismes qui les sous-tendent. Cette moins grande maîtrise du sujet laisse la place à de plus

nombreuses interprétations qui se fondent en écoles théoriques dans le milieu de la recherche psychiatrique, pour expliquer et soigner le trouble.

Ces théories coexistantes ne se bornent pas à représenter un contexte lointain qui conceptualise la maladie mentale, leurs désignations sont mobilisées quotidiennement par les acteurs au sein des lieux de prises en charge, comme le fait cette infirmière de l'unité 1 pour nous expliquer son travail :

**Annie :** « Dans l'unité [X], ils sont psychanalystes. Les patients ils restent dans l'unité des années, y en a ils y sont depuis toujours ! Ça a plus sa place en psychiatrie j'trouve, c'est pas médical, alors que nous, en neuro, on a un vrai but, une vraie fin. » (*Infirmière, 45 ans, unité 1*)

Comme Annie, les acteurs mobilisent des termes de cette nomenclature précise qui compose la nébuleuse des théories qui coexistent dans le champ de la psychiatrie. Ces discours étaient alors majoritairement critiques, servant à justifier l'inscription dans l'une ou l'autre des orientations, et se construisant sur des hypothèses et des opinions parfois vraies et parfois moins (Demailly, Haliday et Hum, 2021). Elles visent à expliquer et justifier la « bonne manière » de prendre en charge les usagers, de passage dans leurs unités. Ce discours dont nous étions l'auditeur désigné se construisait alors par la mise en évidence de techniques de prise en charge du patient, rattachées à un ou plusieurs mots clés très spécifiques aux valeurs conceptuelles. Chacune d'elles entendant expliquer l'ensemble ou une partie des origines des troubles psychiatriques, se rattachant à une typologie spécifique pour trier les maladies mentales et s'accompagnant de pratiques, de méthodes et de postures spécifiques ; des solutions à adopter lors de la prise en charge de ceux qu'elles définissent en patients. Ainsi, ces théories ont une incidence directe sur le travail des équipes soignantes dans les unités psychiatriques, et influencent en profondeur, mais de manières très différenciées, le quotidien de la psychiatrie.

Pour percevoir les différences de pratiques et de conditions de vie pour les patients que ce contexte intellectuel éclaté produit dans les unités, il est nécessaire de dresser une approche comparative de ces théories, mais aussi des fonctionnements d'équipes et d'unités qui s'y affilient. Une approche pourtant peu fréquente, dont nous présenterons ici une bibliographie, sous la forme des trois approches sociologiques comparatives que nous avons pu distinguer pour discuter le champ théorique de la psychiatrie. Dans un premier temps, nous aborderons

l'approche de Lantéri-Laura, un psychiatre investi dans les sciences humaines et la sociologie de sa discipline. Nous proposerons ensuite la vision des chercheurs contemporains, et nous verrons sa proximité avec le discours des acteurs du terrain. Enfin, nous finirons par une approche plus ancienne, dressée par un groupe de chercheurs américains dans les années 60'. Après ces présentations, nous proposerons un outil sociologique pour permettre la comparaison des lieux de prises en charge psychiatrique, dont nous ferons usage tout au long de la suite de ce travail de thèse.

## **Les « théories psychiatriques » de Lantéri-Laura**

Le psychiatre Georges Lantéri-Laura produisit une abondante bibliographie au sujet de la psychiatrie en tant que sphère intellectuelle constituée de paradigmes multiples. Au sein de celle-ci, on trouve aussi bien des approches par l'histoire de la constitution du champ et de ses idées, que d'autres textes concernant spécifiquement certaines théories ou approches, soit dans leur constitution, soit dans leur mise à l'épreuve face à la prise en charge de pathologies mentales particulières. Une bibliographie à l'approche quasi épistémologique, plus conceptuelle que pratique, au sein de laquelle on trouve notamment une typologie des courants théoriques qui coexistent au sein de la psychiatrie. Cette dernière offre une approche par l'origine historique, ainsi qu'une comparaison de ces théories.

Lantéri-Laura, aidé de Luciano Del Pistoia, en proposèrent une première version dès 1981 pour l'Encyclopédie médico-chirurgicale, en ouverture du chapitre abordant la psychiatrie ; mais par la suite, Lantéri-Laura actualisa seul cette typologie pour les parutions successives de l'encyclopédie, et ce jusqu'en 2004. Ce rôle de rédacteur attitré révèle l'implication de ce psychiatre dans le champ de la psychiatrie, et la posture de spécialiste, légitime, qui lui était attribuée par les acteurs du milieu. Dans la suite de cette sous-partie, nous présenterons cette dernière typologie, la plus récente et la plus aboutie, profitant des améliorations et des réflexions qui ont émergées des parutions passées. Cependant, Lantéri-Laura précise tout de même qu'il ne produit qu'une collection partielle parmi la multitude des théories, sélectionnant les plus fréquemment présentes dans la littérature de la fin du XX<sup>e</sup> siècle, ou bien certaines pour lesquelles il éprouve des préférences (Lantéri-Laura, 2004).

Au sein de cette typologie, le psychiatre établit plusieurs niveaux de regroupements, de plus en plus précis, pour réunir les différentes théories : un premier niveau répartit les écoles par le milieu intellectuel qui les a enfantées, puis un second niveau les sépare en fonction de

l'approche qu'elles utilisent pour expliquer les causes des troubles psychiatriques. Ainsi, la typologie de Lantéri-Laura prend la forme suivante :

En premier lieu, il regroupe les théories intrinsèques, soit celles dont il retrace la conception dans le domaine même de la psychiatrie, et qui ont donc été conceptualisées par des médecins et des psychiatres. Au sein de celles-ci, il produit trois grands clusters de théories :

Le premier regroupe toutes les théories qui expliquent la folie par le système nerveux central, à un niveau biologique (« corrélations anatomiques », « notion de processus », « neuropsychologie », « biotypologie », et enfin « relais chimiques »). Chacune de ces approches rassemble des concepts et des auteurs spécifiques. Elles se distinguent les unes des autres par la place accordée au cerveau dans la maladie, mais aussi le siège de la pathologie supposée au sein de celui-ci. Ainsi le terme de « neurologie » est souvent utilisé par les sociologues, à tort, pour désigner toutes les approches psychiatriques qui situent les troubles dans le cerveau, quand il s'agit en réalité de théories qui expliquent les troubles spécifiquement par des lésions dans celui-ci ; une approche différente, par exemple, de celle des « relais chimiques », qui se base plutôt sur l'étude des neurotransmetteurs, supposant que les troubles et les solutions sont à y chercher.

Le second est constitué des théories psychanalytiques, que Lantéri-Laura ne différencie pas entre elles. Par ailleurs, il souligne qu'il considère ces idéologies comme ayant une origine intrinsèque au milieu psychiatrique, puisqu'il s'agissait à l'origine seulement de prise en charge de certaines pathologies, et non d'une discipline à part entière, ce qu'elle deviendra par la suite. Pour ces diverses théories, les troubles sont à trouver dans des interprétations ou des angoisses liées à des événements dans le passé des patients, qui produisent par la suite des symptômes de réponses déviant de la norme culturelle.

Le troisième cluster présente une théorie à part entière, puisqu'il s'agit de « l'Organodynamisme » de Henri Ey. Une théorie qui cherche à définir la globalité des troubles psychiatriques en réunissant plusieurs approches. Si elle soutenait l'idée de lésions biologiques dans le cerveau, elle considérerait que la neurologie ne suffisait pas à expliquer la pathologie, car ces lésions provoquaient des changements dans la personnalité de l'individu, jusqu'à en modifier profondément des fonctionnements. Ainsi, la pathologie serait à la fois d'origine physique et par l'esprit. L'intérêt particulier de l'auteur se ressent ici, puisque si Lantéri-Laura la présente comme la plus prestigieuse des théories, de par sa tentative d'explication globale, il est nécessaire au lecteur de savoir que c'est de cette théorie dont se revendique le psychiatre.

Enfin, le dernier des sous-regroupements est lui aussi une théorie à part entière, puisqu'il s'agit de l'antipsychiatrie anglaise. Une théorie dont Lantéri-Laura souligne la disparition

intellectuelle, car plus aucun chercheur ne travaille encore sur celle-ci. Pour cette école, la pathologie mentale et ses symptômes sont le fruit d'une vie de malade en « sujet le plus fragile de son groupe ». Un premier trouble s'exprime, suivi d'un parcours de vie dans des milieux : la famille, la cité, puis la psychiatrie. Cette dernière occurrence thérapeutique constitue alors un « piège » : contraignant le malade à intérioriser des manières d'être de patient. Autrement dit, l'individu faible est poussé dans un milieu qui lui crée sa maladie, en lui apprenant l'expression de ses troubles. Pour traiter le patient, l'antipsychiatrie anglaise propose alors de ne jamais contraindre le patient, ni physiquement, par les camisoles ou les murs, ni chimiquement, par les traitements, mais plutôt de l'aider et de l'accompagner dans son parcours de vie, avec ses faiblesses.

Par la suite, Lantéri-Laura dresse un second regroupement pour sa typologie, qu'il présente comme extrinsèque à la psychiatrie ; créés par des acteurs, ni psychiatres, ni médecins, mais intégrés par la suite au champ de la prise en charge mentale.

Au sein de celle-ci, Lantéri-Laura commence par regrouper les références à la psychologie. Il s'agit alors principalement des travaux qui ont vu le jour par et suite à ceux de Pavlov, avec des idées de conditionnement par la répétition d'actes, origines des troubles, mais aussi solution de prise en charge *via* un déconditionnement.

Puis, l'auteur différencie les références à la sociologie, un regroupement par lequel il désigne spécifiquement toutes les approches qui réfléchissent les pathologies mentales par le cadre environnemental du patient. Il différencie alors deux approches, microsociologiques ou macrosociologiques. L'école de Palo Alto serait le siège intellectuel d'une vision microsociologique, attribuant les troubles au cadre de vie immédiat du patient. La solution passerait par une prise en charge du patient avec ce cadre, par des thérapies familiales ou les thérapies systémiques (soigner par les systèmes, les groupes sociaux ou professionnels, *et cætera*).

L'antipsychiatrie italienne serait quant à elle le principal mouvement intellectuel microsocial. Considérant l'existence de pathologie mentale réelle, elle suppose tout de même qu'une grande part des autres troubles psychiatriques ont pour origine l'oppression de l'État et de la classe dominante, les symptômes seraient l'expression de mal-être lié à cette situation. C'est pour Lantéri-Laura ce mouvement théorique qui conduira à la fin de l'asile italien (*manicomio*) pour une approche par le territoire.

Enfin, l'auteur désigne son troisième groupement comme « Deux compléments ». Un choix qu'il justifie spécifiquement en expliquant qu'il ne s'agit pas tant de théories du champ

psychiatrique, mais plutôt de deux « attitudes ». Des formes d'options qui s'offrent aux psychiatres, en plus des écoles auxquelles ils se rattachent ; superposées aux théories précédentes. Il regroupe dans cette troisième partie les attitudes phénoménologiques et celles ethnopsychiatriques.

L'attitude phénoménologique propose une forme de théorie de l'introspection, visant à expliquer la posture de psychiatre et son rôle dans l'expression des symptômes de la maladie. Le médecin doit être attentif à son propre comportement dans ses savoir-faire, savoir et faire-savoir, qui sont les trois leviers de l'expression de son travail.

Enfin l'ethnopsychiatre, à l'inverse exacte, théorise que les troubles d'un patient s'expriment dans une culture spécifique. Ainsi, les symptômes n'ont de sens que dans la culture du malade, et dans une autre culture, ils perdent leur signification de mal-être. De même, ces maladies mentales ne peuvent être prises en charge qu'avec l'aide d'outils spécifiques à ces cultures, puisque les symptômes s'expriment dans des modalités dictées par la culture, lorsqu'elle conditionne le patient à son rôle.

Cette typologie présente pour nous un double intérêt. D'abord, il faut souligner sa précision, puisque Lantéri-Laura y nomme explicitement les théories de la psychiatrie qu'il choisit d'aborder. Pour chacune, il souligne les auteurs ou les écoles intellectuelles motrices dans l'élaboration des concepts ; puis l'auteur nous décrit spécifiquement les théories des pathologies et des pratiques de prise en charge, ce qui permet de différencier des écoles de pensées et leurs termes spécifiques que la plupart des individus confondent, y compris les sociologues lors de leurs analyses.

Le second intérêt de cette typologie est propre à l'analyse sociologique. En effet, en nous offrant une typologie si précise, ancré dans les courants intellectuels et les époques, Lantéri-Laura offre un matériau particulièrement intéressant pour une analyse de la science que représente la psychiatrie. Il permet de comprendre les oppositions de courants de cette petite sphère intellectuelle, aussi bien sur des questions de fond que de formes. Cela permet aussi au sociologue d'analyser la manière dont les psychiatres réfléchissent leurs propres différenciations dans le milieu de leur recherche.

Cependant, ce double avantage produit aussi le défaut de cette typologie pour le chercheur en sciences humaines. En effet, elle est rédigée par un psychiatre, et pour un public de confrères médecins, au sein d'un de leurs ouvrages les plus centraux. Or cette démarche se ressent fortement lorsqu'on poursuit une analyse sociologique. Les théories sont présentées *de facto* comme des solutions multiples à des troubles de santé. Elles composent un ensemble d'outils et de méthodes, appuyé sur des ouvrages clés, offerts aux psychiatres pour se

catégoriser théoriquement eux-mêmes, ou trouver des solutions de prise en charge pour leurs patients. L'approche comparative de Lantéri-Laura s'attache surtout aux différences d'origines des théories : une vision centrée sur l'histoire et des cercles intellectuels ; ainsi qu'une seconde comparaison dans la constatation de la pathologie et sa méthode de prise en charge par la théorie : *via* l'origine de son développement chez un patient puis son « soin ».

Or, cette approche ne s'attache jamais à discuter l'usage factuel de ces littératures et ces concepts sur le terrain, dans les unités psychiatriques et par ses acteurs. Elle reste dans le domaine des idées, et en cela, elle ne permet pas de saisir les fonctionnements informels réels de l'usage de ces théories. Une approche pourtant essentielle pour réfléchir sociologiquement le travail des équipes de la psychiatrie.

Ainsi, l'analyse de Lantéri-Laura offre au sociologue une approche intéressante du milieu qui théorise la psychiatrie, et permet de mieux comprendre les sens conceptuels accordés aux termes qui nomment les écoles de la psychiatrie. Mais cette approche ne permet de comparer des pratiques factuelles, sur le terrain, souvent réinterprétées et personnalisées par les acteurs.

## **« Orientations » et « références », le point de vue du terrain... repris dans la sociologie contemporaine**

**Dr. Armitage :** « Vous ne devriez pas utiliser le terme d'idéologie, il est inapproprié. C'est plutôt pour les personnes aidantes : ils ne sont pas formés, c'est une vocation quoi, donc là c'est une idéologie. Pour nous [les psychiatres et les soignants], il faut parler de références, ou d'orientations... Vous devriez lire les philosophes des lumières sur le sujet, ça vous permettrait de bien comprendre la différence. » (*Psychiatre, 65 ans, unité 3*)

Ces quelques mots constitueront la critique d'un psychiatre occupant une fonction dominante dans le pôle de l'unité 3, à la fin de la présentation que nous avons faite de notre projet de recherche, quelques semaines avant notre entrée sur le terrain. Cette remarque est révélatrice d'une posture que nous avons quasi unanimement constatée lors de nos trois terrains de recherche : les acteurs expriment un certain recul face aux termes et aux nominations spécifiques des courants théoriques de la psychiatrie, nous y reviendrons dans les parties qui concernent chaque groupe d'acteurs spécifiquement et leurs rapports aux théories. Un constat

qui semble généralisé dans les recherches qui portent sur les encrages théoriques des professionnels qui en font un usage pratique, où est souligné l'effacement des « guerres de chapelles » entre les chercheurs qui s'exprime plutôt dans l'espace médiatique. Les pratiques factuelles sur les terrains se marquant d'hybridation, même si des différences importantes subsistent (Demailly, Haliday et Hum, 2021).

Cette qualification distante des courants théoriques en « orientations » et en « références », que nous observons sur les terrains, se retrouve de la même manière dans les littératures récentes en sciences humaines. En effet, la question des théories qui ont cours dans un terrain de recherche est souvent expédiée en une seule phrase lors de l'introduction des articles les plus récents, quand elle n'est pas reléguée à une note de bas de page, ou simplement oubliée.

Une atténuation sans doute peu volontaire, car les chercheurs se trouvent confrontés à des acteurs qui n'investissent pas ces questions théoriques. De même, le fait que ces recherches soient rarement comparatives de plusieurs terrains, ou de plusieurs pôles différenciés, dissimule les divergences et les effets de structure plus globale que génèreraient la réalisation de terrains aux encrages théoriques conflictuels.

Pour autant, quelques chercheuses se sont essayées à l'exercice de la comparaison, se concentrant alors sur les pratiques factuelles de la prise en charge, ou les fonctionnements internes aux groupes de psychiatres qui se revendiquent d'un ancrage particulier. Pour établir leur comparaison, elles se fondent sur une analyse dichotomique, opposant les deux courants théoriques majeurs de la psychiatrie : les ancrages à la psychanalyse et la neurologie.

En premier lieu, on retiendra la recherche de Luhrmann où se met en place une comparaison entre deux « *conceptual orientations* » de la psychiatrie états-unienne du tournant des années 2000 (Luhrmann, 2001). D'un côté, elle place les « *psychodynamic psychotherapy* », un embranchement de la psychanalyse appliqué par des psychiatres, où les rendez-vous ont lieu en face à face, sans divan, et ne suivent pas de structuration temporelle fixe : la durée et la répétition des entretiens peuvent varier. Des changements qui facilitent la mise en pratique de la psychanalyse, notamment à l'hôpital. (Luhrmann, 2000, p.58 pour la différence entre psychanalyse et psychodynamique). Elle oppose cette approche avec la « *biomedical* », une psychiatrie qui se veut plus proche de la médecine somatique, basée sur l'usage systématisé des médicaments et une explication des troubles *via* le système nerveux central (nous emploierons les termes français de psychodynamique et biomédicale pour la suite de notre explication).

L'auteur qualifie ces deux courants de principaux dans la discipline psychiatrique : ainsi le DSM III, révolutionnant le milieu psychiatrique et cherchant à en dominer la prise en charge médicale, proposait deux lectures pour chaque pathologie, chacune à destination de l'un de ces deux axes. Elle constate alors que le courant neurologique remplace, lentement mais sûrement, celui psychanalytique.

Pour son analyse, Luhrmann se concentre majoritairement sur les différences que ces écoles créent pour les étudiants médecins qui se spécialisent en psychiatrie : les modes d'apprentissage, les ressentis et les solutions pratiques qu'apportent les écoles théoriques. Par la suite, elle aborde les questions des groupes professionnels et du fonctionnement quotidien des hôpitaux. Enfin dans le troisième chapitre de son ouvrage, où elle explicite la différence de rapport au patient et à l'organisation : les unités biomédicales posant une relation où le patient psychiatrique serait identique à un autre, atteint d'une maladie somatique, par exemple pour un dysfonctionnement cardiaque. Le médecin discute alors avec le patient de sa pathologie, puis établit des diagnostics et enfin un traitement systématisé grâce à la littérature. Mais cette approche pose selon elle le problème d'invisibiliser les modifications de comportement que produisent les troubles psychiatriques.

À l'inverse, elle décrit le fonctionnement des unités de psychodynamique comme majorant le rôle de la discussion, avec le patient, mais aussi au sein de l'organisation, où toutes les relations interpersonnelles sont analysées. Cela produit une posture respectée pour les acteurs au sommet de la hiérarchie, notamment les psychiatres chefs de pôle ; et ces derniers laissent pour leur part une marge de manœuvre aux soignants, et une marge d'intimité aux patients.

Par la suite, la recherche de Luhrmann réfléchit les milieux intellectuels et les chercheurs qui soutiennent ces deux théories et expédie rapidement un contexte historique pour expliquer comment la vision biomédicale supplante celle psychanalytique.

En France, un travail de recherche plus récent effectué par Jacqueline compare le fonctionnement de deux unités ancrées théoriquement, l'une dans un courant « psychopharmacologique », l'autre dans une approche « psychanalytique d'inspiration lacanienne » (Jacqueline, 2006). L'article révèle alors la distinction dans les rapports entre le patient et le psychiatre, ainsi que dans les techniques que ce dernier emploie dans sa prise en charge. Mais surtout, il déconstruit l'idée préconçue que la psychanalyse emploierait uniquement la parole, contre la neurologie qui s'appuierait seulement sur le médicament. Jacqueline montre comment les deux outils sont utilisés par les deux structures, mais c'est la manière dont ils sont mis en usage qui est modifiée par la théorie.

Ainsi, l'unité psychopharmacologique voit l'utilisation d'entretiens courts, standardisés autour de questionnaires qui permettent le diagnostic et décident le traitement. Ce dernier est appliqué au travers de plusieurs techniques pour s'assurer une supposée efficacité : en créant des paliers de prescriptions *via* des traitements non commercialisés en pharmacie et plus doux, avant des médicaments plus forts. De plus, chaque traitement vise à « abraser » des symptômes spécifiques. La gamme de médicaments est plus complexe, mais aussi plus coûteuse. Enfin, le rapport à la famille du patient se fait généralement sous la forme d'une alliance pour pousser le patient à accepter le traitement.

Pour sa part, l'unité psychanalytique affectionne des entretiens, dont « aucun ne ressemble à un autre ». Le psychiatre, qui parle peu, décide de la conduite à suivre avec chaque patient, individuellement. Les traitements sont employés, mais dans le but de réduire ou supprimer les symptômes qui nuisent à la discussion. Le rapport à la famille est cependant rendu difficile, car les psychiatres attribuent à celle-ci un rôle dans la constitution du trouble psychiatrique, ce qui provoque une forme de méfiance.

Pour théoriser ces différences pratiques de fonctionnements et d'interactions, l'auteur propose le concept des *mondes de soins*, qui désigne pour chaque unité une manière de prendre en charge, de former ses acteurs ainsi qu'une hiérarchie des priorités dans le quotidien qui lui est propre. Ces mondes de soins sont appuyés sur les « hypothèses » théoriques qui soutiennent leurs approches ; et il en résulte une stabilité locale au sein d'une unité, où les acteurs se retrouvent sur des pratiques de service et des discours communs. C'est au travers de ce concept que Jacqueline justifie l'existence de quotidiens et d'organisations de la prise en charge différenciés au sein des unités psychiatriques : articulés à la fois par le monde intellectuel et théorique de la psychiatrie, et par la mise en pratique de ces idées et la transmission de celles-ci aux nouveaux acteurs qui la rejoignent.

Pour autant, conscientes des engagements individuellement différenciés, et parfois relatifs, des psychiatres dans les théories psychanalytiques ou neurologiques, les deux autrices précisent qu'il s'agit d'orientation vers ces théories : ces médecins tendent à favoriser l'une des approches, mais n'en sont pas tous d'ardents défenseurs. Ces deux travaux comparatifs produisent des résultats dont l'intérêt ne peut être mis en question. Ils illustrent les différences fondamentales, dans l'apprentissage puis dans l'application, et avec lui la construction du quotidien, que les théories posent dans le milieu psychiatrique.

Cependant, ces deux recherches posent la dichotomie entre approche neurologique et psychanalytique comme pierre angulaire de leurs analyses. Luhrmann précise bien l'existence d'autres approches en introduction, mais les catégorise rapidement de secondaires ; expliquant

qu'elles n'ont jamais dominé les champs intellectuels de la psychiatrie, contrairement à la psychanalyse en son temps, et au moment de sa recherche, les approches médicamenteuses et neurologiques. De la même manière, Jacqueline ne pose jamais l'existence d'autres approches théoriques hors des deux qu'elle compare. Aussi, leurs comparaisons restent dans une optique dualiste, binaire, entre deux des écoles de pensées, ce qui exclut la généralisation de leurs théories à des équipes d'unités ou des psychiatres qui présenteraient des orientations différentes.

De plus, ces recherches comparent des pratiques originaires de terrains spécifiques, qui posent des orientations vers les théories, soit des appropriations de celles-ci, vis-à-vis desquelles les acteurs ont pris un certain recul. Aussi, les manières de faire, pratiques, de ces théories sont variables, et mobilisent des lexiques différenciés, personnalisés. Cela crée aussi une difficulté à la montée en généralisation, ce que souligne Jacqueline en comparant ses résultats à ceux de Luhrmann : les conclusions posées sur un terrain psychanalytique freudien diffèrent finalement des résultats dans une unité qui se dit lacanienne.

Dans leur rapport de 2021 sur les pratiques de soins, Demailly, Haliday et Hum poussent la démarche comparative plus loin en opposant non pas deux orientations, mais sept pôles de psychiatrie entre eux (Demailly, Haliday et Hum, 2021). Ce travail comparatif révèle la diversité de l'offre de soins française, puisqu'aucun site visité ne présente une orientation similaire. Le travail montre alors comment ces philosophies de soins sont généralement dépendantes de l'implication du psychiatre chef de pôle, qui cherche à homogénéiser sa structure sur une pratique commune. La recherche montre alors les aboutissements de son style clinique jusque dans les questions de management des équipes du lieu, et même les spécificités organisationnelles pratiques, comme le fait de favoriser une communication orale ou écrite au sein et entre les unités.

Plus encore, l'orientation va participer à déterminer le contenu de l'offre de soin au sein de cette structure. Le recours à certains registres d'intervention plus qu'à d'autres, le biologique et la réflexion sur le traitement, le psychique dans la relation au patient ou les prises en charge « hors soins », par exemple médico-sociales ou de réinsertion. Mais plus encore, la philosophie poursuivie par l'unité va déterminer parmi des pratiques similaires sur plusieurs lieux, si ces dernières sont à caractère thérapeutique ou non. En somme, la justification de la pratique, la place que celle-ci occupe et la valeur symbolique qui lui est attribuée dans un cadre différent selon l'orientation du pôle ; c'est le cas des activités collectives par exemple. Une autre recherche sur les mêmes terrains montre alors comment un atelier ayant recours à des pratiques artistiques similaires peut se voir valorisé et qualifié d'usage thérapeutique dans une unité, quand dans un autre lieu il est dévalorisé par une comparaison à des vacances, et considéré

comme purement occupationnel, secondaire face aux traitements médicamenteux (Demailly, 2020).

Ces trois recherches font émerger une problématique pour l'analyse sociologique. La reprise des paradigmes du milieu psychiatrique pour baser la comparaison gêne la comparaison entre les terrains, puisque des pratiques similaires peuvent avoir lieu sur des terrains aux orientations différentes, et inversement. Qui plus est, certains lieux peuvent ne pas se revendiquer clairement d'une orientation, et ne pas mobiliser les termes du milieu de la recherche pour désigner leurs propres pratiques (Demailly, Haliday et Hum, 2021). Cette difficulté avait alors déjà fait l'objet d'autres publications, antérieures à celles de ces chercheuses ; mais la solution retenue alors explique probablement qu'elles n'en aient pas connaissance, en plus du fait que leur ancienneté ait pu en compliquer l'accès<sup>5</sup>.

## **Les études américaines de 1960 et les « idéologies »**

En effet, entre la fin des années 50' et le milieu des années 70', dans le champ de la recherche américaine en sciences humaines, on peut trouver un microcosme de publications concernant spécifiquement la place des théories dans la prise en charge psychiatrique. Chaque recherche posant des références aux précédentes, et les auteurs se répondant au fil des articles dans une micro-communauté où tous se font référence, se critiquent, et s'appuient sur les conclusions les uns des autres. Nous n'en citerons ici qu'une partie, la plus pertinente pour notre sujet.

Une part importante de ces chercheurs s'attache alors à réfléchir l'histoire et la création de certaines écoles théoriques spécifiques, ou bien comment les acteurs s'en réclament (Honigfeld, 1962 ; Kahn, 1961 ; Mason et Sacks, 1959 ; Rapoport, 1961 ; Schwartz, 1957). Mais une fraction de ces chercheurs, qui nous concernent plus ici, s'essayeront à dresser des approches comparatives systématisées ; certaines sur la qualité des soins reçus par les patients selon la théorie poursuivie dans l'unité qui les accueille (Kramer, 1957 ; Orlinsky, Grave et Parks, 1994 ; Strupp, Fox et Lessler, 1969) quand d'autres désirent comprendre le choix puis le

---

<sup>5</sup> Luhrmann ne propose aucune littérature comparative dans sa bibliographie, et suppose en introduction qu'elle est pionnière dans cette approche ; quand Jacqueline s'appuie uniquement sur l'ouvrage de cette première : « à [sa] connaissance de l'un des rares auteurs à s'être lancé dans une sociologie comparée des pratiques en psychiatrie ».

processus d'engagement des acteurs dans l'une ou l'autre des théories, chez les psychiatres (Sharaf et Levinson, 1957), mais aussi pour d'autres professions (Gilbert et Levinson, 1957 ; Pine et Levinson, 1957 ; Strauss *et al.*, 1964). Dans tous ces cas, les questionnements soulèvent des considérations de l'ordre de l'organisation, formelle ou informelle, et du quotidien comparé des unités.

De cette période, courte, mais féconde, les chercheurs ressortent généralement un problème de taille : celui de l'usage des paradigmes du milieu observé. En effet, les chercheurs du début de la période se rattachent aux dénominations des théories employées par les acteurs *via* le terme de « *treatment orientations* », où on retrouve cette idée d'orientation vers une théorie plutôt qu'une application fixe de celle-ci, à la manière des acteurs de nos terrains, et de Luhmann ou de Jacqueline.

Mais bien vite, les chercheurs soulèvent deux limites : la première vient du fait que les acteurs ne sont pas unanimes sur les termes à employer pour désigner leurs rattachements, et ce du fait de la naissance récente de plusieurs approches qui ne sont pas encore pleinement définies. Ainsi, pour une même approche et souvent dans une même unité, les acteurs soignants auront des dissensions de l'ordre du lexique employé.

La seconde limite à l'usage des termes provenant du terrain est à trouver dans la ramification des théories, comme Lantéri-Laura nous l'a montré, en de nombreuses sous-écoles. Cela rend la comparaison entre des applications de théories moins facile, voire impossible. En effet, les résultats sociologiques des comparaisons entre plusieurs écoles trop précises sont difficiles à réemployer : une recherche sur un terrain qui se revendique de l'« *humanism* » ne peut pas être employée pour discuter un terrain plus tardif revendiquant la « *milieu therapy* », car les sociologues, en employant les termes de leurs enquêtés, auront posé involontairement une différenciation, alors même que ces deux approches dérivent d'un même courant, et appliquent des prises en charge ou des organisations extrêmement similaires.

Face à ces problèmes, les chercheurs américains des années 60' soulignèrent le besoin de créer leur « *own nomenclature* » (Gilbert et Levinson, 1957), différenciée des terrains et propre à l'analyse par les sciences humaines : une volonté qui les poussera à construire le concept de l'« *ideology* » appliqué aux professions.

Or, l'usage de ce terme n'allait pas de soi dans les sciences humaines de leur époque, puisque ce concept était jusqu'alors uniquement employé par les chercheurs pour réfléchir des mouvements politiques et sociaux profonds (marxisme, léninisme, communisme, libéralisme,

*et cætera*). Un type d'analyse dont la sociologie américaine avait montré l'essoufflement, concluant même « *the end of ideology* » (Bell, 1960) tant le déclin de l'engagement politique de la population en Amérique était intense.

Ainsi, le retour de l'usage du concept d'idéologie passait par une redéfinition de ce dernier, et surtout, une relocalisation, pour des sphères de questionnement moins larges : circonscrites à des domaines particuliers. Armor et Klerman revinrent *a posteriori* sur l'usage qui fut conçu pour le concept d'idéologie, et ce en analysant l'ensemble des textes les plus marquants de ce microcosme de recherche (Armor et Klerman, 1968). Ils en tirèrent une définition uniformisée, fruit de l'ensemble des recherches, qui posaient souvent leur concept de manière floue ou ne s'accordaient pas tout à fait entre elles. Il s'agirait d'une forme *d'idéologie professionnelle* (en opposition à l'idéologie politique), *qui constitue un système cohérent d'idées, de valeurs éthiques et de méthodes pratiques*. Autrement dit, on retrouve au sein d'une idéologie aussi bien les pratiques du quotidien que les discours qui les soutiennent et qui les justifient, ainsi que pour finir les idées des milieux intellectuels qui les conçoivent. Mais pour qu'un acteur soit classifié dans l'une des idéologies, il n'est pas nécessaire qu'il maîtrise ces trois sujets : le sociologue classe ses enquêtés dans sa typologie d'idéologies professionnelles selon leurs actes, leurs discours ou les théories qu'ils écrivent. Il peut s'agir aussi bien d'une infirmière qui ne conceptualise pas ses pratiques, que d'un chercheur psychiatre qui ne se rend plus sur le terrain pour la prise en charge factuelle de patients.

Ce concept d'idéologie, permettant de qualifier à la fois la construction du travail des acteurs, l'organisation de leur quotidien et enfin la théorie thérapeutique et son vocabulaire employé, se répandra dans les analyses sociologiques de l'époque, et fera l'objet de plusieurs conceptions successives, critiquées et reconstruites. En effet, dans le but de faciliter la compréhension des orientations thérapeutiques, les auteurs d'alors tentèrent d'ériger une typologie des idéologies, de regrouper les théories les plus similaires sur le plan épistémologique, organisationnel, thérapeutique et méthodologique.

Les premiers auteurs de la période produisirent des typologies bicéphales. L'une d'entre elles y opposait un cluster regroupant les approches psychanalytiques et psychologiques (« Analytic-psychological » ou A-P), d'avec un groupement des thérapies par la structure, les médicaments ou les traitements physiologiques (« Directiv-organic » ou D-O) (Hollingshead et Redlich, 1959). Une autre option, proposée par Sheraf et Levinson, oppose quant à elle l'approche psychothérapeutique, similaire à celle proposée par Hollingshead et Redlich, avec une idéologie socio-thérapeutique, dans laquelle le lien à l'équipe soignante et à la structure est plus important et le psychiatre en retrait (Sharaf et Levinson, 1957). Pour ces auteurs, l'usage

des traitements physiologiques représente plutôt une option pour le psychiatre, peu importe leur place sur l'axe d'opposition idéologique. Dans ces deux cas, les auteurs postulèrent l'existence d'un continuum entre leurs pôles extrêmes et opposés (« *ideal types* » in Weber's sense »); avec les psychiatres s'inscrivant à divers points de ce continuum, plus ou moins impliqués dans ces idéologies, plutôt qu'occupant des positions radicalement opposées, ils s'orientent vers l'un ou l'autre.

Cependant, les recherches postérieures appuyèrent la nature trop inconsistante d'une analyse dichotomique. En premier lieu, cette approche était trop éloignée du réel, plus complexe et multiple ; ensuite, les deux typologies précédentes s'excluaient partiellement, chacune posant des idéologies différentes à l'un des extrêmes de leurs continuums.

En 1964, Strauss, Ehrlich et Sabshin (ainsi que Schatzman et Bucher, mais ces derniers n'écrivirent pas spécifiquement sur les idéologies dans l'ouvrage) créèrent une solution au problème des typologies bicéphales, dont l'usage fut généralisé par le cercle des chercheurs (Strauss *et al.*, 1964). Ils proposèrent à la place d'agrandir à trois le nombre d'idéologies de la psychiatrie, et plutôt qu'un continuum, postulèrent que chaque soignant : psychiatres, infirmières ou aides-soignants (« *Aides* »), s'inscrivaient dans une combinaison d'avis et de comportements au quotidien, ce qui pouvait être mesuré à l'aide d'une échelle d'implication de celles-ci dans chacune des idéologies, produisant un score permettant de déterminer l'idéologie principale de l'acteur, et ce y compris si son discours ne citait pas les concepts théoriques qui adossent l'idéologie professionnelle en question.

Pour discuter cette typologie, ils imaginent des acteurs « puristes » : des extrémistes dans l'usage d'une idéologie et refusant complètement les deux autres. Il s'agit bien sûr d'un outil sociologique, et non d'une réalité de positionnement tangible. Il existerait trois grands axes, ou idéologies, qui structurent les théories psychiatriques (que nous avons ici traduites pour faciliter la compréhension) :

La *psychothérapeutique*, qui attribue les troubles à des traumatismes psychologiques personnels, mais exclut le contexte social et biologique du patient. La solution aux troubles se trouve donc dans des prises en charge et des thérapies spécifiques pour des maladies spécifiques ; thérapies dont il est prévu qu'elles soient longues pour être fonctionnelles, et dans lesquelles la relation personnelle entre le médecin et le patient est un système propre qui doit être à sens unique. Les hôpitaux qui appliquent cette idéologie donnent une place centrale à la relation médecin-patient, et les autres activités sont reléguées au second plan.

La *somatothérapeutique*, idéologie qui présuppose que les maladies psychiatriques proviennent de mauvais fonctionnements du système nerveux central. La vision génétique et

biologique est majoritaire tant dans l'explication que dans la solution, qui se trouve être l'usage de médicaments chimiques ou physiologiques. Il est intéressant de noter que pour les auteurs, les défenseurs de cette idéologie psychiatrique reconnaissent un manque d'explication entre la cause directe et les symptômes des maladies psychiatriques, et supposent que les progrès de la médecine permettront de faire ce lien dans le futur. Les hôpitaux dans lesquels cette idéologie est valorisée mettent de côté la relation avec le patient ou bien le contexte dans lequel il vit hors de l'institution. Pour les auteurs, ces services ressemblent alors fortement à des hôpitaux « classiques » et des services chirurgicaux dans l'organisation du quotidien.

Enfin, la *sociothérapeutique* part du principe que le contexte social du patient est la source centrale de ses troubles. Des vécus sociaux finiraient par laisser une empreinte sur l'organisme, et c'est les cultures et « *subcultures* » qui déterminent la manière dont les troubles s'expriment : les symptômes des maladies. Il n'y a alors pas de prise en charge spécifique selon les maladies, mais plutôt un certain nombre de ressources qui doivent être mobilisées pour « réhabiliter » le patient. Dans ces hôpitaux, la relation entre le patient et l'équipe soignante est centrale, et ces structures encouragent les membres de l'équipe à expérimenter des prises en charge et des rôles nouveaux dans la division du travail.

L'attrait principal de cette typologie est son intérêt pour le fonctionnement de l'équipe, ainsi que pour la relation entre le soignant et le patient : deux dispositions qui structurent fortement les échanges quotidiens dans les unités observées par Strauss et son équipe. Les théories, ces concepts indigènes, ne composent alors plus qu'une idée secondaire, qui justifie à l'origine une organisation bien que celle-ci puisse exister en dehors d'elle.

Cependant, les soixante années qui nous séparent de cette recherche rendent en grande partie obsolète ce triangle d'orientations idéologiques. En premier lieu, il faut constater la démocratisation des traitements chimiques dans la prise en charge des patients psychiatriques, constituant à présent et pour la presque totalité des différentes prises en charge une norme plus qu'une spécificité. Cet usage par la presque totalité des idéologies dilue donc le point de vue somatothérapeutique dans l'ensemble des autres postures. Ensuite, le mouvement de multiplication des idéologies psychiatriques que nous avons déjà décrit et qui se prolonge a rendu plus complexe encore la mise en typologie.

## Un vocabulaire qui a du sens

Pour qualifier cet ensemble hétérogène de concepts et de méthodes, on l'a vu, tous les individus n'utilisent pas le même vocabulaire. Ainsi on aura pu remarquer la différence de dénomination choisie par les différents chercheurs et acteurs pour désigner l'ensemble des courants théoriques coexistant dans le milieu de la psychiatrie.

Or, s'il est difficile de savoir à quel point ce vocabulaire spécifique fut consciemment choisi par celui qui en a l'usage, ces mots n'en demeurent pas moins profondément révélateurs de la posture de ceux qui les emploient, car il ne s'agit pas tout à fait des synonymes. Qu'il émane de chercheurs ou d'acteurs issus du terrain, le terme employé est toujours porteur de sens ; et révèle, au moins partiellement, la manière dont ces différents discutants choisissent d'aborder et de se servir des écoles de pensée en psychiatrie.

Tout d'abord, en employant le terme de théorie et de théorie de la pratique, Lantéri-Laura renvoie effectivement à des ensembles coexistants d'hypothèses et de concepts qui visent à décrire, expliquer, interpréter, catégoriser et enfin prendre en charge le domaine particulier de la folie. L'auteur reste tout au long de sa typologie dans le domaine du concept, de la théorisation et des écrits par les chercheurs du champ. Il n'aborde pas l'usage sur le terrain : la mise en pratique. Le terme de « théories » qu'il utilise reflète bien, dans sa définition la plus basique, cette volonté de ne discuter et de ne classer que ce qui fait partie du monde des idées, sans s'interroger sur l'application concrète et quotidienne de ces concepts.

Par ailleurs, la position de Lantéri-Laura face au sujet explique sûrement sa préférence pour l'analyse du milieu purement théorique. Psychiatre lui-même, il cherche surtout à typologiser la discipline psychiatrique et ses chercheurs les plus prestigieux. Son objectif semble être principalement la présentation d'une liste intelligible et représentative des options qu'offre le milieu, sûrement à destination de lecteurs qui cherchent à appréhender, comprendre ou se situer dans ce monde purement théorique : d'autres médecins ou psychiatres.

Le terme « d'orientation » n'est pas non plus anodin. Lorsque le psychiatre de l'unité 3 nous reprend pour nous intimer l'usage de ce terme plutôt que celui d'idéologie, interprétant une définition de l'ordre de la croyance, il cristallise la distance que mettent les acteurs du terrain psychiatrique avec les concepts théoriques. Effectivement, le terme d'orientation est une nuance. Il désigne une tendance, un point vers lequel on se rapproche. Il ne s'agit plus alors pour les soignants de s'inscrire spécifiquement dans un cadre conceptuel rigide, mais plutôt de s'inspirer, d'interpréter les théories établies et de composer avec elles une réponse pratique pour

la prise en charge quotidienne des patients. Enfantant une vision moins stricte, mais aussi plus personnelle, et souvent dépendante des moyens et du milieu où prennent place leurs pratiques. Il n'est donc pas étonnant que les travaux de sociologie récents utilisent eux aussi les termes d'orientation ou d'inspiration. Qu'il s'agisse des recherches sur un seul terrain qui expédient la question de l'ancrage théorique en une phrase ; comme des recherches comparatives, où Luhmann utilise le terme de « *conceptual orientation* » et Jacqueline ceux d'orientation et de référence. Puisque les acteurs du milieu n'élaborent pas de position et de discours stricts vis-à-vis de ces théories, et qu'elles occupent une place secondaire dans la pratique quotidienne observable, les chercheurs en nuancent eux aussi la place lors de leurs analyses.

Strauss et ses contemporains, quant à eux, emploient le terme anglais d'« *ideology* », similaire à celui d'idéologie en français, et dont les définitions impliquent la discussion de systèmes d'idées qui sous-tendent les actions d'un collectif. Ce vocabulaire semble pertinent, puisque Strauss aborde des concepts, mais aussi et surtout leur application au quotidien. Ainsi, il crée une typologie sociologique de son sujet, en l'abordant d'abord par le travail, l'organisation et le lien au patient. Ce faisant, il ignore les différences qui peuvent exister entre deux théories sur le plan des idées et des lexiques, se concentrant sur les similarités et les différences dans les interactions. Le terme d'idéologie permet donc de créer une typologie qui décrit le quotidien, sans s'embourber dans les considérations et les distinctions que posent les acteurs du milieu de la recherche en psychiatrie ; ce concept met l'accent sur l'action, la mise en pratique. Aussi l'usage du terme permet à la typologie d'être plus générale, et donc plus facilement réutilisable pour comprendre d'autres terrains que ceux directement présentés : le concept permet la montée en généralité.

Aussi, les théories de Lantéri-Laura décrivent uniquement le monde des idées de la psychiatrie, dans ce qu'elles ont de plus extrême. Les idéologies de Strauss et ses collègues posent quant à elles un cadre conceptuel pour qualifier des tendances dans les pratiques. Enfin, les chercheurs en sociologie plus récents reprennent à leur compte la position distante que les acteurs mettent en place vis-à-vis des théories, avec des termes comme celui d'orientation ou d'inspiration, se concentrant alors surtout sur les pratiques et l'action quotidienne. Ce vocabulaire révèle donc un gradient de discours, du plus éloigné au plus proche de l'action.

Pourtant, malgré ce vocabulaire différencié, ces trois axes de recherches pointent tous vers l'existence de ces théories et de ces pratiques différenciées dans le monde de la psychiatrie. Elles révèlent l'importance qui doit être accordée à ces sujets de divergences, qu'ils se localisent dans le milieu de la recherche en psychiatrie ou dans celui des pratiques factuelles des unités.

Lantéri-Laura, lorsqu'il décrit les théories qui coexistent en psychiatrie, nous révèle des discours de justifications de pratiques quotidiennes différenciées, comme lorsqu'il aborde les écoles antipsychiatriques, où l'absence de traitements médicamenteux présage de micro-libertés différenciées des pratiques idéaltypiques que nous avons décrites. Jacqueline, en construisant son modèle théorique des mondes de soins, permet de désigner ces différences de pratiques, en montrant que des usages spécifiques sont à trouver entre les théories au sein de celles-ci. Une approche qui n'est pas si éloignée des idéologies professionnelles que mobilisent les chercheurs américains, pour qui il s'agit aussi de désigner un ensemble de pratiques et de discours, soutenus par une école théorique. Ces chercheurs construisent des cadres partiellement proches de l'action, qui pèsent sur celle-ci, validant des ensembles de pratiques, de postures d'acteurs et de relations entre eux, qui produisent la prise en charge et le séjour des patients en unités psychiatriques : des cadres qui pèsent sur les conditions de vie, les micro-libertés, qui y prennent place. Ainsi, au vu de la place prépondérante que prennent ces micro-libertés dans le quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation, il semble nécessaire de recourir à un outil sociologique analogue à ceux que produisent ces chercheurs si nous voulons comparer plusieurs terrains, de références différentes, sur la position d'un groupe d'acteurs précis, et les aboutissants de ces changements de postures sur les rapports entre les acteurs et les compositions de micro-libertés de patients qu'ils produisent.

## **Notre typologie**

L'ancrage théorique des acteurs s'est effectivement émoussé depuis les années 60', comme le révèlent les recherches sociologiques les plus récentes ou comme le déplore Lantéri-Laura. Mais les concepts d'idéologies ou de monde de soins ne mettent pas l'accent sur ces théories seules, elles les considèrent comme un appui lointain à des pratiques, des organisations et des discours qui se construisent et s'individualisent localement.

Pour discuter les pratiques de nos terrains, qui se différencient chacune sur certains fonctionnements précis, il nous semble nécessaire de réemployer un outil sociologique similaire, qui nous permettra au fur et à mesure de la thèse d'explicitier les divergences de posture des acteurs dans leurs interactions. Nous allons donc proposer une typologie de ces cadres de déroulement de l'action dont on peut observer l'existence spécifique sur les unités de notre corpus. Cette liste d'idéologies, une forme actualisée de celle que proposaient Strauss et son équipe, constituera un ensemble de monde de soins qui dépassera une posture dichotomique pour prendre en compte des fonctionnements moins connus du grand public ou non dominants

dans le milieu psychiatrique. Cette typologie des pratiques, d'ancrage sociologique, se passe effectivement du vocabulaire des acteurs, en posant des titres de notre production pour permettre un usage plus large de la théorie, réemployable sur d'autres terrains. Mais si nous nous détachons du lexique que les acteurs mobilisent pour désigner les théories de la psychiatrie, nous nous permettrons d'exemplifier notre typologie par des concepts issus du champ psychiatrique qui justifieraient, même partiellement, ces idéologies professionnelles, ensemble de pratiques et de discours d'acteurs. Avec cette démarche, nous nous rattacherons aux trois approches que nous avons présentées précédemment, qui disposent chacune d'avantages propres ; en les mêlant, nous espérons aussi gommer leurs limites respectives.

### ***Les thérapies encéphalocentrées***

Les théories que nous regroupons dans cette idéologie postulent une origine des maladies psychiatriques comme étant la résultante de dysfonctionnements somatiques localisés dans le système nerveux central. Aussi, ces acteurs entendent appliquer une rigueur similaire à celle utilisée face aux maladies somatiques. Dans le discours, ils qualifient ces usages de plus médicaux et scientifiques. Ils cherchent à répondre par un traitement spécifiquement conçu face à une maladie particulière, et suivent donc des protocoles standardisés. C'est la poursuite de ces protocoles, composés de traitements chimiques et d'exercices de rééducation spécifiques, qui est perçue comme thérapeutique. On pourra ici citer en exemple les théories neuropsychologiques ou pavloviennes, ou dans un aspect plus pratique les TCC (thérapies cognitives et comportementales), ou encore les TRC (thérapies de remédiation cognitive).

Au sein de ces unités, les entretiens entre les psychiatres et les patients sont temporellement espacés et plus courts. Au moment de ceux-ci, le médecin prescrit, renouvelle et calibre le traitement médicamenteux, qui sera par la suite dispensé par les infirmières. Le psychiatre met aussi en place une prise en charge par un ou plusieurs des intervenants spécialisés de l'unité, qui appliquent des échelles et des exercices de rééducation standardisés, aussi bien par leur contenu que par leur durée, et qui sont censés agir sur l'origine ou l'expression des troubles. Ces intervenants spécialisés sont cantonnés à leur prise en charge et leurs méthodes, ils sont neuropsychologues, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, *et cætera*. On entrevoit donc un fonctionnement de ces unités où le psychiatre occupe un rôle de coordinateur distant, au profit d'une organisation similaire aux unités somatiques, qui pose des rôles cadrés à chaque groupe professionnel pour l'application du soin. Une telle organisation se retrouve par exemple dans la thèse d'Elsa Forner-Ordioni, dédiée uniquement à ce type de méthodes appliquées dans des unités psychiatriques (Forner-Ordioni, 2019, p. 55).

Il y a ici une certaine similarité avec la catégorie somatothérapeutique mise en place par Strauss et son équipe. L'origine théorique reliée au système nerveux central, et sa réponse par des soins standardisés pour des troubles spécifiques sont les mêmes. Cependant, la nature des réponses proposées a changé en profondeur. La démocratisation du traitement médicamenteux que nous avons déjà évoquée ne permet plus d'en faire une spécificité de cette approche. Mais à la place ont été adoptés un ensemble de tests et d'exercices visant à corriger les mauvais fonctionnements (ou réactions) du cerveau face à certains stimuli ou certaines situations. Ainsi, contrairement à la comparaison dressée par Strauss avec les services de médecine et de chirurgie, il serait plus vrai de dire que l'organisation et le quotidien de telles unités psychiatriques ressemblent aux services de rééducation post-AVC décrits par Muriel Darmon où le médecin coordonne l'action d'autres acteurs qui s'occupent chacun d'un pan de la rééducation (Darmon, 2021).

### ***Les thérapies par la structure***

Cette idéologie réunit les théories qui conceptualisent que la structure psychiatrique est la modalité de soins la plus pertinente dans la prise en charge du patient et pour permettre sa réinsertion dans la cité. Il peut alors s'agir de l'ensemble de la structure psychiatrique et du parcours du patient en son sein, ou alors des bienfaits thérapeutiques du plus bas niveau effectif d'une structure : l'unité. Le cadre mis en place dans la structure ou l'unité doit permettre la réintégration du patient en lui inculquant temporalité, respect des règles, etc. C'est le fonctionnement de l'unité dans son quotidien qui est perçu comme thérapeutique. Cette idéologie regroupe donc, entre autres, les théories de la psychothérapie institutionnelle ou certaines visions de l'antipsychiatrie.

Avec cette approche, la gestion et l'organisation du quotidien du patient occupent une position centrale. Les psychiatres ont une relation plus fréquente avec les patients, pour discuter et modifier les modalités du quotidien et de la vie courante lors des entretiens : les micro-libertés. De même, le traitement médicamenteux est pensé pour être vivable et facile à suivre au quotidien, plutôt que dans une logique standardisée de rapport établi entre une maladie et son traitement.

Les paramédicaux, infirmières et aides-soignants, sont les acteurs les plus présents temporellement dans l'unité, et au contact des patients. Ils sont chargés d'organiser et de réguler ce quotidien. Si les tâches qui leur incombent sont les mêmes qu'au sein des autres idéologies, elles prennent ici une valeur thérapeutique, ce qui réduit les distinctions hiérarchiques et les valorise (Demailly, 2021 ; Sarzier, 2020). Les intervenants spécialisés des équipes mobilisent

des méthodes perçues comme thérapeutiques, mais que les autres idéologies considèrent comme du loisir (Demailly, 2020 ; Eyraud et Velpry, 2014), puisque la prise en charge du quotidien, par les paramédicaux, est le soin. Ils organisent des activités physiques, artistiques ou bien des jeux.

### *Les thérapies par la psyché*

Les théories que nous rattachons dans cette idéologie thérapeutique attribuent des origines psychiques aux maladies psychiatriques des patients. Les troubles sont alors les vestiges de traumatismes, factuellement vécus ou réinterprétés, dans le passé du patient, et qui s'expriment par des symptômes psychiatriques. Pour ces acteurs, la parole et la discussion constituent les outils thérapeutiques principaux, de même que le lien individuel tissé entre le patient qui s'exprime et le thérapeute qui écoute. Ainsi, ce sont les entretiens et la relation entre le thérapeute et son patient qui sont perçus comme les moteurs thérapeutiques. Dans cette idéologie, nous pouvons réunir des théories qui s'opposent souvent entre elles sur les conceptualisations des troubles, mais dont les fonctionnements pratiques sont finalement similaires : comme les théories psychanalytiques (freudienne, lacanienne...), mais aussi celles de la psychologie clinique qui se basent sur l'observation et l'entretien plutôt que les échelles d'évaluation.

Dans le quotidien, ces unités mettent l'accent sur le lien entre le patient et le thérapeute : principalement le psychiatre, secondé parfois par des psychanalystes ou des psychologues, parfois aussi des infirmières qui se spécialisent. Il est admis que la thérapie est longue, et le patient reste souvent dans ces unités plus longtemps que dans celles qui poursuivent une autre idéologie.

Tel qu'on peut s'y attendre, dans les unités qui appliquent ces thérapies, les discussions individuelles avec le patient sont un élément central de la prise en charge et du fonctionnement de l'équipe. Dans ce but, le psychiatre réalise des entretiens longs avec les patients, parfois sans aucun membre d'équipe présent, ni infirmière, ni aide-soignant, qui se voient relégués à un rôle secondaire, d'application, dans l'ordre négocié. Certains intervenants spécialisés réalisent aussi des relations et des entretiens de même nature. Ainsi, les unités qui promeuvent cette idéologie s'organisent autour du lien entre les thérapeutes (principalement le psychiatre) avec le patient, au détriment des autres acteurs de l'unité.

On le comprend vite, cette catégorie est très similaire à la psychothérapeutique de Strauss et son équipe : le contexte social et biologique du patient sont perçus comme secondaire, au profit de la perception de son passé ou de traumatismes vécus, réinterprétés puis racontés par le patient.

### *Les thérapies par l'interaction*

Pour les théories apparentées à cette idéologie, les maladies psychiatriques ont des origines dans le contexte de vie de l'individu et, ou, dans son rapport avec celui-ci. Pour remédier à ce qu'ils identifient comme la cause majeure des troubles psychiatriques, ces acteurs organisent alors des interactions qu'ils encadrent, et qui réunissent le patient avec des intervenants, d'ordre varié, mais qui ne sont pas des groupes professionnels soignants. Il peut s'agir, entre autres, de la famille pour les thérapies familiales, des groupes de patients pour les thérapies par le groupe, ou d'animaux pour les TAA (thérapies assistées par l'animal) et zoothérapie. Pour cette idéologie, c'est donc la mise en interaction du patient qui est perçue comme thérapeutique, et ces activités ne sont pas simplement des à-côtés du soin, occupationnelles, mais partie intégrante de sa prise en charge, dans une optique de rétablissement ou de rééducation à la vie dans la cité (Demailly, Haliday et Hum, 2021).

Dans les unités qui suivent cette idéologie, le psychiatre joue souvent un rôle important dans la confrontation du patient avec les acteurs extérieurs : il anime les thérapies de groupe ou les entretiens avec la famille par exemple. Cependant la relation entre le patient et le psychiatre est moins centrale, puisque ces autres acteurs entrent dans l'équation : la dynamique dans son ensemble est le sujet qui prend le plus d'importance.

Si cette approche peut ressembler à la sociothérapeutique proposée par la sociologie américaine des années 60', il faut relever la multiplication des objets qui peuvent être mobilisés avec le patient. Le recours à la famille et au groupe de patients en sont les usages les plus anciens, à l'inverse d'autres techniques impliquant les animaux, les arts ou d'autres méthodes affiliées à la psychologie. Les logiques théoriques qui soutiennent ces idées sont plus nombreuses et variées que ce que propose Strauss : il ne s'agit pas que du rapport au milieu, qui peut être pris en charge avec une approche par la structure, comme nous l'avons précédemment exposé. Il s'agit ici de la confrontation du patient avec d'autres acteurs et d'autres milieux que le contexte des structures psychiatriques pour lui permettre de se réadapter à la cité.

Maintenant que nous avons posé cette typologie actualisée des idéologies professionnelles de la psychiatrie, il convient de préciser à nouveau que les soignants du milieu psychiatrique n'appliquent pas à la lettre les préceptes de l'une des idéologies que nous venons de construire. Il s'agit plus vraisemblablement d'une appartenance à un certain degré qui varie

selon la situation de l'unité, son contexte, ses moyens et les acteurs soignants qui l'occupent. Il est aussi tout à fait vrai que certaines unités appliquent une combinaison de plusieurs des idéologies. Il faut donc se représenter notre typologie comme les extrémités d'un cadre au sein duquel les équipes conçoivent des méthodes d'application pratiques et se rattachent à des courants théoriques, ce qui enfante une orientation idéologique propre. Une équipe d'unité psychiatrique se définira donc plutôt dans une version personnalisée d'une des idéologies, voire souvent dans un mélange de plusieurs d'entre elles : créant les règles de son monde de soin particulier.

Qui plus est, plusieurs degrés d'analyses montrent des appréciations différentes des idéologies : ainsi, certaines recherches ont pu montrer que les caractères individuels orientent les pratiques et donc les ancrages (volontaires ou non) aux idéologies, certaines personnalités tendant plus vers l'une ou l'autre (Gilbert et Levinson, 1957). En agrandissant un peu la focale de l'analyse, d'autres études ont montré que les groupes professionnels orientent aussi vers des idéologies particulières, plus en phase avec les tâches qui leur incombent (Pine et Levinson, 1957 ; Strauss *et al.*, 1964). Ainsi, tous les membres d'une équipe de psychiatrie ne sont pas toujours en accord sur la théorie à suivre, ou même la façon de l'appliquer, et adaptent chacun une méthodologie différente. Le travail en équipe pousse souvent à des compromis sur la méthode, ce qui complexifie encore la localisation de l'unité dans le cadre des idéologies pour un observateur extérieur.

Notre recherche généralise pourtant l'ancrage vers (et non total) à l'une ou l'autre des idéologies à l'échelle d'une unité d'hospitalisation complète, voire parfois d'une structure ; ce glissement est effectué en prenant en compte le comportement, l'organisation et le discours majoritaire que nous avons pu observer ; mais aussi les logiques de certains acteurs hiérarchiques (cf. le chapitre III.1 et les psychiatres cheffes de pôle). Tous les acteurs de nos terrains n'avaient pas le même rapport à l'idéologie à laquelle nous les rattachons, mais la globalité du quotidien donnait à voir un fonctionnement majoritaire. Nous aborderons donc les unités en disant qu'elles tendent ou se rapprochent de l'une ou l'autre des idéologies, car les comportements, les techniques et les discours s'en rapprochent le plus, sans en être des représentations caricaturales.

Enfin, ajoutons que notre recherche comparative s'attache principalement à réfléchir aux négociations des acteurs sur la manière de produire un quotidien dans l'unité, ce qui enfante une organisation informelle, un ordre négocié. Notre analyse comparative en termes d'idéologie s'axera donc sur ces négociations, et sur les différences pour le quotidien que cela implique pour les patients, ou bien dans le travail des équipes.

Mais ces comparaisons ne chercheront jamais à questionner, ni la pertinence, ni la réussite de telle méthode ou telle posture. Nous ne comparerons pas la réussite des traitements ou des prises en charge, et nous ne dresserons pas de jugements sur ces idéologies et ces organisations. Nous ne chercherons jamais à les classer dans une quelconque vision méliorative ou péjorative, et surtout, nous ne nous hasarderons pas à détacher une « meilleure » idéologie de prise en charge psychiatrique. D'abord, car nous désirons proposer ici un outil sociologique dont le but est surtout de faciliter les analyses futures dans le champ de la santé mentale, en posant l'un des cadres qui influencent l'organisation informelle qui se négocie au quotidien. Porter un jugement de valeur impliquerait d'invalider certains de ces cadres, et donc montrerait un biais d'orientation dans notre typologie. Qui plus est, certaines recherches tendent à montrer que la relation qui se tisse entre les soignants et leurs patients est souvent plus importante dans la réussite d'une prise en charge que les méthodes spécifiques, ancrées théoriquement, qui sont mobilisées dans cette relation (Despland *et al.*, 2018 ; Gurman et Razin, 1977 ; Jaeken, Verhofstadt et Van Broeck, 2015 ; Luhrmann, 2001 ; Michael et Barley, 2001). Mais plus encore, il nous semble à titre personnel qu'aucune de ces idéologies ne surpasse une autre. Chacune apporte, de notre point de vue, des avantages et des inconvénients, souvent au bénéfice d'une partie des acteurs. Ainsi, il ne nous semble pas pertinent de chercher à trouver la « meilleure » idéologie, cela dépend de l'angle avec lequel on pose son regard sur les distinctions d'organisation informelle qu'elles engendrent, et peut donc varier avec la période, la culture ou toute autre variable qui oriente le point de vue de celui qui cherche à trouver une meilleure des solutions qui réponde à ses dogmes, au détriment des autres.

# Chapitre 3 : les méthodes de la recherche

Dans ce chapitre, nous aborderons les méthodes employées au cours de notre recherche. En premier lieu, nous traiterons des pratiques que nous avons suivies lors de la collecte des données. Nous formulerons ainsi les approches et les techniques que nous avons mises en place, ainsi que les postures spécifiques que nous avons décidé de tenir avec les acteurs, et qui impactent, au moins partiellement, les formes et les contenus des matériaux que nous mobilisons. Nous verrons comment les relations qui se tissent au long cours de la recherche débordent souvent sur les tentatives de maintenir une posture distante et objective.

Dans un second temps, nous aborderons les méthodes avec lesquelles nous sommes passées à l'écriture de la thèse sur ces données. Nous verrons les choix de forme et de vocabulaire qui structureront et impacteront notre travail écrit, ainsi que la manière dont nous avons décidé de parler et d'anonymiser les acteurs dont nous présentons les interactions et le quotidien.

## Méthode de collecte des données

Dans ce travail de recherche, nous avons privilégié une approche inductive. En nous appuyant sur un corpus méthodologique principalement interactionniste (Beaud et Weber, 2010 ; Becker, 2002 ; Strauss et Corbin, 1991 ; Vega, 2001). Nous avons privilégié une entrée physique sur le terrain, sous une forme d'ethnographie non participante prolongée. L'objectif était d'observer des sujets variés de façons récurrentes : les moments d'interactions entre les acteurs, puis de suivre un acteur spécifique pour une journée de travail total (y compris le patient dans sa journée de travail psychiatrique). Enfin, nous avons aussi cherché à suivre des objets qui semblaient pertinents, par exemple des documents administratifs ou judiciaires à propos des patients.

Dans ce cadre, nous avons réalisé trois terrains d'observations dans des unités psychiatriques, d'une durée de quatre à cinq mois chacune. Cette temporalité a été dictée par la récolte de donnée : notre présence étant de prime abord continue dans l'unité, puis les jours de présence s'espaciaient au fur et à mesure de la saturation de données, et ce dans le but de suivre spécifiquement certaines trajectoires sur le long terme, malgré une présence moins soutenue.

Au cours de ces observations, nous arrivions sur place le matin, de préférence avant les réunions d'équipe matinales pour pouvoir observer les actes d'une équipe réduite (donc avant 9h). Nous

restions généralement jusqu'au soir, après le départ des acteurs administratifs, pour observer les différences de fonctionnement (vers 20h). À cela, nous avons ajouté quelques observations les week-ends et les nuits, de manière à disposer de données sur ces tranches horaires particulières, à l'effectif réduit. Si les week-ends se sont révélés particulièrement intéressants, de par l'absence de certains acteurs clés, comme les psychiatres ; les nuits ne nous ont apporté aucun matériau pertinent : l'ensemble des acteurs, soignants compris, dormant sur la quasi-totalité de la période.

La majorité des jours, nous observions le mouvement global dans l'unité, nous positionnant dans des lieux de passage, et relevant les interactions.

Cette présence continue, avec des horaires prolongés, ajoutés aux moments plus calmes et aux équipes réduites, les week-ends et les soirées tardives, nous ont aidés à tisser des liens humains avec l'équipe. Nous participions alors aux repas de l'équipe paramédicale, dans l'unité même, ainsi qu'aux réunions et pots de départs des quelques membres qui partirent au cours de nos terrains. Ces moments de liens où nous n'avons pas triché ont constitué le socle de rapports amicaux avec les équipes.

Au cours de nos observations, les équipes ont mis à notre disposition les passes et les clés qui ouvrent les portes closes de la structure. Ainsi, nous jouissions d'une liberté de déplacement totale. Nous avons donc circulé dans les bâtiments pour suivre les flux de patients, principalement pour les déjeuners hors des unités et leurs temps d'usage d'autres lieux : cours du bâtiment, salle de sport, machines à café. De même, cela nous a ouvert l'accès aux bureaux hors de l'unité proprement dite, mais occupés par des acteurs qui y sont liés : les secrétaires médicales et les assistants sociaux. Cette autonomie nous a aussi permis d'aller assister aux convocations des juges de la détention et des libertés pour l'unité 3, car ils prenaient place au sein de la structure.

Si nous disposions de la possibilité d'entrer dans d'autres unités des structures, par les moyens concrets, mais aussi par invitation des acteurs, nous avons fait le choix de ne pas saisir ces opportunités. Intéressés par ce qui se passe factuellement au sein d'une unité spécifique, nous ne voulions pas éclater nos temps d'observation dans des lieux qui auraient pu avoir des pratiques localement différenciées.

Par ailleurs, notre ethnographie se voulait effectivement non participante : nous n'avons pas endossé le rôle ou le travail de l'un des acteurs. Pourtant, nous fûmes à plusieurs reprises mis à contribution par les acteurs soignants, particulièrement les infirmières et les aides-soignants.

Dans sa forme la moins engageante moralement, nous pouvions par exemple aider à porter des

affaires. Parfois, il nous était demandé de participer aux transmissions d'équipe, les infirmières cherchant alors à s'assurer qu'aucune information n'avait pu être oubliée. Dans un cas unique, nous avons participé à empêcher la tentative de fugue d'un patient, en transmettant des informations mal comprises entre deux unités. Mais nous avons aussi été mis à contribution dans les moments d'urgences, lorsqu'un patient se montrait agressif, ou dangereux pour lui-même. Les paramédicaux nous dictaient alors des conduites qui leur semblaient nécessaires sur le moment, comme nous envoyer chercher de l'aide ailleurs dans le bâtiment ; ou bien, sur l'un des terrains, lors de la tentative de suicide d'une patiente, ils nous demandèrent de garder la porte d'accès des salles de repos où les autres patients avaient été parqués, pour empêcher quiconque de sortir ou de voir au travers de la fenêtre de la porte.

Dans d'autres situations de manque de personnel, il nous a aussi été demandé de réaliser certaines tâches. La plus grave d'entre elles fut un cas unique : la préparation des piluliers de traitements pour les patients, un acte que nous savions la nature proscrite juridiquement, mais que nous n'avons pas réussi à refuser dans la situation où une infirmière devait gérer seule l'unité entière, suite à un manque extrême de personnel.

Ces moments clés questionnaient notre position de chercheur. Ne pas aider les acteurs pour tenir une posture distante et réflexive devait sûrement être la stratégie la plus scientifique à tenir. Mais d'un autre côté, le caractère humain des relations, les rapports amicaux qui se tissent au fil des semaines, rendent le refus difficile, d'autant plus lorsque ces acteurs sont en fâcheuses postures et réclament une aide qui n'est pas de trop. Si les rapports humains justifient, au moins partiellement, ces « coups de main », il reste pour autant essentiel de se questionner sur l'impact de ceux-ci. En effet, cette prise de position avec l'équipe n'est pas vide de sens pour les acteurs, et modifie les rapports avec les enquêtés, ainsi que les données collectées. Tout d'abord, il nous semble que ces moments d'aide et de soutiens aux infirmières et aux aides-soignants nous ont rapprochés de ces membres des équipes, participant à nous intégrer et à créer du lien. Elles nous ont ainsi permis d'accéder à certaines données, et principalement celles qui sont habituellement cachées, car marquées d'interdits juridiques. Elles ont aussi facilité nos présences en certains lieux et moments, les acteurs militants parfois à notre place pour que nous assistions à des rendez-vous ou des réunions plus privés.

D'un autre côté, il est certain que ces rapports ont pu créer de la distance avec d'autres acteurs, au premier rang desquels les patients. Or, il nous fallait nous lier aux « deux camps » pour pouvoir rendre compte de l'ensemble des interactions, et des stratégies qui les portent ; une position dont Velpry souligne l'ambiguïté, et qui nécessite de mettre en place des stratégies de chercheur pour ne pas s'occulter une des deux parties qui compose le terrain (Velpry, 2008).

Pour contrebalancer cette distance aux patients et cette proximité à l'équipe que pouvait dépendre notre posture, nous avons volontairement, au lendemain de week-end ou en fin de période d'observation, lorsque notre présence se faisait plus espacée, traîné dans les couloirs et les espaces occupés par les patients, mettant de la distance avec l'équipe, pour que les nouveaux patients, arrivés au cours de notre absence, ne soient pas biaisés par ce point de vue. Le *turn-over* des unités d'hospitalisation se révéla donc un allié précieux pour alterner les postures et les acteurs observés. S'installer dans les couloirs et aux endroits fréquentés par les patients nous ont permis alors des interactions, courtes, mais riches, ou bien d'assister aux discussions de ces acteurs entre eux.

Comme Peneff le présente dans son enquête sur un service d'urgence (Peneff, 1992), le vêtement et les outils de soignants, exposés sous les blouses ou dans les poches, sont des marqueurs forts, utilisés pour se différencier individuellement, ou bien en tant que groupes professionnels, dans le cadre des unités médicales. Or, il nous semble que cette question concerne de la même manière, qu'il le désire ou non, le sociologue qui travaille à l'observation du quotidien du milieu soignant. Ainsi, si la blouse nous a été proposée à plusieurs reprises, nous l'avons toujours refusé, et ce pour ne pas être assimilé à l'équipe de l'unité, que ce soit par les soignants ou les patients. Il nous semblait que nous devions occuper une posture la plus neutre possible vis-à-vis de la distinction entre ces deux groupes.

Cependant, pour collecter nos données d'observation, nous avons tenu un carnet de terrains que nous gardions presque toujours à la main. Similairement aux outils des professionnels soignants, ce carnet désigne le sociologue, il devient une représentation de son rôle différencié au sein de l'unité. Nous avons donc choisi d'utiliser consciemment cet objet, comme un moyen de nous faire identifier par les acteurs des unités, aussi bien par les soignants que par les patients. Nous nous constituons par cette méthode une « blouse » personnelle, un marqueur, mais différencié du personnel soignant.

Cet usage, il nous semble, a provoqué deux types de comportements. D'abord, des méfiances de la part du personnel, surtout paramédical, qui nous disait « à la solde de la direction ». Au début des observations, notre présence avec le carnet pouvait pousser les acteurs à être plus attentifs à leur propos, à baisser la voix, dans le pire cas, à fuir la pièce où nous nous trouvions. Ces premiers comportements ont cessé avec l'instauration de la confiance qui apparaît dans les temps longs de l'enquête.

Du côté des patients, le carnet et l'absence de blouse a fini par nous faire acquérir une réputation distanciée, celui avec qui on peut parler, mais qui ne peut pas donner de cigarettes ou d'accès au téléphone, les patients nous signalant en riant « toi c'est étrange, tu peux rien donner », ou

bien s'indiquant entre eux « lui c'est le mec spécial ça sert à rien de demander ». En de rares cas, notre présence avec le carnet provoqua tout de même des réactions de rejet : « ah non lui il vient pas avec son carnet là tout le temps à noter des trucs, c'est un voyeur ! » Aussi par moments nous laissions le carnet dans des espaces réservés au personnel ou le dissimulions.

Notre marquage en tant que sociologue au travers de ces outils produisait aussi un second comportement, positif, et qui nous servait autrement : il poussait les acteurs à venir nous parler d'eux-mêmes, généralement dans le but de comprendre le motif de notre présence. Dans ces discussions, les soignants en profitaient pour glisser des revendications ou des critiques sur l'organisation. Du côté des acteurs gestionnaires, le carnet permettait de crédibiliser la recherche, notamment auprès des cadres et des acteurs occupant des positions hiérarchiques plus élevées, qui se montraient plus volontaires pour nous parler ou pour que nous les accompagnions dans une journée de travail lorsque nous portions le carnet. Chez les patients enfin, cela apportait quelques avantages : ils s'enquéraient de notre présence, ce qui permettait de débiter des conversations sans qu'ils attendent de moi ce qu'ils attendaient du reste du personnel. Le carnet devenait donc un objet qui facilitait les premiers contacts.

En d'autres temps, nous l'avons mobilisé pour contrebalancer notre rôle. Si nous le rangions, par exemple lors des repas, alors les discussions personnelles prenaient le pas, abordant le contenu des week-ends, les repos et les ragots, ou enfin les actes les moins légaux effectués par l'équipe. Il nous permettait de différencier auprès des acteurs nos moments de « travail » de ceux de repos, et donc de se lier plus facilement parmi eux, avec des discussions plus légères. Pour autant, nous relevâmes parfois de mémoire les discussions qui avaient lieu dans ces moments de pause, dans les cas où elles apportaient des données particulièrement pertinentes sur le travail, en lien avec notre recherche. À d'autre moment, ce carnet devenait un moyen de se faire oublier : lorsque nous nous installions dans le coin d'une pièce pour recopier la fiche d'appel des patients ou un quelconque document administratif. Notre mine concentrée aidant à ce que les acteurs, après nous avoir jeté quelques coups d'œil, oublient notre présence et se laissent aller à des comportements qui nous ont semblé plus « naturels ». Enfin, le carnet put nous servir par moment de protection. Lorsque des événements nous ont mis en difficulté morale, par exemple lors de contacts avec des odeurs ou avec l'intimité et la nudité. Nous pouvions alors réfugier notre regard sur nos notes, ce qui nous évitait d'être directement confrontés, ou parfois alpagués et impliqués par les acteurs.

Au cours de nos observations continues, nous avons mis en place un certain nombre d'entretiens informels. Lorsque nous nous retrouvions seuls avec un acteur ou un groupe restreint d'entre eux, nous en profitons pour élaborer des séries de questions, soit sur le rapport

de ces individus au quotidien et aux autres acteurs, soit pour collecter leur point de vue sur des actes que nous avons observés le jour même ou la veille. Ces entretiens pouvaient prendre place à n'importe quel moment de la journée et avec n'importe quels types d'acteurs. Ils furent particulièrement utiles avec ceux d'entre eux que nous pouvions observer le moins régulièrement, comme les juges de la détention et des libertés ou les avocats commis d'office.

Certains professionnels, les intérimaires, se sont montrés très prompts à l'exercice. Il s'agit de remplaçants paramédicaux, recrutés pour une journée lors de manque d'effectifs, qui peuvent être originaire de n'importe quel milieu hospitalier, y compris non psychiatrique. Ces derniers aimaient à venir vers nous pour des discussions longues, souvent sur le fonctionnement global du système de soins français et leurs expériences personnelles. Si au départ nous avons largement profité de cette manne d'information, elle relève en fait un double piège qu'il nous a fallu apprendre à éviter.

Le premier est que ces acteurs sont présents de manière extrêmement temporaire dans l'unité ; si leurs avis et récits sont factuellement intéressants, les intérimaires ne participent finalement pas aux prises en charge au long cours des patients. Qui plus est, cette présence temporaire, souvent sans maîtrise du milieu psychiatrique, s'accompagne d'une exclusion par le reste de l'équipe des prises de décisions et des discussions informelles clés. Si les discussions ne sont jamais inintéressantes, elles sont souvent peu représentatives du milieu, et les états d'esprit ou les opinions de ces acteurs diffèrent fortement des équipes fixes en place dans l'unité.

Ce qui conduit au deuxième piège des trop grandes discussions et entretiens informels avec ce groupe d'acteurs : l'une des raisons qui les invalident est leur capacité généralisée à réduire la quantité de travail effectué sur la journée. Aussi bien de nos observations que de nos discussions avec le reste de l'équipe, il ressort que ces acteurs sont moins actifs, et cherchent souvent à éviter les tâches qui constituent le travail dans l'unité. Ils passent alors la majorité du temps en salle de repos, de réunion ou aux toilettes ; usant de leur téléphone pour faire passer le temps, parfois en regardant des séries ou des films. S'il en résulte, nous l'avons dit, une posture exclue des négociations du quotidien, nous avons pu constater, à nos dépens, qu'entreprendre des discussions longues avec ces acteurs pouvait nous entacher nous aussi d'une forme de rejet. Il a fallu que certains paramédicaux nous indiquent que nous aidions ces intérimaires à trouver des excuses et à travailler moins, pour que nous comprenions qu'il valait mieux ne pas prolonger nos discussions avec ce groupe d'acteurs sur de trop longues périodes, au risque de nous mettre les paramédicaux de l'équipe fixe de l'unité à dos.

Pour soutenir ces entretiens informels, nous avons aussi réalisé des entretiens semi-directifs avec des acteurs sur le terrain : un peu plus d'une dizaine par unités. D'une durée allant

d'une à deux heures, ces entretiens suivaient un guide en trois étapes, une première concernant le parcours de l'acteur, une seconde sur son lien à la psychiatrie, et une dernière sur son lien aux autres acteurs.

Ces entretiens furent réalisés dans le but de discuter plus en avant avec des acteurs que nous avions peu fréquentés temporellement, ou qui occupaient des postes que nous avons moins vus à l'œuvre. Nous ne précisons pas avec quels acteurs spécifiques ces entretiens ont été mis en place pour des soucis d'anonymisation : les soignants des équipes étant conscients desquels de leurs membres ont accepté, cela risquerait de permettre une identification. En somme, il s'agissait dans la majorité des cas de paramédicaux et d'assistants sociaux. Les autres acteurs étant en position hiérarchique plus élevés : des cadres et des psychiatres cheffes.

Les aides-soignants nous opposèrent régulièrement des refus d'entretiens, avec l'argument récurrent que « les autres ont des choses plus intéressantes à raconter » (un comportement que nous discutons dans le chapitre dédié à ce groupe professionnel, cf. chapitre III.2). De la même manière, les psychiatres intermédiaires, ni cheffes ni internes, se montraient très réticentes. Elles invoquèrent souvent le manque de temps pour se justifier. Globalement, nous n'avons pas été mis dans des situations de refus trop inconfortables, tel qu'il pourrait souvent être le cas avec des professions par trop dominante dans leur milieu (Darmon, 2005). Cela s'explique aisément, puisque nous avons déjà été acceptés sur le terrain de recherche, avec l'aval de la cheffe de pôle, la plus haute figure de la hiérarchie médicale. Qui plus est, notre présence prolongée avant les entretiens permettait d'avoir déjà des liens avec les acteurs, voire parfois d'être appuyé dans notre demande par d'autres personnes avec lesquelles nous nous entendions le mieux.

À ces entretiens réalisés avec les professionnels de nos terrains de recherche, il faut ajouter une poignée de six autres entretiens réalisés hors des unités, dans le but d'obtenir des informations de vérification ou de comparaison. Il s'agit alors d'infirmières et de psychiatre : nous les détaillons dans une sous-partie dédiée, ci-après. L'objectif de ces entretiens était d'étoffer nos moyens comparatifs en obtenant des discours sur d'autres unités d'hospitalisation : nous avons cherché principalement à obtenir des descriptions des fonctionnements d'équipe, de liens avec les théories en place et de pratiques locales dans les interactions avec les patients.

L'observation prolongée nous permettait d'éviter pour un temps l'épineux problème des entretiens avec les patients, car le recours à la parole de ces individus n'est pas tout à fait évident au vu des particularités de leurs troubles (Henckes et Marquis, 2020). Il nous semble alors que la parole de ces acteurs ne peut être invalidée, supposée comme faussée par les troubles ou

invisibilisée, sans quoi on accepterait un point de vue, certes de dominant, du milieu psychiatrique. On se conformerait à la vision indigène de nos terrains, ce qui questionnerait la pertinence d'un travail sur la relation et les interactions, puisqu'il ne laisserait la place qu'à l'un de ses deux versants. Par ailleurs, nous avons préféré n'accorder aucune importance aux diagnostics médicaux assignés aux patients, car entre les unités observées, nous avons constaté la variabilité de ces usages, localement construits. Dans le même temps, nos rapports avec les patients étaient complexifiés par leurs situations, et nous étions régulièrement l'auditeur de leurs « histoires de fous » qui compliquent les analyses classiques par entretiens (Van Dogen, 2002 ; Velpry, 2008). Lors des observations, nous avons donc pris le parti de collecter les phrases et les histoires des patients qui répondaient au contexte immédiat. Qui plus est, même les discours qui pouvaient sembler brouillés se rattachaient à des actes que nous pouvions décrire factuellement, dans des buts souvent très évidents, comme celui d'obtenir une cigarette. Mais il était nécessaire d'effectuer aussi des entretiens semi-directifs, principalement pour discuter des sujets hors des unités, dans le rapport ou l'opinion sur le système psychiatrique, le parcours vécu, etc... Nous avons donc cherché à mettre en place des entretiens formels avec les patients. Nous avons sélectionné ceux à la discussion facile, soit qu'ils venaient vers nous d'eux-mêmes, soit qu'un traitement déjà relativement installé semblait diminuer les symptômes. Cette démarche provoquait généralement une certaine réticence de la part de l'équipe, qui cherchait à nous dissuader ou bien à contrôler la durée des entretiens et les patients impliqués. Parfois, nous avons accepté ces contraintes pour montrer notre bonne volonté et ne pas nous positionner ouvertement en opposition avec l'équipe ; mais nous avons aussi profité des jours ou des moments les plus calmes, comme les weekends, pour organiser des entretiens avec des patients volontaires qui ne nous avaient pas été conseillés par les professionnels.

Pour autant, l'entreprise était difficile. Si la majorité des patients acceptaient notre proposition, ils finissaient par refuser une fois le moment venu, ou repoussaient continuellement. Qui plus est, l'emploi du temps des unités ne laisse pas de temps longs disponibles avec le patient : les matins, tous les bureaux de rendez-vous sont occupés, et tous les acteurs (les patients, les soignants, mais nous aussi) souhaitent éviter les chambres, marquées comme les seules pièces d'intimité offertes dans l'unité. Puis l'après-midi, le temps est découpé par les activités, les goûters, les distributions de médicaments, etc... dans ces conditions, il était difficile d'aligner plus d'une trentaine de minutes. Sur l'ensemble des tentatives, seuls trois entretiens sont pertinents, et un seul est particulièrement riche. Nous l'abordons plus en avant dans une partie qui dresse le portrait de ce patient pour exemplifier un comportement régulièrement observé parmi ses pairs (cf. chapitre IV.2).

Pour contrebalancer ces entretiens formels marqués d'échecs, nous avons par la suite favorisé des discussions informelles avec les patients, mais répétées de manière régulière au fur et à mesure de notre recherche, toujours avec les mêmes patients, pour obtenir finalement un récit fragmenté temporellement, mais intéressant sur le cas d'un seul patient, au long de sa prise en charge. Cette approche se révéla bien plus fructueuse, mais le contenu entre les individus est bien plus hétérogène, chacun favorisant des sujets spécifiques au cours de nos interactions : nous avons très peu cadré ces échanges, ouvrant généralement sur des questions concernant l'extérieur de l'unité puis suivant le fil de discussion du patient.

Enfin, nous avons essayé lors de notre second terrain de recherche, dans l'unité 2, de collecter des données quantitatives au sujet des patients qui traversaient l'unité. Dans ce but, nous avons épluché les données des feuilles d'équipe pour essayer de déterminer les temps passés et pouvoir représenter les caractéristiques personnelles de la population patiente qui a vécu dans l'unité sur une année. Ensuite, avec l'aide des notes des secrétaires médicales, nous avons collecté des informations sur les trajectoires de ces patients : leur mode de prise en charge et vers quels types de prise en charge ils ont été orientés après l'hospitalisation. Le fait que l'unité 2 ne disposait pas, au moment de notre recherche, de dossier informatisé a rendu la tâche de collecte fastidieuse. Qui plus est, nous avons réalisé aux trois quarts de la collecte que de nombreuses informations manquaient ou n'étaient pas systématiquement présentes. Nous avons donc abandonné cette collecte et en avons détruit le contenu pour ne pas conserver de données sur des acteurs.

Ainsi, nous avons démultiplié nos méthodes pour collecter des données. Les observations non participantes, réparties à plusieurs endroits stratégiques ou aux crochets de certains acteurs, nous ont permis de rendre compte des nombreuses interactions et négociations, formelles comme informelles, qui prennent place entre les acteurs. Cela nous a aussi permis de rendre compte des moments de solitudes, et des stratégies que cette discrétion permettait aux acteurs. Par la suite, l'ajout d'entretiens a permis de collecter les discours des acteurs sur le quotidien, leurs visions, mais aussi la formulation de leurs stratégies dans les interactions : un complément qui éclaire sous un jour nouveau les observations précédemment collectées. Si certaines démarches se révélèrent complexes, ou échouèrent, la multiplication des méthodes et l'usage de la temporalité longue nous permirent généralement de contourner les obstacles et de trouver des substituts pour construire une banque de données satisfaisante, nous offrant une saturation permettant l'analyse sur de nombreux sujets du quotidien de l'hospitalisation. Dans la partie suivante, présentant les terrains de recherche, nous préciserons les quantités

d'entretiens et les acteurs sélectionnés en même temps que leurs spécificités. Mais avant, nous décrirons les méthodes d'écriture que nous avons décidé d'employer pour rendre compte et analyser le résultat de nos observations.

## **Méthode d'écriture**

La forme que prend le travail de thèse n'est jamais tout à fait neutre, et passer du terrain à l'écriture demande d'effectuer un certain nombre de choix qui engagent moralement le chercheur, même lorsque l'on cherche à les éviter. Dans la suite de ce chapitre, nous allons essayer d'explicitier les choix que nous avons faits pour la forme que prend notre rédaction, sur des questions de posture du chercheur au travers de l'usage de la première personne du pluriel, et sur des questions qui entrent dans le domaine quasi politique avec les questions des références aux cultures d'origines et à l'égalité des genres.

Tout d'abord, nous avons longtemps hésité dans l'emploi de la première personne du singulier ou du pluriel. Il nous semble que l'usage du singulier permet une plus nette appropriation de la recherche, mais aussi une meilleure immersion du lecteur, une fluidité, et un rapport plus personnel à la recherche. À l'inverse, le recours au pluriel semble de nos jours un peu artificiel, dissimulant le chercheur derrière une figure de sociologue dans une stratégie de grandissement (de Singly, Giraud et Martin, 2016) ; qui plus est, il entend la quête d'une neutralité qui ne pourra jamais tout à fait être atteinte, et feint donc d'y parvenir par le style. Pourtant, c'est cette seconde forme que nous critiquons que nous avons malgré tout choisi d'appliquer. Car au cours de nos terrains de recherches, nous avons tissé des liens avec les acteurs fréquentés sur de longues périodes, des relations souvent amicales et qui se prolongent parfois hors du cadre de la recherche. Analyser les comportements de ces individus avec des outils sociologiques, parfois sous des angles critiques, nous a posé un dilemme moral avec l'usage du « je », et nous nous sommes parfois senti ingrat et froid dans le fait de livrer personnellement des analyses qui pourraient (et qui ont déjà) blessé les sentiments de nos enquêtés. Le passage au pluriel nous a offert une distanciation qui a facilité le passage à l'écriture, et une distance non pas au milieu sur lequel nous avons effectué notre recherche, mais aux investissements émotionnels qui ont pu y prendre place.

Ensuite, pour aborder et décrire ces acteurs de nos terrains, deux axes de descriptions centraux nous ont demandé une réflexion spécifique : le genre et la racialisation des acteurs. Dans les deux cas, nous désirions représenter au mieux le milieu, et ce aussi bien pour accentuer l'immersion du lecteur dans le contexte que nous décrivions, que pour respecter une forme de rigueur scientifique. Il s'agissait donc de deux questions que nous ne voulions pas invisibiliser. Cependant, les analyses de notre travail de thèse ne questionnent que partiellement ces sujets : nous les abordons irrégulièrement lorsque nous décrivons les interactions.

Dans l'introduction à son ouvrage consacré aux aides-soignants, Arborio (2001) explicite sa décision d'ignorer les règles de grammaire et de ne parler de la profession qu'au féminin ; et ce pour être plus représentative des réalités du terrain pour un métier quasi exclusivement féminin.

Au cours de ce travail de thèse, nous prendrons le même parti grammatical. Ainsi, tout au long de notre écriture, les groupes professionnels seront genrés dans une logique de majorité représentative de nos enquêtes. Les infirmières seront présentées au féminin puisque nous n'avons eu à faire qu'à deux infirmiers lors de nos terrains et de nos entretiens. Les aides-soignants seront genrés au masculin, car les hommes étaient largement majoritaires dans cette fonction, à l'inverse du terrain d'Arborio. Enfin, nous n'avons eu sur nos terrains qu'un seul psychiatre homme pour neuf psychiatres femmes. Les postes à responsabilités de ces dernières seront féminisés de la même manière, sous la forme de « cheffe » d'unité ou de pôle.

En plus de ces questions de genre, nous avons longuement hésité à dresser une typologie systématique pour racialiser nos acteurs. Dans un premier temps, nous avons abordé l'écriture en décrivant de manière systématique l'origine de chaque acteur, en suivant une typologie géographique inspirée de celle des Nations Unies : Europe de l'Ouest, du Nord, du Sud ou de l'Est ; Afrique du Nord ou bien enfin originaire des DOM-TOM en les séparant spécifiquement<sup>6</sup>. Mais ces différenciations ne sont que rarement pertinentes pour notre analyse, et nous ne voulions pas catégoriser systématiquement nos acteurs dans des portraits qui ne seraient finalement pas mobilisés : renforçant l'idée qu'une analyse en termes de racialisation manquait. Aussi, nous avons pris la décision de ne présenter que par moment l'origine des acteurs : lors d'une description plus en avant de l'un d'entre eux, ou bien lorsque nous dresserons un portrait. Cette approche permettra d'une part au lecteur de s'immerger dans la description que nous

---

<sup>6</sup> Au cours de la rédaction de notre thèse, le système de classification des régions de l'ONU changea. Il passa d'un système de répartition Nord/Sud/Est/Ouest pour un système plus fin : Méridionale/Occidentale/Septentrionale, avec des exceptions (Subsaharien). La répartition en vigueur peut être trouvée à cette adresse : [<https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>].

dressons ; mais permettra aussi aux sociologues plus experts que nous dans ces sujets de pouvoir relire nos analyses les plus précises sous un autre spectre ; et sans subir la frustration d'une question tout à fait oubliée.

Ainsi, profitons de ce paragraphe pour résumer brièvement la répartition racialisée de nos enquêtés. Tout d'abord, les psychiatres étaient réparties également entre une origine d'Afrique du Nord et d'Europe de l'Ouest. De leur côté, les infirmières, les aides-soignants et leurs cadres étaient originaires d'Europe de l'Ouest ou des DOM-TOM. Enfin, les autres acteurs, les assistants sociaux, les secrétaires médicales et les intervenants spécialisés pouvaient être des trois origines différenciées précédemment : Afrique du Nord, DOM-TOM ou Europe de l'Ouest. Cette triple origine était aussi celle de la grande majorité des patients avec lesquels nous avons été en contact. Notons enfin que cette répartition était globalement similaire sur tous nos terrains.

Une disposition qui contredit les avis stéréotypiques du milieu médical, posant un médecin masculin blanc en position dominante, secondé par des infirmières blanches axées sur les soins techniques (« l'infirmière piqueuse »), en opposition aux infirmières et aides-soignants « relationnels », souvent originaires d'anciennes colonies françaises ou des DOM-TOM (Vega, 2000). Pour leur part, les patients étaient en écrasante majorité de ces trois mêmes origines distinctes, en des nombres quasi égaux sur la durée du terrain.

Précisons à présent que tous nos acteurs ont été anonymisés en modifiant leur dénomination. De même, nous avons flouté la tranche d'âge, ou d'autres spécificités personnelles lorsque cela ne participait pas à l'analyse. Enfin, certains caractères physiques ou moraux ont pu être modifiés pour aider à dissimuler les individus derrière les actes lorsque ceux-ci pouvaient être trop évidents.

En conséquence, tout au long de cette thèse, nous suivrons une nomenclature de nomination particulière pour désigner nos acteurs, et ce dans le but à nouveau de favoriser l'immersion du lecteur en étant le plus représentatif des manières dont les acteurs du terrain formulaient leurs échanges entre eux. Ainsi, tous les acteurs des équipes de travail de la psychiatrie seront désignés par un prénom, car c'est ainsi qu'ils s'appellent entre eux, mais aussi avec les patients (la majorité des membres d'équipe dissimulent les noms de famille présents sur leur badge, bien que cette pratique soit interdite, et ce principalement à cause d'histoires qu'ils se racontent entre eux, de patient en isolement retrouvant des soignants après l'hospitalisation pour se venger). La seule exception à cette appellation sera mise en place pour les psychiatres cheffes de pôle, qui seront dénommées par l'appellation de docteur, accolé à un nom de famille. En effet, c'est principalement par ce biais que les acteurs s'exprimaient à propos

de ces psychiatres, dans ce qui nous semblait être une marque de respect ; et ce même si, à titre exceptionnel, il arrivait qu'elles soient appelées par leur prénom.

Les patients, quant à eux, seront désignés sous la forme d'une appellation de genre (Madame ou Monsieur) et d'un nom de famille. Il s'agissait de la forme utilisée par l'équipe pour parler aux usagers, mais aussi d'un moyen de signaler que le vouvoiement était de mise entre les soignants et les patients. De plus, les patients entre eux s'appelaient rarement par leurs prénoms, favorisant des apostrophes (« hey ! », « toi », « mec » ...). Leur nom de famille était donc leur appellation la plus courante dans l'unité.

Parfois, nous chercherons à respecter l'origine culturelle du prénom ou du nom initial de l'acteur, mais dans certains cas les appellations choisies sont des références à des caractéristiques de l'acteur que nous avons choisi de favoriser. Ces choix ont pour but de renforcer l'immersion tout en permettant un degré d'anonymisation de l'ensemble.

<b>Code d'anonymisation</b>	
Patient	M. ou Mme [nom de famille fictif]
Psychiatre cheffe de pôle	Dr [nom de famille fictif]
Autres membres de l'équipe au sein de l'unité : psychiatres, médecins, infirmières, aides-soignants, assistant social, intervenant spécialisé, secrétaire médicale	[Prénom fictif]
Juge de la détention et des libertés	Mme la juge [nom de famille fictif]
Avocat de patient	Maitre [nom de famille fictif]

Enfin, au cours du texte et parce que nous questionnons les positions culturellement acquises de certains métiers qui officient dans le milieu psychiatrique, nous poserons une distinction entre les corps de métiers considérés comme dominants et experts sur leurs sujets ; d'avec les groupes subalternes et qui cherchent à acquérir une reconnaissance sociale vis-à-vis de leur objet. Nous emploierons donc le terme de profession à la manière de la sociologie américaine (Abbott, 1988 ; Freidson, 1988), « pour quelques domaines spécialisés et hautement qualifiés tels le droit, la médecine [...] » (Vezinat, 2016), soit dans notre thèse les médecins, psychiatres et juges. Pour tous les autres corps de métiers, nous aurons recours au terme de groupe professionnel, qui nous permettra d'explicitier leur posture moins prédominante et encore marquée de luttes pour l'émergence (Demazière et Gadéa, 2009).

Dans le même registre, nous avons préféré éviter le recours à la désignation « d'usagers » pour les patients, en ce que le terme s'inscrit dans une logique de « l'institutionnellement correct » (Demailly, Desmons et Roelandt, 2000). Il nous semblait d'autant plus compliqué de désigner ainsi des individus qui subissaient quotidiennement des contraintes indésirables, et qui sont soignés sans leur consentement pour la moitié.

# Conclusion de la partie

Dans cette première partie, nous avons cherché à poser un cadre à notre travail de thèse en répondant aux questions de ce que nous observons, et comment l'avons-nous observé.

Pour ce faire, nous avons commencé par présenter un rapide résumé historique de la prise en charge psychiatrique dans le but de comprendre la place qu'y occupent les unités d'hospitalisation auxquelles s'intéresse notre recherche. Nous avons alors montré que le milieu des prises en charge de la folie s'est construit sur une volonté de désenclavement et d'ouverture *via* la mise en place des secteurs, dont l'objectif était d'offrir un soin en ambulatoire diversifié et intégré dans la cité. Dans ce contexte, nous avons pu voir comment l'hospitalisation à temps plein, seule réponse de la prise en charge asilaire, s'est vue transformée par le désenclavement de la psychiatrie. D'abord marquées par une réduction intense du nombre total de lits, les unités sont devenues bien plus petites, à taille humaine, et sont installées dans les zones urbaines des populations qu'elles prennent en charge, plutôt qu'en périphérie. Leur usage par les équipes dans la prise en charge des patients est aussi passé d'un mode d'internement prolongé, central dans le temps de vie du patient, à des séjours raccourcis : l'unité est mobilisée dans des cas d'urgence et de crise aiguë pour calmer celle-ci, principalement en établissant un traitement médicamenteux fonctionnel pour réguler les symptômes du patient. Enfin, dans un parcours idéal imaginé par les acteurs du milieu, l'hospitalisation permet d'orienter le patient vers d'autres modes de prise en charge extra-hospitaliers qui doivent l'accompagner dans sa vie avec la maladie et assurer un soutien pour éviter les crises qui pourraient provoquer un retour en hospitalisation.

Nous avons vu cependant qu'un certain nombre de modalités et de textes qui allaient dans le sens d'une plus grande ouverture de la prise en charge psychiatrique et d'une multiplication des offres de soins ont produit un effritement dans le spectre d'action du milieu psychiatrique en leur retirant l'accès à certaines ressources mobilisables dans la prise en charge des patients. Des ressources d'ordre financier et dans l'insertion par le travail, mais aussi dans la gestion des biens des patients. Ces pertes de moyens pour le milieu poussent les structures psychiatriques à se recentrer sur le mandat dont elles disposent encore pleinement, celui du recours à la coercition, dont nous avons vu les formes multiples, qui permettent son usage y compris dans un milieu ouvert et à la présence moins régulière dans la vie du patient. Dans ce contexte, les unités d'hospitalisation à temps plein semblent représenter plus encore cette logique de contrainte au sein des structures psychiatriques. Nous avons alors présenté les organisations spatiales et morales qui sont mises en place dans ces unités d'hospitalisation, et qui révèlent

leur construction autour des restrictions de libertés de circulation des patients : ces unités sont construites dans le but d'empêcher les patients d'en sortir. Des dispositions prises dans le but d'enfermer les patients hospitalisés en soins sous contrainte et qui pourraient désirer s'échapper, mais qui impactent finalement les patients en soins libres avec lesquels ils partagent les unités : ces derniers subissant pareillement les dispositions de contrainte par le partage du lieu, mais aussi parce que les équipes mobilisent parfois ces dispositions pour s'assurer de la mise en œuvre de leur vision de l'hospitalisation, même pour des patients censés pouvoir décider des modalités de fin de leur propre prise en charge. Cette construction autour de la fermeture de l'unité, principalement sa porte d'entrée principale, lui vaut l'appellation « d'unité fermée » par les acteurs de nos terrains, qui lui reconnaissent ce caractère coercitif, souvent dans des discours critiques. Le terme se retrouve aussi dans des textes de loi : jamais au sein du code de la santé publique en lui-même, mais régulièrement dans des textes qui lui sont annexes ; publications, jurisprudence, mais plus encore, circulaires et instructions qui explicitent les changements dans le code. En mobilisant ce terme, les textes juridiques révèlent l'institution de la pratique de fermeture de ces unités, une pratique que les plus récents ne critiquent et ne condamnent plus, contrairement à d'autres textes plus anciens.

Enfin, nous avons terminé ce premier chapitre en présentant la population des patients qui circulent dans ces unités d'hospitalisation. Nous avons pu expliciter un nombre de 342 177 patients distincts pour l'année 2018, et révéler leurs principaux caractères démographiques : leur relative égalité de genre, la prévalence des âges autour de cinquante ans. Nous avons alors constaté que les séjours de ces patients en hospitalisation sont généralement multiples, ce qui montre peut-être l'échec du parcours extra-hospitalier à empêcher le retour en hospitalisation pour cet ensemble de patients précis. Enfin, nous avons conclu en révélant que cette fraction des patients pris en charge dans les structures psychiatriques, bien que moindre comparée à la majorité des patients qui circulent dans les prises en charge ambulatoires, représente une quantité de travail bien supérieure, ce qui réclame plus de membres d'équipe, dans des implications prolongées temporellement : ce mode de prise en charge des patients représente un plus grand investissement pour les structures hospitalières psychiatriques.

En se voulant généraliste, la description que nous avons proposée dans ce premier chapitre dissimulait les divergences locales qui ont pu émerger, notamment aux suites des développements très peu homogènes du secteur dont nous avons explicité les raisons au cours de notre retour historique. En effet, les pratiques et les normes de prises en charge des patients psychiatriques hospitalisés sont différenciées selon les structures qui les hébergent et les équipes qui y officient. Notre volonté initiale de produire une recherche comparative se trouvait

renforcée par le résultat de nos observations, qui semblaient justifier notre approche. Pour comprendre les différences que nous avons observées, nous avons dans notre second chapitre cherché à interroger les divergences de fonctionnement localement situées. Pour ce faire, nous avons établi une revue bibliographique des différentes recherches qui se sont construites sous l'angle comparatif entre les structures de prises en charge psychiatrique. Ces textes nous ont amenés à postuler que ces différences locales trouvaient en partie leur origine dans l'éclatement des cadres conceptuels qui déterminent les pratiques de prises en charge. Ainsi, un premier type d'analyse comparative est issu du milieu psychiatrique lui-même, proposé par le psychiatre Lantéri-Laura. Il s'agit alors d'une confrontation qui se centre autour des différentes écoles théoriques de la psychiatrie. L'auteur montre la richesse du milieu intellectuel de la psychiatrie, révélant les nombreux courants qui émergent au XX<sup>e</sup> siècle. Chacune de ces théories est un système complet qui entend expliquer l'origine des troubles psychiatriques, en propose une taxonomie et des méthodes pour les prendre en charge, les guérir ou en réduire l'impact.

Par la suite, nous avons montré que les acteurs se détachent de ces théories : ils produisent à leur encontre des discours critiques et ne s'inscrivent pas tout à fait dans des applications *stricto sensu* de leurs modalités. Cette distance aux théories produites par le milieu intellectuel se cristallise dans leur usage des termes « d'orientations » ou de « références ». La formule est reprise dans la sociologie contemporaine, où les études comparatives montrent que le détachement des acteurs sur les terrains et dans les pratiques réelles produit des normes spécifiques, y compris lors de rattachements à de grands courants lointains. Ainsi, Lurhmann et Jacqueline montent des comparaisons entre les prises en charge qui s'orientent vers la psychanalyse ou la neurologie, et révèlent que ces bases réflexives produisent effectivement des pratiques différenciées de prise en charge des patients et de fonctionnement des soignants : des « mondes de soins ». Cependant, ces recherches soulèvent elles-mêmes deux difficultés à leur approche. D'abord, elles ne confrontent que deux des orientations possibles dans la vaste gamme de théories vers lesquelles les acteurs pourraient s'orienter ; et ensuite, elles mobilisent le discours indigène : les désignations théoriques que choisissent de mobiliser les acteurs eux-mêmes. Ce faisant, ces recherches limitent leurs opportunités de réemplois, puisque chaque terrain, produisant ses pratiques, produit aussi ses discours de rattachement : Jacqueline soulignant alors qu'il devient même difficile de comparer sa recherche avec celle de Lurhmann, les acteurs se revendiquant d'orientations neurologiques ou psychanalytiques différenciées en leur sein, en sous-écoles théoriques.

Ce dernier problème avait été soulevé similairement dans des recherches américaines des années 60', qui se posaient des questions de même ordre, c'est-à-dire dans une volonté comparative entre plusieurs lieux de prise en charge psychiatrique. Face aux orientations

fortement individualisées des acteurs et des unités vers l'une ou l'autre des théories qui coexistent à leur époque, les sociologues avaient alors proposé une solution sous la forme du concept des « idéologies psychiatriques », des typologies construites par les chercheurs en sciences sociales pour désigner les références théoriques mobilisées dans un discours localement situé, mais aussi et surtout les pratiques factuellement observées et qui s'adosent sur ces discours pour se justifier. Si le concept ressemble à celui des « mondes de soins » de Jacqueline, il se passe du vocabulaire indigène et produit sa propre typologie, qui permet l'emploi de la théorie sur une multitude de terrains de recherche. Qui plus est, il permet aussi de caractériser les comportements de prise en charge de certains groupes professionnels qui ne s'inscrivent pas dans des considérations pour les théories de la psychiatrie, comme les infirmières ou les aides-soignants, pour qui ces questions de vocabulaire se posent moins, du fait principalement de leur formation. Nous avons alors préféré retenir, parmi d'autres, la typologie proposée par Strauss, Ehrlich et Sabshin, car elle est la plus récente en date, mais aussi la plus complète, proposant trois idéologies possibles au lieu des systèmes dichotomiques proposés par les autres chercheurs de la période.

Ces trois différentes propositions dans les moyens d'analyser les différences entre les prises en charge des structures psychiatriques se rapprochent sur certaines démarches et s'éloignent sur les solutions qu'elles proposent ; cependant, toutes relèvent la nécessité de questionner les différences de pratique des acteurs, qui seront soutenues par des visions théoriques, et qui produisent en France, mais aussi à l'étranger, un système de soin de la santé mentale peu homogène. En effet, à la complexité des types de prises en charge en unité proposés par chaque structure psychiatrique s'ajoutent les différences de modalité factuelle de prise en charge au sein de ces unités.

Aussi, nous avons conclu ce deuxième chapitre en proposant notre typologie pour analyser ces différences de prises en charge. Pour ce faire, nous avons cherché à retenir ce qui nous semblait utile dans chacune des approches présentées précédemment, tout en la mettant à jour et y résorbant les creux qui ne se montraient pas fonctionnels pour des cas plus divers que ceux pris en considération. Nous avons donc proposé une nouvelle typologie sociologique des idéologies de la psychiatrie, actualisée par comparaison avec le modèle proposé par Strauss dans les années 60', puisque les changements technologiques et théoriques ont modifié les pratiques possiblement observables dans les unités. De cette vision des idéologies et des mondes de soins, nous avons conservé cette idée de pratiques à la construction locale, plus comme une orientation que comme un respect strict et dogmatique. Nous avons donc produit ces idéologies comme un cadre dans lequel les équipes construisent leurs pratiques : une unité donnée tend vers une ou plusieurs idéologies psychiatriques, et c'est au sociologue, par l'observation fine des

interactions, de déterminer lesquelles. Qui plus est, nous avons ajouté dans ces idéologies des références à certaines théories du milieu intellectuel de la psychiatrie, révélant comment certaines s'y inscrivent pleinement et offrent un support conceptuel aux pratiques qui peut parfois être mobilisé par les acteurs dans leurs discours.

Notre typologie d'idéologies rassemble donc les *thérapies encéphalocentrées*, dont le discours explique l'origine des troubles mentaux dans des logiques biologiques reliées au système nerveux central, et dont les pratiques ont tendance à favoriser des séjours courts avec des prises en charge, des médications et des rééducations standardisées. Ensuite, nous proposons les *thérapies par la structure*, qui mettent l'accent sur la prise en charge du quotidien du patient par l'équipe pour un réapprentissage qui se veut thérapeutique. Ces structures favorisent une hiérarchie plus souple, ce qui laisse plus d'espace d'expression aux groupes professionnels subalternes, chargés de la régulation du quotidien dans les unités. Après cela, nous proposons les *thérapies par la psyché*, qui explicitent les troubles dans le vécu du patient psychiatrique. La prise en charge met l'accent sur la parole et la relation interpersonnelle, dans la construction du rapport entre le thérapeute et le patient. Le psychiatre y occupe souvent une place prépondérante, et les patients expérimentent parfois des séjours prolongés dans ce genre d'unité. Enfin, nous détachons les *thérapies par l'interaction*, qui visent à confronter le patient avec d'autres acteurs qui ne font pas partie des équipes habituelles de l'hospitalisation, il peut s'agir par exemple de sa famille ou de pairs, ou bien d'autres formes d'interactions pas forcément avec des humains. Ce dernier mode introduit et donne une place à de nouveaux acteurs qui modifient les dynamiques des équipes. Cette typologie que nous proposons constitue un outil d'analyse pour permettre la comparaison entre nos terrains de recherche, et nous le mobiliserons régulièrement au travers de la thèse pour expliciter les spécificités que nous avons pu observer sur nos terrains.

Les lieux que nous avons observés et qui sont au centre des analyses de ce travail de thèse ont été cadrés par nos deux premiers chapitres, répondant à la question qui porte sur ce que nous observons. Dans le dernier chapitre, nous cherchons à montrer comment, avec quelles approches nous l'avons observé. Ainsi, nous avons explicité nos méthodes de collecte de données, par des observations prolongées sur des terrains différenciés. Au cours de ces observations, nous avons alors cherché à multiplier les points de vue et à suivre tous les acteurs en présence, aussi bien parmi les équipes qu'avec les patients dont ils s'occupent. L'idée était alors de pouvoir rendre compte des pratiques factuelles de prise en charge et des interactions de l'ensemble de ces groupes d'acteurs. À ces observations, nous avons adjoint des entretiens multiples dans le but de combler les vides qui pouvaient demeurer sur des questionnements

spécifiques, ou dans les pratiques et discours d'acteurs avec lesquelles nous manquions d'observations.

Dans la fin de ce chapitre, nous abordons les méthodes d'écriture de la thèse : la forme sous laquelle nous rendons compte de ce que nous avons observé, et pour laquelle nous avons effectué plusieurs arbitrages rédactionnels. Ainsi, nous avons décidé de favoriser un style à la première personne du pluriel pour nous détacher plus facilement des acteurs de nos terrains. Effectivement, leur fréquentation sur des temps longs nous a vus créer avec eux des relations interpersonnelles parfois fortes, nous investissant émotionnellement dans la prise en charge de certains patients, ou bien nous rapprochant amicalement de certains acteurs professionnels observés, que nous comptons à présent parmi nos proches et que nous fréquentons régulièrement. Il nous semblait essentiel alors d'ajouter une forme de distance pour essayer de retrouver une certaine neutralité (même s'il nous semble que la neutralité absolue est un but inatteignable et vain). Ne serait-ce que pour pouvoir rester critique de certains comportements ou de certains discours, il nous a semblé nécessaire de produire pour nous-mêmes une distance, aussi factice soit-elle.

Pour la rédaction de cette thèse, nous avons aussi pris le parti, à la manière d'Arborio dans ses textes, de genrer les groupes professionnels des acteurs en fonction du genre majoritaire sur l'ensemble de nos terrains. L'objectif de cette démarche est double, avec d'une part la volonté de mieux rendre compte pour le lecteur de la composition des acteurs présents sur les terrains, mais aussi dans un deuxième temps de moins invisibiliser la place majoritairement féminine dans ce milieu. Nous avons aussi féminisé certaines dénominations de postes, ou cherché à gommer les caractères genrés de certaines expressions (par exemple nous avons préféré l'usage du terme de « parentalisme » plutôt que celui de paternalisme).

Enfin, nous avons produit un code d'anonymisation, utilisant des prénoms pour les membres des équipes, sauf les psychiatres cheffe de pôle, désignés sous l'acronyme de « docteur » avec un nom de famille. Les patients sont désignés sous un nom de famille, et les avocats et juges par leur titre. Cette désignation vise à permettre au lecteur de comprendre rapidement dans quelle famille d'acteurs le *verbatim* trouve sa source ; mais aussi de renforcer l'immersion du lecteur en reprenant les codes informels majoritairement appliqués sur nos terrains, dans les interactions entre les individus.

À présent que nous avons explicité le processus historique qui a abouti à la création des unités d'hospitalisation telles qu'elles fonctionnent actuellement, et la place qu'elles occupent au sein des structures psychiatriques et la population de patients qui y circulent ; posant un cadre pour permettre la discussion de ces microcosmes, nous pénétrons *de facto* dans les unités qui

constituent notre corpus dans la partie suivante. Nous offrirons des descriptions plus fines des lieux spécifiques et des acteurs que nous y avons rencontrés, puis nous décrirons le déroulement des journées qui y prennent place. Ces descriptions feront émerger une structuration du quotidien qui se construit autour d'un sujet particulier, objet central de la quasi-totalité des discussions et des interactions entre les acteurs, et qui détermine les conditions de vie des patients, à niveau individuel, lors de leurs séjours dans les unités.

## **Partie II : Vivre et travailler en psychiatrie**

Nous avons proposé un cadre à l'existence des unités d'hospitalisation et aux raisons de leurs fonctionnements, ce qui permet de comprendre le milieu dans lequel elles s'insèrent, mais ne fait pas encore apparaître les usages sociaux qui sont produits en leur sein. Cette seconde partie se fixera pour objectif de pénétrer les unités à proprement dites, de quitter le niveau de description macrosociale. Dans cette optique, nous chercherons à dresser plusieurs descriptions en espérant qu'elles permettent à notre lecteur de s'immerger dans ces microcosmes particuliers.

Nous commencerons donc par présenter les deux unités d'observation dans lesquelles ont pris place nos observations. Nous essayerons d'offrir une vision fine, ethnographique, de ces lieux pour permettre de saisir l'essence de ces lieux « fermés » : les ressentis et les visions qui servent de décors à la vie entre les murs. Nous décrirons aussi les groupes d'acteurs qui effectuent leurs différents travaux psychiatriques, aussi bien chez les patients que chez les soignants. Enfin, nous adjoindrons à ces descriptions celles des autres données que nous mobiliserons dans la thèse, une unité de jour, ainsi que les individus hors de ces terrains avec lesquels nous avons réalisé des entretiens.

Une fois la description du décor et des acteurs en présence proposée, nous construirons une ébauche de la pièce qui s'y joue. Dans ce but, nous proposerons une semaine idéaltypique, pour mieux saisir comment ces différents acteurs évoluent dans les lieux. Nous chercherons alors à montrer comment se structure une journée en unité d'hospitalisation, les temps particuliers qui encadrent la vie des patients entre les murs des unités, mais aussi les tâches qui incombent à chaque groupe professionnel. Cette description permettra de saisir quels sont les objectifs et les missions des divers groupes, ainsi que les temps et les buts des interactions entre

eux. Cependant, pour permettre cette description, il nous faudra mettre de côté, temporairement, le caractère hautement individualisé des situations et les nombreuses exceptions qui émaillent le quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation : nous produirons un idéaltype lissé et simplifié, une construction sociologique pour permettre par la suite une analyse en réintégrant les situations particulières. Par ailleurs, celles-ci viendront poindre dans la fin de ce second chapitre, puisque nous aborderons déjà certaines journées spécifiques qui voient la composition des acteurs en présence se modifier, et avec elle le déroulement des interactions.

Les présentations successives des lieux de l'hospitalisation psychiatrique et des organisations du temps et des interactions qui s'y construisent révéleront alors l'objet central qui préoccupe tous les groupes d'acteurs et qui fera l'objet du troisième chapitre. En effet, l'hospitalisation sert un but spécifique au sein des structures hospitalières psychiatriques, celle « d'apaiser » le patient en crise, principalement par la mise en place d'un traitement que les soignants considèrent comme adapté, puis dans un second temps, visent à orienter le patient vers un autre mode de prise en charge adapté à sa situation et ses fonctionnements. Cependant, nos descriptions précédentes auront montré la place secondaire de ce double objectif dans la structuration aussi bien du lieu que de l'organisation de la journée. Finalement, l'objet au centre des préoccupations de chaque acteur est la composition des conditions de vie dans l'unité, individualisées pour chaque patient. Ces derniers, individuellement, cherchant à obtenir des modes de prises en charge, des droits et des exceptions pour s'offrir des options de vie au cours de leurs séjours. Ces discussions sont alors bien plus présentes et bien plus importantes dans les comportements des acteurs lorsqu'ils entrent en relation entre eux : au sein de l'équipe, entre elle et les patients, mais pour ces derniers entre eux. En somme, les négociations se centrent sur la composition de ces conditions de vie, que nous appellerons « micro-libertés », et qui préoccupent bien plus les acteurs, de même qu'elles leur accaparent des temps bien plus importants, que les objectifs que fixe le système hospitalier à l'hospitalisation. En d'autres termes, nous montrerons que si l'hospitalisation est le lieu qui réclame la plus grande force de travail au sein des structures psychiatriques, ce travail est finalement centré sur la gestion des conditions de vie des patients, avant tout autre objectif.

# Chapitre 1 : Les unités, leurs équipes et leurs patients

Ce travail de thèse repose sur trois terrains de recherche. Dans ce chapitre, nous allons produire une description détaillée de ces lieux, dans le but d'aider à visualiser et à se projeter au sein de ces lieux ; en somme, à percevoir l'ambiance qui règne entre les murs des unités où les acteurs passent leurs journées. Elles se situent toutes en Île-de-France, dans des villes et des pôles différenciés. Nous avons cherché à multiplier les structures d'origine pour faire émerger les pratiques locales par la comparaison.

Pour finir ce chapitre, nous décrivons les acteurs en dehors de ces trois terrains, avec lesquels nous avons effectué des entretiens semi-directifs, parfois répétés sur des périodes prolongées, pour approfondir notre matériau. Ainsi, nous avons sélectionné des infirmières qui pourraient expliciter les fonctionnements de l'unité fermée qui fonctionnait dans la structure liée à l'unité 1. Nous avons ensuite cherché à recruter des professionnels impliqués dans d'autres unités différentes de nos structures de terrains pour étoffer nos options comparatives.

## L'unité 2, d'hospitalisation

L'unité 2 est située en Île-de-France dans un regroupement de secteurs peu dotés économiquement par rapport au reste de la région. Dans son bâtiment se trouvent donc deux autres unités d'hospitalisations de secteurs différents. À l'inverse, les autres unités du secteur de l'unité 2 se situent dans un autre bâtiment, à quelques rues de là, soit quinze minutes de voiture. On y trouve le CMP, les urgences et les unités de jour du secteur. Le quartier qui accueille ces différents bâtiments est dans un état relativement délabré ; mais de nombreux travaux de rénovation s'y poursuivent, modernisant petit à petit le quartier et ses infrastructures publiques.

Le bâtiment de l'unité 2 reflète bien ces rénovations. Il est récent et propre, avec des façades enrichies de grandes baies vitrées et des formes géométriques purement décoratives, alternant les matériaux. Grand mais peu haut, le bâtiment est construit en longueur, et ne dépasse pas deux étages à ses points culminants. De plus, cet hôpital est protégé de la rue par quelques arbres qui obstruent la vue, ainsi qu'une longue grille mobile qui permet le passage de camions. Une fois la grille passée, pour entrer dans le bâtiment à proprement parler, il faut traverser une longue allée bétonnée. Sur la droite s'alignent les camions et les voitures utilisés par les

employés, et sur la gauche on longe une extension du bâtiment, aux grandes baies vitrées couvertes de papiers scotchés par l'intérieur. Par transparence, on peut deviner qu'il s'agit de dessins enfantins, révélateurs de l'unité de pédopsychiatrie qui siège dans cette aile.

Au fond du parking se trouve l'entrée du bâtiment, une grande porte vitrée très lourde, fermée par des aimants : il faut sonner une seconde fois pour qu'une infirmière ouvre. On débouche sur un espace d'accueil, avec un long comptoir. Ils sont cependant presque toujours vides, si ce n'est quelques minutes le matin et le soir, pour ouvrir aux visiteurs aux horaires d'accueil spécifique. Le reste du temps, le personnel ouvre la lourde porte du bâtiment à l'aide de cartes magnétiques. Sur la gauche et la droite s'ouvrent des couloirs dans lesquels s'enchaînent les bureaux de personnels administratifs : les cadres, cadres supérieurs, assistants sociaux et secrétaires médicales. En face, un autre couloir, plus large, longe la cour du bâtiment jusqu'au réfectoire. La cour à proprement parler est un petit carré d'herbe encadré par les baies vitrées du bâtiment sur trois de ses côtés, et dont le dernier est un haut mur de vieilles pierres qui donne sur le jardin d'une maison voisine. Cet espace n'est utilisé que par les patients pour fumer ; mais parfois des patients fuguent en escaladant le mur de pierre.

Nous empruntons ensuite un escalier face à la cour, dans le couloir. Il dessert deux unités différentes, dont l'unité 2, qui se trouve derrière une double porte toujours fermée à clé. Lorsqu'on y entre, on est accueillis par un large vestibule agrémenté de quelques banquettes. Dans toute l'unité, comme le reste du bâtiment, le sol est en grands carreaux de faïence gris clair. Les murs couleur coquille d'œuf, et les portes sont en contreplaqué laqué de bois clair.

Immédiatement en face se trouve la salle de réunion d'équipe. Une grande pièce lumineuse, dont la grande fenêtre donne sur le parking et la grille du bâtiment. Une table en forme de demi-ovale occupe facilement la moitié de la pièce. Placée contre le mur de gauche, elle est entourée de nombreuses chaises, qui sont tout de même insuffisantes les jours où le nombre d'acteurs de l'équipe se réunissant est important. Pour pallier ce problème, des chaises supplémentaires sont disposées le long des murs. Une grande armoire métallique occupe la majorité du mur de droite. On y trouve les dossiers papier de patients : l'unité n'a pas encore entamé sa transition au numérique lorsque nous réalisons notre terrain. On trouve aussi des boîtes en plastique entassées. Chacune d'entre elles regroupe les affaires d'un patient particulier. Pêle-mêle des vêtements, des documents administratifs, des cigarettes. Parfois aussi un portable ou un peu d'argent liquide, mais les objets de valeur et les grosses sommes sont plus généralement rangés dans un coffre-fort, dans le bureau de la cadre de l'unité. Les murs de la pièce sont couverts de photos, de résumés des dernières circulaires administratives, et enfin d'une page grand format présentant un tableau intitulé au nom des

psychiatres, où de petites fentes permettent de ranger les noms des patients, indiquant donc quel psychiatre s'occupe majoritairement de quel patient. Cependant, ce tableau n'est que rarement actualisé, et il n'est pas rare d'y lire le nom d'un patient déjà sorti de l'unité depuis plus d'une semaine.

De retour au vestibule, on peut directement accéder par la gauche aux chambres d'isolement de l'unité. Une première porte fermée par un verrou extérieur en plus de la serrure débouche sur une petite pièce vide, elle-même voie d'accès vers les deux chambres qui se font face. Ici, le sol et les murs de toutes les pièces sont couverts de carreaux de faïence de la taille d'une main, sombres au sol et jaune passé aux murs ; et ce dans le but de faciliter le nettoyage. Les portes sont percées de petites fenêtres à auteur de visage. Chaque chambre ne dispose que d'un sommier métallique simple vissé au sol et son petit matelas, ainsi que d'une grande fenêtre vers l'extérieur, dont seul un petit panneau peut s'ouvrir, trop fin pour pouvoir passer une tête. Chaque chambre d'isolement est flanquée de sa propre salle de bain sommaire, avec une petite porte blanche. À l'intérieur, on trouve une douche intégrée au mur, ainsi qu'un évier et des toilettes métalliques qui rappellent les prisons de séries télévisées.

L'accès aux chambres d'isolement est encadré sur sa gauche par deux chambres de patients, dont l'une est une chambre double, et sur la droite par le poste de soins. Ce dernier est une grande pièce où trône le siège des prises de sang et des injections en son centre. Tout le long des murs sont installés des armoires pleines de médicaments et des plans de travail avec éviers, pour nettoyer le matériel médical. Une grande vitre occupe l'un des murs, voilée par un store vénitien blanc. Elle donne directement sur l'une des deux chambres fermées. Un petit comptoir sur roulette flanque la porte, il évoque les chariots utilisés par les hôtesses dans les avions. Lors des distributions quotidiennes de médicaments, il est installé en travers de la porte ouverte. Du côté intérieur, une infirmière distribue les traitements qu'elle aura préalablement préparés dans les petits plateaux mobiles, étiquetés au nom de chaque patient. Ces derniers investissent alors le vestibule, attendant leur tour soit en faisant la queue, soit en s'asseyant sur les quelques banquettes ou bien à même le sol.

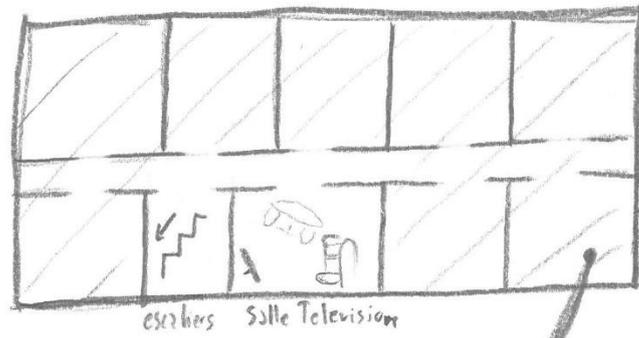
Entre le poste de soin et la salle d'équipe, un couloir étroit et mal éclairé permet l'accès à une grande salle de bain avec baignoire, le bureau de la cadre de service, deux bureaux utilisés pour les rendez-vous avec les patients, et enfin deux chambres. Au bout du couloir se trouve une porte métallique que nous n'avons jamais vue ouverte. Elle permet l'accès à l'unité de pédopsychiatrie.

Sur la droite du vestibule, un couloir décharge quelques chambres de patients, ainsi que l'escalier montant vers l'étage, où on trouve la majorité des chambres de patients restantes et la « salle télé », une petite pièce avec une grande télévision attachée par le plafond, dans l'un des angles, et deux canapés usés. La pièce peut difficilement accueillir plus de six ou sept personnes à la fois.

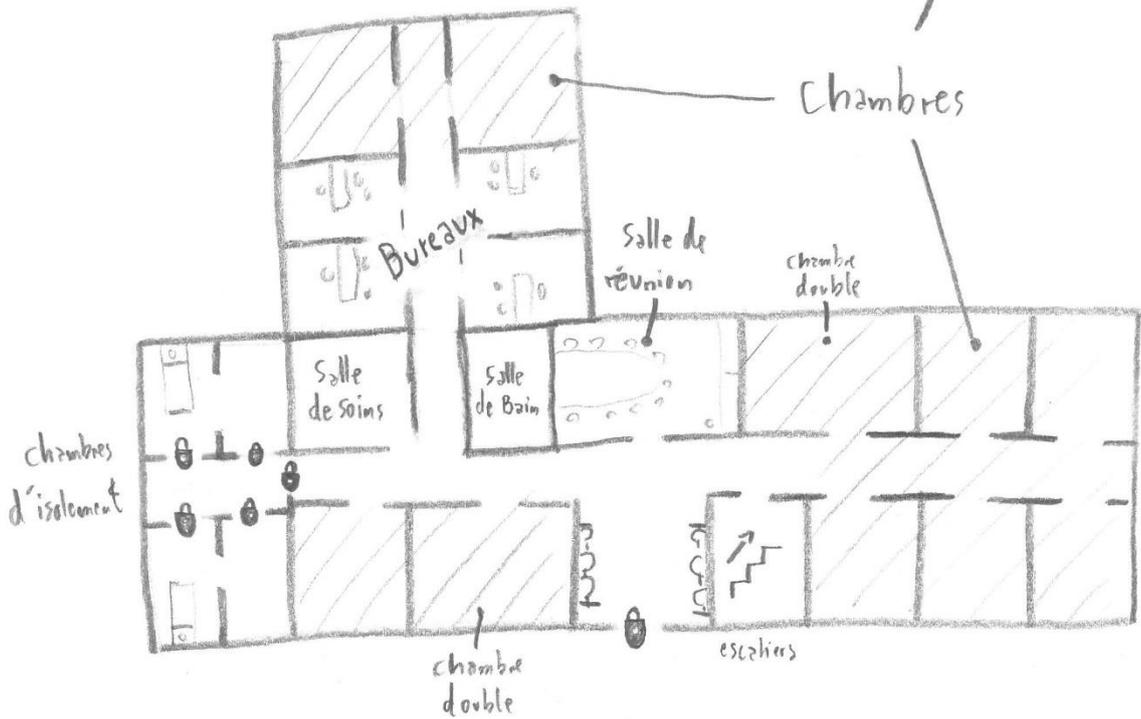
Les chambres de patients, quant à elles, sont très similaires. Habillées de la même couleur coquille d'œuf et du même sol de carreaux gris. Le lit de fer vissé au sol est le même que dans les chambres d'isolement. Les fenêtres sont ici aussi très grandes, du sol au plafond, avec une seule partie amovible. Le reste de la pièce est meublée avec un ensemble de mobilier dans le même contreplaqué que les portes : une tête de lit avec une petite lampe intégrée, une petite table de chevet, mais surtout la grande armoire à vêtement. Cette dernière dispose d'une serrure dont la clé est confiée au patient. Même si l'équipe en possède un double, ce meuble devient le lieu d'intimité des patients, qui y rangent toutes leurs possessions, et en agrémentent souvent l'intérieur de photos, de dessins ou de textes, scotchés dans l'intérieur des portes.

L'équipe de l'unité dénombre une psychiatre cheffe de pôle présente irrégulièrement, une cheffe d'unité et une psychiatre supplémentaire. Un médecin généraliste circule dans l'ensemble du bâtiment et nous l'avons rarement croisé, ses passages sont éclairés. Aussi, deux roulements de deux internes se sont succédés au cours de la réalisation de notre terrain. L'équipe paramédicale est dirigée par une cadre de santé qui dispose d'un bureau dans l'unité, elle le quitte rarement, et n'apparaît d'ailleurs qu'à la moitié des « staffs » du matin. Les paramédicaux comptent douze infirmières et quatre aides-soignants, dont l'âge est particulièrement éclaté entre des recrutements récents et des fins de carrières. Enfin, s'ajoutent une psychanalyste qui passe des temps longs dans l'unité, un assistant social et trois secrétaires ont leurs bureaux est à l'extérieur, au rez-de-chaussée. Il y a aussi un homme que l'équipe désigne sous différentes appellations, principalement comme « auxiliaire d'hospitalisation ». Il s'occupe de diverses tâches pour l'équipe, principalement extérieures à l'unité, comme conduire les patients chez la juge.

Les patients de l'unité sont repartis dans les vingt-quatre chambres. Au long de notre observation, nous avons constaté une distribution relativement égale en termes de genre. Les âges ont été variés, de plus de vingt-cinq à quatre-vingts ans. Les origines sociales étaient majoritairement défavorisées, et la population d'origine nord-africaine était nombreuse. Le contact avec l'équipe s'effectuant parfois en arabe, langue parlée par les psychiatres et une partie du personnel infirmier. Le tableau d'anonymisation en annexe retiendra particulièrement les acteurs concernés par des données mobilisées au fil de la thèse.



[2<sup>e</sup> étage]



[1<sup>er</sup> étage]

## L'unité 3, d'hospitalisation

Notre troisième unité se trouve au dernier des quatre étages d'un large bâtiment de style contemporain (d'inspiration post-moderne), typique des bâtiments publics récents. Les façades sont grises ou pâles, sans angles droits. Les fenêtres sont encadrées de liserés de couleurs aléatoires et vives. Il s'en dégage une impression de nouveauté bien entretenue.

Ce bâtiment occupe un espace tout proche d'une artère passante et commerçante, où on trouve une mosquée très active ; l'hôpital est au cœur de la cité. Cependant, engoncé entre l'arrière d'un bâtiment public, une départementale et un grand site en travaux, la seule rue qui permet d'accéder à la structure est peu usitée, et on sait immédiatement que tous les piétons qui y passent, de même que toutes les voitures qui s'y garent, sont en lien avec l'hôpital : patients, professionnels, familles et proches. Vers cette rue, il présente son entrée et les grandes baies vitrées de ses couloirs. Côté départementale, ce sont les larges fenêtres des chambres de patients et les quelques balcons où les acteurs, usagers et soignants, sortent fumer. De hauts arbres sont disposés pour faire barrière contre le trafic. Enfin, la façade qui surplombe les travaux et fait face au quartier animé dissimule ses fenêtres par des pans de murs incurvés et inamovibles, ce qui empêche la vue de quoi que ce soit ; de l'extérieur comme de l'intérieur. C'est de ce côté que l'on trouve les bureaux administratifs. Aussi, bien que localisé centralement dans la ville, on ne peut s'empêcher de penser que le bâtiment s'isole du monde extérieur, de par son orientation et son design.

Le bâtiment héberge de nombreuses unités psychiatriques de différents secteurs réunis, parmi lesquels des unités d'hospitalisation et de jour. On compte aussi un grand self au rez-de-chaussée, et un tiers de l'un des étages est occupé par une salle de loisirs et de sports pour les patients. Enfin, il faut ajouter toute une partie administrative reliée à ces unités et qui occupe un quart du bâtiment, bien que le centre administratif de cet assemblage de secteur soit situé à vingt minutes de voiture, dans une autre structure bien plus ancienne ; où on trouve aussi des unités de psychiatrie d'autres secteurs, et les urgences ainsi que le CMP lié à l'unité 3.

L'Unité 3 occupe le tiers d'un étage. Sa porte toujours fermée à clé, elle compte vingt-deux chambres, dont une double (avec deux lits), de part et d'autre d'un long et vaste couloir sans bifurcations. Le sol est couvert d'un lino bleu-gris, le reste est peint dans un blanc sobre mais défranchi, surtout au niveau du plafond. L'agencement du couloir n'offre aucune fenêtre, ce qui est compensé par de grandes vitres de plastique au plafond, qui permettent à la lumière du jour de pénétrer, mais laisse de grands pans de murs libres. Des peintures, s'étalant du sol

au plafond, les habillent en représentant des animaux ou des plantes figuratives, souvent réalisés à l'aide d'assemblages de paumes de mains trempées de peinture. Nous apprîmes plus tard qu'elles avaient été réalisées par les patients, aidés de l'équipe paramédicale au cours d'un atelier artistique, il y a de cela plusieurs années.

On entre dans l'unité par une porte qui doit toujours être fermée à clé. Immédiatement sur la gauche se trouvent dans cet ordre le bureau de la cadre de l'unité, un bureau pour les entretiens, la salle de réunion d'équipe et enfin le poste de soins. Par ailleurs, le poste de soins dispose d'une vitre qui donne sur une chambre de patient adjacente, qui sert en général à surveiller l'état physiologique d'un patient en mauvaise santé somatique.

Face à ces pièces dédiées à l'équipe, il y a la porte qui mène aux deux chambres d'isolement et la porte de la seule chambre double du service, avec entre ces deux portes le téléphone fixe mis à disposition des patients : accroché au mur dans une petite alcôve avec une chaise à ses pieds. Dans l'unité, on trouve aussi deux salles communes pour les patients, à l'extrémité sud du couloir. L'une d'entre elles est occupée par de nombreuses tables agglomérées en son centre, et sert pour les goûters et la majorité des activités de groupe. La seconde, fortement encombrée, accueille la télévision derrière une épaisse protection, de nombreux canapés et un baby-foot. Ces deux salles sont attenantes à la salle de repos de l'équipe, la pièce où mange l'équipe paramédicale sur une longue table proche de leur frigidaire, et qui comporte aussi toute la vaisselle pour les patients qui prennent leur repas au sein de l'unité.

Ces trois pièces donnent sur le balcon, seul espace fumeur de l'unité. Il est clos vers l'extérieur par un grillage métallique de losanges fins. Sur ce balcon sont disposées de nombreuses chaises en aluminium qui semblent être un mobilier plus ancien que le reste.

Pour notre grande surprise, les deux salles de repos sont fortement délaissées par les patients. On y trouve deux ou trois d'entre eux qui dorment, allongés sur les canapés tandis que la télévision diffuse presque toujours les mêmes chaînes de clips musicaux qui tournent en boucle. Les seuls moments où on y trouve du monde, c'est lors des repas à l'étage qui sont pris dans la salle des tables agglomérées, de même que le goûter et les ateliers artistiques. Pourtant, la pièce est le lieu de nombreux passages, car il s'agit de l'accès au balcon, sans doute l'espace du service le plus investi par les patients. En effet, peu importe la saison et la température extérieure, on y trouve à tous moments de la journée un grand nombre d'entre eux. Seuls dans un coin à fumer ou regarder dehors, ou bien en groupe discutent activement, empruntant des cigarettes à ceux qui en ont.

C'est aussi un des lieux principaux d'échange informel avec l'équipe des paramédicaux, car lorsque ces derniers sortent fumer, il n'est pas rare que des discussions personnelles s'engagent. Les patients se livrent alors souvent sur des petits tracas de la vie, sans liens avec leurs maladies,

et les membres de l'équipe finissent par offrir des cigarettes à ceux qui n'ont pas les moyens, ou qui n'ont eu aucun proche pour en apporter cette semaine.

L'autre lieu de réunion des patients se trouve au centre du couloir, éloigné de l'entrée et de la salle de réunion de l'équipe, légèrement dissimulé par des portes coupe-feu toujours ouvertes. Il s'agit de bancs de bois aux coussins de plastiques, disposés entre les portes des chambres. Ce lieu voit souvent se réunir plusieurs patientes qui entretiennent des discussions à voix basse, plus pour ne pas rompre le silence du couloir et la tranquillité des chambres attenantes que pour en dissimuler le contenu.

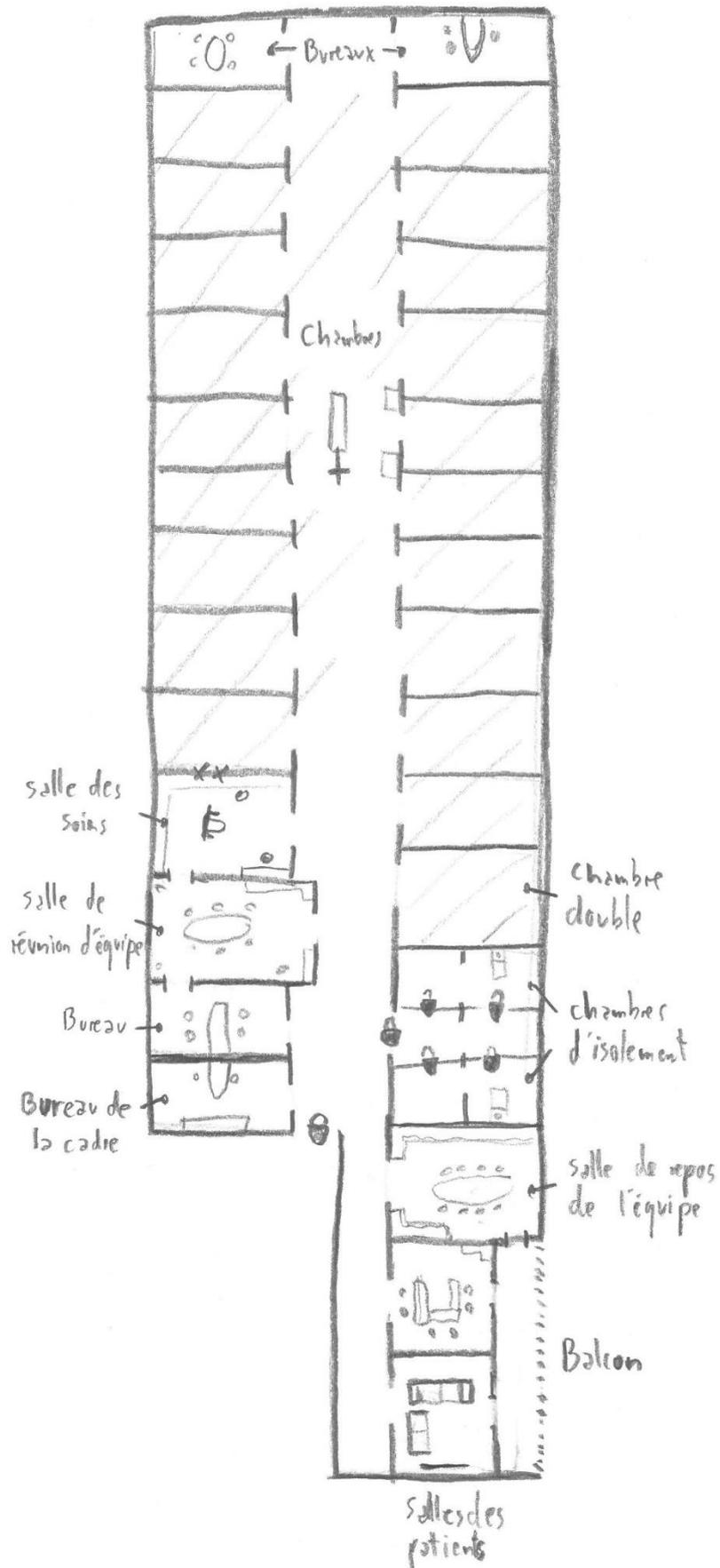
Effectivement, l'unité 3 est particulièrement calme. Quelques patients déambulent seuls sur la longueur du couloir, faisant des allers-retours incessants. En milieu de journée, certains s'assoient près du téléphone fixe dans l'alcôve, souvent à même le sol, tandis que d'autres attendent devant la salle de réunion de l'équipe en demandant à chaque membre du personnel qui passe s'ils peuvent avoir leurs cigarettes, ou s'ils peuvent parler à un psychiatre. La majorité des patients se reposent en chambre ou dans les salles communes, et les plus actifs sont soit hors de l'unité, soit sur le balcon à discuter. Ainsi, lorsque l'on entre dans l'unité, il y règne une impression de vide, principalement le matin et le soir, tandis qu'en pleine journée on tombera directement dans un petit groupe de patients réunis silencieusement autour du téléphone et de la salle de réunion d'équipe.

Lorsqu'un patient est particulièrement agité en chambre d'isolement, on peut cependant entendre ses cris étouffés, ou bien s'il tambourine sur les murs jusqu'à les faire trembler. Cela est rare et trouble la quiétude du couloir, juste devant la salle de réunion de l'équipe. Les patients qui y sont groupés lancent alors souvent des regards inquiets à leurs semblables ou à l'équipe, mais n'en parlent pas entre eux.

On trouve en effet deux chambres d'isolement. Immédiatement face à la salle de réunion d'équipe se trouve l'entrée, fermée à clé par la même serrure que celle de la porte de l'unité, d'un petit couloir. Il dessert les chambres à proprement parler avec quatre portes. Celles-ci sont équipées de deux verrous, ainsi que de vitres épaisses au niveau du visage, avec de petits volets mécaniques au milieu de la vitre, pouvant être fermées ou ouvertes à l'envie depuis l'extérieur de la chambre.

Une première porte de chaque côté donne sur les salles de bain, chacune équipée d'une douche intégrée au mur, de toilettes et d'un petit lavabo, le tout en aluminium. Le jet de douche n'est contrôlable que depuis le couloir.

Une seconde paire de portes ouvre sur la chambre à proprement parler, avec un lit de métal



Extrait du journal d'observation, unité 3

L'équipe médicale de l'unité 3 est constituée de sa cheffe de pôle, dont la présence au sein de l'unité ne dépasse pas un jour par semaine ; une psychiatre cheffe d'unité et deux psychiatres supplémentaires. Un interne a été présent sur la quasi-totalité de notre temps d'observation, remplacé par une seconde durant la dernière semaine. Les paramédicaux comptent quant à eux leur cadre de santé, qui dispose d'un bureau dans l'unité, adjacent à la salle de réunion. On compte ensuite onze infirmières, mais nous n'avons jamais rencontré l'une d'entre elles, en arrêt maladie sur l'ensemble de nos observations. Vers la moitié de notre période de présence, une autre membre du groupe quittera l'unité pour la retraite, et deux nouvelles seront recrutées, une femme et un homme, près d'un mois plus tard. Les aides-soignants quant à eux sont au nombre de six, mais l'un d'entre eux quittera l'unité pour une autre de la même structure vers la moitié de nos observations. Enfin, l'équipe compte un assistant social et trois secrétaires dont les bureaux sont extérieurs à l'unité, ainsi que deux intervenants qui proposent des activités thérapeutiques aux patients, soit artistiques soit sportives, une à deux fois par semaine.

Le groupe des patients était plus hétérogène que dans l'unité 2. Sur les vingt-trois qu'ils pouvaient être, nous avons constaté de plus nombreuses origines socio-économiques, avec parfois des patients diplômés jusqu'au master, ce qui s'explique peut-être par le regroupement de la structure, qui unifie des villes gentrifiées et d'anciens centres industriels et ouvriers. La différence culturelle restait marquée, avec à nouveau un recours fréquent à l'arabe par les patients et l'équipe.

Le tableau d'anonymisation en annexe retiendra particulièrement les acteurs concernés par des données mobilisées au fil de la thèse.

## Des données subsidiaires, l'unité 1 de jour

L'unité 1 est légèrement éloignée de l'hôpital psychiatrique auquel elle est rattachée par le secteur ; dix minutes de voiture sont nécessaires pour aller de l'une à l'autre. Elle est située sur une avenue très fréquentée, et qui relie trois villes de la banlieue parisienne. La rue en elle-même est en transformation. Les vieux bâtiments en sont démolis, pour construire à leur place des immeubles d'habitations et des bureaux modernes. On peut dire du quartier qu'il se gentrifie.

L'entrée de l'unité 1 ne reflète pas ces changements : elle n'est pas clairement visible depuis la rue. En effet, l'accès à l'unité s'effectue en passant sous un bâtiment de deux étages qui n'appartient pas à l'hôpital, à la façade délabrée et aux fenêtres murées de briques qui ne présentent aucune porte. Le passage en question est assez grand pour permettre l'accès à une petite camionnette. À droite de cet accès, un petit panneau blanc annonce l'appartenance du bâtiment au groupe hospitalier de secteur : seul indice de l'existence de l'unité psychiatrique. Le passage en lui-même est sombre et ne comporte aucun éclairage. Des chaises et des tables de bois en morceaux sont entassées sur la droite, et sur la gauche se trouvent une porte et d'autres fenêtres, toutes scellées. On débouche finalement sur une petite cour qui sert de parking pour une voiture et le camion réfrigéré qui apporte les repas.

La façade du bâtiment qui héberge l'unité est elle aussi très délabrée, percée par seulement deux fenêtres, dont l'une des deux donne sur une cage d'escalier. À droite de la petite porte d'entrée à la peinture blanche écaillée, on peut voir un grand renforcement sale, débarras pour quelques objets entassés. Il y a là le monte-charge vétuste pour les plateaux-repas, mais les patients s'en servent quelques fois pour entrer dans l'unité et éviter ainsi de monter les escaliers.

Pour pénétrer dans les lieux, il faut sonner à l'interphone, surmonté d'une petite caméra. Ce sont toujours les infirmières qui ouvrent, mais seulement après quelques questions si elles ne reconnaissent pas le visage qui se présente à « leur » porte. Lorsque l'on entre, il n'y a pas d'autres choix que d'emprunter l'escalier à la fenêtre. Le bâtiment étant construit sur le flanc d'une pente, il n'y a pas de rez-de-chaussée.

Au premier étage, on débouche dans un petit couloir. Le revêtement au sol, identique dans tout le bâtiment, est d'un bleu d'apparence sale, couvert de petits ronds antidérapants sombres. Face à nous s'ouvre une large salle, rarement utilisée, qui n'a pour seul mobilier que de longues banquettes, suites de fauteuils soudés sur un même pied métallique, sur tout le

pourtour de la pièce. Ici, on peut voir presque tous les jours les deux mêmes patients, allongés sur les banquettes et qui dorment.

Si l'on poursuit dans le petit couloir en coude, on croise plusieurs portes fermées qui donnent chacune sur un bureau, dédiés individuellement au psychiatre chef d'unité et aux intervenants spécialisés. La pièce commune donne elle aussi sur un petit bureau, qui appartient pour sa part à l'assistante sociale. Ces acteurs passent la majeure partie de leur journée dans leurs bureaux respectifs, en rendez-vous avec un patient.

Au second étage, on débouche sur le même petit couloir. Immédiatement en face de nous se trouve la porte du poste de soins ; une pièce occupée par un grand fauteuil blanc allongeable, comparable à ceux qu'on peut trouver chez les dentistes. Ce fauteuil accueille les patients sur lesquels les infirmières réalisent les prises de sang et les injections de traitement. La pièce sert aussi d'armoire à pharmacie, avec un grand distributeur pour médicaments qui occupe tout un mur, et d'archive pour les dossiers de patients. Enfin, la pièce est utilisée comme bureau par les infirmières. En effet, face à la fenêtre qui donne sur la cour trône un large bureau couvert de papiers et deux chaises ; c'est là qu'on trouve le téléphone de l'unité, et deux vieux ordinateurs aux écrans cathodiques.

La porte de cette pièce est rarement fermée, parfois lors de soins sur un patient, mais ce n'est pas systématique. Située stratégiquement, elle est dans le passage vers les zones de l'unité qui sont utilisées par les patients, contrairement à celles du premier étage. Ainsi, cette localisation permet aux infirmières de voir passer tous les patients qui entrent ou sortent de l'unité, un moment généralement employé pour échanger quelques mots. Cette partie du couloir est donc fréquemment bouchée par un petit groupe d'infirmières et de patients en discussions, les derniers venant d'arriver ou s'appêtant à partir, et les premières assises aux chaises du bureau.

Ce poste de soin donne sur la salle de repos du personnel, organisée autour d'une petite table, encadrée de quatre chaises et deux banquettes similaires à celles que nous avons déjà décrites. On y trouve aussi un frigidaire, un micro-ondes et une machine à café. Cette pièce est bien trop petite pour l'équipe, où ils sont généralement une dizaine à s'entasser, parfois plus, pour déjeuner, débordant alors dans le poste de soins. L'un des murs de la pièce est vitré, et donne sur la salle commune des patients, une large pièce que l'on peut rejoindre d'ici, ou si l'on avait emprunté le couloir. Cette salle de repos dispose d'une aura chaleureuse. De nombreuses cartes postales envoyées par les patients et le personnel encadrent la vitre. Des photos d'acteurs de cinéma, arrachées dans des magazines, sont aussi attachées aux murs. On trouve également des photos de l'équipe à diverses époques et dans divers lieux, punaisées à un panneau au-

dessus du frigidaire, mélangées avec les papiers officiels et les dernières circulaires administratives.

La pièce commune des patients que nous avons rapidement évoquée est en fait un amalgame de toutes les pièces restantes à l'étage, autrefois disposées de part et d'autre du couloir. Les cloisons en ont été abattues pour créer un grand espace qui accueille les usagers au quotidien.

Dans la partie la plus proche de la salle de repos de l'équipe se trouve une sorte de réfectoire : regroupant de longues tables avec chaises et banquettes, évoquant une cantine d'école primaire, ainsi que le frigidaire où sont rangés les plateaux-repas et le nécessaire de vaisselle.

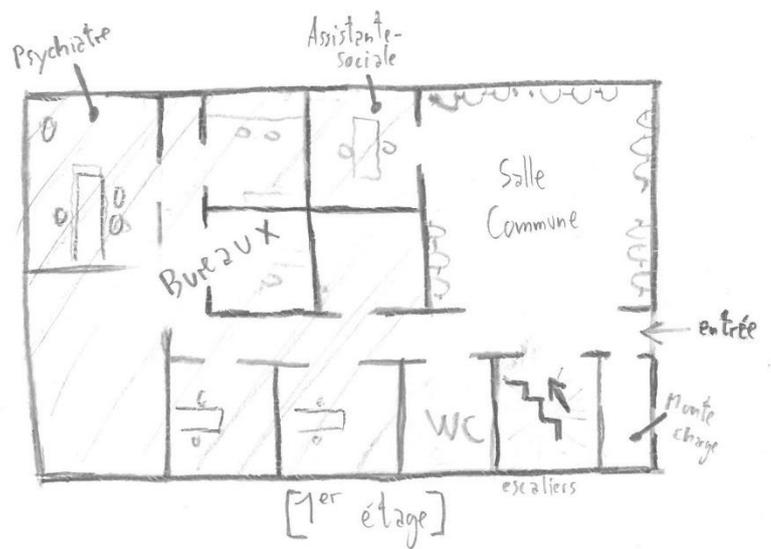
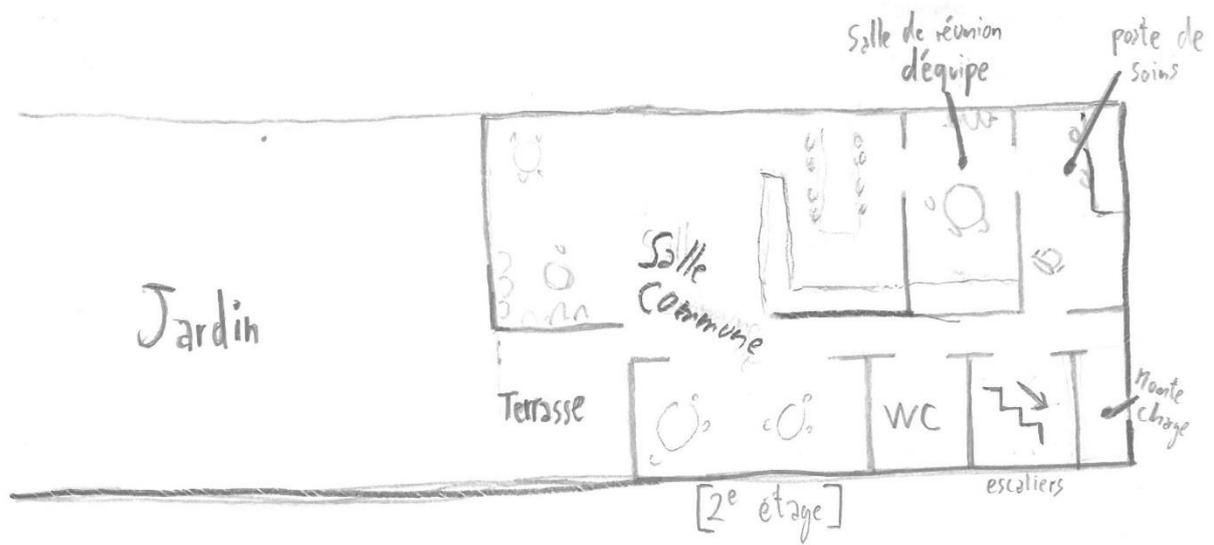
Le reste de la pièce est rempli de banquettes le long des murs, de petites tables circulaires et de chaises, disséminées de façon anarchique. Les patients investissent cet espace, en petits groupes ou seuls, et s'occupent pour la journée.

La vitre entre cette large pièce et les deux salles de l'équipe constitue alors une forme de séparation rarement franchie, si ce n'est lors de l'organisation du repas des patients par les aides-soignants.

Au fond de la salle commune se trouve une porte qui donne sur une petite terrasse, voie d'accès au jardin de l'unité. Une poignée de patients, qu'on reconnaîtra pour être toujours les mêmes, passe leurs journées installés à une table, sur cette dalle de béton ; souvent chaperonnés par un aide-soignant.

Au-delà, le jardin est une étendue d'herbe abîmée et peu entretenue, avec des gobelets de café et d'autres déchets au sol sur les côtés. Il monte en pente douce, présentant une surface bien plus grande que l'unité. On peut y trouver un vieux cabanon de bois inutilisé, vestige d'un projet monté par un groupe de patients et de soignants. Au-dessus de sa porte, quelqu'un a attaché un panneau d'accueil officiel de l'hôpital.

La fin du jardin est quant à elle directement située sous les hautes arches de pierre d'une voie de chemin de fer. Une grande table de métal et de bois, ainsi que quelques chaises sont logées dans l'une de ces alcôves. Ils accueillent souvent une patiente solitaire, qui s'y installe avec un café et un livre.



*Extrait du journal d'observation, unité 1*

Ces locaux vétustes sont peu représentatifs des moyens dont dispose l'hôpital en charge de ce secteur, qui est au contraire plutôt bien doté. Au moment où nous réalisons notre recherche, ce secteur faisait construire un nouveau pavillon pour recevoir l'unité 1, entre autres. Un bâtiment immédiatement à côté de son bâtiment principal où se situent les urgences, le CMP et les unités d'hospitalisation. L'attente de ce nouveau bâtiment explique en grande partie le peu d'entretiens accordé aux locaux de l'unité 1.

Par ailleurs, moins d'un an après la réalisation de notre terrain, l'unité 1 se voyait détruite par une inondation, due à des pluies torrentielles et au jardin en pente qui conduisit toute l'eau dans les locaux de l'unité. Les acteurs de l'unité 1 se virent relocalisés temporairement, avant de prendre finalement possession du nouveau pavillon.

L'équipe compte un psychiatre chef d'unité, quatre infirmières et deux aides-soignants. S'y ajoutent une assistante sociale, deux neuropsychologues qui sont plutôt jeunes comparées au reste de l'équipe, avec près de dix ans d'écart, deux psychologues et une orthophoniste, mais l'un des psychologues et l'une des neuropsychologues seront absents sur toute la durée de nos observations. Aussi, une cadre de santé et une cheffe de pôle participent à la gestion du lieu, mais leur bureau se situe dans un autre bâtiment de la structure, et si nous les avons rencontrés en entretien, nous n'avons jamais constaté leur présence entre les murs de l'unité.

La fille active de l'unité compte environ soixante-dix patients, qui alternent sur les jours de la semaine. Un jour donné, le nombre variait plutôt entre quinze et vingt-cinq, avec quelques dix habitués présents tous les jours. Cette population était assez homogène, majoritairement masculine, entre 30 et 45ans et il y avait peu de diversité culturelle.

Le tableau d'anonymisation en annexe retiendra particulièrement les acteurs concernés par des données mobilisées au fil de la thèse.

## Les entretiens hors des terrains

En plus de nos trois différents terrains, nous avons réalisé un ensemble d'entretiens semi-directifs, parfois renouvelés dans le temps sous des formes raccourcies, avec un ensemble d'acteurs du milieu psychiatrique. Parmi eux, nous n'en retiendrons que cinq pour les apports qu'ils ont fournis à la thèse, soit *via* la mobilisation de leurs discours, soit pour les réflexions qu'ils ont provoquées chez nous.

Nous avons sélectionné ces enquêtés selon plusieurs logiques de recrutement, et dans des buts bien précis. Ces entretiens prenaient place en dehors des temps de terrains, pour revenir sur des conclusions que nous avions produites au cours de ces derniers.

Une première approche consista à réaliser des entretiens avec des infirmières du pôle de l'unité 1 travaillant dans son unité fermée. Ainsi, nous obtenions un autre point de vue à croiser avec celui des psychiatres de l'unité 1 obtenue au cours de notre terrain. Ces médecins, investis dans de multiples unités du pôle, nous tenaient un discours spécifique sur l'unité fermée de leur pôle. Au travers de ces deux infirmières, nous avons cherché à obtenir un éclairage nouveau sur cette unité « fermée ». De plus, ces entretiens permettaient une comparaison plus globale du pôle de l'unité 1 avec nos deux terrains qui suivirent, au sein de deux unités d'hospitalisations. En plus d'un premier entretien aux sujets similaires à ceux réalisés sur les terrains, nous avons réalisé des entretiens subsidiaires, courts et espacés, visant des points spécifiques de comparaison entre les unités. Nous cherchions par exemple la composition des acteurs, le travail spécifique de tel ou tel groupe professionnel, les rapports entre certains acteurs... Cette approche fut réalisée avec deux infirmières :

Roxanne tout d'abord. Il s'agit d'une jeune infirmière d'un peu moins de vingt-cinq ans lorsque nous la rencontrons. C'est une femme énergique, très investie physiquement et moralement dans son travail de soignante.

Elle a travaillé dans l'unité fermée liée à l'unité 1 pour une période d'un peu moins d'un an avant de se réorienter vers une unité somatique réputée. Ce changement s'explique par une vision de carrière longue dans le métier d'infirmière, avec la volonté de se construire un *curriculum vitae* plus prestigieux.

Quelques années plus tard, nous rencontrons Quentin. Cet infirmier a autour de trente ans lorsque nous l'interrogeons pour la première fois. Il est badin et calme, posant ses phrases avec soin, ce qui lui donne parfois un air désinvolte. Il travaille à l'unité d'hospitalisation du secteur de l'unité 1, qu'il a rejointe autour d'un an après le passage de Roxanne.

Dans le même temps, nous avons cherché à multiplier les points de vue en recrutant des acteurs de pôles différents, et ce pour deux objectifs. Le premier était de s'assurer de la validité de notre quotidien idéaltypique et de notre typologie des idéologies, et le second était de capter des différences à ces deux modèles pour en réfléchir les limites. Ainsi, nous réalisâmes deux entretiens semi-directifs longs, suivis à nouveau de petits retours réguliers mais espacés dans le temps. Ces deux entretiens prennent place avec des acteurs de terrains potentiels qui ont finalement échoué pour des raisons diverses, et permettaient d'accéder partiellement à ce point de vue que nous cherchions à obtenir par un terrain :

Rose est une infirmière d'environ trente ans lorsque nous réalisons notre premier entretien. Elle est joviale, entretenant un humour souvent noir et cynique pour dépeindre les difficultés du monde psychiatrique, tant dans le rapport avec les patients qu'avec l'administration. Elle travaille dans un petit pôle du 78, dans l'unité d'urgence psychiatrique. Cependant son temps d'emploi en « douze heures » lui laisse de nombreux jours de repos dans la semaine, qu'elle comble par des gardes au sein des diverses unités, d'hospitalisation ou de jour, de son pôle. Son temps de travail total excède largement le temps normalement permis par les textes encadrant les heures supplémentaires. Cette approche lui permet d'avoir un point de vue d'ensemble sur le pôle, et d'avoir tissé un réseau de relations étendu aux diverses unités.

Loïc est un psychiatre chef d'une unité d'hospitalisation en Bretagne, d'environ quarante ans. Il est calme, souriant, et humble, valorisant régulièrement ses enseignants et ses collègues. Il a pris les rênes de cette unité depuis seulement quelques mois lorsque nous le rencontrons pour la première fois ; une unité dans laquelle le chef de pôle lui a laissé une totale latitude pour décider de l'organisation et de la théorie poursuivie, car l'unité avait expérimenté une forme d'abandon sur une durée de quelques années. Ayant réalisé une psychanalyse sur Paris, Loïc cherche à appliquer certains de ces principes théoriques dans son unité, mais surtout, il s'intéresse aux zoothérapies dont il fait une pierre angulaire de la prise en charge dans son unité.

Enfin, lors de nos questionnements sur la place des théories et des idéologies au sein des unités d'hospitalisation, nous avons cherché à réaliser des entretiens avec des acteurs investis dans le milieu intellectuel de la psychiatrie. C'est de cette manière que nous avons approché Louise, une femme d'environ soixante-dix ans lorsque nous réalisons notre premier entretien. Dans une grande municipalité de l'Ouest français, elle a obtenu un diplôme de médecine dans une spécialité qu'elle a exercée pendant près de dix ans. Après cela, elle reprend des études en psychologie et en psychanalyse, et elle en suit une elle-même. Elle exerce depuis le métier de

psychanalyste, à la fois en libéral et à l'hôpital. Elle enseigne aussi plusieurs disciplines, de médecine et de psychologie. Enfin, elle forme de jeunes psychanalystes. Investie à l'extrême dans son travail, Louise ne s'arrête pas les week-ends, et se rend disponible pour ses patients à tout moment de la journée (et parfois de la nuit). Elle a par ailleurs été très investie dans le milieu intellectuel de la psychanalyse au sein de l'hôpital psychiatrique français, au travers de plusieurs postes clés dans des associations de praticiens, psychiatres, médecins somatiques et psychanalystes. Son attrait pour les questions théoriques et les courants internes à la psychanalyse ont permis un entretien extrêmement riche sur ces questions.

C'est en grande partie grâce à cet entretien que nous avons réalisé la complexité et la pluralité du milieu théorique et intellectuel psychiatrique.

## Chapitre 2 : Une semaine typique

Pour discuter le microcosme social que constituent les unités d'hospitalisation psychiatrique, il est nécessaire au lecteur d'appréhender l'organisation qui y prend place, aussi bien le travail des soignants que les conditions de vie des patients. D'abord, pour percevoir la fréquence d'action d'un de ces groupes d'acteurs dans le quotidien et les interactions, il faut connaître son temps de présence, même approximatif, dans l'unité. Il est aussi nécessaire de comprendre quel est le rôle, supposé et attendu d'un acteur ou d'un ensemble d'entre eux ; ou bien quelles sont les tâches sensément attribuées à l'un ou l'autre des groupes professionnels. Par la suite, il lui faut comprendre la composition d'une semaine dans une unité d'hospitalisation, ce que l'on vit factuellement lorsqu'on y passe ses journées, et ainsi situer le cadre social des interactions, quels en sont les objectifs, et enfin quels intérêts nourrissent les différents acteurs pour ces interactions et leurs résultats.

Pour permettre de se projeter entre les murs des unités d'hospitalisation, et la compréhension qui en découle, nous chercherons ici à dresser une semaine typique au sein des unités d'hospitalisation psychiatrique. En cela, nous nous inspirerons de la méthode que propose Weber pour établir un idéaltype : « En accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroit pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement, pour former un tableau de pensée homogène. » (Weber, 1904 (traduit par Freund)). Cette semaine que nous présenterons sera peu représentative de la richesse d'un quotidien réel au sein de l'unité psychiatrique. Il s'agira plutôt d'une construction sociologique : la somme des actes les plus fréquemment observés, la composition d'une journée « idéale », telle qu'obtenue par la répétition de nos observations ou telle que les acteurs nous la racontent. Une représentation du quotidien « purifiée de variations contingentes » (Guy, 1993 *in* Coenen-Huther, 2003). En cela, nous empruntons le point de vue des acteurs qui évoluent au sein des unités, exacerbant les temps forts qui rythment leurs journées au travers des horaires les plus fréquents auxquels ces actes prennent place, et repérant les tâches ou les objectifs qu'ils poursuivent ou se fixent le plus régulièrement. En somme, il s'agit du point de vue des actes banals du quotidien qui structurent la toile d'une journée à l'hôpital psychiatrique : quand se lève-t-on, quand mange-t-on, quand prend-on ses médicaments ? Où passe-t-on son temps entre ces moments, et qu'y fait-on généralement ?

En choisissant ce point de vue, celui qui nous semble le plus pertinent pour illustrer les interactions, nous en abandonnons naturellement d'autres, qui se seraient révélés pertinents dans le cadre d'analyses différentes : ainsi, nous oublions volontairement ce qui se déroule hors des murs de l'unité pour nous concentrer sur l'emploi du temps « idéal » qui y prend place. Nous oublions aussi les logiques économiques qui interfèrent dans ce quotidien, ou celui des réglementations. Il s'agirait là d'autres descriptions idéaltypiques, pertinentes pour d'autres types d'analyses que celles des interactions factuelles au sein de l'unité, qui produisent finalement l'organisation informelle.

Cependant, il reste évident qu'une journée spécifique, observée dans son détail, déviara de cette construction que nous proposons. « On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : il est utopique » (Weber, 1904). Ainsi, le quotidien que nous produirons sera un outil de travail pour l'analyse sociologique, plutôt qu'une représentation factuelle du quotidien réel de l'hospitalisation psychiatrique. Il pose un cadre qui permet de comprendre les étapes qui structurent théoriquement une journée. En ignorant volontairement les nombreuses exceptions et contingences qui surviennent quotidiennement, nous occulterons, pour le moment, leur gestion qui constitue pourtant une grande part de la journée des acteurs. Mais nous y reviendrons dans les parties de la thèse qui s'y prêtent. Pour dresser notre semaine idéaltypique, nous décomposerons d'abord une journée qui la compose. Puis nous présenterons les journées dont l'organisation diffère en nous centrant sur des activités hebdomadaires.

## **Début de matinée**

La vie des patients, comme la présence des soignants, est continue dans l'unité. Nous poserons donc un début de journée arbitraire, basé sur la relève de l'équipe paramédicale — infirmières et aides-soignants — entre ceux qui travaillent « de nuit » et ceux « du matin ». Ce moment marque aussi le réveil des patients, et ces deux événements prennent place aux alentours de **7 heures**. La relève de travail se cristallise au travers des « trans' », ou « transmissions » des paramédicaux : pour une trentaine de minutes, les deux groupes se concentrent dans la salle de réunion d'équipe. Ceux qui travaillaient de nuit résument les informations importantes à ceux qui démarrent leur journée : il s'agit de ce qui a pu se passer au cours de leur nuit, ainsi que des choses qui se sont déroulées dans l'après-midi de la veille, et qui leur ont été transmises à leur propre prise de poste. Si l'ambiance est généralement bonne,

les frictions entre les équipes de nuit et de jours sont régulières ; ceux de jour reprochant souvent à l'équipe de nuit de ne pas fournir assez d'efforts :

**Ness :** « Le problème de la nuit c'est qu'elles s'impliquent pas. Là, Mme X a encore arraché sa perf<sup>o</sup>, et elles lui ont même pas remis. Elle est restée sans combien de temps ? On sait pas... » (*Infirmière, 45 ans, unité 2*)

Pour faire ces transmissions, les équipes s'appuient sur un objet essentiel et hautement symbolique du travail dans l'unité d'hospitalisation : la liste des patients. Cette liste est constituée dans un grand tableau organisé par numéro de chambre. Pour chaque chambre est indiqué le nom de famille du patient, son âge, son mode de prise en charge (soins libres, sous contrainte, quel type de contrainte) ainsi que parfois quelques informations complémentaires : son secteur, sa date d'arrivée, quel psychiatre s'en occupe principalement, s'il bénéficie d'un type de repas ou de prises en charge particulières, ou encore s'il souffre d'une maladie somatique à surveiller... Une grande part du tableau est laissée vide, pour permettre aux membres de l'équipe d'y annoter des informations au cours de la journée. Chaque membre de l'équipe dispose de sa propre feuille qu'il transporte avec lui toute la journée (cf. Annexe 2).

Après les « trans' », l'équipe de nuit quitte son poste et l'équipe « du matin » prend le sien. Ils font le tour du service, réveillent les patients pour lesquels cela est précisé dans la prise en charge. L'un des membres de l'équipe, généralement un aide-soignant, s'occupe de doucher les patients en chambre d'isolement. Depuis l'extérieur des chambres, il règle la puissance du jet et la température pour les deux patients.

Enfin, deux infirmières préparent les traitements médicamenteux qui vont être distribués aux patients en s'appuyant sur la liste et les dossiers de ceux-ci, elles remplissent les petits récipients des traitements en gouttes, ou garnissent de petits réceptacles à pilules « Per Os » (qui s'administrent par voie orale) qu'elles disposent ensuite dans des casiers étiquetés par les numéros de chambre ou les noms de patients.

Cette distribution débute entre **8 heures** et **8 heures 30**. Les deux infirmières s'installent dans la salle des soins. Elles en obstruent la porte d'entrée avec un chariot qui fait office de pupitre. Les patients y constituent une file d'attente, emplissant l'espace de l'unité. Certains attendent contre les murs ou assis par terre, passant en dernier dans la queue. Lorsqu'un patient arrive, on lui donne le petit récipient contenant son traitement. Pour une minorité de patients, on vérifie que le traitement a bien été avalé en inspectant le contenu de sa bouche :

**Karine :** « Mme X, il faut se méfier, on l'a vu recracher ses médicaments un jour, depuis on la surveille, alors je lui demande de bien ouvrir. »

*(Infirmière, 50 ans, unité 2)*

Certains d'entre eux suivent des traitements par injection, et les reçoivent en dernier, assis sur le grand siège qui trône au centre de la salle de soins.

Par ailleurs, il est fréquent qu'un patient ne reconnaisse pas les pilules que contiennent son récipient, ce qui entraîne des discussions prolongées avec l'infirmière qui distribue : la paramédicale vérifie le dossier, rappelle ou explicite ce que le médecin a dit la dernière fois ou l'effet de la pilule. De son côté, le patient se défend, explique quels effets secondaires désagréables il endure, ou bien ce qu'il a compris des derniers changements de traitements. La majorité du temps, ces discussions débouchent tout de même sur la prise du traitement, mais permettent de le reconsidérer avec un psychiatre, plus tard dans la journée ou la semaine.

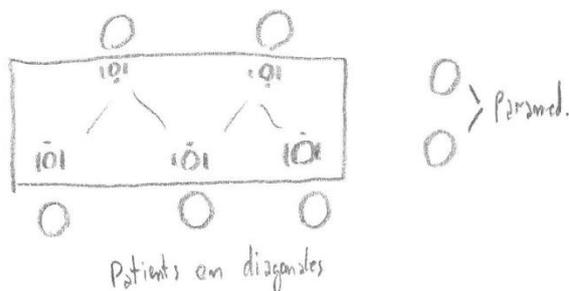
De la même manière, la majorité des patients disposent de médicament en « si besoin », un à-côté du traitement principal, qui peut aider sur certains symptômes ou effets secondaires d'autres médicaments. Les patients discutent et négocient ces à-côté, pour les obtenir ou au contraire ne pas les prendre. Celui d'entre eux qui revient le plus régulièrement dans nos observations étant une petite gelée violette ressemblant à un dessert, goût pruneau. Il s'agit d'un traitement contre la constipation, que les patients tentent régulièrement d'obtenir, principalement pour le plaisir de le consommer ; les infirmières cherchant de leur côté à démêler la nécessité réelle de cette prise ou non.

Pour ces dernières, le moment de distribution et les nombreuses discussions qui l'accompagnent créent un cadre propice à la récupération d'informations sur l'état du patient, elles ne se privent donc pas de questions aussi générales que précises sur leur ressenti et leur état physique ; il en résulte naturellement une distribution longue ; et parfois prolongée hors de la matinée, selon l'infirmière qui s'en charge :

**Nathalie :** « S'ils viennent pas maintenant je le note et je leur donne après le déjeuner. Ça change rien, donc autant faire comme ils préfèrent. »

*(Infirmière, 40 ans, unité 3)*

Après la prise du traitement, les patients restent généralement massés dans le hall d'entrée de l'unité, car il est immédiatement l'heure du petit déjeuner. Une partie de l'équipe paramédicale escorte alors le petit groupe vers le self où elle l'y surveillera.



*Extrait du journal d'observation, unité 3*

Chaque unité dispose de tables spécifiques dans le réfectoire : les patients ne se mélangent pas entre unités. Qui plus est, ils s'assoient et mangent généralement seuls, en laissant une place libre entre eux, et s'installant en diagonale les uns par rapport aux autres, évitant les face-à-face.

Après le repas, l'équipe escortera à nouveau les patients vers l'unité.

Les patients qui n'ont pas encore le droit de manger en dehors de l'unité se réunissent dans la salle commune. Un aide-soignant leur distribue des plateaux préparés à l'avance qu'il est descendu chercher aux cuisines. Enfin, un second aide-soignant s'occupe de préparer les deux repas pour les patients en chambre d'isolement s'ils n'ont pas encore le droit d'en sortir. Le paramédical enlève tous les emballages et les objets considérés « à risque ». Il découpe la nourriture, et dispose l'ensemble dans une vaisselle de plastique mou, avec une cuillère du même matériau. Ces repas sont donnés légèrement après les autres par l'aide-soignant et une infirmière, un patient en isolement à la fois. Ceux d'entre eux qui sont là depuis peu prennent ce repas dans leur chambre, sur leur lit ; mais après quelques jours ou semaines, ils peuvent sortir de la chambre et prendre le repas sur de petites chaises en mousse disposées entre les deux chambres, dans le vestibule, toujours sous la surveillance des deux paramédicaux.

## Le « Staff » : la réunion d'équipe

Aux alentours de **9 heures**, la salle de réunion d'équipe commence à se remplir des autres groupes professionnels qui travaillent à des horaires de bureaux. Viennent s'installer à la table une secrétaire médicale, l'assistant social et la cadre de santé du service ; ainsi que le médecin généraliste et enfin les psychiatres qui seront présents pour la matinée. Il est rare que tous les psychiatres liés à l'unité soient présents les mêmes jours de la semaine, d'autant qu'ils partagent leur temps entre plusieurs unités du pôle, alternant aussi les types de prise en charge (unités d'hospitalisation, de jour, CMP, urgences...). Les paramédicaux « du matin » rejoignent cette réunion au compte-gouttes, finissant des tâches dans l'unité. Neuf heures marquent aussi l'arrivée des « ASH » (Agents de service hospitalier) qui entament le nettoyage des chambres et des couloirs. Il est très rare qu'ils participent à la réunion d'équipe.

Pour l'occasion, une nouvelle liste de patients, actualisée, est tirée en suffisamment d'exemplaires pour tous les acteurs présents et à venir de la journée, formant une pile au centre de la table. On attend les retardataires, et finalement, une psychiatre ou une infirmière sonne le départ de la réunion en clamant le premier nom de la liste des patients, ou par une autre formule : « Bon, on y va ? ». C'est presque toujours une infirmière qui déroule la liste des malades présents dans l'unité, en s'arrêtant pour faire un point de quelques minutes sur chaque patient<sup>7</sup>. Des observations de l'équipe, le traitement, l'avancée des soins ainsi que le quotidien mis en place sont débattus entre les infirmières et les psychiatres. Si un changement doit être mis en place, il est généralement sanctionné oralement par l'une des psychiatres sous forme d'une petite conclusion.

**Laura :** « Mme X. » ... Bon on a fait le test de la descendre au self, comme tu voulais Amel [une psychiatre], mais bon ça marche pas hein ! Elle est agressive avec tout le monde, elle a insulté les cuisiniers quand ils l'ont servie. »

**Valérie :** « Ah bon, d'accord. »

**Ness :** « Pourquoi on fait ces tests ? On sait très bien que pour elle ça sert à rien. Je savais que ça échouerait. »

**Valérie :** (après un petit silence) « Bon, on la laisse dans l'unité pour les repas pour l'instant alors ! On verra pour ça plus tard. »

*(Extrait du journal d'observation, unité 2)*

---

<sup>7</sup> Le fait que des infirmières « dirigent » ces réunions a déjà été soulevé dans d'autres recherches sur les équipes en psychiatrie (Ogien, 1989, p. 44).

En quelques occasions, la prise en charge d'un patient ne fait pas consensus entre les psychiatres et les infirmières, et le ton peut monter entre les deux groupes professionnels. Mais la majorité du temps, l'esprit est bon enfant et l'humour est de mise pour discuter les comportements des patients, souvent par quelques remarques cyniques ou l'emploi d'un humour noir dont la sociologie observe si régulièrement l'usage par les équipes de la psychiatrie et de l'hôpital en général<sup>8</sup> :

**Naëlla** : « [...] Il est vraiment terrible ce patient ! Il nous rend la vie dure... »

**Amel** : « Mais vous savez parfois y a des patients qui vont mieux après être passés dans le coma... La prochaine fois qu'il sort pour le juge, il faudrait qu'on se débrouille... Avec le RER... »

Toute l'équipe rit de bon cœur, et renchérit avec des idées pour faire entrer le patient dans le coma. (*Extrait du journal d'observation, unité 2*)

Les aides-soignants sont pour leur part toujours distants. Certains ne viennent pas à ces réunions, et ceux qui y viennent passent le temps sur leurs téléphones, ou s'endorment. Les autres acteurs spécifiques que nous avons mentionnés précédemment interviennent quant à eux pour les cas qui les concernent au fur et à mesure du déroulé de la liste.

La secrétaire médicale va intervenir au sujet des patients en soins sous contrainte, pour spécifier les documents à remplir, signer, ou produire pour respecter les normes juridiques qui encadrent la poursuite de cette prise en charge. Elle fournit les documents lorsqu'ils doivent être signés par le patient.

**Isabelle** : « Tous les jours y en a une d'entre nous qui monte à l'état du jour. On indique quel certif il faut faire et signer pour aujourd'hui. On motive les psychiatres quoi ! [Rires] » (*Secrétaire médicale, 45 ans, unité 2*)

L'assistant social, quant à lui, intervient pour des patients qui entrent dans son cadre de prise en charge. Il s'agit principalement de patients en difficultés économiques, ou qui font face à des problèmes administratifs particuliers. Il expose alors ce qu'il a déjà fait ou ce qu'il compte faire, ce qui a fonctionné ou non concernant sa prise en charge, généralement l'accès sur la bonne mise en place et le maintien des aides sociales.

---

<sup>8</sup> L'humour cynique et noir des soignants est régulièrement relevé dans les recherches qui discutent les fonctionnements des équipes hospitalières. (Mougeot, 2022 ; Ogien, 1989 ; Peneff, 1992 ; Vega, 2000).

Lorsque la liste entière des patients a été déroulée, la cadre de santé intervient. Elle indique le nombre d'entre eux qui sont reliés à l'unité, mais actuellement « en hébergement », soit pris en charge dans une autre unité psychiatrique d'hospitalisation en attendant une place ici. Ensuite, si des lits sont libres, elle indique les patients entrant dans la journée. Elle donne une heure d'arrivée, très approximative et rarement véridique, puis dresse un profil de ces nouveaux arrivants : rapide description physique, antécédents psychiatriques... Elle lit les notes des dossiers de l'endroit d'où arrive le patient, qu'il s'agisse d'une autre unité, des urgences ou du rapport de police. Si le patient est déjà passé par l'unité, elle préfère souvent la lecture du dossier de la dernière hospitalisation. Les psychiatres se distribuent ces nouveaux patients, dont ils deviendront référents, selon qui en a le moins à charge sur le moment, ou d'autres règles informelles :

**Amel :** « Valérie, elle est forte avec les manipulateurs et les psychopathes. Moi plutôt avec les dépressifs, alors on se les repartit comme ça ! [Rires] »

*(Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 2)*

Dans le cas où aucun lit n'est disponible alors que l'unité compte un grand nombre de patients « hébergés », la cadre demandera avec insistance aux psychiatres quels patients actuels peuvent sortir et quand, réclamant que cela ait lieu le plus tôt possible. La discussion devient souvent houleuse, l'impératif de *turn-over* que régule la cadre entrant en contradiction avec les visions de prise en charge de l'équipe soignante.

Dans d'autres cas, il arrive qu'un lit vide de l'unité soit alloué pour recevoir un patient SDF. Une nouvelle complexe, ce que fait comprendre la présence de la cadre supérieure du pôle, l'échelon au-dessus des cadres de santé, qui s'adjoint parfois à la réunion pour annoncer la nouvelle. Les patients SDF ne dépendent naturellement d'aucun secteur. Qui plus est, ils sont considérés comme des patients difficiles par les équipes : ils ont la réputation de ne pas se laver, d'avoir des comportements autrement difficiles à gérer et à réguler, ou d'entretenir une opposition avec les soins. Toujours pris en charge sous contrainte d'origine policière, ils demandent aux soignants un travail supplémentaire, souvent lourd, et que l'équipe qualifie « d'inutile », car le SDF est soupçonné de stopper immédiatement son suivi psychiatrique une fois sorti de l'unité.

Les cadres organisent donc un roulement au sein du pôle, pour que les unités d'hospitalisation alternent dans la prise en charge de ces patients. Mais la nouvelle reste dure à accepter pour l'équipe de l'unité. Le renfort de la cadre supérieure n'est souvent pas de trop pour calmer la

gronde qui monte parmi les paramédicaux, parfois soutenus par les psychiatres : soit par de petite validation, soit par des silences entêtés vis-à-vis des arguments des cadres, qui soulignent la nécessité d'accueillir ces patients. En effet, le bruit court souvent parmi les soignants d'être l'unité qui reçoit le plus de ces patients SDF dans leurs structures respectives. Un bruit qui court dans toutes les unités d'hospitalisation de notre corpus.

**Ness :** « La psychiatrie, on est la poubelle de la médecine, on a les patients dont personne ne veut, les SDF... Et puis en plus c'est bien, dans [l'unité 2] on est aussi la poubelle de la structure ! Ils sont toujours pour nous les SDF ! »

*(Infirmière, 45 ans, unité 2)*

À la fin de cette réunion d'équipe, si les psychiatres sont plusieurs aujourd'hui, elles se mettent d'accord pour décider laquelle d'entre elles s'occupera des patients en isolement. S'il n'y a qu'une psychiatre, elle s'en occupera fatalement.

Tout au long du « staff », les patients se sont lentement agglutinés face à la salle de réunion d'équipe, encombrant tout l'espace disponible du couloir. Ils viennent réclamer des actions spécifiques liées à leur prise en charge. Les plus aventureux et les moins habitués à l'hospitalisation viennent frapper à la porte pour obtenir l'attention de l'équipe. Ils seront rabroués sèchement par un paramédical : « Vous attendez la fin du staff ! Je veux pas savoir ». Ces patients apprendront, comme les vétérans du milieu, à attendre la fin de la réunion sans faire de vagues, sous peine de s'attirer le mécontentement de l'équipe, et d'avoir par la suite moins de chance de voir leurs réclamations écoutées.

## **La fin de matinée**

En effet, la fin du « staff », entre **10 heures** et **10 heures 30**, sonne généralement le moment le plus intense de la journée. La porte de la salle d'équipe est ouverte, et l'équipe se répand dans l'unité pour accomplir ses diverses tâches. Les patients sont maintenant nombreux à attendre autour de la porte, et cherchent à attirer l'attention des membres de l'équipe.

Aux paramédicaux, ils réclament l'accès à des objets de leur casier — les boîtes qui contiennent leurs affaires personnelles, installées dans la salle de réunion — il peut s'agir, entre autres cas plus spécifiques, de leurs cigarettes, d'un peu d'argent liquide pour le café de l'après-midi, de quelques minutes sur le téléphone...

Aux psychiatres, ils réclament d'obtenir l'accès à ces objets s'ils leur sont encore proscrits, ou d'autorisations pour disposer de temps dans le patio ou de sortie de la structure psychiatrique ; ou encore des changements dans leur traitement. Ce moment de discussion volé est important pour les patients : s'ils ne disposent pas de temps prévu avec une psychiatre aujourd'hui, il s'agira de leur seul moyen pour discuter avec celle-ci, et obtenir des changements dans les modalités de leur prise en charge et leurs conditions de vie ; ou réclamer directement un rendez-vous avec la psychiatre, pour parler plus en détail de la prise en charge.

L'équipe accorde un temps court pour accéder, répondre ou débouter certaines de ces demandes, et une partie ne sera pas résolue par manque de temps.

La secrétaire et la cadre de santé s'éclipsent pour rejoindre leurs bureaux respectifs, dans ou hors de l'unité. Une sortie qui se veut discrète, mais qui n'est que rarement dérangée par les patients : ces derniers apprenant rapidement à reconnaître les membres de l'équipe capables ou non d'accéder à leurs demandes, ce qui n'est pas le cas de ces acteurs administratifs.

Les différents acteurs de l'équipe qui partent en rendez-vous rejoignent les pièces qu'ils occuperont pour le reste de la matinée. La psychiatre qui a été désignée pour s'occuper des patients en isolement rejoint ces deux chambres. Elle est accompagnée par une infirmière et un aide-soignant au minimum ; parfois quelques paramédicaux supplémentaires les rejoignent. La composition de ce groupe est informelle, généralement, la psychiatre lance à la volée « qui vient avec moi en iso ? », ou demande personnellement à un acteur si elle désire sa présence. Ensemble, le groupe va effectuer un rendez-vous avec les deux patients, l'un après l'autre. Les questions sont usuelles, « Comment allez-vous aujourd'hui ? », « Comment avez-vous dormi ? », « Vous savez pourquoi vous êtes là ? ». Les infirmières profitent de ce moment pour faire les prises de sang aux patients si cela est nécessaire, ce qui est généralement le cas des nouveaux arrivants pour qui il faut dresser un bilan. Dans d'autres cas, il s'agit de voir l'évolution de certains traitements, en vérifier la présence dans l'organisme ou en surveiller les effets secondaires.

Pendant ce temps, les autres psychiatres et l'assistant social ont chacun rejoint un bureau de rendez-vous. Les psychiatres sont accompagnés d'une infirmière, l'assistant social reste seul lorsqu'il ne dispose pas d'une secrétaire. Dans cette pièce, chaque acteur va recevoir une poignée de patients qu'il a sélectionnés pour la matinée, rarement plus de deux ou trois. Il peut s'agir de patients qui ont réclamé un rendez-vous le matin même, si celui-ci semblait disposer d'une bonne justification ; dans l'autre cas, il s'agit de patients qui n'ont pas été vus depuis un certain temps et pour lequel l'acteur souhaite actualiser ou surveiller la prise en charge. Il peut arriver qu'un membre de la famille participe, le rendez-vous ayant alors été établi en avance.

Au cours de ces entrevues, on discute l'état général du patient, ses idées, ses envies, sa perception du traitement médicamenteux et de quels droits et options il dispose dans l'unité au cours de la journée. Ces discussions sont par ailleurs similaires pour un patient en soins sous contrainte ou non. Combien de cigarettes par jour ? Est-ce qu'il a accès au patio après le déjeuner ? À telle ou telle activité proposée dans l'unité ? Pourrait-il sortir en permission, et quand va-t-il sortir définitivement ?

À la fin de ces rendez-vous, des décisions sont actées par la psychiatre. S'il y a changement de traitement, elle l'indique par le biais utilisé dans l'unité (informatique ou papier), et modifie ainsi la distribution des traitements. Si d'autres changements d'ordre du quotidien sont décidés pour le patient, c'est le paramédical présent qui s'occupera de la bonne mise en œuvre de ce changement, *via* les transmissions qui prolongent et codifient les comportements de l'équipe paramédicale.

Pour les patients qui n'ont pas de rendez-vous, ce moment est généralement occupé dans la salle de repos, ou dans le coin fumeurs de l'unité.

## **Le début d'après-midi**

Après ces rendez-vous, entre **12 heures** et **12 heures 30**, l'heure du déjeuner des patients approche. À nouveau, ces derniers se regroupent devant la salle de réunion d'équipe et la porte d'entrée de l'unité. Ils constituent des petits groupes, mais restent généralement silencieux. Comme pour le petit déjeuner, ils seront escortés au self par une partie des paramédicaux, tandis qu'une autre partie demeurera au sein de l'unité pour le repas, surveillé par un aide-soignant et une infirmière qui gèreront aussi le déjeuner des patients en chambres d'isolement.

Les psychiatres sortent aussi de l'unité. Elles vont déjeuner et s'occuper des dossiers de patients pris en charge sous contrainte dans le bureau des secrétaires, dans un ordre ou l'autre. Pour le repas, les médecins se regroupent généralement, indistinctement des différentes unités du pôle ; mais souvent, une partie d'entre elles déjeune seule, dans leur bureau.

Les autres membres de l'équipe se constituent généralement en petits groupes fixes pour les midis, hors de l'unité, au self ou dans une salle dédiée. Les secrétaires médicales se regroupent entre elles, et sont souvent rejointes par l'assistant social. De même, les cadres des différentes unités et les cadres supérieures mangent ensemble. Ce moment est souvent l'occasion d'une réunion informelle pour ces dernières, au sujet des hébergements : « Il te reste des lits de dispo aujourd'hui ? », « Tu le reprends quand celui-là ? ».

Pour les paramédicaux, il n'est pas encore l'heure de la pause : après la gestion du déjeuner des patients vient l'heure des « trans' », les transmissions formelles. Celles-ci prennent deux formes. D'abord, on rédige les « trans' écrites », des traces notées à l'ordinateur ou à la main qui rejoignent le dossier d'un patient, et qui détaillent des actes et des décisions prises au cours de la matinée. Ils y notent aussi le contenu des rendez-vous de la psychiatre auxquels ils ont participé avec elle, ainsi que les décisions rendues par la médecin à la fin de ceux-ci. Ensuite, vers **13 heures 30**, l'équipe d'infirmières et d'aides-soignants « d'après-midi » arrive, et tous se réunissent dans la salle de réunion d'équipe pour les « trans' orales », similaires à celles que nous avons décrites le matin, généralement un peu plus longues. Ces réunions n'acceptent généralement pas d'autres acteurs que des paramédicaux, infirmières et aides-soignants.

Après les transmissions, une partie des deux équipes de matin et de soir déjeunent ensemble, rapidement, dans la salle de repos de l'équipe. Puis l'équipe du matin quitte l'unité et en laisse la gestion à l'équipe du soir. Le temps que passent les paramédicaux à travailler dans l'unité dépasse généralement de quelques dizaines de minutes, parfois de quelques heures, la durée de la prise de poste fixée par l'organisation formelle :

**Céline :** « Ils nous ont mis, on travaille 7h36 par jour tout pile. C'est une question de minute, comme ça on perd un RTT par mois. Les syndicats, ils ont accepté ça, mais ils se sont fait entuber, on leur a dit qu'on travaillerait quelques minutes de moins, ils avaient pas compris. C'est abusé. Qui fait attention à travailler pile 7h36 ? On fait toujours plus... » (*Infirmière, 30 ans, unité 3*)

Comme souvent à l'hôpital, les textes qui encadrent le travail des soignants expriment une logique gestionnaire, éloignée des comportements factuels et réalistes du travail de l'équipe. La majorité du temps, ces horaires sont dépassés pour la bonne réalisation des transmissions écrites, l'activité la plus longue du début d'après-midi.

Pour l'équipe de soir, le travail commence alors que l'unité est plongée dans un calme et un silence quasi religieux, qui perdureront jusqu'à **15 heures** environ. De fait, après le déjeuner, les patients se sont repartis en plusieurs endroits et plusieurs activités. Ceux qui ont accès aux machines à café et à la cour du bâtiment y restent après le repas pour fumer et consommer une boisson chaude : il est interdit d'entrer dans l'unité avec un café. Parfois, ils se

rassemblent en petits groupes de trois à cinq individus, mêlant plusieurs unités du bâtiment. C'est le meilleur moment pour participer à de petits trocs et trafics, se procurer des substances illicites et les consommer, grâce aux patients en unités de jour, qui entrent et sortent plus régulièrement du bâtiment. D'autres patients qui disposent de ce droit ont rejoint la salle de sport du bâtiment, encadrés par des acteurs extérieurs à l'unité.

Les patients qui sont remontés dans l'unité immédiatement après le repas, ainsi que ceux qui y mangent, rejoignent généralement leur chambre pour y passer un peu de temps seul ou profiter du repos d'une sieste. D'autres s'installent dans la zone fumeur de l'unité, eux aussi constituant parfois de petits groupes.

Aucun autre acteur de l'équipe n'est encore revenu dans l'unité, où il n'y a que les paramédicaux. Une partie des infirmières s'occupe de préparer les traitements de l'après-midi, de la même manière que nous l'avons déjà décrit pour le matin.

Finalement, aux alentours de **15 heures**, l'activité reprend. Une minorité des psychiatres reviennent dans l'unité, généralement une seule, parfois aucune : elles se rendent dans les autres unités du pôle dans lesquelles elles travaillent. Celles qui reviennent reprennent alors des rendez-vous avec certains patients, accompagnés à nouveau d'une des infirmières. C'est aussi à cette heure que certaines visites de famille de patient peuvent prendre place. Elles se dérouleront dans l'intimité des chambres de patients ou dans la cour du bâtiment. Parfois, la famille investit un lieu commun de l'unité avec les patients, pour faire des jeux de société par exemple.

C'est à ce moment de la journée qu'arrivent les nouveaux patients, pour lesquels est mise en place une procédure systématisée qui prend pour nous les allures d'un rituel. Pour commencer, le patient est invité à s'installer dans la salle de réunion d'équipe ; et ce sera, avec son départ, les deux seules fois de toute la durée de son séjour : aucun patient n'entre dans cette pièce en dehors de ces deux moments particuliers. Avec une infirmière, on vide les sacs remplis d'affaires qui accompagnent le patient sur la grande table de réunion, et on en dresse l'inventaire pour composer une liste que l'équipe conservera jusqu'au départ du patient. Il est demandé à ce dernier de signer la liste, ainsi que la « charte » de l'unité, qui explicite les bons comportements à suivre pour y vivre, et qui liste principalement les comportements marqués d'interdits, comme celui de fumer à l'intérieur.

Les objets du patient sont ensuite répartis : la majorité rejoint la boîte en plastique étiquetée à son numéro de chambre ou son nom ; les affaires les plus précieuses ou les sommes liquides trop importantes sont transférées au coffre-fort de l'unité, dissimulé dans le bureau de la cadre. Le patient peut exprimer la volonté de garder avec lui certains objets, mais en réalité, il y en a

peu qu'il pourra conserver : entrer dans l'unité signifie en perdre le contrôle. Dans le cas où certains objets pourraient lui être laissés, comme les pièces d'identité par exemple, le patient doit signer plusieurs documents de décharge de responsabilité en cas de vol ou de perte. Ces documents et le discours du soignant qui explicite les risques participent souvent à convaincre le patient de ne pas les conserver. Pour finir, ce dernier est conduit à sa chambre. Il devra effectuer une prise de sang au cours de la journée, au « poste de soins », sur laquelle s'appuieront les soignants pour établir le traitement.

Ce rituel d'entrée signifie généralement l'abandon pour le patient de ses libertés d'usage de ses objets personnels, ainsi que sa liberté d'aller et venir. Qu'il soit pris en charge sous contrainte ou non, il perd alors la liberté de sortir de l'unité quand il le désire, puisque l'unité comprend des patients soignés sous contrainte, qui nécessite que la porte de l'unité soit gardée fermée à clé<sup>9</sup>. De même, il devra à présent demander à l'équipe pour utiliser ses objets personnels ; droits qui peuvent lui être refusés, et qui lui seront accordés tout au long de son séjour jusqu'à la sortie. Ainsi, dans le plus simple de ces fonctionnements, ses cigarettes sont rangées dans ce casier de l'équipe, et il devra demander l'accès à un paquet ou à l'une d'entre elles, droit qui peut lui être accordé ou refusé pour réguler sa consommation, entre autres raisons :

**Laura :** « Vous savez bien que c'était une bêtise là, le coup de pied dans la porte, hein ! Bon je vous rallonge l'attente pour votre prochaine cigarette d'une demi-heure ! [...] Non, non, vous revenez dans trente minutes ! »

*(Infirmière, 25 ans, unité 2)*

De même, l'accès au téléphone portable sera contrôlé par l'équipe, qui attribue souvent à l'objet un rôle dans la pathologie du patient. L'accès à ces objets dépendra de la conduite de sa prise en charge, des dispositions des membres d'équipe ; et globalement, des négociations entre les acteurs à leur sujet.

---

<sup>9</sup> La liberté d'aller et venir dans les locaux hospitaliers fait partie du droit des patients, qu'il s'agisse des services somatiques ou des soins libres en psychiatrie. Mais dans ces deux types de structures, indistinctement, elles sont rarement appliquées factuellement, justifiées par les soignants par des raisons de sécurité liées à certains patients spécifiques : les risques de fugue des patients psychiatriques sous contrainte, comme les risques de contaminations en chirurgie, les fugues en gériatrie...

Si le patient arrive en soins sous contrainte liés à une situation d'urgence, suite à des comportements « hétéro » ou « auto » agressifs, il est placé en chambre d'isolement. Dans une scène impressionnante, le patient entre dans l'unité contentonné à une civière, poussée par les membres d'équipe de l'autre unité ; plus rarement, par la police ou les pompiers. Le rituel d'entrée est alors effectué par l'infirmière, qui crée la liste des objets seule. Elle y ajoutera les vêtements du patient, qui seront lavés par un aide-soignant et rejoindront aussi le casier du patient. Celui-ci sera habillé d'un pyjama de l'hôpital, et le droit de porter ses vêtements sera aussi le sujet de débats et de négociations, du patient avec l'équipe, et de l'équipe en son sein.

## **La fin d'après-midi et la soirée**

Les entrées de patients peuvent se prolonger toute l'après-midi, ce qui n'empêche pas d'autres impératifs de s'organiser tout de même. À **16 heures**, un des aides-soignants organise et surveille un goûter pour les patients. La majorité d'entre eux viennent récupérer un gâteau et un verre de jus de fruits. Une partie retourne le consommer dans sa chambre, l'autre le mange en petits groupes qui discutent. Il arrive alors que des activités se mettent en place : jeux de société, dessin, projection d'un film... En plus du goûter, une partie des patients reçoit son traitement à ce moment de la journée, dépendamment du contenu de celui-ci.

Vers **17 heures**, on nettoie les chambres des patients qui quittent l'unité, ce que l'équipe appelle une « désinf », diminutif de désinfection. L'ASH lave le sol et l'espace salle de bain, les aides-soignants font le lit et « les hauteurs » : table de chevet, armoire, etc. Ils sont parfois aidés des infirmières, si elles ont le temps. Ce même acte doit être exécuté en cas de changement de chambre d'un patient, généralement lors de son passage d'une chambre d'isolement à une chambre normale.

Par ailleurs, la sortie d'un patient peut avoir été décidée pour n'importe quelle heure de l'après-midi. Une infirmière s'occupe alors de réaliser la « sortie », dans un rituel semblable à celui de l'entrée : on produit la liste de toutes les affaires personnelles que le patient a apportées dans l'unité ; son casier est vidé, et on vérifie avec le patient que le contenu de la liste concorde. Le patient range ses affaires dans les sacs qu'il possède. S'il n'en a pas, le tout est réuni dans des sacs poubelles estampillés du sigle et du nom de la structure psychiatrique. Puis une des paramédicales de l'équipe escorte le patient jusqu'à l'entrée du bâtiment. Souvent, on passe par la pharmacie de l'hôpital chercher quelques semaines de traitement d'avance. Parfois, un proche

ou un membre de la famille vient accompagner cette sortie et échanger quelques mots avec le soignant.

De la même manière, les changements de chambres peuvent être mis en place à tout moment, surtout lorsqu'un patient arrive à la suite d'une urgence, et qu'aucun service ne peut le prendre en « hébergement ». Il faut alors rapidement déplacer un patient en isolement vers une autre chambre pour faire de la place, et dans la foulée faire les deux désinfections. C'est dans le cas où aucune urgence ne survient, et où aucune nouvelle entrée n'est prévue, que les « désinf<sup>o</sup> » des chambres sont laissées pour dix-sept heures. Les textes prévoient l'existence de deux chambres « de roulement », non attribuées à des patients fixes et utilisées théoriquement pour faciliter les changements ; mais la quantité de patients dans la file active et le manque généralisé de lits pour le nombre de prises en charge font que cette pratique n'est jamais appliquée factuellement.

C'est aussi vers ce moment que sont réalisés les tests lourds sur les patients : les prises de sangs ou de constantes vitales, réalisées par une infirmière dans la salle des soins.

À **18 heures 30**, les patients s'agglutinent à nouveau silencieusement devant la porte d'entrée. C'est l'heure du repas du soir. Comme précédemment, ils sont escortés au self par une partie des paramédicaux, tandis que les autres prennent leur repas dans l'unité. Cette fois, il n'y a pas de temps laissé à la machine à café ou pour profiter de la cour du bâtiment. L'aller est suivi d'un retour rapide, vers **19 heures**.

Après cela, les traitements du soir sont distribués au poste de soins, pour la quasi-totalité des patients. Il s'agit souvent de traitements qui aident à réguler le sommeil, aussi, très vite, la majorité des patients deviennent léthargiques et rejoignent leur chambre. On pose aussi les « bas de contention » pour la nuit, des chaussettes montantes serrées, à tous les patients qui en ont besoin, que ce soit pour un trouble de la circulation déjà présent, ou à cause d'un effet secondaire de traitement. Quelques courageux arpentent encore les couloirs ou occupent l'espace fumeurs.

Les paramédicaux entreprennent alors la rédaction des « trans' écrites » et la prise d'un dîner dans la salle de repos, jusqu'à l'arrivée de l'équipe de nuit, généralement deux infirmières, vers **21 heures**. On réalise les « trans' orales », et l'équipe de soir quitte son poste.

Les membres de l'équipe qui travaillent à des horaires de bureaux sont déjà partis, autour de 18h. Mais si une psychiatre est restée dans l'unité, son heure de départ peut être extrêmement

variable. Régulièrement, une psychiatre qui est restée l'après-midi au sein de l'unité quittera son poste au même moment que les paramédicaux « d'aprèm », vers 21h.

Dans tous les cas, une psychiatre de garde est présente pour toutes les unités du bâtiment pour les cas d'urgences et certains actes dont les horaires sont encadrés juridiquement, elle dort dans une chambre prévue à cet effet. S'il s'agit d'une des psychiatres de l'unité, cela peut servir de raison à son travail prolongé dans l'unité.

Force est de constater une différence profonde dans la composition des tâches qui constituent le travail du matin ou celui d'après-midi. En effet, le matin est plus structuré, et l'équipe présente bien plus nombreuse, avec des représentants de nombreux groupes professionnels différents. La fenêtre de temps pour réaliser tous les actes est raccourcie par la réunion d'équipe. Le contenu de l'après-midi est lui plus dépendant des situations et des imprévus. Qui plus est, faire la « désinf' » d'une chambre et le rituel d'entrée représentent les actes les plus longs d'une journée, et qui mobilisent le plus d'acteurs paramédicaux et ASH :

**Elise :** « C'est pas le même travail entre le matin et l'aprèm. Ça a l'air plus dur le matin, mais c'est pas la même chose qui est difficile : ce qui est dur avec le matin c'est que c'est plus organisé, mais il y a beaucoup de choses donc du coup t'as l'impression que c'est plus speed. L'après-midi c'est le fait de pas savoir ce qui va se passer et de s'adapter. En plus ça dépend des jours, certains ont des matins plus durs, d'autres des après-midi plus durs... » (*Infirmière, 25 ans, unité 3*)

Après **21 heures**, les deux infirmières de nuit restent au sein de l'unité jusqu'au matin. Les médicaments aidant, il y a extrêmement peu d'activité nocturne : les deux paramédicales s'occupent par la lecture, sur leur téléphone portable, avec des films et séries et dorment parfois en alternance.

## Le jour des audiences avec le juge

Un jour par semaine, toujours le même pour une structure psychiatrique donnée, on organise les audiences des patients en soins sous contrainte avec le juge des libertés et de la détention. D'abord, dans la matinée, mais après le staff, les avocats des patients — quasi exclusivement commis d'office — passent voir ces derniers. Le rendez-vous est court, et prend place dans l'intimité de la chambre individuelle du patient, sauf dans le cas plus probable où il serait encore en chambre d'isolement. Dans ce dernier cas de figure, la porte de la chambre est laissée entrouverte, et deux paramédicaux restent non loin de la pièce pour agir en cas d'agressivité du patient.

Par la suite, après le déjeuner, les patients concernés sont escortés jusqu'au juge par un ou plusieurs paramédicaux. Les entrevues avec les juges sont elles aussi courtes, ils valident ou lèvent les soins sous contrainte, la seconde option arrivant extrêmement rarement. Si le juge occupe une pièce de la structure psychiatrique, le trajet est facile, et le paramédical attendra devant la salle où a lieu l'audience le temps de celle-ci. Dans le cas où le juge ne se déplace pas, c'est les patients qui sont conduits à lui, et l'organisation s'avère plus périlleuse, réclamant la sortie prolongée de plusieurs paramédicaux du sein de l'unité, ce qui réduit les équipes sur place<sup>10</sup>.

## Les week-ends

Les week-ends, tous les membres d'équipe qui travaillent les jours ouvrés sont absents : il n'y a donc dans l'unité que des paramédicaux : aides-soignants et infirmières ; parfois, mais non systématiquement, un ASH est présent aussi. De plus, ces équipes sont souvent réduites. C'est aussi un moment plus aisé pour les visites des proches ou de la famille, qui peuvent pénétrer dans l'unité le matin ou l'après-midi. Ils s'isolent alors dans la chambre du patient pour discuter ou effectuer quelques activités, comme des jeux de société. Selon les droits du patient, ils peuvent descendre dans la cour du bâtiment. Par ailleurs, une partie de ceux-ci disposent de permissions, et sortent pour le déjeuner, une journée, ou même le week-end entier.

Une psychiatre de garde passe dans l'unité entre **9 heures** et **10 heures**, elle effectue les entretiens avec les patients en chambre d'isolement. S'il s'agit d'une psychiatre de l'unité, elle

---

<sup>10</sup> L'espace qu'occupe le juge est un sujet de changements récents en réaction à des mouvements de protestation de la part des équipes et des psychiatres (Tartour, 2021). Nous le discutons en détail dans le chapitre V.1.

va parfois aussi effectuer un ou deux entretiens avec des patients, notamment s'il s'est passé un événement particulier.

Globalement, l'ambiance dans l'unité est bien plus calme, et on y voit fleurir les rapprochements internes aux équipes paramédicales, avec l'organisation de repas festifs, prolongés, et de moments de camaraderie franche.

Ainsi, nous avons présenté une semaine idéaltypique, d'abord en explicitant le contenu d'une journée qui la constitue, puis en nous attardant sur les spécificités des journées d'audiences du juge, et enfin en ajoutant quelques précisions sur les week-ends qui voient le nombre d'acteurs présents dans l'unité fortement réduit. Grâce à cette présentation idéaltypique, le lecteur aura pu se faire une idée des enjeux quotidiens qui régulent la journée des groupes d'acteurs que nous aborderons. Nous pourrions alors nous attacher à montrer comment ils évoluent dans ce cadre, et comment ils dévient de « l'idéal » vers un fonctionnement plus organique, moins régulier et lisse ; dépendant aussi d'investissements individuels, selon quels acteurs parmi ce groupe y participent. La manière dont ils gèrent et réagissent à ces irrégularités, ces exceptions et ces accrochages révéleront alors les moments de négociations et d'interactions les plus intenses entre les acteurs : car alors les résultats des interactions sont encore imprévisibles pour ceux qui négocient, car sortant du cadre de l'habituel pour les acteurs, et de « l'idéal » attendu par le sociologue. En somme, nous nous attacherons à comparer et analyser « *combien la réalité se rapproche ou s'écarte de cette représentation idéale* » (Weber, 1904). Et dans chaque chapitre, nous détaillerons le contenu du travail des acteurs, nous présenterons comment ceux-ci s'approprient l'organisation et interviennent pour la façonner, au travers d'exceptions et de sorties des cadres de l'habitude. Nous chercherons à tirer les règles qui encadrent ces différences en observant leur récurrence (Becker, 2002). L'observation des déviations répétées au modèle, les résultats des ordres négociés qui diffèrent de cet idéal « *trop normal* » que nous avons conçu, permettra de mettre en lumière les divergences de fonctionnement du quotidien entre les unités. Ils feront apparaître plus clairement les idéologies psychiatriques que nous évoquions précédemment, négociées et instituées localement.

# Chapitre 3 : Quel quotidien pour les unités : établir et gérer les *micro-libertés* des patients

Précédemment, nous avons cherché à offrir au lecteur une vision concise du déroulement d'une semaine idéaltypique au sein d'une unité d'hospitalisation. Pourtant, cette présentation peut surprendre en ce qu'elle n'accorde pas ou peu de place à ce qui constitue les buts supposés des unités d'hospitalisation au sein de la prise en charge du parcours d'un patient psychiatrique. En effet, nous l'avons évoqué dans la partie précédente, les acteurs explicitent deux objectifs à l'hospitalisation d'un patient. Le premier est de trouver un traitement médicamenteux adapté et équilibré, ce que les soignants appellent « stabiliser le patient » ; quand le second but est de « faire sortir » ce dernier de l'hospitalisation, de l'orienter pour la suite de son parcours de patient, au sein d'autres unités psychiatriques avec d'autres spécialisations, ou en dehors du cadre de l'hôpital.

Cependant, ce second but n'apparaît pas dans la description que nous dressons d'une semaine idéaltypique. Réfléchir le projet de sortie, lorsqu'il prend place dans l'unité, est généralement évoqué ou discuté pendant les staffs de début de journée, et parfois, bien que non systématiquement, pendant les rendez-vous avec le patient. Si ces pratiques n'apparaissent pas dans notre description précédente, c'est que plusieurs raisons invisibilisent cet objectif dans les interactions quotidiennes.

D'abord, la tâche de décider du contenu et des modalités de la sortie d'un patient incombe factuellement à une faible partie des acteurs des unités : souvent les psychiatres, parfois les assistants sociaux ou les cadres de santé. Qui plus est, les négociations pour la sortie d'un patient se déroulent généralement en dehors des murs de l'unité, les discussions qui l'ont pour sujet ayant lieu entre des acteurs représentant les deux modalités de prise en charge qui entrent en relation. Ainsi, une grande majorité des acteurs qui évoluent au sein même des unités d'hospitalisation n'interviennent absolument pas sur les questions relatives à la sortie et l'orientation des patients, qu'ils s'agissent des infirmières, des aides-soignants, des psychologues, des secrétaires, entre autres... Et plus encore, les patients eux-mêmes sont rarement impliqués dans les questions de leur sortie. Les projets se montent parfois en prenant en considération leurs envies sur la question ; mais plus souvent une petite partie des soignants créent un projet en suivant une ligne idéalisée comme « pouvant lui faire du bien », ou pour son

caractère fonctionnel : ses faibles chances d'échouer, et qui ne risque pas d'entacher la réputation de l'unité pour l'orientation future d'autres patients.

Ensuite, les discussions sur la sortie prennent généralement place dans le dernier tiers de la période d'hospitalisation du patient, et sur des temps courts de la journée, à peine quelques minutes lors des staffs ou des rendez-vous avec les patients. Il s'agit d'un sujet qui occupe une place temporelle secondaire entre les murs des unités ; sur l'ensemble du temps que le patient passera dans l'unité en hospitalisation, mais aussi, une fois que le sujet devient d'actualité, il occupera bien moins de temps dans la journée que d'autres objets d'interactions entre le patient et les autres acteurs.

Ainsi, si la sortie et l'orientation des patients constituent l'un des objectifs des unités d'hospitalisation psychiatrique, il s'agit finalement de démarches qui lui sont peu internes, qui excluent la majorité des acteurs qui y évoluent, et qui ne représentent qu'une faible quantité de temps à l'échelle de toutes les interactions qui se produisent en leur sein. Cette conclusion nous amène donc naturellement à nous demander ce qui fait la réalité quotidienne, entre les murs, de ces unités.

Le second objectif que les acteurs explicitent au passage en hospitalisation des patients concerne l'établissement d'un traitement fixe et fonctionnel, qui calme les expressions de la maladie et permette aux équipes de décharger le patient vers un mode de prise plus ouvert, dans lequel ils considèrent que le patient doit être le sujet de moins de symptômes. Ce second but, pour sa part, est plus représentatif du quotidien de l'hospitalisation, effectivement, le contenu des traitements de chaque patient est un sujet régulièrement abordé, et la mise en place pratique de ces traitements, leur administration, est une des activités qui participent à remplir les journées entre les murs des unités. Qui plus est, il est difficile de prévoir tout à fait l'impact de ce traitement sur le patient, et les psychiatres doivent procéder par tâtonnements pour trouver la bonne molécule et le bon dosage, individuellement, pour chaque patient. Aussi les modifications sont nombreuses avant de trouver un traitement fonctionnel. Cependant, les effets de ces traitements chimiques sur les comportements des patients sont relativement longs : il est souvent nécessaire d'attendre une ou plusieurs semaines pour voir les effets pratiques d'un traitement, avant de discuter des modifications de celui-ci. Les discussions autour de son traitement émaillent effectivement le passage du patient dans l'unité d'hospitalisation, mais par intermittence. Là encore, comme au sujet de sa sortie, il s'agit d'un sujet qui ne remplit pas l'entièreté du quotidien d'un patient dans une unité, et qui exclut une partie des acteurs. À nouveau, ce but des unités d'hospitalisation ne représente pas la totalité de la réalité de son fonctionnement et de son quotidien.

Ces deux constats font donc émerger de nouvelles questions, celles de comprendre quel est le contenu réel des journées, entre les murs des unités d'hospitalisation ? Quel est le sujet des interactions, si les deux buts des unités ne sont que secondaires ? Et finalement, de quoi est fait le quotidien réel de la psychiatrie d'hospitalisation ? Nous chercherons dans la suite de ce chapitre les réponses à ces questions en révélant l'objet au centre du quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation, mais qui ne fait pas partie des objectifs que l'organisation hospitalière lui prête.

## **La gestion des conditions de vie dans l'unité : les micro-libertés**

Pour comprendre ce qui fait la réalité du quotidien des unités d'hospitalisation, en opposition avec l'objectif qui leur est prescrit, il faut revenir sur la nature des astreintes qui y sont établies à l'égard des patients. Ainsi, Paul Véron explicite que la prise en charge en unité d'hospitalisation est constituée d'un ensemble de contraintes pour les patients : « Le contrôle des sorties, l'enfermement, la contention, la clause d'un règlement intérieur interdisant les relations sexuelles, l'imposition d'horaires de repas ou de visite, l'usage de caméras de vidéosurveillance dans les chambres, l'intimidation face à un refus de s'alimenter ou de se soigner [...] » (Véron *in* Velpry, Vidal-Naquet et Eyraud, 2018, p. 171). Par nature, les unités d'hospitalisation sont des lieux qui privent les patients de certaines libertés et qui encadrent le quotidien dans des règlements et des codes qui semblent rigides, et qui visent à permettre la prise en charge sous contrainte de patients considérés comme traversant des phases qui les rendent difficiles. Ces fonctionnements rappellent l'adjectif de « fermés » que prêtent les acteurs et certains textes juridiques aux unités d'hospitalisation, qui se verrouillent pour éviter les fugues de patients en soins sous contrainte.

Mais les encadrements que fixent les unités ne se limitent pas aux sujets les plus contraignants, et le contrôle de l'unité psychiatrique s'étend sur une multitude d'autres aspects plus légers, et pareillement pour les patients en soins libres ou sous contrainte. Dans sa thèse, Tartour qualifie cet ensemble de régulation de « condition de vie dans l'unité » : des « petits droits » dont on perd la maîtrise lorsqu'on entre à l'hôpital, telle « la rééducation des contacts avec l'extérieur (téléphone ou visite), ou encore la restriction d'accès aux produits d'hygiène, aux cigarettes ou à la nourriture appréciée sont des formes très courantes de contrôle social qui affectent directement le patient en tant que sujet. » (Tartour, 2021, p. 251). Il s'agit là d'un ensemble bien

plus hétérogène de sujets sur lesquels l'unité psychiatrique, et les soignants qui y officient prennent la supervision. C'est donc effectivement l'usage d'une contrainte, polymorphe, mais qui n'est pas qualifiée comme telle par tous les acteurs. Ainsi, l'usage de camisoles physiques ou chimiques, le recours aux chambres d'isolement est reconnu par tous, soignants compris, comme des pratiques de forte coercition, souvent critiquées et remises en question, car leur finalité n'est pas uniquement de l'ordre du soin. Mais dans le même temps, la régulation du rythme de vie et des possessions personnelles sont contraignantes, sans être désignée ou critiquée pour cette composante par les soignants, qui n'y perçoivent pas la violence normative (Moreau, 2015). Au sein des unités, on constate pourtant l'abandon de ces libertés, actées par le rituel d'entrée du patient que nous décrivions, et son listing symbolique des objets qui resteront dans le casier en salle de réunion d'équipe, et auquel le patient devra obtenir l'accès au fur et à mesure de sa prise en charge.

Ces différents constats permettent d'imaginer un quotidien de régulations et de surveillances, où l'équipe encadrerait le bon suivi de règles auxquelles les patients s'aligneraient pour la durée de leur séjour. Cependant, si ces observations sont tout à fait réelles, elles ne révèlent pas la nature changeante de ces règles, dépendante des patients, des contextes et des agents qui les appliquent. En somme, elles ne révèlent pas le haut degré d'interactions et d'exceptions qui prennent place autour d'elles et les déterminent. L'ensemble de ces interdits et de ces autorisations constitue un assortiment peu homogène de possibilités qui sont offertes, ou non, aux patients. Elles constituent un ensemble de libertés dont peut jouir le patient, et qui détermine à titre individuel les conditions de vie de chacun d'entre eux au sein de l'unité. Pour en simplifier la désignation, nous les qualifions pour la suite de ce travail de thèse sous le terme commun de *micro-libertés*. Celles-ci regroupent l'ensemble des options qui sont offertes à un patient pour remplir sa journée au sein de l'unité d'hospitalisation psychiatrique : elles produisent ses conditions de vie.

Établir un terme unique risque de dissimuler la variété de cette liste de micro-libertés, spécifique à chaque patient et fluctuante en fonction des jours, hautement individualisée, émaillée d'exceptionnalités. De même, toutes ces micro-libertés ne semblent pas revêtir la même valeur intrinsèque, l'accès à une cigarette après le déjeuner peut sembler difficilement comparable à la liberté de ne pas être entravé, attaché à son lit. Pourtant, c'est justement l'extrême diversité de ces options que régule l'équipe et dont le patient obtient l'usage qui nous pousse à choisir un terme suffisamment clair et unique, pour faciliter la suite de nos analyses. Pour que notre lecteur comprenne leur vaste diversité, nous proposerons ci-après une liste détaillée, mais très certainement incomplète.

Ainsi, on y retrouve des sujets de retrait de liberté qui sont de l'ordre du droit, et impactent fortement le patient : le fait de vivre dans une chambre fermée, d'être contentonné physiquement à son lit, de ne pas pouvoir se doucher seul. Le fait aussi que les portes des unités soient fermées, et de ne pouvoir circuler librement dans l'hôpital, de ne pouvoir en sortir quand on le désire, ni pouvoir rentrer chez soi. Obtenir une micro-liberté sur le sujet, c'est obtenir une fraction ou la totalité d'un droit personnel sur le sujet, encadré par l'équipe soignante. Ainsi, la porte de la chambre d'isolement peut rester ouverte quelques heures dans la journée, ou bien tel patient peut descendre quelques heures par jour dans la cour du bâtiment ; ou encore, un autre peut se rendre chez ses parents lors d'une permission, le week-end. De même, le lieu où mange le patient est lui aussi régulé, certains mangent au sein de l'unité, d'autres au self.

De la même manière, le traitement médicamenteux constitue pour nous l'un des champs d'expression des micro-libertés. Participer à l'élaboration et à la composition du traitement est pour le patient, en soi, une forme de liberté : en contribuant, il subit moins la contrainte du contenu de ce qu'il doit consommer. Mais plus encore, les effets des psychotropes produisent par nature des impacts de l'ordre des micro-libertés. Si le traitement est trop sédatif, il contraindra chimiquement le patient, et diminuera ses libertés de mouvement ou d'action. Ce type de traitement est souvent critiqué par les patients, mais il ne s'agit pas des seuls sujets de remise en question, ce qui apparaît au cours d'un entretien des soignants avec un patient, dans l'unité 2 :

J'assiste à l'entretien de M. Cipre avec une psychiatre et une infirmière. Ils discutent du traitement. Il l'a arrêté, c'est la raison de son hospitalisation. La psychiatre propose de reprendre le même traitement, mais le patient s'y oppose. Il se montre évasif sur la raison au début, mais finit par expliquer, honteux, que ça lui cause des problèmes « parce que, au lit, bah ça marche pas ». Il n'explicite pas s'il s'agit de baisse de libido ou de troubles érectiles. La psychiatre se montre compréhensive. Elle propose des injections. Je crois comprendre que le patient n'en a pas encore expérimenté. C'est cette solution qui est retenue.

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Certains effets secondaires de traitements peuvent être trop contraignants, et diminuer les capacités des patients. Il ne s'agit alors pas toujours d'effets sédatifs, comme le montre l'extrait que nous présentons, où M. Cypre déplore la perte de capacités sexuelles. En somme, le traitement le prive de cette micro-liberté, et en cherchant à changer son traitement il essaie de récupérer celle-ci. Dans d'autres cas comparables, ce peut être la prise de poids qui est invoquée comme argument pour un changement de traitement par les patients.

Les micro-libertés se retrouvent également sur d'autres sujets qui peuvent sembler moins coercitifs, mais dont l'importance est tout aussi grande pour les patients, en ce qu'elle touche l'usage ou l'accès à certains objets qui leur appartiennent. Le plus évident est celui de l'accès aux cigarettes, qui se pose pour la quasi-totalité des patients, sous la forme du nombre d'entre-elles accessible par jour. Parfois le patient dispose de son paquet au début de la journée ou de la semaine et se régule seul, mais pour d'autres c'est l'équipe qui donne les cigarettes, au compte-gouttes, selon un encadrement horaire. Ce contrôle s'étend à l'argent liquide, aux sujets sur lequel il est utilisé, à l'accès aux machines à café ou à certains autres plaisirs, comme des paquets de gâteaux ou d'autres nourritures familiales ramenés au sein de l'unité. L'accès à son téléphone portable personnel, ou à d'autres objets de cet ordre, comme des consoles de jeux, entre aussi dans cette catégorie.

Enfin, des sujets de nature différente relèvent à notre sens similairement des micro-libertés : lorsqu'un patient se voit autorisé à participer à certains ateliers qui prennent place dans les unités. Par exemple, l'accès aux sessions sportives, d'art-thérapie, de jeux de société, ou même à des rendez-vous avec un psychologue peuvent être offerts à un patient, et constituer une micro-liberté dont il décide la jouissance ou non.

**Aloïse :** « Parfois ils [les patients] choisissent leurs activités, et parfois on les pousse même s'ils ont pas envie, si on pense que ça peut les aider. »

*(Psychiatre, 35 ans, unité 3)*

À l'inverse, comme l'explique Aloïse, l'équipe peut contraindre le patient à suivre ces sessions. Il n'agit plus à notre sens pour lui d'obtenir une micro-liberté, mais d'en perdre une, puisque la latitude d'usage du temps de cette session est ainsi perdue. Le patient ne peut utiliser ce temps pour d'autres utilités.

La présentation que nous dressons des différentes micro-libertés peut donner l'impression d'une liste finie et clairement établie parmi laquelle les conditions de vie des patients sont piochées. Il est nécessaire de réaliser que cet ensemble n'est pas arrêté, mais constitue un assemblage aux contours flous, individualisé à l'extrême en fonction des patients, de leurs personnalités et de leurs volontés, mais aussi de l'avancement de leur prise en charge, si bien que la liste des micro-libertés dont bénéficie un patient ne se retrouve jamais chez un autre. Le cas de M. Léotard permet d'illustrer la diversité des sujets qui relèvent des micro-libertés :

M. Léotard entre comme patient dans l'unité 3 pour la première fois. C'est un vieil homme, petit et courbé. Il tient toujours à la main un vieil attaché-case de cuir noir, constamment fermé par un code à trois chiffres. Selon lui, l'objet, extrêmement précieux, lui aurait été remis par le président et renfermerait les codes des missiles nucléaires français.

Quand M. Léotard arrive dans l'unité, après le rituel habituel de remise des effets personnels, la question se pose de prendre ou non la mallette. Le patient s'y oppose radicalement. Les soignants, seuls dans la salle de réunion, entreprennent alors une discussion. Les psychiatres, et principalement la cheffe d'unité, sont pour que le patient garde sa mallette. Mais parmi les paramédicaux des réticences s'expriment. En effet, la mallette à fond dur dispose de protections métalliques sur les angles : « S'il se met à nous taper avec, ça va faire sacrément mal ! ». La négociation prend place, et finalement l'équipe se range derrière l'avis de la psychiatre cheffe, qui avance plusieurs arguments : le physique frêle du patient, mais aussi le risque qu'enlever la mallette rende le patient plus agressif encore que s'il la garde.

*(Extrait du journal d'observation, unité 3)*

Ainsi, dans cet exemple, le patient disposera d'une micro-liberté spécifique, celle de pouvoir garder son attaché-case, pourtant un sujet relié à l'expression de ses troubles. La décision se prend au niveau de l'équipe, dans une discussion dont il est exclu, les différents groupes professionnels réfléchissant les implications de ce droit pour le patient et les risques encourus. Mais principalement, ce que cet extrait révèle, c'est la nature hétéroclite, imprévisible, des micro-libertés qui peuvent advenir pour chaque patient. Car le fait de conserver ou non son attaché-case est une question qui ne se posera pour aucun autre patient sous cette forme, et qui participera à rendre la prise en charge, donc les conditions de vie de M. Léotard, tout à fait

unique ; dans une dynamique et des questionnements individualisés *via* une démarche tout à fait similaire pour les autres patients.

Nos exemples explicitent comment la majorité des micro-libertés sont encadrées par les équipes, qui disposent du contrôle sur les modalités qui permettent leurs expressions. Cependant, ce n'est pas le cas de la totalité des micro-libertés, et certaines peuvent s'obtenir auprès d'autres patients. L'exemple le plus fréquemment observable prend les allures d'un troc, ou de transactions quasi économiques :

Les patients sortent du self. Alors que je passe, je surprends la discussion de deux patientes à côté des machines à café. L'une explicite qu'elle n'a pas de monnaie et cherche à en obtenir pour s'acheter une boisson chaude. L'autre patiente ne veut pas lui avancer d'argent liquide. Le premier finit par proposer des cigarettes contre la monnaie. Après de rapides négociations, elles conviennent d'un prix : deux cigarettes pour un café. (*Extrait du journal d'observation, unité 3*)

Ce genre de transaction entre les patients est quotidien, et cet exemple est très représentatif des dynamiques que nous observons. D'une part, la zone des machines à café et ses alentours servent généralement de lieu de marchandage, car ils permettent d'entrer en relation avec des patients d'autres unités, ne serait-ce que temporairement.

D'autre part, les cigarettes servent généralement de monnaie d'échange contre toutes les autres micro-libertés que peuvent se céder entre eux les patients, généralement de l'ordre de l'objet ou de son usage. Ici, il s'agit d'un peu de monnaie pour un café, mais il peut s'agir de prêter un téléphone portable ou une console de jeu par exemple. On peut aussi avancer des cigarettes contre un plus grand nombre d'entre elles lorsque le débiteur récupèrera l'accès à sa réserve. Dans le pire des cas, il arrive que certaines patientes les échangent contre des faveurs sexuelles.

Ces échanges avec les cigarettes pour monnaie peuvent être partiellement régulés par les équipes de soignants. Les patients n'ont jamais un accès total à leur réserve, soit la régulation est telle qu'ils reçoivent une cigarette à heure fixe, soit un certain nombre pour la journée. Ainsi, l'équipe peut jouer sur la quantité de cigarettes et influencer les trocs. Lorsque l'équipe apprend des arnaques ou des échanges qu'ils considèrent comme injustes, elle peut chercher à influencer ces marchandages, ce qu'ils justifient souvent en exprimant certaines craintes qu'une partie des patients « se fasse avoir ».

Une autre micro-liberté spécifique ne peut être obtenue qu'auprès des autres patients, il s'agit de l'accès à des toxiques au sein de l'unité (alcool, drogues, parfois aussi des médicaments hors des traitements balisés par l'équipe). La présence de cannabis est régulière dans les pôles psychiatriques, généralement introduit *via* les unités de jour ou lors des permissions. L'accès à cet usage s'obtient alors *via* négociations, parfois par le commerce de cigarettes, mais parfois aussi simplement par création de petits groupes de fumeurs. Or la régulation par l'équipe de ces comportements proscrits ne relève pas de l'évidence :

**Corinne :** « Oui en ce moment M. X, il recommence les prises de cannabis. Il fume dans le jardin. On le sait alors on lui fait des remarques, je blague un peu avec lui. Mais il ne faut pas que le psychiatre le sache, sinon il va se faire renvoyer, alors j'essaie que ça se sache pas trop. » (*Infirmière, 50 ans, unité 1*)

La consommation de toxiques dans les locaux des structures psychiatriques, et parfois en dehors, lors des permissions, peut conduire à l'exclusion d'un patient de l'unité. Pourtant, cette réglementation est loin d'être appliquée de façon stricte. Ainsi, cette micro-liberté que les patients s'arrogent ou se permettent les uns aux autres est régulée de manière hétérogène par les équipes, selon quels professionnels sont au courant, leur sensibilité personnelle sur la question ou leur lien spécifique avec le patient qui accomplit ces actes.

Enfin, les pratiques de relations sexuelles ou de couples sont aussi une forme de micro-liberté. Nous avons précédemment fait référence à une recherche qui montre comment cet interdit participe à contraindre la vie des patients au sein des unités (Véron, in Velpry, Vidal-Naquet & al., 2018) ; cependant, sur tous nos terrains, ces pratiques étaient autorisées entre les patients. Elles prenaient généralement place au sein de l'une de leurs chambres lors de moments calmes dans l'unité, principalement l'après-midi et les week-ends, puisque la nuit est plus encadrée par les paramédicaux, mais aussi par les médicaments sédatifs. Il s'agit donc d'un encadrement très partiel du temps de déroulement d'une micro-liberté, car les équipes soulignent toujours qu'elles ne peuvent pas et ne doivent pas empêcher les relations sexuelles entre les patients. Les équipes expriment alors vouloir préserver le « cadre » de l'unité, le calme pour les autres patients. Ils ne s'opposent ou n'interviennent que dans le cas où ils considèrent que ces patients troublent « l'ordre ».

Mais certains amants sont perçus comme plus problématiques que d'autres, notamment lorsque l'un des deux usagers est atteint de maladies sexuellement transmissibles :

Nous sommes en staff, l'équipe aborde le cas de Mme Juanne. L'infirmière souligne qu'elle couche avec un autre patient. L'assistant social intervient.

**David :** « On doit prévenir qu'elle est pas toute clean [qu'elle a une MST]. »

**Léna :** « Bah non, avec le secret médical... »

**David :** « On peut le glisser juste comme ça ? L'évoquer ? »

**Karine :** « Bah on leur dit de se protéger, on a donné des trucs. On a fait l'éducation capote quoi. »

L'équipe discute sur la probabilité que les deux patients pourraient avoir la MST. La psychiatre cheffe d'unité met fin au débat.

**Amel :** « On a pas le droit de dire de toute façon, même en dehors de l'hôpital, ils courent ce risque de coucher et l'attraper. Donc c'est un risque normal. »

**David :** « Moi ça m'est déjà arrivé dans mon travail de le dire... »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

On perçoit dans cet échange la négociation qui se met en place autour de la micro-liberté que se sont accordée ces deux patients. L'équipe est alors tiraillée entre une volonté de protection contre le risque de transmission et celui du secret médical. Les remarques de David révèlent l'autre décision qu'aurait pu prendre l'équipe, et qu'il exprime avoir déjà mise en œuvre ailleurs : une décision finale d'intervention en rompant le secret médical, et qui peut influencer les comportements des patients, et par ricochet les micro-libertés de Mme Juanne.

Cet ensemble complexe, hétérogène et hautement individualisé d'options dont jouit un patient au sein de l'unité d'hospitalisation, cet agrégat de micro-libertés qui lui est propre et qui définit le contenu de son quotidien, ses conditions de vie personnelle dans le cadre psychiatrique, constitue finalement le cœur réel du quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation.

On les commente, on les négocie, on les réclame et on les applique : tous les groupes d'acteurs interviennent sur ces questions, qui représentent le sujet de la majorité des interactions entre les murs des unités. Leur établissement, les discussions qui les décident, puis leur application et leur encadrement prennent dans l'unité un temps considérable, bien supérieur à n'importe quelle autre activité. Il est continu, et implique l'entièreté des acteurs qui circulent dans les unités. Ainsi, il nous semble que la majorité, si ce n'est la quasi-totalité du quotidien des unités

d'hospitalisation psychiatrique, se centre sur la négociation, la distribution et l'usage de ces micro-libertés. Qu'il s'agisse des discussions entre les acteurs internes aux équipes, ou avec le patient, mais aussi entre les patients. Elles semblent majoritairement tournées vers ces micro-libertés, soit lors de négociations, soit en discutant lesquelles ont été obtenues ou perdues par untel ou un autre.

Pourtant, si ces micro-libertés sont individualisées à l'extrême et fluctuantes, nous pouvons constater certaines redondances dans leur obtention, issues de liens entre elles que les acteurs tissent et établissent, parfois clairement, et parfois de façon tacite. Nous expliciterons cette idée en détail dans la suite de ce chapitre.

## **Les micro-libertés : un parcours interne à l'unité d'hospitalisation**

Nous avons mis en lumière la nature hétérogène des micro-libertés, ainsi que le caractère hautement individualisé des listes de ces options, dont chaque patient dispose. Cependant, une partie des micro-libertés que nous venons de décrire n'est pas obtenue par les patients dans une absence d'ordre, au gré des envies et des négociations des acteurs. Certaines dépendent de la préexistence d'autres d'entre-elles pour un patient donné, ce que nous allons décrire en premier lieu. Dans d'autres cas, un patient peut perdre des micro-libertés dont il a obtenu précédemment la jouissance, ce que nous décrirons dans la seconde de cette sous-partie.

### **Un parcours de micro-libertés en incrémentation**

L'obtention pour un patient donné de certaines micro-libertés dépend parfois du fait qu'il en a déjà obtenu d'autres au préalable. En d'autres termes, il faut que certaines soient déjà validées. Elles constituent une forme d'escalier, chaque marche allant vers des micro-libertés qui offrent de plus en plus de permissions. Dans le plus simple des exemples, un patient doit généralement déjà avoir un accès, même minime, à ses cigarettes, avant d'obtenir la micro-liberté de détenir et de gérer son propre paquet au début de la journée ou de la semaine. En cela, ces micro-libertés *s'incrémentent* : elles agissent comme des paliers successifs à franchir, et composent finalement un parcours de micro-libertés.

Les membres de l'équipe explicitent parfois ce fonctionnement, comme le fait à notre égard la psychiatre cheffe d'unité Amel après un entretien avec un patient. Au cours de celui-ci, elle lui accordera une sortie temporaire, pour une journée, lors du week-end :

**Amel :** « Tu vois là, je le laisse sortir une journée, parce qu'il est déjà sorti la semaine dernière deux heures et ça s'est bien passé. En fait, on commence par les laisser sortir quelques heures, ensuite un jour, et un week-end entier. Si tout se passe bien, qu'ils font pas de bêtise, pas de drogue, qu'ils respectent les horaires qu'on fixe pour rentrer, bah alors on leur ouvre plus les week-ends, et comme ça on commence à envisager la sortie et le retour chez eux, avec le CMP. »

*(Psychiatre cheffe d'unité, 40ans, unité 2)*

Ce parcours que décrit Amel est régulier dans les unités, avec les patients : il s'agit d'une suite d'essais pour observer les comportements du patient, le respect du cadre que le personnel lui fixe. En somme, il permet d'évaluer la capacité du patient à suivre un rythme fixé par le cadre psychiatrique, qui se prolongera dans la vie du patient, bien que de manière espacée, au CMP. Cependant, ce discours révèle la nature incrémentale des micro-libertés qui composent ces tests : il est généralement nécessaire d'avoir obtenu la micro-liberté d'une sortie temporaire courte pour obtenir la suivante, d'une journée, et ainsi de suite jusqu'à la sortie totale de l'unité d'hospitalisation. Ainsi, ces micro-libertés en incrémentation composent un parcours d'options obtenues par le patient, qui conduisent à sa sortie de l'unité : il s'agit d'un parcours interne à l'unité d'hospitalisation, elle-même étape d'un parcours de patient psychiatrique qui traversera plusieurs unités spécialisées.

Mais ce parcours vers la sortie, explicité par les soignants, ne rassemble absolument pas l'entièreté des micro-libertés qu'un patient pourrait obtenir au sein de l'unité. Certaines n'entrent jamais en compte pour la sortie, qu'elles aient été obtenues ou non. Si les soignants dégagent ce que nous qualifions d'un parcours de micro-liberté en incrémentation interne à l'unité vers la sortie de celle-ci, il est possible de détacher d'autres de ces parcours de micro-libertés, qui ne sont pas liées à la sortie.

Ainsi, nous avons pu observer que l'autorisation pour un patient de participer à une sortie thérapeutique, par exemple en groupe au cinéma, accompagné d'un duo de paramédicaux, est généralement dépendante de l'acquisition de la micro-liberté de sortie temporaire, le week-end ; mais dans le même temps, cette micro-liberté n'est pas un prérequis à la sortie, ou à plus d'options de sorties.

Ainsi, toutes ces micro-libertés en incrémentations ne sont pas reliées entre elles, et ne constituent pas un parcours unique. Un bon exemple est celui de l'incrémentation qui concerne les repas : les patients nouvellement arrivés mangent au sein de l'unité, puis après quelques essais concluants, ils pourront manger au self avec la majorité des autres patients du bâtiment. Cette micro-liberté est un prérequis à un ensemble d'autres, car si les premiers jours les patients qui viennent d'obtenir le droit de manger au self doivent remonter ensuite dans l'unité immédiatement, escortés par des paramédicaux, ils peuvent par la suite obtenir le droit de rester un peu plus longtemps aux machines à café, ou bien d'avoir l'accès à la cour juste après le repas. Pourtant, cet ensemble de micro-libertés n'entre pas en relation avec celles qui sont liées aux sorties de l'unité et que nous venons de décrire. Il arrive, bien que rarement, que des patients quittent l'unité d'hospitalisation sans jamais avoir acquis le droit de manger au self.

## Comment les soins sous contrainte prolongent ce parcours

Les patients qui entrent dans l'unité en soins sous contrainte révèlent un parcours de micro-liberté en incrémentation rallongé par rapport aux patients qui arrivent en soins libres. Ainsi, ils débutent leur hospitalisation en chambre d'isolement, vêtus en pyjama, et mangeant dans leur chambre. L'incrémentation est alors d'autant plus prégnante, comme nous pouvons entendre l'aide-soignant Gabriel l'expliquer à un patient qui demande quand est-ce qu'il sortira :

**Gabriel :** « Nan, mais c'est une sortie progressive, d'abord vous sortez juste pour manger, si ça se passe bien, alors vous pourrez parfois sortir de la chambre, etcétera... donc c'est des étapes avant de sortir ! » (*Aide-soignant, 45 ans, unité 3*)

La description de Gabriel rejoint effectivement nos observations, bien qu'il l'édulcore partiellement. En effet, les patients en chambre d'isolement ne vont pas en être déplacés subitement. Les soignants vont effectuer des séries de changements, de tests, qui composent un escalier de micro-libertés. Dans nos observations, la première marche de ces micro-libertés est le fait de manger hors de la chambre d'isolement, dans le palier entre les deux chambres, généralement sur de petites chaises en mousse, et toujours sous la surveillance de paramédicaux. L'étape suivante est de prendre son repas avec les autres patients qui n'ont pas encore l'accès au self.

Sortir le temps d'une cigarette constitue une micro-liberté, puisqu'il est interdit de fumer dans les chambres. Ensuite, la porte de la chambre d'isolement restera ouverte quelques heures en

journée, permettant au patient de se déplacer comme bon lui semble, mais dans un temps encadré. Finalement, le patient pourra passer quelques jours avec la porte de sa chambre toujours ouverte.

À la suite de ces étapes, le patient intégrera finalement une chambre « normale » de l'unité. Il finira aussi par récupérer l'usage de ses vêtements à la place du pyjama de l'unité. Il rejoindra alors le parcours en incrémentation des autres patients, arrivés en soins libres : le passage par la chambre d'isolement constituant une forme de préambule au parcours observé en dehors d'elles.

Mais ce parcours que nous présentons ici n'est pas fixe, le temps dans lequel il se déploie dépend des actes du patient et de ses rapports avec l'équipe, comme l'atteste la situation du patient M. Lupin :

M. Lupin retourne en chambre d'isolement accompagné par l'infirmière Nathalie. Il dispose de quelques heures hors de la chambre. Mais alors qu'il enlève les chaussons qu'on lui a prêtés pour la promenade, Nathalie remarque quelque chose de gros dans sa poche de pyjama. Elle demande à ce que M. Lupin lui montre : il s'agit d'un téléphone portable de patient, volé dans sa chambre il y a deux jours, des cigarettes roulées d'un autre patient, volées elles aussi, et de quelques pièces de monnaie. Le patient joue la surprise, il croyait qu'il s'agissait de son téléphone. L'équipe décide de le sanctionner, il ne dispose plus de ses heures de sortie de la chambre. [...]

Quelques semaines plus tard, lorsqu'il sera placé en chambre d'isolement, l'équipe décidera de l'empêcher de rejoindre les autres chambres de patient : il lui sera interdit de dépasser l'une des portes coupe-feu de l'unité, lui empêchant l'accès aux deux tiers des chambres de patients. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Dans cet exemple, M. Lupin est en chambre d'isolement, mais bénéficie de la micro-liberté de quelques heures d'ouverture par jour. Il récupérera plusieurs objets appartenant à d'autres patients lors de ces sorties ; mais découvert par l'équipe, il sera sanctionné et perdra la micro-liberté précédemment acquise. De plus, nous observerons par la suite un impact de long terme dans son parcours de micro-libertés en incrémentation : d'abord, la sortie de la chambre d'isolement sera plus longue et plus âprement négociée que pour d'autres patients. Ensuite, malgré sa sortie en chambre normale, il se verra frappé d'un interdit que nous n'avons jamais observé pour aucun autre ; il perd une micro-liberté dans ses options de déplacement au sein de

l'unité, et ce pour tout le reste de sa période d'hospitalisation. Comme nous l'expliquions, l'exemple du cas de M. Lupin révèle comment ce parcours d'incrémentation de micro-libertés peut être variable selon les patients, leurs actes, et leur lien à l'équipe.

Parfois cependant, ce parcours peut être influencé par des facteurs extérieurs au patient qui le vit. Ainsi, l'arrivée d'un nouveau d'entre eux qui nécessite la chambre d'isolement peut précipiter la sortie vers une chambre lambda alors que toutes les étapes n'ont pas été franchies. Pour conclure, rappelons que le parcours de micro-liberté en incrémentation des patients en soins sous contrainte est rallongé, en comparaison des patients en soins libres. S'y ajoute un plus grand nombre d'étapes à franchir, preuve d'une moins grande situation de liberté de départ. Pour autant, ce parcours reste hautement individualisé ; et parfois, certaines étapes peuvent même en être précipitées ou accordées : l'incrémentation prend place dans la majorité des cas, mais n'empêche pas les exceptions.

## Perdre ses micro-libertés

Nous venons de montrer comment certaines micro-libertés ne peuvent s'obtenir qu'à la suite des autres, fondant un parcours en incrémentation, intrinsèque aux unités d'hospitalisations. Pour autant, cette accumulation de libertés dans le cadre de vie n'est pas à sens unique, et ne peut pas être constituée exclusivement d'obtention. Certains comportements de patients peuvent à l'inverse provoquer des pertes de micro-libertés précédemment acquises.

En d'autres termes, l'acquisition des micro-libertés n'en garantit pas l'usage pérenne : toute micro-liberté remportée peut être perdue lors de négociations postérieures à son obtention.

De nombreux événements peuvent provoquer ces pertes de micro-libertés précédemment obtenues. L'exemple ci-après en montre une déclinaison :

Un ASH vient annoncer à l'équipe, en salle de réunion, que quatre patients fument dans la chambre de l'un d'entre eux. Il s'agit de quatre hommes, entre trente et trente-cinq ans. Ce n'est pas la première fois qu'ils ont ce comportement. L'équipe souligne que c'est interdit, c'est un acte répréhensible. Ils décident de voir chaque patient individuellement en entretien. [...]

J'assiste aux rendez-vous avec les patients qui fumaient en chambre, chacun leur tour ils se font houspiller par la psychiatre cheffe d'unité et une infirmière. En conclusion de chacun de ces entretiens, les patients se voient punis, ils n'ont plus le

droit qu'à une seule cigarette par jour, donnée après le repas. Certains disposaient de leur propre paquet et doivent le rendre. Les patients expriment un grand mécontentement face à cette punition. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Dans cet exemple, quatre patients perdent tous simultanément les micro-libertés qui encadrent leurs accès aux cigarettes, peu importe l'étape à laquelle ils étaient sur le sujet. Dans ce cas spécifique, il s'agit d'une forme de punition mise en place par l'équipe de soignants suite à des comportements du groupe de patients qui sont contraires au règlement intérieur de l'unité. Retirer des micro-libertés est un moyen pour l'équipe de sanctionner des comportements perçus péjorativement : le retrait de la micro-liberté prend les allures parentalistes<sup>11</sup> d'une éducation par la sanction. Ce procédé de retrait des micro-libertés est effectivement celui que nous observons le plus régulièrement : en cas de manquement à des horaires, ou de comportements proscrits, tels la prise de stupéfiants, ou encore les vols, comme on l'a illustré précédemment avec le cas de M. Lupin.

Mais en dehors des punitions pour des comportements perçus péjorativement par l'équipe, les pertes de micro-libertés peuvent advenir dans des cas plus extrêmes, où toutes celles obtenues précédemment peuvent être perdues simultanément. Ce fut le cas, entre autres, pour Mme Capule, une jeune patiente de l'Unité 3 en soins libres, d'à peine une vingtaine d'années lors de nos observations. :

L'équipe est alertée par un patient : Mme Capule s'est enfermée dans sa chambre dont elle a bloqué la porte et ne répond plus. Les soignants enfoncent la barricade, la patiente est en train de faire une tentative de suicide. [...] Finalement, la patiente est contentionnée en chambre d'isolement. Sa mère arrive quelques heures plus tard, en larmes. L'équipe lui explique et lui remet la « lettre d'adieu ». La psychiatre de garde demande à la mère de faire un soin sans consentement à la demande d'un tiers, la mère accepte. [...] Les infirmières consolent la mère de Mme Capule dans la salle de réunion. Elles lui remettent aussi toutes les affaires personnelles de la patiente : sa console de jeu, son portable, ses vêtements...

(*Extrait du journal d'observation, unité 3*)

---

<sup>11</sup> Nous utilisons le terme de parentalisme pour faire référence au paternalisme hospitalier, ce dernier terme nous semblant mal choisi puisque les psychiatres et les infirmières de nos terrains sont quasi exclusivement des femmes.

Un dimanche après-midi, pendant le goûter du service, dans une période où l'équipe est réduite et aucune psychiatre n'est présente, cette patiente a cherché à mettre fin à ses jours dans les toilettes de sa chambre après en avoir bloqué la porte. À la suite de cet événement, la patiente perd l'entièreté des micro-libertés qu'elle avait précédemment obtenues. Les soignants rendent à sa mère les affaires personnelles dont la patiente jouissait, comme sa console de jeu ; un bien qu'il est normalement interdit de posséder dans sa chambre pour risque de vols ; mais dont l'équipe avait finalement accepté la présence lors de négociations précédentes en entretien. Ainsi, la patiente reprend depuis le début son parcours de micro-liberté en incrémentation. Pire même, elle le démarre cette fois depuis les chambres d'isolement, donc un parcours rallongé, comme nous l'avons explicité précédemment. Elle se retrouvera en pyjama, mangeant dans sa chambre alors qu'elle mangeait au self ; et devant, comme tous les autres, expérimenter l'incrémentation progressive pour finalement en sortir et rejoindre le parcours des micro-libertés classique. Cependant, au cours de celui-ci, la patiente ne pourra plus obtenir de micro-libertés spécifiques comme cela avait été le cas pour la console de jeu. Les vêtements apportés par la mère et le contenu de la chambre seront plus particulièrement surveillés pour le reste de l'hospitalisation.

Bien que rares, des actes graves comme les tentatives de suicide ou les agressions physiques, envers le personnel ou d'autres patients, arrivent de temps à autre dans les unités. Ces comportements de patients provoquent généralement un changement du mode d'hospitalisation, du soin libre vers la contrainte ; et avec ce changement, les patients perdent effectivement l'entièreté des micro-libertés précédemment obtenues, pour recommencer depuis le début leur parcours d'obtention de micro-libertés. Qui plus est, ils seront généralement surveillés plus attentivement, et bénéficieront de moins de latitudes avec les règlements dans l'établissement de leurs micro-libertés, et ce pour le reste de leur hospitalisation.

À titre de conclusion, nous pouvons rappeler comment nous avons montré dans cette sous-partie la manière dont les micro-libertés constituent un parcours intrinsèque aux unités d'hospitalisation. Formées d'obtentions, certaines en incrémentations, mais aussi parfois de pertes, et qui représentent les conditions de vie que va expérimenter le patient. Elles constituent un parcours pour celui-ci, intrinsèque à l'unité, de son entrée jusqu'à sa sortie.

# Conclusion de la partie

Dans cette seconde partie, nous avons cherché à présenter nos différents terrains, les lieux et les individus qui y évoluent ; puis à dévoiler le contenu de leurs journées dans ces espaces spécifiques, hors norme, que constituent les unités d'hospitalisation : quel est le centre d'intérêt qui réunit tous ces acteurs et les pousse à interagir.

Ainsi, dans un premier chapitre, nous sommes revenus sur une présentation de notre corpus de recherche. Appuyés par les plans de nos terrains, nous avons présenté les unités 2 et 3 d'hospitalisation à temps complet qui nous ont reçus pour des durées de quatre mois. Nous en avons présenté les cadres urbains, mais aussi la disposition des locaux et l'aspect général qui s'en dégage. Nous en avons aussi présenté les équipes qui y travaillent pour la durée de nos observations. À ces deux unités, centrales dans ce travail de thèse, nous avons adjoint une présentation de l'unité 1, notre premier terrain de recherche en psychiatrie : il s'agit d'une unité de jour avec laquelle nous dresserons par moment quelques comparaisons utiles pour les analyses que nous produirons sur les unités d'hospitalisation et les groupes professionnels. Pour finir, nous avons présenté le profil des acteurs professionnels avec lesquels nous avons effectué des entretiens mais qui n'appartiennent à aucun de nos terrains de recherche, et viennent compléter nos données en ajoutant des informations, et en décrivant des pratiques qui ont cours dans leurs unités respectives, pour ouvrir plus encore la comparaison entre les lieux d'hospitalisation.

Après cette description des espaces et des personnes qui constituent notre matériau de recherche, nous avons cherché à présenter une semaine idéaltypique telle qu'elle se déroule dans une unité d'hospitalisation de notre corpus. Nous avons pu y constater le découpage de la journée suivant des horaires fixes qui organisent les activités des patients et leurs déplacements au sein de la structure. La journée s'ouvre sur leur réveil et l'arrivée de l'équipe de paramédicaux du matin. Ce groupe d'infirmières et d'aides-soignants gère la première distribution de médicaments et encadre la prise du petit déjeuner. Après cela prend place le « staff » de l'équipe, une réunion au cours de laquelle est discuté le cas individuel de chaque patient. Les psychiatres et les infirmières interviennent pour exprimer leurs opinions et discutent des régulations et des changements à mettre en place pour la suite de la prise en charge. On constate aussi l'intervention d'autres groupes professionnels pour des fractions de patients avec lesquels ils entrent en jeu : les assistants sociaux interviennent principalement dans des cas où il est question de moyens financiers et d'accès à des aides sociales. Les secrétaires médicales, quant à elles, aident pour les patients en soins sous contrainte, elles rappellent les

documents et les signatures nécessaires pour maintenir ces types de prise en charge. Les cadres de santé enfin se mêlent généralement du roulement de patients, elles annoncent ceux qui sont rattachés à l'unité mais pris en charge ailleurs en attendant la libération d'un lit, ou bien elles indiquent les nouvelles entrées de la journée. Parfois, elles cherchent à presser la sortie de certains malades lorsque le nombre de patients qui doivent entrer dans l'unité est trop important. Lors de ces staffs, on constate alors les interventions restreintes des médecins généralistes : ils y participent peu, et profitent de ce moment pour voir les patients qui en ont besoin pour des soins somatiques. Les aides-soignants et les ASH y participent tout aussi rarement, lorsqu'ils sont présents, ils passent le temps sur leur téléphone portable ou s'endorment.

La suite de la matinée est structurée autour des entretiens des psychiatres avec les patients et une infirmière, en chambre d'isolement ou non ; jusqu'à ce qu'arrive l'heure du déjeuner. Ce dernier est à nouveau encadré par les paramédicaux pour la population d'usagers de l'unité. Les psychiatres rejoignent alors le bureau des secrétaires médicales pour accomplir les démarches judiciaires qui encadrent les prises en charge sous contraintes.

L'après-midi est souvent plus calme, les psychiatres sont plus rarement présentes puisqu'elles partagent leur temps entre plusieurs unités et tâches dans la structure psychiatrique. Nous avons alors décrit l'entrée typique d'un nouveau patient dans l'unité, qui peut prendre place jusqu'au soir, et dont la forme nous semble particulièrement ritualisée, marquée par l'accès du patient à la salle de réunion d'équipe pour cet unique événement, et qui n'aura plus lieu pour le reste du séjour en hospitalisation. Au cours de cette entrée, le patient abandonne le contrôle de ses affaires personnelles lors de la mise en place d'une liste qui les récapitule. Les objets seront stockés dans un casier dans la salle de réunion d'équipe. Aussi, il signe une décharge qui lui spécifie la nature « fermée » de l'unité : il perd son droit de circuler librement et se soumet à une charte de comportements qui visent à réguler le quotidien dans l'unité. En somme, l'entrée dans l'unité est marquée par une perte de libertés pour le patient ; mais par la suite, on remarque que plusieurs moments de la journée s'articulent autour de l'enjeu de récupérer ces accès. Par exemple, les patients cherchent à obtenir des psychiatres les usages de certains objets par des discussions informelles après le staff du matin, ou lors des entretiens formels qui prennent place le matin. Pareillement, le patient mangera au sein de l'unité d'hospitalisation jusqu'à ce que l'équipe acte d'un nouveau fonctionnement et lui permette de manger au self. Les patients peuvent désirer obtenir d'autres de ces libertés de circulations : l'accès à la cour du bâtiment ou des sorties de la structure psychiatrique pour des permissions dans la cité.

Si la majorité des journées suivent ce déroulement, il faut noter l'existence d'un jour par semaine au cours duquel interviennent les acteurs judiciaires, la juge des libertés et de la détention (JLD) et les avocats qui interviennent pour les cas des patients en soins sous contrainte. Cette présence ajoute des actes et des interactions qui modifient l'organisation classique de la journée, se structurant alors autour des nouveaux rendez-vous.

De même, les week-ends fonctionnent sur des modalités particulières, puisque le nombre d'acteurs au sein de l'unité est très fortement réduit. De l'équipe ne demeurent que les paramédicaux, les autres groupes professionnels et psychiatres étant absents. Chez les patients aussi le nombre est retreint, une partie d'entre eux bénéficiant de permissions d'une ou deux journées.

Le déroulement des semaines en psychiatrie d'hospitalisation suit généralement ce modèle idéaltype, que la réalité émaille de nombreuses petites exceptions individualisées, de situations hors normes ou d'urgences qui produisent des divergences. Cependant, notre présentation sommaire de ce qui fait une journée idéaltype en unité d'hospitalisation révèle le point central autour duquel se structurent les journées et les interactions des acteurs. Dans la partie précédente, nous avons montré la place qu'occupent ces unités dans un parcours des patients, idéalisée par les structures psychiatriques, et qui leur donnent un rôle de gestion des situations de crise, le temps d'établir un traitement fonctionnel. Après quoi l'unité devrait orienter la suite du parcours idéalisé du patient vers d'autres unités extra-hospitalières qui éviteront le retour en hospitalisation. Dans la description que nous dressons au cours de cette partie, force est de constater que ces objectifs ne constituent pas les tâches principales au sein de l'unité : le parcours du patient se négociant hors des murs, et n'impliquant qu'un faible nombre des acteurs qui y travaillent, soignants comme patients. De même, si la constitution et la prise du traitement prennent effectivement une place dans le quotidien de l'unité, il s'agit de l'une des tâches, de l'un des sujets parmi de nombreux autres qui sont discutés, négociés, modifiés et personnalisés. Ainsi, nous faisons émerger la centralité des questions des conditions de vie des patients dans les discussions et les interactions de tous les acteurs. Il s'agit finalement du sujet au cœur de toutes les préoccupations, toutes les interactions et la majorité du travail de tous les acteurs. Ces conditions de vie prennent la forme de ce que nous appelons des micro-libertés, des « petits droits » (Tartour, 2021), des « dé-privations » sur un sujet ou un objet, et individualisées pour chaque patient. Nous avons alors montré la vaste gamme d'expressions qu'elles pouvaient prendre, ainsi que leur nature hautement personnalisée et exceptionnalisée. Par la suite, nous avons spécifié que si la majorité des micro-libertés sont entre les mains du personnel des unités, une partie peut s'obtenir entre patients, *via* des prêts, des trocs, ou alors ne s'exprime qu'entre patients par nature, comme les relations sexuelles, sur

lesquelles l'équipe cherche à peser. Enfin, nous avons montré comment une partie de ces micro-libertés composaient un parcours d'acquisition en incrémentation, certaines réclamant nécessairement la possession d'une précédente pour être obtenues. Les patients expérimentent donc lors de leur séjour dans les unités d'hospitalisation une forme de parcours d'accumulation de droits et d'options qui conduit finalement à la sortie, les soignants considérant certaines micro-libertés comme des nécessités avant de quitter l'unité. Mais tout de même, la direction du parcours de patient interne à l'unité peut parfois s'émailler de pertes de micro-libertés précédemment acquises, dans des situations qui sont généralement moins fréquentes et plus graves du point de vue des soignants, il peut arriver qu'un patient soit « puni » sous la forme de pertes de micro-libertés, et doit réentreprendre le parcours incrémental depuis une étape qui y est moins dotée.

Nous avons donc posé les cadres de notre recherche. Dans la première partie, nous avons posé un cadre lointain à l'action, dans le fonctionnement du milieu psychiatrique depuis la fin de l'asile, les attendus, et la place supposée des unités d'hospitalisation dans le nouveau modèle de la prise en charge de la folie. Nous avons aussi révélé l'existence d'idéologies qui spécifient les prises en charge à des niveaux locaux, dans les structures ou même entre les unités en leur sein. Ensuite, dans la seconde partie, nous avons approché notre point de vue de l'action qui se déroule factuellement entre les murs des unités d'hospitalisation. Nous avons montré que le centre d'intérêt pour tous les acteurs en ces lieux n'est pas tant celui que lui confie le système dans l'orientation du patient, mais plutôt dans ses conditions de vie au sein de ces lieux qui contraignent. Ces gestions s'appliquent aux micro-libertés, que tous les acteurs négocient et mobilisent. Elles sont au centre de toutes les interactions.

Dans la suite de cette thèse, nous chercherons à proposer les points de vue des différents groupes d'acteurs qui évoluent entre les murs des unités d'hospitalisation. Parce que les micro-libertés constituent l'objectif de toutes leurs interactions et les tâches de leurs différents travaux psychiatriques, nous chercherons à montrer successivement comment chaque groupe se positionne vis-à-vis d'elles, comment il peut chercher à influencer leurs compositions pour un patient donné. Cette construction se produisant dans l'interaction, nous essayerons de ne pas aborder chacun de ces groupes sous un angle isolé, mais plutôt de montrer son point de vue sur les interactions, et les outils à sa disposition pour convaincre les autres groupes et faire pencher les décisions aux sujets des micro-libertés dans la direction qu'il privilégie.

# **Partie III : Comment le visage uni du groupe des soignants dissimule des avis et des pratiques désaccordés**

Nous avons montré le rôle central que jouent les micro-libertés dans l'organisation et les interactions qui prennent place entre les murs des unités d'hospitalisation psychiatrique, dictant les conditions de vie des patients. À présent et dans chacune des parties qui suivront, nous chercherons à montrer la position des différents groupes d'acteurs qui interagissent et négocient ces micro-libertés. En explicitant les rôles joués par chacun, nous entendons éclairer l'organisation informelle, l'ordre négocié qui se construit quotidiennement dans les unités que nous observons.

Ainsi, dans cette troisième partie, nous déplacerons notre regard vers les soignants des unités, parmi lesquels nous regroupons les médecins-psychiatres, les infirmières et les aides-soignants (mais sans nous circonscrire à ces acteurs uniquement : nous montrerons leurs rapports et leurs interactions avec les autres groupes et principalement les patients). Il s'agit du cœur des équipes professionnelles des unités fermées : ensemble, ils constituent les groupes les plus présents temporellement, interagissant avec l'ensemble des patients ; et leurs négociations, internes ou avec ces derniers, sont le fruit des plus nombreux changements qui concernent les micro-libertés. Ce premier ensemble de groupes professionnels explicite alors régulièrement la nécessité de leur fonctionnement « en équipe », et la nécessaire collégialité de leurs décisions au sujet des micro-libertés ; face aux patients d'abord, les infirmières rappelant régulièrement

avec humour « On ne doit pas se disputer devant les enfants ! » : ils explicitent la nécessité de montrer un visage soudé pour éviter que les patients ne s'insèrent dans les interstices de leurs désaccords pour obtenir des situations spécifiques. Mais ce discours des soignants sur leur collégialité s'étend aussi face aux autres groupes professionnels des unités d'hospitalisation (cf. Partie V de ce travail).

Les discours des équipes soignantes autour de leur union et de la collégialité de leurs décisions est régulièrement observé par la sociologie, de même que leur faible application factuelle : les accords étant souvent plus complexes qu'il n'y paraît, et les pratiques des équipes se montrent plus éclatées, de même que leur discours les uns vis-à-vis des pratiques des autres, qu'il s'agisse des hôpitaux généraux (Binst, 1990 ; Peneff, 1992), d'autres unités d'hospitalisation somatique (Paillet) ou au sein de la psychiatrie même (Ogien, 1989). Ainsi, cette apparence d'unité autour des décisions pour aligner les comportements ne se retrouve pas de manière aussi prégnante dans les comportements factuels des acteurs, et nous montrerons tout au long de cette partie comment les différents groupes professionnels soignants sont en réalité désaccordés sur leurs visions du contenu et de la mise en place des micro-libertés : aussi bien entre les groupes qu'au sein de ceux-ci. Ces désaccords produisent des négociations constantes, qui permettent de laisser apparaître les implications personnelles des acteurs, leurs ressources dans les négociations, et finalement, leur place dans l'ordre négocié, aussi bien à l'échelle de leur groupe professionnel qu'à celui qu'ils occupent personnellement auprès de leurs collègues.

Pour commencer, nous aborderons la position des psychiatres au sein de l'ordre négocié de l'hospitalisation. Nous montrerons comment leur posture leur offre une place prépondérante dans le choix de la composition des micro-libertés dont dispose un patient au sein de l'unité. Si nous trouvons à cette position une origine historique, dans la construction de la médecine occidentale et du système hospitalier, nous révélerons tout de même les changements récents qui prennent place sur un grand nombre de registres qui y sont liés, et qui modifient la posture hégémonique du médecin sur les questions de santé. Ces fissures dans la posture de domination de la profession se ressentent alors au sein des unités, et pèsent sur l'action et les interactions qui y prennent place. Ce contexte lointain pèse sur les négociations (Strauss, 1992), et produit une situation dans laquelle les autres acteurs, et notamment les infirmières, attendent des psychiatres certaines postures vis-à-vis de leurs opinions sur la conduite à tenir. Cette posture « d'écoute » attendue n'étant pas mise en place uniformément par les psychiatres, mais plutôt dans des comportements individuels qui décident de leurs positions personnelles dans l'ordre qui se négocie autour des micro-libertés. Nous verrons alors comment ces psychiatres s'engagent dans des comportements pour montrer un visage uni face aux autres groupes

professionnels, malgré leurs postures individualisées. Pour finir, nous discuterons du lien entre les psychiatres et les idéologies qui prennent place dans un lieu donné et qui pèsent elles aussi sur les micro-libertés, et ce principalement au travers de la position des psychiatres cheffes de pôles, plus investies que les autres acteurs dans ces questions.

Par la suite, nous aborderons le cas du groupe des infirmières des unités. Nous montrerons comme ce groupe se construit sur une valorisation de son indépendance, aussi bien vis-à-vis de la tutelle médicale que la gestion administrative. Cette double volonté d'autonomie se retrouve pareillement dans l'histoire du groupe professionnel, et se cristallise dans les unités par des comportements d'autonomisation. Ainsi, les infirmières agissent dans la composition des micro-libertés des patients par des interventions discrètes qui ne respectent pas les organisations formelles. Ce faisant, elles pèsent elles aussi sur les micro-libertés, parfois temporairement et parfois au long cours : elles s'arrogent une position de force dans l'ordre négocié, principalement grâce à leur présence continue entre les murs, au contact des patients, mais aussi *via* des comportements de groupe qui les protègent et renforcent leur autonomie. Pour autant, ces comportements de groupes dissimulent, similairement aux médecins, des pratiques et des avis différenciés.

Le dernier chapitre de cette partie s'intéressera au groupe professionnel des aides-soignants. Nous montrerons que ces acteurs sont très peu investis dans les interactions qui encadrent les micro-libertés, à la fois par une auto-exclusion et mise de côté par les autres groupes. Le groupe dispose donc d'un faible poids dans l'ordre négocié et l'organisation informelle des unités. Nous expliquerons cela en montrant comment cette posture est instituée culturellement, *via* l'histoire du groupe professionnel. Cependant, nous concluons avec une sous-partie qui révèle comment une idéologie de *thérapies par la structure* peut être le lieu d'une posture différenciée pour le groupe des aides-soignants, appuyant notre hypothèse sur les variations locales des ordres négociés de la psychiatrie, des exceptions sur certaines de ces modalités, en fonction des idéologies poursuivies dans une unité donnée.

# **Chapitre 1 : Les psychiatres, des acteurs dont la position de légitimité n'est pas tout à fait acquise au sein des unités**

Ce chapitre sera donc le premier à s'intéresser spécifiquement à l'un des groupes d'acteurs des unités d'hospitalisation psychiatrique : les médecins-psychiatres. Nous choisissons ce groupe, car il s'agit historiquement de la profession la plus centrale dans les définitions et les modalités de prise en charge de la folie ; mais aussi et surtout, car la description de leur quotidien dans les unités d'hospitalisation facilite les analyses à venir pour les autres acteurs des unités.

Par ailleurs, nous ne nous intéresserons pas exclusivement à ce groupe, en ne présentant que ses tâches et son point de vue. Plutôt, nous chercherons à montrer comment il construit ses interactions avec les autres groupes d'acteurs, et spécifiquement les patients et les infirmières.

Pour aborder les membres de cette profession, nous commencerons donc par décrire le rôle qu'ils occupent au sein des unités d'hospitalisation psychiatrique. Nous montrerons comment ils centralisent les informations et les avis des différents autres groupes pour décider de la conduite à tenir dans la prise en charge de chaque patient, à titre individuel. Cependant, nous révélerons que leur posture n'est pas tout à fait dominante, contrairement à l'idée que peut s'en faire le profane : les autres groupes d'acteurs discutent et critiquent leurs décisions continuellement. Ce fonctionnement réclame de la part des psychiatres un investissement spécifique du travail avec l'équipe, qui se cristallise autour de comportements qualifiés de « à l'écoute » ou non : un terme qu'utilisent les infirmières pour décrire la relation d'un psychiatre avec les acteurs non médicaux de son équipe, et qui impacte les rapports entre ces acteurs.

Une fois que nous aurons décrit la posture de domination partielle, discutée, des psychiatres au sein de l'ordre négocié, nous nous demanderons comment comprendre cette posture. Pour cela, nous reviendrons sur l'histoire contemporaine du groupe médical, qui explique à notre sens la perception socialement située de cette profession. La culture occidentale et française joue alors le rôle d'un contexte lointain qui pèse partiellement sur l'action que nous observons quotidiennement dans les unités d'hospitalisation psychiatrique.

Par la suite, nous montrerons comment les psychiatres des unités peuvent s'investir, seules ou en groupe, pour appuyer la légitimité de leur groupe et de leurs collègues. Nous terminerons en révélant l'investissement spécifique des psychiatres cheffes de pôle au travers de la question des idéologies psychiatriques, qui devient un moteur pour assurer la cohérence des équipes au sein des unités.

## **Être, ou ne pas être, « à l'écoute » de son équipe**

Dans cette première sous-partie, nous chercherons à décrire la place qu'occupent les médecins-psychiatres dans l'organisation informelle, négociée quotidiennement dans les unités d'hospitalisation psychiatrique. Pour cela, nous commencerons par décrire les tâches que prennent en charge ces psychiatres au jour le jour, puis nous aborderons les rapports qu'elles entretiennent avec les autres groupes d'acteurs, dépendamment de la manière dont elles prennent en charge leurs tâches.

Cependant, décrire le travail des psychiatres de l'hospitalisation se heurte à une première difficulté, puisque les médecins des équipes soignantes des unités de notre corpus constituent en réalité un groupe fortement hétérogène, ce qui est dû aussi bien à leurs affectations qu'à leurs grades au sein de la fonction médicale. Ces différences de postes engendrent des divergences dans le quotidien et dans les tâches qu'elles prennent en charge, ainsi que les méthodes qu'elles emploient. De la même manière, elles se répartissent les patients de l'unité dans des proportions spécifiques : elles sont nommées référentes pour une partie des patients, même si toutes peuvent intervenir pour tous les patients en l'absence de la psychiatre référente.

Qui plus est, ces médecins sont présents à temps partiel dans l'unité, et se répartissent les jours de la semaine ouvrée : il n'y a généralement que deux psychiatres dans l'unité un même jour, parfois un seul ou trois, jamais aucune. De plus, lorsqu'elles prennent leur poste, leur temps de présence est variable : si elles arrivent presque toujours aux alentours de 9h pour le « staff » qui réunit toute l'équipe, leur horaire de départ est variable, parfois à l'heure du déjeuner, plus généralement vers 16h, et parfois tard le soir autour de 22h. Enfin, elles sont absentes le week-end et la nuit, sauf dans les rares cas de gardes que nous décrivons ci-après. Ces dispositions s'expliquent par leur emploi à temps partiel : elles alternent des journées dans l'unité d'hospitalisation (parfois dans plusieurs de ces unités dans le pôle) avec des prises de postes dans d'autres types d'unités, le centre médico-psychologique et les urgences du service. Elles poursuivent souvent la prise en charge d'un même patient lorsqu'il quitte l'unité

d'hospitalisation pour rejoindre une autre unité de la structure. Parfois aussi, leur temps est pris par des tâches de gestion administrative qu'elles remplissent depuis leurs bureaux, hors des unités.

Pour comprendre les spécificités de chaque poste, nous commencerons donc par présenter la composition des équipes de médecins, fortement similaires dans les différentes unités de notre corpus :

En premier lieu, il y a une psychiatre cheffe d'unité : la psychiatre responsable de l'unité psychiatrique. Il s'agit de la psychiatre la plus présente temporellement dans l'unité. Pour cette raison, elle est la médecin responsable du plus grand nombre de patients : entre un quart et la moitié des patients présents à un temps donné dans l'unité, soit six à onze. Dans les textes, cette psychiatre décide de la forme de la prise en charge dans son unité, appliquée par l'équipe de soignants, aussi bien les paramédicaux que les autres psychiatres.

Effectivement, un certain nombre de ces dernières officient dans l'unité (dans l'unité 2, il n'y a qu'une psychiatre, alors qu'il y en a deux de plus dans l'unité 3 par exemple). Ces psychiatres s'occupent spécifiquement d'un nombre de patients, selon leur temps de présence ainsi que du nombre total de psychiatres relié à l'unité ; dans nos observations, ce nombre varie de trois à huit.

De plus, l'unité peut accueillir des internes : des médecins qui effectuent leurs stages en vue de valider leur diplôme spécifique de psychiatre. Ils ne disposent pas tout à fait des mêmes possibilités que les autres psychiatres, car ils officient « sous contrôle et par délégation », et ne peuvent pas réaliser toutes les prescriptions ou autres documents qui concernent les patients. Par exemple, pour les patients en soins sous contrainte, ils ne peuvent pas réaliser les documents qui prolongent la contrainte, ou certaines autorisations de sorties temporaires, entre autres. Ils ont donc besoin du soutien d'autres psychiatres, mais prennent tout de même en charge quelques patients seuls, généralement trois ou quatre.

Enfin, la psychiatre cheffe de pôle (ou cheffe de service, les deux termes renvoient à une même position et nous utiliserons les deux termes de façon indifférenciée) est la médecin au grade le plus élevé dans le service de psychiatrie qui héberge l'unité (mais il y a des commissions de psychiatres qui peuvent lui être supérieures, notamment dans le cas de réunions de plusieurs services psychiatriques en une plus grande entité). Les cheffes de pôle ont de nombreuses tâches de gestion administrative pour l'ensemble des unités du service, aussi, elles sont peu présentes dans les unités d'hospitalisation. Cependant, il arrive qu'elles y suivent quelques patients, pas plus d'un ou deux. Il s'agit généralement de patients dont le suivi est antérieur à la prise de responsabilité, et qui se poursuit malgré celle-ci. Ces psychiatres cheffes peuvent aussi être présentes les jours où le nombre de psychiatres est insuffisant, par exemple lors des vacances.

La présence de la cheffe de pôle dans une unité est aussi dépendante de son historique avec celle-ci : si elle y était liée avant sa prise de poste, elle y sera présente plus régulièrement que si elle n'y a jamais travaillé, et il arrive qu'une cheffe de pôle ne passe jamais une journée de travail dans certaines unités de son service.

Pour finir, ajoutons la présence d'un médecin généraliste. Cette dernière partage ses semaines entre plusieurs unités du bâtiment, et ne reste jamais au-delà d'une demi-journée. Elle est présente uniquement pour prendre en charge les troubles physiques des patients, et nous les avons toujours vu se refuser à toute intervention du domaine psychiatrique, entretiens et prescriptions. Qui plus est, elle est généralement dans une posture d'assistance au psychiatre, et agit comme une auxiliaire qui seconde le psychiatre, à la manière des autres groupes professionnels.

Par ailleurs, un psychiatre doit être continuellement accessible dans les structures psychiatriques. Dans cette optique, il existe un poste de psychiatre de garde pour chaque bâtiment, qu'elles occupent par roulement. Dans ces moments, elles restent la nuit ou les week-ends et dorment sur place, dans une chambre dédiée au sein du bâtiment. Elles doivent rester joignables par toutes les unités qui officient dans le bâtiment, pour régler les situations d'urgence, et les week-ends pour effectuer les observations sur les patients en chambre d'isolement : un acte à l'obligation quotidienne. Ainsi, les nuits et les week-ends, il est fréquent que le psychiatre présent dans l'unité ne soit pas un des psychiatres de l'unité, elle interviendra tout de même avec l'équipe et les patients.

On le comprend donc, les psychiatres disposent d'une présence limitée dans l'unité, n'y étant présentes ni quotidiennement, ni de manière prolongée. Elles n'entrent pas en contact régulièrement avec les patients qu'elles ont à charge, parfois moins d'une fois par semaine. Pourtant, elles sont responsables de déterminer la conduite de la prise en charge pour ces patients, elles décident des changements de traitements et des options dont ils bénéficient au quotidien. En somme, elles décident de la liste de micro-libertés dont dispose le patient dans l'unité, une liste qui est actualisée régulièrement, en fonction de la perception qu'a le psychiatre de l'avancement de la prise en charge ; allant par exemple du nombre quotidien de cigarettes aux autorisations de sorties hors de l'unité. Car si elles se chargent du contenu des micro-libertés des patients, elles ne s'occupent pas de la mise en place pratique de ces micro-libertés, ce sont les autres acteurs des équipes qui exécutent leurs décisions, comme l'explique la psychiatre Selma à un patient pour lequel il s'agit de la première hospitalisation :

Un patient interpelle la psychiatre Selma alors qu'elle sort de la salle de réunion de l'équipe. Il demande à ce qu'on lui donne son téléphone portable. La psychiatre de lui répondre « Ah non moi je suis médecin ! Je donne pas le téléphone ! Je laisse une consigne pour qu'on vous le donne ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Aussi, pour compenser leur présence partielle, les psychiatres récoltent des informations au travers de diverses méthodes. D'abord, elles effectuent des entretiens avec les patients, secondées par une infirmière ; et un aide-soignant en sus si le patient est en chambre d'isolement. Ensuite, elles discutent avec les autres membres de l'équipe pour obtenir des observations sur les situations qui se sont déroulées lors de leurs absences. Ces discussions prennent place principalement lors des « staffs » du matin, mais aussi de manière plus informelle, lors des temps dans l'unité au contact des autres groupes professionnels ; principalement les infirmières, à la présence continue, mais aussi les acteurs subsidiaires qui s'occupent d'une partie plus faible de patients, comme les assistants sociaux qui interagissent avec les patients en situation économique précaire, ou encore les intervenants spécialisés, comme les psychologues aux diverses spécialisations (l'appellation de ce groupe d'acteurs est complexe, voir la partie V.2 à ce sujet). Centraliser les informations, puis trancher sur la suite de la prise en charge et les micro-libertés du patient, constitue donc le rôle formel des psychiatres d'hospitalisation, et se retrouve, similairement, dans les discours que nous tiennent ces psychiatres lorsqu'ils cherchent à nous résumer leur fonction au sein de l'équipe :

**Éric :** « Si on demande à l'équipe, tout le monde n'est jamais d'accord sur ce qu'il faut faire pour un patient. C'est pour ça qu'on est là nous, psychiatres, pour prendre la décision. » *(Psychiatre chef, 40 ans, unité 1)*

Ce rôle de regrouper les informations éparpillées dans l'équipe, puis de les amalgamer pour prendre les décisions centrales dans la prise en charge, laisse à voir une position majeure dans la prise en charge des patients hospitalisés. Il s'agit d'un fonctionnement qui rappelle immédiatement les descriptions que dresse Goffman des fonctionnements asilaires :

*« Le statut des auxiliaires des psychiatres — internes, psychologues, neurophysiologues, assistantes sociales, infirmières — atteste la vocation polyvalente du psychiatre, car tous ces agents lui fournissent des renseignements qu'il est seul autorisé à réunir pour dresser le bilan du malade. »*

(Goffman, 1968, p. 411)

Dans son ouvrage qui traite des asiles, Goffman révèle la position hégémonique du psychiatre qui dispose de l'entièreté des informations que collectent pour lui ses auxiliaires, et qui lui permettront de dicter la marche à suivre pour prendre en charge le patient asilaire ; des décisions qu'il est seul à pouvoir prendre. Des constats de fonctionnement que relève similairement, quelques années plus tard dans une recherche conduit en France (Ogien, 1989).

Cependant, si les descriptions du travail d'équipe que propose Goffman dans les asiles des années 50' ressemblent de prime abord à ce que nous décrivions dans les unités d'hospitalisation, ainsi qu'aux discours des psychiatres ou des autres acteurs sur leur fonction, nos observations révèlent rapidement des interactions plus complexes, et avec elles, une posture moins évidente du psychiatre au sein de son équipe. En effet, les opinions et les décisions, de même que les prescriptions, que les psychiatres produisent ne sont pas des aveuglements approuvés par les autres acteurs à qui elles sont énoncées. Bien au contraire, elles sont perpétuellement discutées, critiquées et remises en question. Les débats sont nombreux, quotidiens, au sujet des marches à suivre, et prennent place avec la quasi-totalité des acteurs avec lesquels les psychiatres entrent en contact ; par exemple lors des entretiens avec les patients :

En entretien avec la cheffe d'unité Noûr et l'infirmière Nathalie. Elles reçoivent une patiente dans le bureau, il a entre quarante et cinquante ans. La psychiatre pose des questions, puis propose des traitements. La patiente est attentive, elle répond « D'accord, d'accord » aux explications, mais ensuite elle refuse de prendre les traitements chacun leur tour. L'infirmière intervient « Mais il faut accepter quelque chose si vous voulez aller mieux, si vous voulez sortir ! ». Un petit silence s'ensuit, puis la patiente se met à parler de permissions pour descendre au patio. La psychiatre regarde l'infirmière, qui lui indique « Elle ira pas plus loin de toute façon ». La psychiatre propose à la patiente un troc : le droit de descendre, si elle prend l'un des traitements précédemment proposés « sans faute ». La patiente accepte. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Au cours de cet entretien, la patiente se montre réticente aux propositions de la psychiatre, qui cherche à mettre en place un premier traitement. Les refus successifs révèlent alors la construction des interactions et de la prise en charge : la volonté de la psychiatre et les refus de la patiente les mènent finalement à une *négociation*. Car le patient « désire obtenir certaines choses, que certains événements se produisent ; il cajolera, câlinera, persuadera, suggèrera et utilisera d'autres formes de négociations »<sup>12</sup> (Glaser et Strauss, 1979 ; Strauss, 1992). Dans notre exemple, à la suite de ses refus, la patiente demande des accès à l'extérieur, soit une nouvelle micro-liberté pour quitter temporairement les murs de l'unité. La psychiatre et la patiente marchandent alors les termes d'un accord (Strauss, 1992), elles troquent les implications de deux micro-libertés : celle de prendre des médicaments qui vont sûrement impacter les comportements de la patiente, et celle de pouvoir sortir temporairement dans la cour du bâtiment.

De manière similaire, l'intimité des salles de réunion d'équipe révèle la diversité des opinions au sujet de la prise en charge d'un patient ; et avec elles, les diverses discussions qui se négocient :

Pendant le staff, ils abordent un nouveau patient en chambre d'isolement, en soins sous contrainte à la demande d'un tiers (son frère). La psychiatre parle de repousser les prises de décisions le concernant, d'attendre un peu. Les infirmières sont en désaccord : « Il faut lui laisser la porte ouverte dès aujourd'hui » soutiennent-elles, « Il angoisse quand c'est fermé ». Elles veulent donc que la psychiatre aille le voir après le staff et décide de changements dans cet ordre. La psychiatre finit par accepter et leur donner raison en argumentant elle-même : « il faut favoriser l'ouverture tant que possible, vous avez raison ».

*(Extrait du journal d'observation, unité 2)*

Dans ce cas, la psychiatre énonce une décision pour le patient, celle d'attendre quelques jours avant de prendre une décision de modification des micro-libertés, elle exprime sa volonté de recueillir plus d'informations. Les infirmières s'opposent à cette décision, et demandent un changement immédiat de micro-liberté : laisser la porte de la chambre d'isolement ouverte pour que le patient se sente mieux. À nouveau transparaissent les traits d'une négociation, cette fois circonscrite à l'équipe soignante. Les infirmières argumentent, et la psychiatre finit par accepter

---

<sup>12</sup> Nous avons ici repris la traduction proposée par Peretz dans (Strauss, 1992).

un avis contraire à celui qu'elle proposait à l'origine. La micro-liberté du patient est décidée *via* des négociations auxquelles il ne participe pas directement, et qui se déroulent seulement au sein de l'équipe.

Or, si les exemples que nous montrons sont pertinents en ce qu'ils révèlent des moments dans lesquels les psychiatres acceptent les volontés des autres acteurs qui négocient, les résultats des négociations sont bien plus variables, uniques, dépendants des situations et des personnalités des différents acteurs engagés. Face à ces remises en question continues de leurs décisions, les psychiatres réagissent à titre individuelles. Chacune montre un niveau d'intérêt particulier à ces avis. Parfois elles les explorent, posant des questions, argumentant ou acceptant ces propositions, et d'autres fois, elles les ignorent simplement, mettant fin aux débats, annonçant leur décision comme finale, irrévocable.

Il y a donc un profond biais individuel au déroulement, et aux résultats de ces négociations pour les micro-libertés des patients. Biais qui dépend de la volonté personnelle de la psychiatre à prendre en compte les avis ou les envies des acteurs avec lesquels la négociation prend place. Par ailleurs, cette disposition des psychiatres à l'égard des opinions qui leur sont soumises est qualifiée par les autres acteurs. Ils jugent, individuellement, dans les pratiques de chaque psychiatre, si elles sont disposées à prendre en compte les avis des autres acteurs de l'unité, comme le fait par exemple Lou lors d'un entretien :

**MS :** « c'est quoi par exemple ces désaccords avec les psychiatres ? »

**Lou :** « Par exemple hier, on a un médecin de notre secteur qui nous dit "vous descendez la patiente [X] dans l'unité de jour et vous récupérez madame [Y] qui va pas bien là". Alors nous on leur a dit que c'était pas bien, c'était pas une bonne idée, parce que madame [X] elle est encore insultante, elle est encore agressive, elle frappe les patients, elle frappe les soignants. Mais bon on a pas été entendus, alors on descend la patiente. Et là, ce matin, le psychiatre qui a demandé ça, il revient en panique et nous dit : "C'est maintenant tout de suite faut la récupérer elle va pas bien !" En nous disant "C'est un travail d'équipe" ! Mais nan ! C'est pas un travail d'équipe, j'lui dis "C'est un travail individuel parce que vous écoutez pas ce qu'on dit !" , mais on a pas le droit de pas être d'accord et elle est remontée. »

*(Infirmière, 25 ans, unité 3)*

Lou révèle ici l'usage d'un vocabulaire spécifique, « entendre » les remarques, « être à l'écoute » sont des termes mobilisés par les infirmières pour décrire les comportements des psychiatres : le degré d'intérêt qu'elles portent aux conseils et aux remarques des paramédicales de leurs équipes. L'usage de cette expression est généralisé dans le discours de toutes les infirmières de nos terrains, mais aussi dans les entretiens effectués avec des infirmières hors de ces derniers. L'usage peut en être positif ou négatif :

**Nathalie :** « Ici on a de la chance, on a des psychiatres qui sont globalement à l'écoute. C'est pas comme ça partout, même à côté ! » (*Infirmière, 40 ans, unité 3*)

**Ness :** « Non, mais le souci tu vois c'est que les psychiatres parfois il y en a ils sont trop accueillants pour les patients. Ils sont pas assez à l'écoute quand on les prévient qu'un patient il s'installe. » (*Infirmière, 45 ans, unité 2*)

Ce rapport d'interaction n'est pas à sens unique : les infirmières ne catégorisent pas des comportements figés. Il s'agit de rapports interpersonnels organiques et fluctuants, en fonction des jours et des collègues. Ainsi, une psychiatre qui endure des difficultés dans sa vie personnelle, et se livre à une partie de l'équipe, sera moins critiquée si elle se montre moins « à l'écoute » temporairement. Qui plus est, les psychiatres se révèlent parfois conscientes de l'importance que les autres acteurs accordent au fait d'être écoutés, et certaines s'y montrent attentives :

Après un entretien en chambre d'isolement avec un patient particulièrement agité et violent, son comportement dure depuis maintenant plusieurs semaines. La cheffe d'unité Amel s'adosse à un mur, dans le couloir, avec deux des infirmières présentes ce jour-là. « Vous en pensez quoi les filles ? ». Puis elle reste silencieuse, et écoute avec attention les infirmières qui discutent du cas, et finissent par soumettre l'idée de demander un transfert en UMD pour le patient. Finalement, la psychiatre approuve : « D'accord, alors on fait ça ! ».

Plus tard dans la journée, j'en discute avec la psychiatre. Elle m'explique : « On doit prendre l'info avec les infirmières, car il y a des changements dans la journée, et on ne peut pas attendre le staff du lendemain par exemple. Il faut toujours leur demander leur avis. C'est important. Et puis elles sont investies, elles veulent aussi pouvoir décider parfois. » (*Extrait du journal d'observation, unité 2*)

Dans cette situation, la psychiatre Amel laisse entièrement la décision du type de sortie qui sera appliqué pour le patient. Elle nous explicite ensuite son comportement en mettant en avant leur « investissement » avec les patients, qui justifierait à leurs yeux leur volonté de participer, et qui mérite la forme de récompense qu'offre Amel, celle de disposer de la décision finale.

Les postures d'écoute des psychiatres peuvent s'observer lors d'autres moments de prises de décisions au sujet des micro-libertés. Par exemple, la fin d'un entretien avec un patient est généralement marquée par une petite conclusion qui sanctionne un ensemble de changements dans la prise en charge, résultant des discussions et des négociations avec le patient. Il peut s'agir d'une modification du traitement, ou bien de certaines dispositions pour les micro-libertés qui concernent l'accès aux affaires personnelles. Parfois aussi, l'entretien peut acter d'une « permission » du patient, une sortie temporaire de l'unité. Lors de ces moments de changement dans l'établissement des micro-libertés, nous avons pu constater que certaines psychiatres mobilisent l'avis de l'infirmière présente au rendez-vous, puisqu'il y a toujours une représentante de la fonction lors de l'entretien.

Ainsi, les médecins se tournent vers l'infirmière lorsqu'elles annoncent les changements de micro-libertés, à la recherche d'une approbation furtive dans un jeu de regard, un hochement de tête ou un sourire. Dans le cas où un désaccord semble exprimé, par une moue ou un grognement, la psychiatre reviendra sur la micro-liberté qui semble avoir posé des soucis après l'entretien, seule avec l'infirmière : « tu étais pas d'accord là-dessus ? Je t'ai vu tiquer ? ». Une discussion qui, si elle ne modifie pas les micro-libertés qui prêtent à discorde, permet de clarifier les points de vue et d'éviter les conflits larvés.

Plus rarement, les psychiatres demandent ouvertement l'avis de la paramédicale à la fin de l'entretien : « qu'est-ce que tu en penses ? », « ça me semble bien et toi ? ». Par cette approche directe, elles mobilisent l'avis de l'infirmière, et lui laissent une porte ouverte, parfois saisie, pour s'opposer ou intervenir dans les changements pour les micro-libertés.

Enfin, la cheffe de l'unité 3, Noûr, mettait parfois en place une implication de son infirmière encore plus poussée : elle mettait fin à l'entretien sans aucun changement de micro-libertés, annonçant la nécessité d'une discussion. Puis, seule avec l'infirmière, elle discutait les modifications, et rappelait le patient pour annoncer la conclusion. Elle n'appliquait cependant pas cette approche lors de chaque entretien, mais plutôt, il nous a semblé, lorsqu'elle disposait de plus de temps dans sa matinée (une consœur s'occupe des chambres d'isolement et elle a moins de rendez-vous prévus), ainsi que lorsqu'il s'agissait d'une infirmière avec laquelle elle entretenait des rapports amicaux.

Par ailleurs, si les psychiatres se montrent « à l'écoute » de l'infirmière lors de l'entretien, ces dernières défendront les décisions face à leurs collègues paramédicales, par exemple *via* la formule « on a décidé de... », qui présente la décision comme communément construite. Il reste difficile de dire si les psychiatres sont conscientes ou non de ces fonctionnements, n'étant pas présentes lors de ces derniers échanges.

Pour ajouter à la complexité de la réalité, il faut aussi signaler que ces dispositions d'écoute des psychiatres dépendent des patients dont il est question. En effet, nous avons remarqué que les médecins peuvent montrer un investissement moral et émotionnel pour des patients particuliers qu'elles prennent en charge ; des « favoris », souvent qualifiés de « touchants ». Par ailleurs, il n'est pas rare qu'ils soient suivis par la psychiatre ainsi investie depuis plusieurs années. Le séjour en hospitalisation n'est alors pas le premier, mais s'inscrit dans un parcours prolongé au sein des structures psychiatriques ; suivi par la psychiatre. Dans le cas de ces patients favoris, les psychiatres sont généralement moins à l'écoute du reste de l'équipe, et désirent voir leur vision de la prise en charge être celle qui sera finalement mise en place. Autrement dit, la disposition d'écoute de chaque psychiatre est individuelle et fluctuante, mais dépend aussi du patient dont il est question, et une médecin se montrera plus facilement à l'écoute de l'équipe pour un patient envers lequel elle est moins investie. Nous aborderons ce type de relation plus spécifiquement dans la partie dédiée aux patients.

Enfin, mobiliser les informations et les avis des infirmières sur les prises en charge et les choix de micro-libertés des patients n'est pas le seul moyen de se montrer « à l'écoute ». Ainsi, plusieurs infirmières nous explicitent que la manière dont les psychiatres prennent en considération les difficultés de leur travail a aussi une valeur importante à leurs yeux. Par exemple, les psychiatres peuvent repousser la sortie de patients lorsqu'ils sont trop nombreux à arriver à cette étape de leur parcours interne à l'unité :

**Valérie :** « Bon là on va pas faire sortir le patient [X] tout de suite, même s'il doit sortir. On va attendre la semaine prochaine, parce qu'il y a beaucoup de patients qui sortent aujourd'hui, donc si tous les nouveaux arrivent le même jour ça va faire trop de taf pour les infirmières. » (*Psychiatre, 40 ans, unité 2*)

Cette disposition est régulièrement prise par les psychiatres des unités 2 et 3, qui décalent des sorties de patients pour éviter de trop nombreuses entrées un même jour. Dans l'exemple présenté, Valérie nous l'explique spécifiquement, après un entretien avec un patient, mais cette

démarche peut être mise en place devant les infirmières, lors des staffs par exemple. Ces attentions sont généralement saluées par les infirmières.

Dans un autre registre, une prescription médicale est nécessaire lorsqu'un patient souhaite retirer un objet de valeur, notamment son téléphone portable. Certaines psychiatres préparent ces documents à l'avance, créant une pile de prescriptions présignées, mais non datées dans laquelle les infirmières peuvent piocher pour ne pas avoir à joindre une psychiatre avant chacun de ces actes, spécifiquement pour les moments où les médecins sont absentes et où joindre la psychiatre de garde demande plus d'efforts et d'attentes. Ces actes de prévoyance de la part des psychiatres sont souvent remerciés par les infirmières.

Les deux dispositions que nous décrivons laissent à voir les efforts que mettent en place les psychiatres pour alléger et faciliter le travail des infirmières. Il impacte là aussi les micro-libertés, prolongeant le séjour en hospitalisation dans un cas, et réduisant l'attente pour l'accès aux objets de valeurs dans l'autre. Pour autant, il n'est pas perçu au sein de l'équipe, dans son rapport à ces micro-libertés, contrairement aux exemples que nous présentions plus haut, il s'agit spécifiquement ici de diminuer la charge du travail infirmier, ce que ces dernières valorisent similairement comme étant des signes de psychiatres « à l'écoute ».

Le point de vue des infirmières nous renseigne donc sur les rapports d'interactions qui prennent place au sein de l'équipe. Une psychiatre qualifiée comme étant « à l'écoute » est donc une psychiatre qui valorise les points de vue des paramédicales, en questionnant leurs opinions, en récoltant leurs avis ; mais aussi, parfois, en se laissant guider sur les prises de décisions : en laissant le contrôle des micro-libertés de patients. Ensuite, cela passe aussi par des attentions à la quantité de travail des infirmières.

L'observation des interactions autour des micro-libertés révèle les implications personnelles des psychiatres dans la prise en considération, ou non, des avis des autres acteurs. Cette dynamique est particulièrement observable dans l'interaction entre les infirmières et les psychiatres, où l'écoute des premières par les secondes est qualifiée d'un vocabulaire spécifique, et fait l'objet de discussions et d'actions qui l'ont pour objectif. Pourtant, les décisions des psychiatres lors des modifications de micro-libertés nous semblent être appliquées par l'équipe, peu importe le niveau « d'écoute » dont ces premières font preuve, ce qui soulève à notre sens une nouvelle question : pourquoi certaines médecins s'impliquent-elles dans les opinions des infirmières, ou cherchent-elles à faciliter leur travail ? Pour y répondre, il faut se pencher sur les situations inverses, lorsque les psychiatres ne sont pas considérés « à l'écoute » par les

infirmières, ce que nous ferons en présentant plus en détail la situation de Selma, une psychiatre de l'unité 3.

Au début de notre enquête, cette psychiatre expérimentait des rapports tendus avec les paramédicaux de son équipe. À de nombreuses reprises, les infirmières et les aides-soignants lui exprimaient des avis et des difficultés concernant certains patients et leurs micro-libertés. Cependant, systématiquement, la psychiatre ne prenait pas ces remarques en considération dans ses décisions et ses prises en charge.

Par exemple, un patient avait consommé des opiacés lors de sa dernière sortie hors de l'unité un week-end, à la suite de quoi l'équipe paramédicale l'avait trouvé particulièrement « difficile à vivre » et agressif. Alors que le patient réclame à la psychiatre une nouvelle permission pour le week-end à venir, l'aide-soignant Gabriel lui demanda de ne pas accepter pour éviter que la situation ne se présente à nouveau. Selma n'écouterait pas l'aide-soignant et autoriserait la sortie du patient, au dam des paramédicaux.

Dans le même registre, Selma effectuait régulièrement des « rendez-vous à distance », au téléphone, avec certains patients. Par ce moyen, la psychiatre cherchait à prolonger sa prise en charge lors de ses absences, lorsqu'elle était au CMP ou dans l'autre unité d'hospitalisation dans laquelle elle exerce aussi à temps partiel. Nonobstant, cette démarche exclut le personnel paramédical, spécifiquement les infirmières, qui sont contraintes dans une position partielle, n'entendant pas les remarques de la psychiatre à l'autre bout du fil. Cependant qu'elles doivent tout de même rester auprès du patient et le surveiller, puisqu'il utilise le téléphone de l'unité. Enfin, ce rendez-vous débouche sur des changements dans les micro-libertés qui ne sont pas argumentés avec une infirmière, pas même *via* le jeu de regard : les infirmières sont tout à fait exclues de ce type d'interaction et de négociation pour les micro-libertés.

Ces deux exemples ne sont pas isolés, et se perdent parmi les fonctionnements et les décisions pour lesquelles Selma écarte quotidiennement l'équipe paramédicale. Ce comportement entraîne une gronde des infirmières et des aides-soignants, il devient le sujet des « mauvaises paroles », des temps de critiques des actions des collègues, réguliers dans la routine infirmière, et qui se cristallise autour de « l'irresponsabilité au malade » (Vega, 2000). Dans l'unité 3, les paramédicaux construisent ainsi un discours virulent à l'égard de Selma, en son absence, mais devant tous les autres acteurs en dehors des patients. Ils y pointent ses décisions de ne pas écouter les infirmières qui provoquent de mauvaises prises en charge ou des échecs de micro-libertés principalement ; ainsi, ils fondent une critique autour de l'idée qu'elle serait une « mauvaise » soignante. Mais les sujets se diversifient vers d'autres, moins liés aux prises en charge et plus personnels, les infirmières remarquant que « cette psychiatre arrive toujours

tard, vers 11h ! » pour dévaluer son implication au travail ; quand d'autres critiques peuvent attaquer quelques caractéristiques personnelles, ou louer ses moments d'absences : « C'était bien la semaine où elle était en vacances, sans elle ! ». Ce discours critique s'accompagne d'une hostilité larvée, mais palpable. Elle s'exprime aussi dans les rapports de transmissions de l'information, car les infirmières limitent les passations d'informations à Selma, et globalement aux psychiatres qu'elles considèrent peu « à l'écoute ». En somme, elles ne transmettent pas l'entièreté des actes ou des événements qu'elles ont observés, mais effectuent un tri pour chercher à peser sur le comportement de ces psychiatres, des comportements que nous discuterons plus en détail dans le chapitre suivant dédié aux infirmières.

Ainsi, les paramédicaux ne refusent pas d'appliquer les décisions de Selma qui en sont la cause, ils appliquent bel et bien les choix de la psychiatre au sujet des prises en charge, et donc des micro-libertés de patients ; et ce même s'ils sont en profond désaccord, ce qu'ils exprimeront ensuite entre eux, dans le *jeu de la critique*<sup>13</sup>. Néanmoins, il nous semble tout de même qu'ils produisaient d'autres types de résistances envers Selma, pour manifester leurs désaccords :

Selma demande pour un patient spécifique qu'une paramédicale l'accompagne hors de l'unité, pour retirer de l'argent à un distributeur. La demande lui est refusée en bloc par les infirmières et les aides-soignants : « On est pas censés quitter l'unité ! », ils mettent en avant que cela diminuerait le nombre de soignants actifs dans l'unité en cas d'urgence. (*Extrait du journal d'observation, unité 3*)

Dans cet exemple comme dans d'autres situations, les paramédicaux refusent à Selma certaines demandes qui diffèrent des autres changements de micro-libertés habituels : celles qui sortent de leurs attributions, et des textes qui encadrent leurs fonctions. En d'autres termes, ils refusent des demandes de l'ordre du service, qu'ils peuvent accepter d'effectuer pour d'autres psychiatres plus « à l'écoute ». Ainsi, s'ils acceptent les décisions qu'ils ne corroborent pas, ils refuseront les tâches qu'ils sont à même de refuser : les demandes de l'ordre de la faveur, les tâches qui ne leur incombent pas dans les textes, mais qu'ils feraient avec plaisir à la demande d'une psychiatre plus conciliante.

À notre sens, ils respectent donc la posture médicale sur les prises de décisions et les micro-libertés, mais ne s'investissent pas au-delà de leur fonction pour ce médecin. Ils ne « rendent pas la pareille » au psychiatre qui ne les écoute pas et ne facilite pas leur travail.

---

<sup>13</sup> Nous les nommons ainsi en opposition aux « jeux de séductions » que Peneff relevait au sein des équipes soignantes dans les équipes de soignants de son service d'urgences (Peneff, 1992).

Selma semble consciente de ces difficultés et des tensions qui existent entre elle et l'équipe. Au fur et à mesure de notre terrain, nous la verrons ainsi chercher à arranger la situation et à trouver des compromis.

Lors du rendez-vous en chambre d'isolement, le patient demande l'accès à son téléphone portable pendant la journée. Selma accède habituellement à cette requête pour les patients en isolement ; mais cette fois-ci, elle marque une hésitation, se retient, et cherche l'équipe du regard. Finalement, elle conclut l'entretien : « Bon je vous laisse avec l'assistant social, je vais y réfléchir... ». [...] Elle s'écarte alors de la chambre d'isolement, dans l'antichambre entre les douches, et discute de cet accès au téléphone avec Kiara et Gabriel : ils sont tout à fait opposés à l'idée. La psychiatre argumente, mais les paramédicaux ne cèdent pas : « C'est complètement interdit de toute façon, les objets électroniques dans les chambres d'isolement ! » appuient-ils. Finalement, à contrecœur, la psychiatre cède et se range à leur avis.  
*(Extrait du journal d'observation, unité 3)*

Cet événement est représentatif du tournant que prend Selma dans son lien avec l'équipe, et prend place vers la fin de notre période d'observation ; la psychiatre y cherche plus régulièrement à impliquer les paramédicaux dans ses prises de décisions. Un comportement qui semble lui coûter, car les discussions sont toujours lourdes, avec des argumentations appuyées des deux côtés dans tous les cas que nous avons relevés, et à la fin desquels Selma exprime souvent une certaine déception de ne pas voir son idée première aboutir. Cependant, ils révèlent la volonté de la psychiatre de changer les rapports avec son équipe, ce qu'elle nous justifie à plusieurs reprises, arguant que si elle ne change pas de comportements, elle « foncerait droit dans le mur ».

Ainsi, si Selma indique que ne pas changer de comportement, c'est « foncer droit dans le mur », c'est que les raisons pour justifier que les psychiatres cherchent à obtenir une bonne entente avec les paramédicales de leurs équipes sont nombreuses.

La première s'impose assez aisément : en se montrant « à l'écoute » des infirmières, les psychiatres évitent de se retrouver dans des dissensions larvées. Des conflits qui ne se disent pas, mais qui se ressentent, dans les silences qui se font en salle de réunion, lorsqu'un psychiatre moins apprécié entre, ou dans les réponses et les tournures de phrases, plus sèches, moins avenantes... comme Selma en fait les frais. Soigner son lien avec les paramédicales est donc un moyen de ne pas alourdir l'ambiance qui encadre son travail au quotidien.

Mais en plus de cela, les psychiatres sont peu présentes temporellement dans les unités, la présence prolongée des infirmières est donc une manne d'informations précieuses pour le psychiatre, dont elles perdent une partie si elles ne se montrent pas « à l'écoute ». Car les infirmières sont aussi conscientes de la valeur de leur présence, qui renforce selon elles la pertinence de leurs opinions.

Enfin se montrer « à l'écoute » est un moyen pour la psychiatre de se faire écouter en retour. En accordant de la place à l'opinion et aux décisions des infirmières, celles-ci sont plus à même de rendre la pareille à la psychiatre qui demande un service, hors des attributions officielles des infirmières, pour prendre en charge un patient favori, avec lequel la psychiatre est investie.

Les différents comportements que nous avons explicités dans cette sous-partie révèlent la nature de la relation qui unit les psychiatres et les infirmières au sein des équipes. Les premières ont besoin des informations dont disposent les secondes, et le contenu des tâches quotidiennes de celles-ci dépend des décisions des premières. Nous observons donc une forme d'interdépendance dans la réalisation des tâches de chaque groupe : pour prendre leurs décisions au sujet des micro-libertés des patients, les psychiatres ont besoin des informations dont disposent les infirmières grâce à leur présence prolongée dans l'unité. Or, les décisions que prendront les psychiatres décident du contenu du travail infirmier, car ce sont elles qui appliquent ces micro-libertés, dont certaines demandent plus de travail que d'autres. Par ailleurs, ces positionnements vis-à-vis des paramédicaux sont le fruit de procédés et d'idées individuelles, qui fluctuent naturellement selon les relations interpersonnelles. Aussi, toutes les psychiatres ne mettent pas en place les mêmes dispositions d'écoute vis-à-vis des paramédicaux, et elles ne rencontrent pas les mêmes succès auprès de leur équipe, dans des situations qui parfois s'enveniment.

Ainsi, la position qu'occupent les médecins au sein de l'ordre négocié qui se construit quotidiennement dans les unités d'hospitalisation ne semble pas être une position tout à fait dominante, ni tout à fait acquise, bien qu'elle dicte en grande partie les contenus des micro-libertés des patients. Les prises de décisions des psychiatres semblent assouplies, dépendantes des relations individuelles entre acteurs, avec les patients, mais plus encore avec les infirmières, qui entretiennent avec les psychiatres une forme d'interdépendance liée à la répartition des tâches.

Les rapports des psychiatres avec les autres groupes d'acteurs qui interagissent dans les unités diffèrent fortement de la description que faisait Goffman des fonctionnements au sein des asiles (Goffman, 1968). Une différence qu'il semble facile d'expliquer par la distance temporelle qui

nous sépare de son travail, et qui a vu le système psychiatrique changer profondément et se désenclaver. Cependant, si l'origine de la différence entre les deux systèmes est facile à déceler, cela n'explique pas en soi la posture symbolique, vacillante, que nous observons chez les psychiatres, et qui réclame de leur part les attentions qu'ils concèdent individuellement et inégalement aux autres acteurs. Pour comprendre cette position des médecins, il convient donc d'effectuer un retour historique plus approfondi sur la figure médicale et la place qu'elle occupe.

## **Une figure historiquement dominante aux positions vacillantes**

Pour comprendre la position qu'occupent les médecins-psychiatres au sein des ordres négociés des unités de la psychiatrie d'hospitalisation, nous allons à présent effectuer un retour sur l'histoire contemporaine de la profession médicale, ce qui permettra de mieux saisir son rapport aux autres acteurs des milieux de la santé.

Le groupe des médecins a toujours été l'une des professions dominantes sur les questions qui concernent la santé. En France, jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, ce sujet était aux mains des médecins libéraux, mais aussi des patrons et des mouvements mutualistes. Le système de prise en charge de la santé était donc purement privatif, considérant la prévoyance personnelle comme le premier moteur de santé dont les pouvoirs publics étaient tenus à l'écart. Cependant, les médecins ne disposent pas encore des ressources pratiques pour soigner les troubles de santé : leur travail consiste alors surtout à identifier les maladies. Cette dernière considération change dans l'entre-deux-guerres, lorsque les progrès technologiques rendent la médecine véritablement fonctionnelle, avec notamment l'apparition des premiers antibiotiques ou encore de certaines techniques chirurgicales pour les victimes de la guerre. Finalement, à la suite de la Seconde Guerre mondiale, l'accès aux soins médicaux devient une priorité sociale dans tout le monde occidental (Bourret, 2006 ; Mas *et al.*, 2011 ; Pierru, 2022).

Le sujet de la santé et de sa prise en charge par la médecine devient culturellement prioritaire, ce qui pousse les gouvernements à réinvestir le sujet. En France, les pouvoirs publics sont reçus avec hostilité par les groupes favorisant une santé privative, qui s'opposent fortement à leurs interférences ; y compris les hôpitaux, ouverts à tous depuis 1945. En effet, les médecins qui y exercent sont libéraux et défendent leur volonté de fixer leur tarif, en plus de désirer conserver leur autonomie face au pouvoir politique.

Les premières implications gouvernementales dans le milieu de la santé sont quoi qu'il arrive toutes relatives, puisqu'il s'agit seulement d'une présence économique qui laisse la gestion de l'organisation et de la mise en place pratique des soins au groupe médical. Ainsi, la réforme de 1958 permet de nombreux financements publics à destination des hôpitaux, qui se modernisent ou sortent de terre : la moitié du parc hospitalier est créé entre 1950 et 1965 (Bourret, 2006). Pour autant, le gouvernement ne demande pas de comptes à la profession médicale, qui voit ses revenus augmenter, et le nombre de médecins explose après 1968. Les problèmes du système de santé publique d'alors sont perçus comme pouvant se résoudre par des dépenses toujours plus grandes et on imagine qu'une fois les solutions trouvées à l'ensemble des maladies par la recherche, ces dépenses se réduiront subséquemment.

Les investissements conséquents dans la recherche apportent par ailleurs de nombreux progrès technologiques, qui résolvent un nombre toujours plus grand de troubles physiques. Dans le même temps, ces progrès étendent le champ des sujets accessibles à la médecine, tout en révélant sa capacité scientifique à résoudre des problèmes anciens. La société se médicalise : les sujets considérés comme relevant de la santé et pouvant être pris en charge par les médecins ne cessent de se multiplier, étendant le territoire d'expertise de la profession médicale : « C'est l'apogée des mandarins, les hommes en blanc » (Pierru, 2022).

Cette dynamique n'est pas propre à la culture française, mais à l'entièreté des sociétés occidentales, où la plupart des problématiques sociales se trouvent médicalisées, et où cette discipline obtient alors une fonction prépondérante. La profession qui détient le monopole de ces questions est celle des médecins, et plusieurs recherches sociologiques de l'époque vont pointer le rôle central, mais aussi la posture symbolique dominante de ce groupe sur les sociétés dans leur ensemble.

Ces recherches se cristallisent autour de la question des professions : des corps de métiers qui possèdent le monopole sur le sujet d'exercice de leur travail. Ainsi, les théories fonctionnalistes de Parson révèlent comment les médecins ont obtenu une « certification institutionnelle » qui leur offre le contrôle sur la qualification de la maladie : sur le fait de légitimer un malade dans son rôle, et de faire accepter sa déviance. C'est la société dans son ensemble qui entend contrôler la maladie, et pour ce faire, elle accorde un monopole aux médecins dans une position de domination culturelle, mais aussi dans le rapport direct au patient, qui est un acteur dominé, bien que pas tout à fait passif (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 52 ; Parsons, 1975). Ces recherches recevront un certain nombre de critiques, car le modèle accorde trop d'importance à la société comme système et peu aux acteurs qui y évoluent, à l'inverse de la pensée interactionniste.

Par la suite, les recherches de Freidson au sujet de la profession médicale offriront une approche plus intriquée, dans laquelle les médecins obtiennent effectivement un « halo diffus d'autorité », soutenu par les découvertes scientifiques, qui permet à leur profession de se substituer à d'autres institutions comme le droit et la religion (Carricaburu et Ménoret, 2004). Freidson en conclut la position de *prééminence* culturelle du groupe des médecins (Freidson, 1988), organisé en profession, et qui se vérifie spécifiquement par son autonomie : sa capacité à juger seule de l'objet de son travail, de ce qui fait partie de la maladie, et la manière de la prendre en charge, soit le diagnostic et la prescription. Cette autonomie se décline sur d'autres objets, comme l'encadrement des études ; ou encore sur le fait que la profession médicale « se subordonne » les autres groupes (« *paramedicals*<sup>14</sup> »), qui gravitent dans la prise en charge de la santé (Freidson, 1988, p. 48), d'abord par le contrôle du contenu de leur apprentissage, validé par des recherches médicales, et ensuite dans le contenu des tâches de leur travail, souvent délégué de tâches subordonnées, sujettes à des ordres directs de la part des médecins. C'est par exemple le cas des infirmières, en France, où un mouvement anticlérical initié par les médecins permettra l'apparition du groupe professionnel, subordonné aux médecins (Saliba, Bon-Saliba et Ouvry-Vial, 1993), contrairement à l'Angleterre où elle est son homologue féminin (Carricaburu et Ménoret, 2004).

Cependant, cet âge d'or de la profession médicale, qui lui confère finalement sa légitimité symbolique dans la culture occidentale, est situé historiquement. Il ne s'agit pas d'un fait inaltérable ou invariable : mais plutôt d'une étape au sein de changements sociétaux constants. Car tout système de valeur culturelle change et ce faisant, réclame de pareils changements de la part des professions qui y occupent des positions d'expertises (Abbott, 1988). Et de la même manière que la perception de la profession a changé au fur et à mesure du temps pour prendre l'ampleur que nous lui décrivons, il faut réaliser que la perception culturelle de la prise en charge de la santé continue ses changements : déjà, cet âge d'or se termine. Pour Freidson, cette période de prospérité et d'influence culturelle aura duré de 1945 à 1965 aux États-Unis, après quoi des changements sociétaux et économiques impulseront un mouvement de perte de la liberté d'action des médecins, mais qui n'entend pas forcément de perte technique d'autonomie. Une conclusion que l'auteur dresse dans l'épilogue de la réédition de son ouvrage, près de vingt ans après ses conclusions initiales (Freidson, 1988). Dans le contexte français, la situation de monopole de la profession médicale sur les questions de santé est tout aussi

---

<sup>14</sup> Le terme paramédical ne désigne pas les mêmes groupes professionnels à l'époque de Friedson, aux États-Unis, que ceux qu'ils désignent à présent, en France, d'où le fait que nous ne le traduisons pas littéralement ici.

vacillante, et l'histoire récente que nous allons décrire à présent montre les nombreux changements qui ébranlent cette position hégémonique.

En premier lieu, le ralentissement de la croissance rend moins acceptables les larges dépenses pour la santé. Qui plus est, la victoire médicale sur les maladies aiguës, parallèlement à l'extension toujours plus grande des sujets qui relèvent d'une prise en charge médicale, offre une place nouvelle aux maladies chroniques : plus coûteuses, prise en charge sur des périodes longues et parfois jamais réglées. Sans la croissance forte qu'offraient les Trente glorieuses, la vision de la santé publique et de sa prise en charge économique par le gouvernement provoque des changements drastiques dans la vision politique qui s'enclenchent en 1975. C'est l'apparition de la peur du « trou de la sécu » : le pouvoir politique entreprend de chercher comment réduire les dépenses ; ce qui transparaît avec la création de la Commission des comptes de la sécurité sociale en 1979, dont l'objectif est moins comptable que pédagogique, et qui cherche à sensibiliser au besoin de maîtriser les dépenses publiques. L'idée que les dépenses de santé ne peuvent dépasser un pourcentage du PIB pénètre les rhétoriques gouvernementales en occident (Bélar et Dembinski, 2012 ; Pierru, 2012), reprises et normalisées par la presse, et produisant des politiques d'ajustement budgétaire dont on voit les effets jusqu'à aujourd'hui, dans la gestion de la covid-19, qui révèle les coupes budgétaires, les réductions d'effectifs, de matériels et de lits, initiés au niveau européen (Pierru, 2022).

Ces modifications historiques dans la perception culturelle des dépenses de santé favorisent de nombreux changements initiés politiquement, au premier rang desquels on remarque la mise en place des régulations économiques des dépenses en santé, et notamment des hôpitaux. Parfois dénommés sous l'appellation de *new public management*, il s'agit pour le gouvernement de s'inspirer de méthodes administratives du privé pour reprendre un pouvoir gestionnaire sur les hôpitaux, en les régulant comme des entreprises à but concurrentiel, mais aussi en récupérant du pouvoir direct sur le fonctionnement hospitalier *via* des outils économiques (Mas *et al.*, 2011).

Pour encadrer les coûts, sont mis en place des outils de mesure statistiques en France, inspirés d'autres pays occidentaux : les PMSI (le programme de médicalisation des systèmes d'information, régulièrement présenté au pluriel, car il comporte quatre volets), obligatoires depuis 1991, ils mesurent l'activité de prise en charge d'un établissement de santé, avec des grilles standardisées sur le territoire entier. Par la suite, la T2A (tarification à l'activité) traduit ces actes en valeur économique pour financer les établissements de santé. *via* ces deux systèmes,

le gouvernement s'assure l'encadrement, l'évaluation et le contrôle économique du système de santé français.

L'usage pratique de ces outils, qui déterminent les ressources économiques des hôpitaux, transforme le travail des acteurs en leur sein : il ajoute de nouvelles tâches de codage, et bureaucratise le travail soignant.

Le milieu de la psychiatrie constitua une exception temporaire à ce fonctionnement, du fait de ses spécificités différenciées du milieu somatique, à la forte résistance des psychiatres, mais aussi et surtout au fait que la France fut le premier pays à s'atteler au projet de mesure de l'activité en psychiatrie, et ne disposait donc pas d'exemple pour s'inspirer. Ce travail de codage débute en 1992 avec la mise en place des départements de l'information médicale en psychiatrie, et avec eux un premier protocole d'étude mis en place, calqué sur le volet MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) des PMSI, et qui se soldera par un échec du fait de son manque de spécialisation. La tentative sera suivie de 1995 à 2000 par la mise en place d'un nouveau système de recueil spécifique à la psychiatrie, expérimenté par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le PMSI-psy, qui se soldera aussi par un échec, car mettant trop l'emphase sur les données médico-sociales. Finalement, il sera remplacé en 2004 par le RIM-P, crée par le ministère de la Santé, et obligatoire pour tous les établissements de santé mentale publique depuis 2007 (Béart et Dembinski, 2012). La mise en place de ces outils ne se construit pas alors en opposition totale avec les équipes et les acteurs du milieu, une partie des groupes professionnels ou des courants théoriques s'en empare pour formaliser leur savoirs et leurs prises en charge, espérant y acquérir une plus grande reconnaissance (Demailly, 2022).

À cette prise de pouvoir économique sur le milieu hospitalier et de la santé en France s'ajoutent d'autres changements, originaires d'une même volonté gouvernementale de prendre le contrôle sur le système de santé. Ainsi, plusieurs textes de loi successifs visent à renforcer le poids des directeurs des hôpitaux, au détriment de celui des médecins (ordonnance du 11 décembre 1958, loi du 31 décembre 1970, loi du 31 juillet 1991, ordonnance du 2 mai 2005). Ces différentes réglementations attaquent la domination médicale dans la gestion hospitalière, nettement en réduisant le pouvoir effectif du conseil d'administration et des médecins à la tête des hôpitaux. La loi HPST du 22 juillet 2009 achève d'exclure le conseil d'administration, et le remplace par un conseil de surveillance, avec un nombre de sujets de décisions réduit. Il confère au directoire, conseil du directeur choisi par lui, des pouvoirs exécutifs et la gestion de points clés, comme les prévisions de recettes et de dépenses. La médecin cheffe de pôle lui est subordonnée, responsable d'appliquer à l'échelle locale les décisions prises. Ainsi, le pouvoir médical (mais aussi celui du personnel et des patients, qui faisaient partie du conseil

d'administration) sur les instances hospitalières est donc restreint, muselé, au profit du directeur d'hôpital, du ministère de la Santé, et de l'agence régionale de soins (Domin, 2011).

Cette prise de pouvoir sur le corps hospitalier par la direction non médicale s'accompagne globalement d'une montée en puissance de l'esprit gestionnaire, ce qui se retrouve à plusieurs niveaux hiérarchiques, et pas seulement au plus haut niveau de direction. Ainsi, les cadres à l'hôpital se détachent petit à petit de la gestion du soin et de la tutelle médicale dans les mêmes lois de 1991, et par la suite dans leur formation (*via* le décret du 18 août 1995). Les savoirs liés au soin ne sont plus enseignés ni testés, et les médecins sont exclus des conseils qui gèrent les écoles de cadre (IFCS) ; de plus, ces dernières s'ouvrent à une large gamme de paramédicaux, et plus seulement aux infirmières. Il s'agit alors de créer une chaîne hiérarchique gestionnaire et administrative, parallèle à celle d'origine médicale, et qui partage son contrôle sur les fonctionnements plus proches des équipes du quotidien et leur encadrement (Bourret, 2006, p. 37).

La régulation par le contrôle économique et la prise de pouvoir d'un encadrement gestionnaire ne sont pas les seules sources des craquelures qui sillonnent la « légitimité charismatique » (Pierru, 2013) dont dispose la profession médicale. Certains groupes, historiquement subordonnés aux médecins, cherchent aussi à obtenir une plus grande reconnaissance sociale, une plus large autonomie ou encore à en récupérer des tâches prestigieuses symboliquement.

Au premier rang de ces groupes, on trouve celui des premiers concernés par la prise en charge soignante, les patients, qui vont chercher à se libérer de la toute-puissance médicale et reprendre le contrôle de la gestion de leurs pathologies, *via* une émancipation des associations de malades dans le tournant des années 1990. L'épidémie de Sida semble alors constituer la figure de proue des sujets de santé publique sur lesquels les patients cherchent à acquérir une autonomie vis-à-vis de la tutelle médicale (Carricaburu, 1993, 1999 ; Carricaburu et Ménoret, 2004). Les associations d'homosexuels, telle Act-up, mettent en place de nouvelles stratégies, plus offensives, pour faire émerger leur sujet sur la scène sociale. Dans leur discours, elles s'opposent alors au milieu médical, qui les stigmatise et médicalise leurs pratiques sexuelles comme une déviance curable. Ce premier sujet permet de laisser entrevoir un « désenclavement » du domaine médical : l'information est rendue plus accessible, et les associations de patients prennent un ascendant sur le monde de la recherche et du soin (Dodier, 2003). Par ailleurs, leurs discours plus critiques permettent aussi d'attirer l'attention du milieu journalistique, qui « démedicalise » le sujet. Cette démarche éveillant l'intérêt du public est

aussi bénéfique pour la presse, qui devient une « caisse de résonance » pour les lanceurs d’alertes ; le modèle de traitement des risques en santé publique se reproduit alors sur d’autres sujets, comme celui de l’amiante (Pierru, 2022).

Les modifications du rôle de patient poursuivent par ailleurs ces modifications vers plus de poids dans la relation au milieu du soin, notamment avec l’émergence de la position de patient-expert, en particulier dans le cas des maladies chroniques, où certaines dispositions comme la loi Kouchner du 4 mars 2002 visent à réduire les asymétries dans la relation médecin-malade (Boudier, Bensebaa et Jablanczy, 2012 ; Carricaburu, 1999 ; Grimaldi, 2010).

La place que prennent les scandales en santé publique ouvre aussi la voie à d’autres professions en position de domination sur leurs propres sujets d’expertises : celles du juridique. Car les droits des patients se développent ; ils deviennent justiciables face à la médecine (Mas *et al.*, 2011), et par la même, permettent aux juges et aux avocats de pénétrer certaines décisions médicales, de juger les comportements et les prises en charge des médecins. Il s’agit là encore d’un sujet qui érode la position de domination médicale, puisque d’autres professions viennent écorner, dans des situations et sur des sujets particuliers, le contrôle total qu’avaient les médecins sur les questions du ressort de la santé.

Cette incursion se ressent particulièrement dans le cadre spécifique de la psychiatrie, avec la mise en place des lois qui encadrent les soins sans consentement, enclenché avec la loi du 27 juin 1990 qui permet aux tribunaux d’intervenir dans les décisions de soins sous contrainte. Elle se renforce avec la loi du 5 juillet 2011 (modifié par la suite par la loi du 27 septembre 2013), qui introduit l’intervention du juge des libertés pour les soins sous contrainte après une certaine durée. Le psychiatre y perd en autonomie, et l’entrée des acteurs juridiques montre la volonté de ne plus laisser le groupe médical seul juger des besoins de soins contraints. Sur ce sujet encore, nous constatons que l’autorité médicale se voit questionnée.

Une autre logique aux conséquences similaires s’observe au cœur des groupes professionnels qui travaillent de concert à la prise en charge de la santé. Ainsi, la profession médicale subordonne historiquement d’autres groupes d’acteurs qui exécutent les tâches les plus dévalorisées symboliquement dans la prise en charge des patients (Freidson, 1988). Cependant, certains de ces groupes cherchent désormais à acquérir une place plus importante dans la répartition de ce travail soignant : ils essaient de se libérer de la tutelle médicale et de prendre de l’ampleur sur leur sujet d’exercice.

Ainsi, le groupe infirmier cherche depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle à obtenir de plus grandes reconnaissance et autonomie vis-à-vis de la tutelle médicale, ce qui aboutit partiellement *via* la création d'un « rôle propre », distinct du travail prescrit par les médecins, mais qui enfante une position ambiguë, parfois à l'origine de certaines malaises au sein du groupe (Carricaburu et Ménoret, 2004 ; Feroni et Kober, 1995). Un changement du registre de leur travail, passant du soin à la gestion de l'organisation, serait alors le seul moyen de se défaire tout à fait de la tutelle médicale (Freidson, 1988), ce qui s'observe déjà partiellement avec la création des cadres infirmières ; et s'observait similairement en psychiatrie (Barrett, 1998). Nous reviendrons sur l'autonomisation partielle du groupe infirmier dans le prochain chapitre, qui lui est dédié spécifiquement.

De la même manière, le groupe professionnel des pharmaciens s'octroie une place de plus en plus centrale dans la gestion des traitements médicamenteux et des prescriptions qui en donne le contrôle aux médecins. Cela passe par des procédures qui leur permettent de discuter avec les médecins prescripteurs, voire de les encadrer, et parfois même de se passer tout à fait de leur présence, comme avec les « conciliations thérapeutiques ». Cette prise d'autonomie se donne à voir dans les organisations, formelles et informelles, de l'hôpital, y compris psychiatrique (Lancelevée *et al.*, 2022). Ces deux groupes professionnels, subordonnés aux médecins, cherchent donc à obtenir une certaine autonomie, notamment en récupérant des tâches perçues comme plus valorisées culturellement et historiquement détenues par le groupe médical.

Ainsi, nous avons montré comment la profession médicale a obtenu historiquement la domination des questions de santé, dont l'étendue *via* la médicalisation de la société sur de nombreux sujets en a garanti l'étendue sur la culture occidentale et française.

Cependant, nous avons décrit un certain nombre de changements récents qui prennent place dans le milieu hospitalier et dont les origines sont variées, aussi bien économiques et politiques qu'administratives, ou encore dans la lutte pour la reconnaissance qu'entretiennent les groupes professionnels. Ces modifications de la prise en charge de la santé érodent la posture qu'occupe le groupe médical, sans la détruire pour autant : la profession perd effectivement en liberté d'action sur de nombreux sujets, mais il semble pour autant conserver nombre de sujets d'autonomie qui font d'elle la profession dominante de son domaine d'expertise (Freidson, 1988).

Ces considérations historiques et sociétales constituent un contexte lointain à l'action que nous décrivions précédemment : les interactions qui prennent place dans les unités d'hospitalisation psychiatriques. Pour autant, ce contexte culturel pèse sur l'action, car

effectivement, des divergences de cultures peuvent imposer aux médecins un autre ordre négocié, que Strauss illustre avec l'exemple des cultures chinoises dans lesquelles le médecin ne dispose pas d'une place culturellement valorisée, et sera exclu de la prise en charge de patients aux portes de la mort par la famille de celui-ci (Strauss, 1992, p. 116). La culture constitue un niveau « macro » qui impacte les pratiques et les positions des acteurs dans l'ordre négocié, au niveau « micro » de l'action, de la même manière que l'usage de nouvelles technologies (Strauss *et al.*, 1985).

Pour définir cette position de domination du groupe médical, instituée socialement (Abbott, 1988), et perpétuée par les groupes qui s'y subordonnent, il nous semble que le concept le plus pertinent est celui de *légitimité*. Cependant, il s'agit d'un concept complexe pour la sociologie, en ce que le terme est largement employé dans les textes sans être jamais clairement défini, mais en poursuivant un usage différent de la définition en vigueur dans les dictionnaires français, qui rattachent le terme à des caractères fondés en droit ou en justice<sup>15</sup>. Plusieurs théories ont donc cherché à rationaliser cet usage, en proposant des versions sociologiquement fondées de la légitimité (Bouquet, 2014). Ici, nous emprunterons le concept de légitimité tel que le propose Suchman après son analyse des différents usages théoriques par les sociologues qui lui sont contemporains :

*« La légitimité est une perception généralisée que les conseils, les décisions ou les actions d'une entité sont désirables et appropriés au sein d'un système social constitué de normes, de valeurs, de croyances et de définitions. »*<sup>16</sup>

(Suchman, 1995)

Si Suchman propose à l'origine cette définition spécifiquement pour désigner des institutions, elle nous semble ici applicable pour aborder une profession. Effectivement, il nous semble que cette définition permet d'explicitier ce que nous évoquons depuis le début de cette sous-partie : les différentes actions de l'entité qu'est la profession médicale sont perçues comme appropriées au sein de la culture occidentale, et plus spécifiquement de la société française. Par ailleurs, parce que cette définition est d'origine américaine, nous préciserons régulièrement que cette légitimité est *symbolique*. Ainsi, nous espérons appuyer l'idée qu'elle est d'origine sociale et culturelle, et non purement juridique.

---

<sup>15</sup> Il s'agit des premières définitions que propose le dictionnaire Larousse.

<sup>16</sup> « *Legitimacy* is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs and definitions. » (Suchman, 1995).

Ajoutons alors que cette légitimité est *exogène* à l'unité psychiatrique d'hospitalisation, dans le sens où le système socialement construit dans lequel elle s'exprime est un contexte total qui englobe le lieu propre de l'action. Il s'agit d'un cadre culturel dans lequel est mise en place l'unité psychiatrique. La posture du groupe légitime, ici les médecins, a une origine hors des murs du lieu de l'action, dans notre cas l'unité d'hospitalisation psychiatrique.

Ainsi, la profession médicale dispose d'une *légitimité symbolique exogène*. Ses actions sont désirables au sein de la culture française. Ce contexte exogène, lointain, pèse effectivement sur l'action : il offre aux médecins-psychiatres des unités une posture de domination symbolique, qui leur permet d'être suivis lors de prises de décisions. Dans le même temps, cette posture de légitimité, culturellement acquise, s'effrite avec les changements structurels qui traversent la culture occidentale et française. Il nous semble qu'il s'agit de la raison pour laquelle les acteurs discutent les avis des psychiatres, et cherchent à négocier les contenus des micro-libertés avec ces derniers. Négociations qu'ils obtiennent, ou non, et parfois partiellement, en fonction de caractéristiques personnelles des psychiatres, leur disposition « d'écoute » ; tout comme ils appliquent les décisions de ces psychiatres, qu'ils soient ou non « à l'écoute », et ce même lorsqu'aucun cadre légal ne les y contraint.

Or, nous avons montré comment les psychiatres qui écoutaient peu leurs équipes étaient remis en question par ces dernières. Si leurs décisions sont effectivement appliquées, les infirmières refusaient de rendre certains services, mais aussi les critiquaient et incriminaient leurs prises en charge comme étant inadaptées. Ce fonctionnement laisse donc à voir une plus grande complexité dans la posture des psychiatres au sein de l'organisation informelle qui se construit dans les unités d'hospitalisation. Si les psychiatres disposent effectivement d'une posture de *légitimité symbolique exogène*, celle-ci est ensuite le sujet de perceptions individuelles et internes aux unités et aux acteurs. On y décèle donc une forme de second palier, *endogène* aux unités. En d'autres termes, il semble que la profession médicale place la profession des psychiatres dans une position dominante due à leur légitimité exogène, mais qu'en rapprochant la focale d'analyse, on constate que chaque psychiatre dispose d'une position spécifique dans l'organisation informelle, qui diffère de celle de ses collègues : sa *légitimité symbolique endogène* propre, dépendante de son comportement, de ses négociations avec les autres acteurs, et de la manière dont ceux-ci la perçoivent. Leur légitimité est donc dépendante d'un enjeu « micro », « qui se passe à l'échelle des séquences d'échanges autour de la prise en charge concrète des usagers » (Marques, 2010). En effet, comme Marques le révèle dans plusieurs travaux, la prise en charge directe des patients par les soignants crée un rapport immédiat, « micro-politique », qui détermine la légitimité des soignants dans l'instant, par leurs décisions

et leurs actes (Marques, 2013, 2015). Dans notre cas, cette légitimité se joue spécifiquement à l'échelle d'une psychiatre, dans sa relation aux autres acteurs et dans ses prises de décisions quotidiennes à propos des patients.

La place d'une psychiatre dans l'ordre qui se négocie est donc à la fois dépendante du contexte « macro », exogène ou socioculturel qui pèse sur l'action ; mais aussi dans les négociations directes, « micro », endogène aux unités. Ces médecins disposent d'une légitimité culturelle, fondée historiquement, comme les équipes mobiles de psychiatrie que décrit Marques ; mais jouent tout de même individuellement cette posture pour finalement disposer d'une variation personnelle de celle-ci.

## **Éviter les dissensions entre pairs**

Précédemment, nous avons montré comment le contexte lointain, historique et culturel, produit une posture de légitimité symbolique exogène pour la profession médicale et les psychiatres, mais une posture que les changements récents sur les questions de santé fragilisent. Cette posture ébréchée produit un premier niveau dans les interactions entre les acteurs des unités d'hospitalisations : il permet la discussion des avis psychiatriques, et donc il autorise la négociation entre les acteurs sur les questions de prise en charge et de micro-libertés. Mais un second niveau, plus individuel, entre en jeu : les psychiatres, à titre individuel, investissent ces négociations, ou parfois les refusent, dans des comportements que les infirmières qualifient *via* l'usage du terme « à l'écoute », et qui révèlent finalement un second niveau de légitimité symbolique, endogène cette fois-ci, dépendant des échanges qui structurent l'action.

Mais ces comportements individuels qui décident de la place qu'occupe une psychiatre dans l'organisation informelle de son unité se double parfois d'autres comportements de leur part, et qui semblent aller dans le sens de logiques de groupe et de protection des pairs. Cependant il ne s'agit pas toujours d'actes précis ou stratégiques, mais plutôt de dispositions ou de réactions face à certaines situations. Ce sont de ces comportements dont nous allons discuter à présent.

Ainsi, nous assistons à un entretien de Valérie, la psychiatre de l'Unité 2, avec un patient dont elle n'est pas « référente ». À la fin de l'entretien, le patient aborde le traitement, et se plaint de quelques effets secondaires. Valérie lui répond qu'elle en parlera « Avec la psychiatre qui s'occupe de vous », plutôt que de modifier elle-même la nature du traitement. Après l'entretien, dans le couloir, elle m'explique :

**Valérie :** « On évite de toucher aux traitements des patients des collègues [psychiatres]. Ou alors on en discute avec eux, parfois, mais c'est eux qui gèrent... On marche pas sur les plates-bandes des autres ! [Rires] »  
(*Psychiatre, 40 ans, unité 2*)

Valérie exprime sa volonté de ne pas entrer en contradiction avec un confrère psychiatre, en ne modifiant pas un traitement mis en place par un collègue. Elle nous souligne ensuite le fonctionnement institué au sein de la profession, qu'il s'agit d'une démarche normée pour ne pas produire d'ingérence dans le travail des autres acteurs de la profession.

Dans un autre registre, lorsque l'une des psychiatres de l'unité échoue à maintenir de bonnes relations avec les paramédicaux, comme dans le cas de Selma que nous avons présenté précédemment, les paramédicaux de l'équipe deviennent critiques à l'égard de ses prises en charge et de ses gestions des micro-libertés de patients. Ces critiques on l'a vu ne se font pas en face de la médecin mise en cause, mais peuvent se produire devant n'importe quels autres acteurs de l'équipe, et notamment les autres psychiatres. Dans ces moments, nous avons constaté que ces autres médecins se gardent de commentaires. Ils ne rejoignent pas le jeu des critiques qu'entretiennent les autres acteurs de l'équipe, et gardent le silence lorsqu'ils sont interrogés sur le sujet. Pour poursuivre dans le cas de Selma, nous avons ainsi observé à plusieurs reprises la mise en place de discours critiques de la part de l'équipe paramédicale, parfois même lors du « staff » du matin. Les autres psychiatres de l'unité se retiraient alors de la discussion, et gardaient le silence lorsqu'elles étaient interrogées. Pourtant, quelques jours plus tard et en aparté, la psychiatre Aloïse me révélera qu'elle nourrit aussi un point de vue critique envers Selma :

**Aloïse :** « Ouais c'est compliqué... Elle [Selma] fait des rendez-vous dans le couloir ou au téléphone pour changer le traitement du patient. On fait pas de rendez-vous dans le couloir ! On a des bureaux... » (*Psychiatre, 35 ans, unité 3*)

Si la psychiatre entretient un avis plutôt péjoratif sur la manière dont sa collègue prend en charge les patients de l'unité, elle se garde cependant d'exposer cette opinion au reste de l'équipe. Lors des moments de déchargements de « mauvaises paroles », ces interactions qui constituent une routine des interactions dans les équipes infirmières (Vega, 2000, p. 195), Aloïse se met en retrait et ne participe pas.

Cette posture qui refuse d'entrer dans le jeu de la critique, nous l'avons observée de la part de toutes les psychiatres, et sur tous nos terrains ; mais seulement lorsqu'il s'agissait de leurs consœurs ; elles participaient aux accusations si celles-ci concernent des patients ou d'autres groupes professionnels. En d'autres termes, elles protègent les autres psychiatres de l'unité, même en cas de désaccords.

Dans un registre comparable, mais plus saisissant, nous avons observé un exemple de gestion d'un désaccord direct entre psychiatres. Une journée où nous suivions Amel, la cheffe de l'unité 2, celle-ci mit en place un rendez-vous avec un autre psychiatre au sujet d'un patient, et l'invita à la suivre dans son bureau, hors de l'unité. Il s'agit d'une pièce exiguë, où l'on tient difficilement à deux, et mal rangée : de la vaisselle sale ainsi que des restes de repas traînent sur le meuble, et la seconde chaise est encombrée d'une pile de livres. L'ensemble nous donne l'impression que le lieu est réservé à des usages plus intimes et solitaires. Alors que l'aparté entre les deux psychiatres s'organise, Amel nous demande de sortir. Elle viendra tout de même nous expliquer après coup :

**Amel** : « C'était rien, c'était pour une mécompréhension entre nous, mais c'est bon, c'est réglé. Mais quand ça arrive on évite la salle commune, hein ! On évite devant les infirmières... » (*Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 2*)

La manière dont Amel gère son désaccord avec son collègue psychiatre révèle, comme précédemment, les dispositions que peuvent prendre les psychiatres pour ne pas s'afficher en opposition entre eux. Ici, Amel pousse la logique encore plus loin, elle invite le psychiatre à régler leurs différends à l'abri des regards, dans un lieu qui ne semble pas conçu à cet effet. Par ailleurs, la justification qu'elle nous en propose ensuite est riche de sens, révélant vouloir éviter que les infirmières ne soient témoins de la scène de discorde. Dans ce cadre, elle peut se permettre la critique et l'argumentation avec son confrère. Grâce à cette démarche, Amel préserve face à l'équipe un visage unifié au sein de sa fonction. Puisque personne ne sera au courant de cet échange : la discrétion avec laquelle Amel prend en main leur différend permet de ne pas remettre en question la légitimité du médecin, sa posture d'expert professionnel, face au reste de l'équipe.

Ne pas interférer dans les décisions des consœurs, ne pas rejoindre les critiques de l'équipe paramédicale, garder pour soi les dissensions ou les régler lors d'apartés sont autant d'implications qui laissent à voir les volontés de présenter une façade d'unification au sein de

la fonction, qui se construisent dans l'implication de certaines psychiatres, seules ou en groupe. Ces comportements, s'ils ne sont peut-être pas conçus ou réfléchis dans ce but, permettent selon nous de préserver, ou du moins de ne pas abimer plus qu'elle ne l'est déjà, la *légitimité symbolique exogène* du groupe des psychiatres. En ne remettant pas en question les décisions prises par une consœur, on ne critique pas sa posture d'experte professionnelle, on ne fragilise pas la posture culturellement admise de maîtrise et de domination du sujet médical. Autrement dit, elles ne disqualifient pas la posture légitimée socialement qu'occupe leur collègue au sein de l'équipe : elles ne participent pas à l'illégitimer.

## **L'idéologie chez les psychiatres, avec les cheffes de pôle pour dépositaires**

Tout au long de ce chapitre, nous avons révélé comment les psychiatres investissaient individuellement les négociations avec les autres acteurs, notamment les infirmières. Cependant, nous avons évoqué en première partie de ce travail de thèse comment l'idéologie dans laquelle s'inscrit une équipe pouvait peser sur ces rapports entre les différents groupes professionnels. Ainsi, nous avons explicité précédemment que des idéologies de *thérapies par la structure* laissaient plus de place dans les négociations aux paramédicaux, en charge de la régulation du quotidien ; à l'inverse, des unités plus proches des idéologies de *thérapie par la psyché* peuvent voir leurs infirmières ne pas être conviées aux entretiens avec les patients, soit une exclusion par les psychiatres de certains temps de la prise en charge.

La rencontre de ces deux constats soulève donc de nouvelles questions : comment les psychiatres choisissent-elles leurs inscriptions idéologiques qui impactent leur « écoute » ? Et comment se fait-il que les unités semblent soudées autour de ces idéologies ? Nous chercherons à répondre à ces questions dans cette dernière sous-partie.

L'idéologie d'une unité est avant tout la somme de ses discours et de ses pratiques factuelles de prises en charge : ses manières de dire et de faire. Aussi, comprendre l'idéologie psychiatrique en place dans une unité demande d'observer sur un temps long les prises en charge de patients, pour y déceler les pratiques spécifiques des acteurs de l'équipe soignante. L'approche en est facilitée avec les médecins, que les études prolongées exposent aux questions des écoles théoriques, et dont ils apprennent l'histoire et le vocabulaire. Pour déterminer les idéologies pratiques des psychiatres, il est souvent plus facile de leur parler de théories, ce qui nous donne une idée générale de leurs orientations pratiques. Et pour comprendre les origines

de ces orientations théoriques, le plus instructif est encore d'en parler avec les internes, ces étudiants médecins confrontés aux choix de s'inscrire dans l'usage de l'une ou de plusieurs de ces théories. Sur nos différents terrains, il nous a été donné d'en fréquenter six qui tenaient un discours similaire :

**Julien** : « La psychiatrie, c'est très centre-dépendant. Tu vas tomber sur un hôpital où le chef praticien ça a été un grand ponte de la psychanalyse, bah forcément ça va être centré psychanalyse. Tu vas à Sainte Anne, où il y a un mec qui a fait un truc plutôt TCC, bah ça va être TCC. Mais je trouve ça intéressant pendant ton internat de te faire un panel, de voir un peu de chaque. » (*Interne, 30 ans, unité 3*)

Comme Julien, tous les internes nous explicitent cette volonté de diversifier les rapports avec les théories. En effet, cette pratique de multiplication des regards semble être une constante des étudiants psychiatres, que ce soit dans leurs stages ou dans les formations qu'ils peuvent ajouter à leurs cursus. Spécifiquement, ils semblent surtout critiques des situations de monopole d'une théorie sur les autres (Van Effenterre *et al.*, 2012). Par ailleurs, et comme dans le discours de Julien, les internes semblent surtout établir une dichotomie entre les pratiques psychanalytiques et celles inscrites dans la neurologie : les jeunes psychiatres se retrouveraient tiraillés entre ces deux visions au cours de leur apprentissage ; d'un côté, le scientifique sans peur à la recherche de la vérité absolue du fonctionnement biologique du cerveau. De l'autre, le psychanalyste, sage sorcier de la pensée humaine (Luhmann, 2001, p. 158). De façon plus pratique, la multiplicité des théories proposées offre des solutions pratiques parmi lesquelles ces étudiants piochent pour résoudre les problèmes auxquels ils se retrouvent confrontés, aussi bien dans leurs rapports aux patients que dans leur rôle à occuper, ou bien dans les problèmes d'ordre organisationnel que le quotidien soulevait, dans le travail avec d'autres fonctions par exemple (Sharaf et Levinson, 1957).

Le *verbatim* de Julien renseigne sur les manières dont les psychiatres étudiants investissent spécifiquement les théories qui soutiendront leurs pratiques, et finalement leur idéologie professionnelle. Par une approche diversifiée, ils composent une idéologie individuelle qui pioche plusieurs solutions pratiques dans plusieurs théories.

Mais avant cela, Julien laisse transparaître la place d'un acteur spécifique dans la multiplicité des théories qui leur sont offertes lors de leurs études : les psychiatres chefs de service (ou cheffe de pôle, les deux termes désignant le même poste). En effet, il spécifie que chaque pôle est axé autour de théories reliées à cet acteur hiérarchique. Ainsi, l'idéologie dont le sociologue

constate l'usage dans une unité serait dépendante, selon Julien de cet acteur seul. Qui plus est, les internes ne sont pas les seuls à établir ce lien de causalité :

À la fin d'un entretien avec un patient, nous discutons avec la psychiatre cheffe d'unité et un aide-soignant.

**Noûr** : « Qu'est-ce que tu notes encore ? [Rires] »

**MS** : « [...] Je remarque que c'est vraiment différent les rapports avec les aides-soignants ici, ils viennent aux entretiens... Je compare avec les unités psychanalytiques, c'est vraiment différent ! »

**Noûr** : « Ah oui, c'est sûr, on est pas psychanalytique ici ! [Rires] »

**MS** : « Mais justement, vous diriez que c'est quoi ici ? Quelle vision vous suivez ? »

**Noûr** : « Et bah... En fait... En fait je saurais pas trop expliquer, c'est compliqué... Il faudrait que tu voies avec le Dr Gershon, la cheffe du pôle, pour ces choses-là en fait. C'est elle qui sait ça ! Ce qui est sûr, c'est qu'on fait pas de psychanalyse ! Si un patient reste plus d'un an ici nous, on se dit qu'on n'a pas fait notre boulot ! »  
*(Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 3)*

En effet, comme Noûr, la cheffe de l'unité 3, l'ensemble des acteurs de tous nos terrains confondus, psychiatres compris, nous renvoyaient vers leur psychiatre cheffe de pôle respective lorsque nous questionnions les ancrages théoriques des méthodes appliquées avec les patients. Les acteurs investissent l'idéologie de leurs unités, dans les pratiques, les manières de faire et les discours sur le « bon soin » ; mais ce n'était pas le cas des concepts théoriques qui validaient ces pratiques.

Au contact des cheffes de pôle, ces psychiatres plus distantes de la prise en charge du quotidien, nous avons effectivement constaté leur ancrage théorique marqué, qui transparaît au travers de leur usage prolifique de vocabulaires et de concepts inscrits dans ces écoles. Il nous semble que l'appétence de nos trois cheffes de pôle pour l'ancrage et l'usage sémantique des théories psychiatriques trouve une explication dans l'âge des acteurs des unités. En effet, ces trois psychiatres cheffes font partie de la même génération de médecins : elles ont poursuivi leurs études dans le courant des années 80'. Leur parcours d'apprentissage et leur début de carrière se sont effectués au côté de psychiatres fortement inscrits théoriquement, et ce dans un contexte idéologique pluriel, hétérogène et fécond, où plusieurs théories émergent et se différencient (Henckes, 2015) ; mais où, dans le même temps, les psychiatres s'opposent aux « positions dogmatiques à prétention hégémonique » (Lantéri-Laura, 2002). Un contexte

théorique qui finit par se perdre dans un excès d'empirisme « réduisant la discipline à la juxtaposition de symptômes » (Lantéri-Laura, 2004) : la *psychiatrie post-moderne*. Un nouveau cadre d'apprentissage du champ dans lequel les écoles théoriques ont moins de poids, qui explique sans doute que les nouveaux psychiatres soient moins inscrits que les cheffes de pôle dans un rattachement fort à une seule idéologie.

Pour autant, ces investissements dans les courants théoriques s'accompagnent d'actes pratiques que nous avons pu observer sur nos trois terrains de recherches. Des actes qui révélaient la participation des cheffes de pôle aux idéologies de leurs services respectifs, mais aussi leur propre investissement dans les pratiques et les discours qui circulent dans leurs unités, loin des vocabulaires et des concepts du milieu intellectuel de la psychiatrie.

Ainsi, le pôle de l'unité 2 est inscrit dans une idéologie des *thérapies par la psyché*, valorisant des entretiens longs et répétés qui reviennent sur le passé des patients. Ces moments excluent régulièrement les infirmières, car la relation individuelle du psychiatre avec le patient est valorisée. Les psychiatres accordent la diffusion de cette approche à l'actuelle cheffe de pôle, le Dr Eilechir, mais sans que nous comprenions comment elle l'a instituée. Cependant, les acteurs nous ont raconté un autre virage dans les pratiques et les dispositions de l'unité impulsées par la cheffe du service. Plus de cinq années avant notre terrain, la psychiatre cheffe de pôle décida de suivre une formation diplômante de thérapeute familiale. Une approche qu'elle voulut par la suite généraliser dans son pôle. Elle demanda donc à toutes les psychiatres qui travaillaient sous son giron de passer ce même diplôme.

Ainsi, dans l'unité 2, les trois psychiatres ont effectivement ce diplôme et mettent en place quotidiennement des prises en charge par la famille, et ce de manière complémentaire avec les prises en charge par la psyché telles que nous les avons précédemment présentées, dans notre typologie des idéologies.

La demande du Dr Eilechir à toutes les psychiatres de son pôle ne contraint pas ces dernières à l'usage de techniques que nous rattachons aux *thérapies par l'interaction*, mais en uniformisant ainsi les savoirs de ses unités, elle pousse vers des logiques communes. Chaque psychiatre reste finalement libre du niveau d'intégration qu'elle veut permettre aux familles des patients dans la prise en charge de ces derniers ; et effectivement, sur le terrain, nous avons observé que chacune se saisit de cette méthode différemment. Pour autant, toutes s'en saisissent, et les pratiques suivent une forme, même partielle, d'homogénéisation. Le Dr Eilechir, bien que peu présente au quotidien dans les unités de son pôle, pèse ainsi sur les pratiques de soin qui y sont mises en place.

Généraliser une formation au sein des psychiatres de ses unités est un moyen de peser sur les idéologies qui y sont poursuivies ; de même, nous avons observé d'autres logiques d'implication des cheffes de pôle qui impactent finalement la manière dont se construit localement puis perdure une idéologie, que la composition des psychiatres de l'unité 1 permet de mettre en lumière.

Ainsi, tous les acteurs, de l'aide-soignant aux psychiatres cheffes d'unité, peuvent clairement situer le service dans une idéologie des *thérapies encéphalocentrées*, valorisant une approche plus biologique qu'ils justifiaient comme plus scientifique. Mais ces discours de surface ne retenaient jamais d'autres implications théoriques : aucun acteur n'était capable de désigner un rattachement théorique spécifique derrière cette vision globale du soin.

La seule exception à ce constat était le Dr Tréville, la psychiatre cheffe de pôle, qui construit un discours sur le rattachement de l'unité 1, et de tout son pôle, à la théorie des remédiations cognitives (TRC) ; ce qui passait aussi par une différenciation d'avec les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'une des approches théoriques les plus utilisées dans les idéologies des *thérapies encéphalocentrées*. Cette distinction est relativement complexe, tant les deux écoles entretiennent des liens « ambigus » (Hodé et Willard, 2012), s'accordant sur quelques points, mais s'opposant sur l'approche par laquelle soigner les troubles psychiatriques : les TCC s'attachant au contenu des idées délirantes, alors que les TRC cherchent plutôt à modifier le processus de production de ces idées.

En d'autres termes, l'unité 1 est effectivement unifiée autour de valeurs communes qui considèrent certaines prises en charge de manière méliorative ; principalement, l'usage de protocoles systématisés pour déterminer les traitements et les prises en charge, ainsi que les rééducations par les neuropsychologues et l'orthophoniste. À l'inverse, d'autres méthodes pratiques de prise en charge sont perçues péjorativement, comme les passages en hospitalisation longs, ou les discussions sur le passé du patient, qui ne « solutionnent rien ». Cette unification des acteurs autour de pratiques quotidiennes constitue son idéologie : ses discours et ses croyances sur la bonne prise en charge de la maladie mentale, mais aussi ses pratiques factuelles, quotidiennes.

Le Dr Tréville, plus distante de l'action, participe à cette concordance idéologique, mais par un ancrage théorique qu'elle est seule à construire, et qu'elle justifie par son parcours d'étudiante en médecine. Privilégiant les services somatiques, elle n'envisage pas la psychiatrie, et s'engage dans trois ans de recherche fondamentale en médecine biologique. Finalement, ce qu'elle décrit comme une « volonté soudaine » la réoriente vers la psychiatrie en fin d'internat, et ce grâce à l'aide d'un chef de pôle parisien qu'elle a rencontré au cours de la prise en charge

d'un patient alliant troubles physiologiques et psychiatriques. Une réorientation sur le tard qui la différencie de ses collègues :

**Dr Tréville :** « Oui, disons qu'en réalité, moi, j'étais beaucoup plus médecin que mes collègues quand je suis arrivée en psychiatrie. Parce qu'ils n'avaient fait que de la psychiatrie le plus souvent. Donc je pense que ça m'a permis d'être en avance sur les évolutions. Par exemple à l'hôpital comme celui-là, comme celui que vous avez vu, vraiment en 98-99 ça devait être le seul de France quoi. Maintenant ces types de manière, ce type d'approche pour les patients est venu vraiment ce qui... »

**MS :** « La norme ? »

**Dr Tréville :** « La norme, je dirais pas ça, mais en tout cas ce qui est positionné comme une bonne pratique... » (*Psychiatre cheffe de pôle, 65 ans, unité 1*)

La Dr Tréville cristallise sa différence avec ses collègues d'alors en se qualifiant de « médecin » plus que de « psychiatre » : elle montre par là son rattachement au soin somatique, à la recherche d'un trouble fondé physiquement, ce qui est à la base des théories qui soutiennent l'idée des *thérapies encéphalocentrées*. Cette vision de la prise en charge des troubles mentaux se répand par la suite dans le milieu de la psychiatrie, aussi la psychiatre se considère-t-elle « en avance » lors de son recrutement. Finalement, elle obtient le poste de direction *via* ce chef de pôle parisien, quelques années avant l'an 2000, et ce dans l'optique admise de « reprendre » ce service « à remonter », considéré comme mal géré, et d'y insuffler un renouveau. Le pôle d'alors est inscrit, selon le Dr Tréville, dans une posture « analytique », donc rattaché à des théories psychanalytiques. Pour changer cela, elle s'occupe alors du recrutement de nouveaux psychiatres pour le pôle, dont Éric, le psychiatre chef de l'unité 1 de jour, engagé par le Dr Tréville il y a de cela une dizaine d'années au moment où nous réalisons notre terrain. En entretien, il nous explicite son parcours :

**Éric :** « L'idée, c'est que, en fait, comme dans tout parcours professionnel, il y a une part de chance, une chance qu'on provoque et à la fois, une chance heu... pure. En fait à la base, j'avais essayé d'autres disciplines comme la biologie qui m'avait pas trop intéressé parce que c'était pas assez médical. Alors j'ai essayé la médecine plus somatique, mais les examens et compagnies ça m'attirait pas assez non plus [...]. Tout ça pour dire qu'au début de mes études, je n'avais pas forcément idée de la psychiatrie. C'est un choix qui s'est fait finalement assez tardivement. » (*Psychiatre chef d'unité, 40 ans, unité 1*)

Pour le psychiatre, son recrutement fait suite à un internat au sein de pôle qui se serait « bien passé ». Pourtant, le choix d'une carrière dans la psychiatrie n'était pas une évidence pour ce médecin : avant d'en venir à la psychiatrie, il a expérimenté plusieurs années d'errance dans les études supérieures, avec des indécisions quant aux spécialités. Un premier passage par la biologie s'est finalement soldé par un changement de cap vers une application de la médecine plus traditionnelle, puis finalement par un revirement vers la psychiatrie.

Or, ce parcours de formation est fortement similaire à celui du Dr Tréville que nous avons déjà décrit. Tous deux n'ayant pas commencé leurs études par une volonté de faire de la psychiatrie, mais une orientation en biologie et en médecine somatique, avant une réorientation sur le tard. Le cas du recrutement d'Éric ne nous semble alors plus dépendre d'un stage qui se serait « bien passé ». Il s'agit plutôt d'un recrutement, volontaire de la part du Dr Tréville, d'un autre psychiatre qui partage son parcours, et plus spécifiquement sa vision des troubles psychiatriques ancrés dans des origines somatiques :

**Éric :** « Moi j'avais une vision, je pense que ça va d'emblée avec le choix de la biologie. La psychiatrie n'était pas observée, comment... Comme purement scientifique. Il y avait pas de rigueur d'analyse des données, de diagnostic. Il fallait une approche purement médicale. » (*Psychiatre chef d'unité, 40 ans, unité 1*)

Éric ne pousse pas son investissement des théories de la psychiatrie au même niveau que le fait le Dr Tréville : il ne mobilise pas de lexique épistémologique pour justifier ses pratiques, il ne différencie pas les TCC des TRC. Cependant, il est certain que les similarités des parcours entre les deux médecins ont facilité le recrutement, car il permettait pour le Dr Tréville de s'assurer d'un point de vue relativement similaire, axé vers une vision biologique des pathologies psychiatriques. En effet, ses discours, ses perceptions autour de la prise en charge des maladies psychiatriques, ainsi que ses pratiques au quotidien prolongent celles de la psychiatre cheffe de pôle ; par ce recrutement, elle avait de grandes chances de voir sa vision perpétuée dans l'unité 1. Autrement dit, avec son implication dans le recrutement du nouveau psychiatre, le Dr Tréville pèse sur l'idéologie qui prend place au quotidien dans l'unité 1, qu'elle soit soutenue ou non par un discours théorique.

Le recrutement des nouveaux psychiatres n'est d'ailleurs pas le seul moyen de peser sur l'idéologie qui prend place dans les unités où la cheffe de pôle est peu présente au quotidien. On la ressent dans d'autres logiques qui prolongent ce recrutement :

**Dr Tréville :** « Mon patron, il m'a dit "Bah venez dans mon service". Et après ben je suis devenue cheffe de clinique chez lui. C'est une personne qui est devenue importante dans ma vie. Quelqu'un de très bien, malheureusement décédé maintenant. C'est lui qui m'a proposé ce poste de chef de clinique d'abord, puis qui m'a envoyée ici et fait nommer ici quoi. »

**MS :** « D'accord, et lui qu'est-ce qu'il avait spécifiquement comme poste ? »

**Dr Tréville :** « Oui c'était le chef de service de psychiatrie heu... À [un pôle parisien connu]. »

**MS :** « D'accord »

**Dr Tréville :** « Voilà, c'est souvent comme ça en médecine, vous avez un patron avec qui ça se passe bien, et après essai... »

**MS :** « ... De vous placer ? »

**Dr Tréville :** « Oui. Il y a encore un lien un peu paternaliste on va dire quoi. Donc les jeunes c'est un peu... Mais je le ressens aussi maintenant ! Dans l'autre sens ! »

**MS :** « C'est-à-dire que c'est vous qui les placez ! [Rires] »

**Dr Tréville :** « Oui ! Je suis un peu la maman là, qui s'occupe des jeunes et qui essaye de les faire avancer sur leurs voies... »

*(Psychiatre cheffe de pôle, 65 ans, unité 1)*

Ici, il nous est donné à ressentir l'implication des psychiatres cheffes de pôle dans la gestion des carrières des psychiatres qu'elles recrutent. Cela se ressent à la fin de cet extrait, qui révèle effectivement la gestion que mettent en place les cheffes de pôles pour leurs psychiatres, mais aussi au début de celui-ci, puisque le Dr Tréville a elle-même expérimenté cette logique pour arriver au grade le plus élevé du pôle ; où elle a été installée par son ancien « patron », depuis un autre service. L'implication du « patron » dans la nomination du Dr Tréville était alors probablement une tentative pour changer le pôle en profondeur, lui offrir un renouveau, mais aussi modifier ses ancrages « analytiques » ; des changements que la cheffe de pôle réussira à effectuer *via* son implication dans le recrutement de psychiatres qui lui semblent proches de sa conception du soin.

S'investir dans l'avancement des psychiatres du pôle, soit en leur proposant de prendre les rênes de nouveaux projets internes, ou externes reliés au pôle, soit en leur offrant l'opportunité de devenir cheffe de l'une des unités, est donc un autre moyen de peser sur les idéologies des unités ; dans ce qui compose un investissement secondaire à celui qui prend place dans les recrutements directs des nouveaux psychiatres.

Sarzier offre la description d'une situation similaire au travers d'un article, qui dépeint la modification du travail dans une unité d'hospitalisation psychiatrique après plusieurs changements dans la gestion de celui-ci (Sarzier, 2020). Décrivant l'histoire de l'unité, l'auteur révèle comment le nouveau psychiatre chef de pôle fut choisi pour sa promotion d'une approche du soin « intégrative » et « bio-psychosociale ». Il imposa alors plusieurs changements d'ordre structurel aux unités de son pôle, comme les critères d'acceptation des usagers, ce qui modifia profondément la file active des patients de l'unité, et la fréquence des rendez-vous avec ces derniers. Des changements en totale opposition avec la théorie de la psychothérapie institutionnelle alors en place dans l'unité du Dr Belfort, sur laquelle Sarzier réalisait son terrain de recherche. Ces changements de prise en charge poussèrent donc le Dr Belfort au départ, suivi d'une partie de l'équipe ; et le chef de pôle institua un nouveau chef d'unité, plus en phase avec son approche de la prise en charge. Cette nouvelle direction de l'unité et de l'idéologie poursuivie participera alors à créer et à entretenir des tensions entre les anciens de l'équipe paramédicale et les nouveaux psychiatres.

Cet article présente donc les changements que subit une équipe inscrite dans une idéologie de travail rattachée aux *thérapies par la structure*, dont les manières de faire se voient bouleversées par la mise en place d'un nouveau chef de pôle qui impose de nouvelles pratiques de prises en charge, plus proches d'une idéologie de *thérapie encéphalocentrées*. Similairement à l'arrivée du Dr Tréville et des changements qu'elle produira dans les idéologies de ses unités : des changements qui prennent place au niveau des pratiques, plus que dans les théories qui les justifient. Car Sarzier précise qu'il ne s'agit pas spécifiquement d'une guerre de chapelles théoriques : les paramédicales expriment un mécontentement lié à la position informelle qu'ils se retrouvent à occuper après ces changements de psychiatres. Ils sont des « déclassés immobiles » en ce qu'ils ont perdu la position de légitimité offerte par l'idéologie des *thérapies par la structure* lorsque celle-ci a été remplacée par une idéologie des *thérapies encéphalocentrées*, et ce sans avoir changé de poste. L'article révèle donc, tout comme nos observations, la force avec laquelle la mise en place d'une nouvelle cheffe de pôle peut peser sur les idéologies, les pratiques quotidiennes des équipes, et finalement leurs compositions, après le départ de ceux qui refusent ces changements.

Par ailleurs, les médecins cheffe de pôle ne s'investissent pas uniquement dans les recrutements et dans les carrières des psychiatres du pôle. À différents niveaux et par différentes méthodes, elles s'engagent aussi dans la composition des autres groupes professionnels des équipes des unités. Ainsi, le Dr Tréville de l'Unité 1 s'était occupée seule du recrutement des infirmières et des aides-soignants du pôle pour une très longue période. Et de la même manière que pour les psychiatres, elle s'occupait personnellement des carrières de ces acteurs, avec par exemple la sélection parmi les équipes d'hospitalisation des paramédicaux qui pourraient se voir offrir un poste dans les unités de jour, au travail plus facile, mais qui requiert aussi plus d'autonomie, car le psychiatre y est moins présent et la file active de patients plus fournie :

**MS :** « D'accord, et donc c'est vous qui recrutez en fait les personnes qui ont rejoint le service ? »

**Dr Tréville :** « Autrefois oui, moins maintenant. C'est des évolutions soignantes... Des positionnements... Autrefois on recrutait... »

**MS :** « Et maintenant, c'est la cadre seule ? »

**Dr Tréville :** « Maintenant, c'est la cadre, bon, elle nous présente les gens, éventuellement... » (*Psychiatre cheffe de pôle, 65 ans, unité 1*)

Si effectivement la cheffe de pôle était investie dans ces recrutements, elle nous explique dans cet extrait, avec une touche de chagrin, que ce n'est à présent plus le cas, et que la tâche est aux mains de la cadre exclusivement. Un changement qui fait écho à ce que nous évoquions dans l'histoire de la posture médicale, où nous avons montré comment la mise en place d'une nouvelle ligne hiérarchique administrative réduit la latitude gestionnaire des médecins. Un nouveau fonctionnement que semble ne pas apprécier la cheffe de pôle, qui se qualifie de « vieux jeu » pour justifier qu'elle préférerait s'occuper de cette tâche. Mais ce changement d'ordre structurel ne dérange sûrement pas seulement la psychiatre par sa différence à l'ordre précédemment établi : il s'agit aussi d'une forme de perte de contrôle sur la composition des équipes des unités du pôle, et donc par ricochet sur les idéologies qu'elles poursuivent.

De manière similaire aux paramédicaux, les postes des intervenants spécialisés étaient fortement encadrés par les cheffes de pôle (voir le chapitre V.2 à ce sujet). Ainsi, dans l'unité 1, la psychiatre s'était occupée du recrutement des neuropsychologues, psychologues et de l'orthophoniste personnellement, spécialités qu'elle avait choisies en fonction de leurs méthodes et de leur inscription théoriques, proche des siennes : avec l'usage de grilles d'évaluations standardisées et de méthodes de rééducation cognitive. En entretien, la psychiatre nous décrira d'ailleurs une installation difficile, car il avait fallu remplacer « tous les

psychologues d'inspiration analytique » anciennement dans l'unité, ce qui avait créé des dissensions dans l'équipe.

Cet investissement est tout aussi remarquable dans le pôle de l'Unité 3, où le Dr Gershon a géré le recrutement des intervenants spécialisés qui assureraient des missions dans plusieurs unités du pôle. Par exemple, l'art-thérapeute fut recrutée pour effectuer trois demi-journées, une dans l'unité 3 d'hospitalisation, et les deux autres dans deux unités différentes de jour. La cheffe de pôle nous expliquant avoir mis ces postes en place dans le but d'avoir des prises en charge « homogènes pour les patients, peu importe leur unité ». Une stratégie qui permet dans le même temps de lisser les pratiques au sein du pôle, et avec elle l'idéologie commune.

L'implication des trois psychiatres cheffe de service dans le recrutement et dans le contrôle des parcours professionnels des acteurs du pôle (psychiatres, mais aussi paramédicales et intervenants spécialisés) est un moyen de peser sur l'idéologie au sein du pôle. Cependant, ces investissements de la part des psychiatres cheffes de pôle présentent des limites, et ne doivent pas être considérés comme une stratégie de long terme, toujours appliquée et victorieuse.

Tout d'abord, la mise en place d'un psychiatre spécifique partageant des ancrages théoriques ou des visions du soin concomitant à celle de la cheffe de pôle ne peut avoir lieu que sur des postes vacants. La cheffe de service ne peut réclamer le départ de psychiatres opposés à son idéologie si ceux-ci occupent déjà un poste. Ce fonctionnement permet la survivance d'unités poursuivant une idéologie différente au sein d'un pôle.

Nous n'avons observé cette situation que dans le pôle de l'unité 3 : l'unité en face de cette dernière, au même étage dans le bâtiment, avait à sa tête un psychiatre chef d'unité fortement ancré dans une idéologie de *thérapie par la psyché* (il se revendiquait des théories de psychanalyse lacanienne). Un grade qu'il occupait avant la nomination du Dr Gershon au poste de cheffe de pôle. Cette différence d'ancrage entraîne de nombreuses et véhémentes critiques de la part de l'équipe de l'unité 3, et notamment de la part des paramédicaux lorsqu'ils réalisaient des remplacements de personnel :

**Grâce :** « En face les psychiatres ils font n'importe quoi. Ils acceptent d'apporter du MacDo aux patients en isolement pour les faire parler ! Nan, mais c'est quoi ? Les infirmières c'est pas des larbins ! » (*Infirmière, 30 ans, unité 3*)

Mais ces discours critiques sont bilatéraux, comme nous avons pu l'entendre lors de discussions entre les acteurs au self, ou bien comme le révélait les explications que nous tint la psychologue de l'unité d'en face :

**Cristina :** « Chez eux [dans l'unité 3], les entretiens avec les patients sont trop rapides. Ils parlent que du traitement. Il y a pas d'analyse. J'aime pas... De toute façon, il faudrait des psychologues partout. C'est dommage qu'il y en ait pas partout dans le pôle. » (*Psychologue, 25 ans, unité voisine de l'unité 3*)

Justifier ses pratiques par un discours d'opposition et de rejet des idéologies qui ne sont pas les leurs semble, nous l'avons vu, être un paradigme du milieu psychiatrique (Luhmann, 2001 ; Strauss *et al.*, 1964). Cependant, lorsque ces dissensions prennent place au sein d'un même pôle, elles peuvent se révéler gênantes, car elles entravent les alliances entre les équipes. Ainsi, les paramédicaux sont moins volontaires pour effectuer des remplacements lorsqu'une équipe manque de personnel. Les psychiatres de garde sont moins présents dans les unités aux idéologies opposées, et peu aidantes sur les prescriptions par exemple. Enfin, les hébergements (emprunter un lit dans une autre unité en attendant d'avoir une chambre de libre pour un patient du secteur), pourtant monnaie courante, peuvent devenir des sources de tensions. Ces observations sont alors similaires aux résultats de recherches effectuées dans le milieu hospitalier de la chirurgie cardiaque, où de trop grandes dissensions entre les équipes d'un même pôle ont des répercussions sur la circulation des patients, et la qualité de leur prise en charge (Binst, 1990).

Nous pouvons aussi observer d'autres limitations à la capacité d'investissement des cheffes de pôle dans le recrutement des équipes des unités, au travers des changements dans les organisations formelles et les textes juridiques. Ainsi, nous avons montré dans le contexte historique de la posture médicale comment l'apparition de la ligne hiérarchique de gestionnaire, ainsi que son obtention de pouvoir *via* les textes juridiques, dépossède les psychiatres cheffes de pôle de certaines options d'intervention, comme le Dr Tréville s'en plaint dans notre exemple. Mais plus encore, les pénuries de personnel et les difficultés de recrutement du milieu hospitalier, et de la spécialité psychiatrique en particulier, compliquent, voire incapacitent les tentatives de sélections que pourraient mettre en place les cheffes de pôle. Cet obstacle est aussi dépendant du lieu d'exercice du pôle et de son attractivité. Certaines zones géographiques, notamment Paris et certaines de ses banlieues, profitant d'un plus grand succès auprès des jeunes psychiatres qui postulent ; à l'inverse de régions moins urbanisées, où les postulants sont

peu nombreux, ce qui laisse moins de latitude dans les recrutements aux cheffes de pôle (Robicquet, à paraître).

Sur nos terrains, ces limites contextuelles à l'investissement de la cheffe de pôle se ressentent dans le cas que nous avons déjà abordé de l'unité 3. L'équipe y a traversé une période de sous-effectifs suite à de nombreux départs : parmi les paramédicales, dont sa cadre de santé, et chez les psychiatres. Dans le même temps, la psychiatre cheffe de l'unité d'alors, le Dr Gershon, fut promue cheffe du pôle, ce qui lui a laissé beaucoup moins de temps de présence au sein de l'unité. Or, ces départs n'ont pas été suivis d'un recrutement immédiat, ce qui a laissé l'équipe en difficulté dans son quotidien. Finalement, Selma avait été recrutée, et quelques mois plus tard ce fut au tour de Noûr. Aucune des psychiatres n'avait encore été nommée au poste de cheffe de l'unité après le Dr Gershon, et ces deux nouvelles arrivées semblaient donc en lice pour occuper le poste.

Mais nous avons vu précédemment les rapports conflictuels qu'entretient Selma avec l'équipe, des rapports qu'elle aborde au cours d'une discussion particulièrement révélatrice :

Après la visite dans les chambres d'isolement, je discute dans le couloir avec Selma, l'infirmière Kiara et l'aide-soignant Gabriel. Selma évoque d'elle-même ses difficultés avec l'équipe paramédicale qu'elle essaie de régler. Elle raconte qu'elle a été cheffe d'unité pendant 12 ans dans une équipe psychanalytique, qu'elle a quitté pour des changements de théories.

**Selma :** « Là où je bossais avant j'avais d'énormes libertés [...] C'est pour ça, ça été difficile ici au début ». Elle se tourne vers Kiara, qui rit et approuve. « Avant, je prenais en compte l'avis de l'équipe, mais quand j'avais envie... ».

**Gabriel :** « Mais vous vous êtes pas entretenue avec [la cheffe de pôle] ? Vous deviez savoir ? »

**Selma :** « Non, on n'entre pas dans tous les détails avec la cheffe, je viens avec ma façon de voir, ça peut pas être bien tout de suite. Mais ici, le Dr Gershon, elle a une façon, c'est celle-là pas une autre. À choisir, je ferais une autre façon ».

En réponse, les paramédicaux défendent la cheffe de pôle et la vision qui les intègre aux prises de décisions. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Il nous semble que cette discussion illustre bien la difficulté de Selma dans l'équipe ; cette « façon de voir » que la psychiatre met en avant, qu'elle justifie au début de la discussion par son rattachement psychanalytique, et qui lui permettait d'accorder de la valeur aux avis des paramédicaux « quand elle en avait envie », révèle les contours de l'idéologie de son unité

précédente, dont elle était la cheffe. Ce rattachement est la raison des difficultés qu'elle endure avec sa nouvelle équipe de l'unité 3, rattachée à une idéologie de *thérapie par la structure* qui donne une valeur plus importante à la parole des paramédicaux, infirmières, mais aussi aides-soignants, les acteurs les plus présents temporellement auprès des patients et les plus investis dans la gestion du cadre, disposant de capacités décisionnelles renforcées pour les micro-libertés. Comme l'exprime Selma, ce rattachement idéologique est particulièrement fort chez la cheffe de pôle, le Dr Gershon, ancienne cheffe de l'unité 3. Un rattachement qui se double d'un discours théorique, la psychiatre étant le seul acteur à expliciter le fonctionnement de l'unité 3 comme étant une expression de la psychothérapie institutionnelle.

Ainsi, la composition des psychiatres de l'unité 3 illustre les difficultés qui peuvent être posées aux cheffes de pôle lorsqu'elles cherchent à investir les recrutements de médecins pour leurs unités. Le recrutement de Selma intervenant après une période difficile pour l'équipe de l'unité 3, en sous-effectifs de paramédicaux et de psychiatres ; période prolongée à cause des difficultés de recrutements. Il est probable que le Dr Gershon se soit montré moins regardante dans ses recrutements, alors que la période se prolongeait, finissant par intégrer une psychiatre aux visions et aux pratiques très différentes de celles qu'elle désire voir mises en place dans l'unité.

Par ailleurs, le Dr Gershon finira par proposer le grade de cheffe d'unité à Noûr plutôt qu'à Selma ; car cette première, bien qu'arrivée plus tardivement dans l'unité et n'ayant jamais eu d'expérience de cheffe, était plus proche de l'équipe paramédicale, participant aux plaisanteries et aux jeux tactiles auxquels se livre régulièrement l'équipe. (Peneff, 1992 p. 195). Un choix qui fut par ailleurs unanimement salué par les infirmières et les aides-soignants :

**Nathalie :** « Alors ! J'ai appris que tu avais été choisie comme cheffe de l'unité ! Félicitations ! [Rires] Non, mais c'est bien que ce soit toi qui l'ait eu au final, tu le méritais vraiment ce poste de cheffe ! »

**Noûr :** « Tu sais, au début, je voulais pas des responsabilités. Mais là, ça va, parce qu'avec l'équipe, ça va. » (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Outre les différentes questions d'ancrages théoriques, ce choix fait sens, d'abord parce qu'il permet de choisir une cheffe plus proche de l'équipe, ce qui semble assez convenu dans une volonté de bonne gestion. Mais au-delà de cette première logique, il semble que le choix du Dr Gershon permet la prolongation de sa vision idéologique des soins, où une certaine place est laissée à l'équipe paramédicale dans les prises de décisions : si le Dr Gershon avait été investie

dans des théories psychanalytiques, il est justifié de se demander si elle n'aurait pas choisi Selma pour cheffe d'unité, malgré les différends de cette dernière avec l'équipe.

Dans cette sous-partie, nous avons pu voir l'implication des psychiatres cheffes de pôle dans diverses actions, comme la diffusion d'une formation à tous les psychiatres du pôle, ou encore le recrutement et le contrôle de la carrière des différents acteurs des équipes, aussi bien des psychiatres que d'autres membres de groupes professionnels au sein des unités. Ces divers comportements révèlent la place secondaire des théories de la psychiatrie dans les logiques qui entrent en jeu lorsque les équipes sont établies. Il semble plutôt que les idéologies soient favorisées : posséder des valeurs du soin et des méthodes communes semble plus important pour les cheffes de pôle que de s'accorder sur des inscriptions théoriques fortes. Qui plus est, ces logiques semblent s'inscrire dans une volonté ultime d'homogénéiser les pratiques et les visions de la prise en charge au sein de leur pôle :

**Dr Tréville :** « Enfin vous avez compris que je ne suis pas une petite jeune ! Donc de mon point de vue, il faut vraiment pas nuire à l'esprit de service. Parce que je pense qu'il est très important, et que de faire partie d'une équipe, avoir l'esprit de service... » (*Psychiatre cheffe de pôle, 65 ans, unité 1*)

En effet, toutes trois nous explicitaient en entretien, formels comme informels, ce point qu'elles considéraient d'une importance capitale : avoir « des équipes unies », ou un « pôle qui partage une vision », ou encore un « esprit de service » (service étant utilisé au sens de pôle psychiatrique). Par ailleurs, ce rôle unificateur semble similaire dans d'autres spécialités hospitalières, comme en chirurgie, où la concordance des pratiques serait même nécessaire à l'efficacité d'un service. Le chef de pôle est le garant d'un « patrimoine commun », « répendant la norme du groupe » au travers du recrutement et de la composition des diverses équipes qui doivent intervenir à différentes étapes de la prise en charge. Cette démarche serait le seul moyen d'éviter un « éclatement » du pôle, où chaque groupe professionnel se replierait sur lui-même, et empêchant la prise en charge globale du patient (Binst, 1990, p. 109).

Pointées par tous les acteurs comme les garantes des orientations théoriques, les cheffes de pôle se révèlent avant tout chercher, et parfois réussir, à être les garantes de l'idéologie du pôle, *via* des tentatives, parfois fructueuses, de s'assurer de l'unité de leurs équipes.

Tout au long de ce chapitre, nous avons révélé les investissements personnels des psychiatres dans leurs relations et leurs négociations avec les autres acteurs des unités ; et comment ces diverses implications produisaient l'organisation informelle du quotidien de l'hospitalisation.

En premier lieu, nous avons montré comment les psychiatres s'impliquent individuellement avec des patients favoris, ainsi qu'auprès de leurs équipes paramédicales, spécifiquement les infirmières, dont elles valorisent à différentes échelles les opinions et la difficulté du travail de prise en charge. Un retour sur l'histoire de la profession nous a alors permis d'expliquer la posture qu'occupent les psychiatres dans le contexte culturel : une *légitimité symbolique exogène*, qui explique la soumission volontaire des autres groupes d'acteurs, y compris lors de décisions sur les micro-libertés qui ne sont pas encadrées juridiquement. Cependant, nous avons aussi pu conclure que cette posture s'effritait dans l'histoire récente, ce qui explique que les acteurs remettent en question et désirent aussi impacter ces micro-libertés. Être « à l'écoute » de son équipe soignante est alors le comportement qui légitime, individuellement, chaque psychiatre auprès de cette équipe. Autrement dit, si les psychiatres disposent d'une domination culturelle sur les questions du soin, elles jouent finalement leur position dans l'ordre négocié au travers de leurs implications individuelles : leur *légitimité symbolique endogène*, dans l'action.

Par la suite, nous avons révélé comment ces médecins s'investissent aussi avec les autres psychiatres, ce qui participe à maintenir la posture d'expert professionnel de leur groupe et finalement leur *légitimité exogène*.

Si ces diverses analyses couvrent les comportements du groupe des psychiatres dans le quotidien des interactions, qui négocient directement l'ordre dans l'unité, nous avons par la suite abordé le cas plus spécifique des cheffes de pôle. Ces dernières, distantes des unités, parviennent tout de même à peser sur l'organisation informelle qui y prend place *via* divers comportements ; et ce dans ce qui semble être un but d'unification idéologique des pôles.

Ainsi, chaque psychiatre, à son niveau individuel, pèse dans les interactions qui prennent place dans les unités, et qui dictent les micro-libertés, et finalement le quotidien des patients, comme des soignants, de la psychiatrie d'hospitalisation.

## Chapitre 2 : Les infirmières, prépondérantes dans l'ordre négocié

Nous avons commencé cette partie en poursuivant une démarche comparable à celle qui a structuré, historiquement, les recherches en sociologie, d'abord avec son courant fonctionnaliste, avant l'arrivée des études sur les « petits métiers » initiées par les interactionnistes (Veziat, 2016). Nous intéressant dans un premier temps à la profession prestigieuse, instituée culturellement, à la posture assurée et à l'organisation forte : le médecin-psychiatre. Nous avons alors montré comment ce groupe dispose d'une posture de légitimité symbolique exogène : il domine le milieu de la santé et avec lui le système hospitalier depuis de nombreuses années ; une hégémonie qu'il a obtenue grâce à son monopole sur les questions de cet ordre. Cependant, au fur et à mesure du chapitre précédent, nous avons montré comment cette posture légitime s'est érodée avec les changements nombreux et profonds qui restructurent le travail à l'hôpital et l'exercice du soin.

Ce contexte exogène, éloigné de l'action, pèse cependant partiellement sur celle-ci, effritant la posture de domination des médecins. Et nous avons alors mis en lumière les tactiques que tentent certains psychiatres, parfois individuellement et parfois en groupe, pour maintenir au sein de leurs unités une posture légitime, reconnue et suivie par leurs équipes et leurs infirmières, en étant « à l'écoute » et en partageant certains arbitrages au sujet des prises en charge et des micro-libertés des patients. Le chapitre ne s'intéressait donc pas uniquement au point de vue des psychiatres, mais aussi à leur relation avec le groupe infirmier, avec lequel se met en place le duo soignant qui pèse le plus régulièrement sur les options du quotidien des patients. Nous prolongerons donc à présent ces réflexions en glissant vers la position des infirmières au sein des ordres négociés des unités psychiatriques. Si ce nouveau chapitre s'intéresse effectivement principalement au groupe professionnel infirmier, nous ne parlerons pas uniquement de leurs comportements et de leurs points de vue. Au contraire, nous montrerons comment ce groupe entre en interaction avec les psychiatres, mais aussi et surtout avec les patients : à nouveau, ce sera *via* les interactions que nous déterminerons la place de ce groupe dans l'ordre qui se négocie au quotidien, entre les murs des unités d'hospitalisation.

Pour ce faire, nous commencerons par expliciter ce qui caractérise le groupe infirmier : sa présence constante dans l'unité. Nous avons déjà évoqué comment cette présence crée une situation d'interdépendance avec les psychiatres, qui ont besoin des informations dont disposent les infirmières, et comment ces dernières doivent appliquer les décisions des médecins qui

déterminent les quantités et parfois les difficultés du travail des infirmières. Nous prolongerons ces constats en révélant comment cette relation s'est instituée historiquement, tout comme la volonté des infirmières de s'en extirper, ce qu'il nous est donné d'observer au quotidien, dans les actes et les discours.

Par la suite, nous montrerons comment la volonté d'autonomie du groupe, alliée à sa présence constante, offre aux infirmières la possibilité, parfois saisie, de détourner les règles formelles qui structurent les prises en charge ; leurs permettant d'investir et de modifier les micro-libertés en suivant leurs opinions personnelles et leurs relations interpersonnelles avec les patients.

Enfin, nous expliciterons la manière dont ces investissements individuels s'appuient sur des pratiques collectives, qui les permettent, mais aussi les sécurisent, en protégeant les infirmières derrière un collectif qui cherche à présenter un corps soudé, sur ces questions tout du moins.

## **Un groupe à la présence continue**

Nous l'avons évoqué précédemment, les infirmières constituent le seul groupe professionnel dont la présence est continue dans l'unité d'hospitalisation. Cette disposition est rendue possible par une organisation en « roulements » et en « équipes ». Le groupe des paramédicaux est ainsi distribué en deux parties égales : le « roulement » et le « contre roulement », qui alternent les prises de postes de week-ends chacun leur tour ; lorsqu'un groupe dispose de ses repos le mercredi et le week-end, l'autre en aura le lundi et le vendredi, puis la semaine suivante, ils échangent. Ces deux roulements sont eux-mêmes subdivisés en trois « équipes », dont deux travaillent de jour. L'équipe prend son poste « du matin », de 6h30 à 14h30, et sa « contre-équipe », travaille « d'après-midi », dans l'unité de 13h30 à 21h30. Ces deux équipes de jour occupent ce rôle pour la moitié du mois, après quoi elles changent de partie de journée. Enfin, une équipe de nuit prend le relais de 21h à 7h. (Ces horaires sont approximatifs, chaque unité fixe les siens. Par ailleurs, même si ce ne fut pas notre cas, les équipes de certaines unités travaillent en « douze heures », une seule équipe « de jour », de 7h à 19h, succède à l'équipe de nuit, qui travaille de 19h à 7h. Mais cette organisation n'est en place dans aucune des unités de notre corpus).

On le devine aisément, la mise en place de cet emploi du temps est relativement complexe, outre les jours de travail habituels, les paramédicaux peuvent disposer de jours de repos additionnels ou de vacances. Ainsi, le tableau de répartition de l'équipe peut sembler

abscons pour un lecteur néophyte<sup>17</sup>, avec des acronymes et des codes couleur communs et d'autres variables entre les équipes. Retenons qu'il y a au total six équipes : deux équipes de jour et une de nuit par roulements et contre-roulements. Un paramédical appartient à l'une des équipes, et au roulement qui y est lié.

Ces roulements sont fixes, les deux équipes de jour qui composent un roulement travaillent ensemble quasi systématiquement, et surtout, elles passent leurs week-ends de travail ensemble. Ce fonctionnement permet un rapprochement en leur sein, qui se cristallise autour des déjeuners les samedis et dimanches : des moments de convivialité qui soudent les paramédicaux autour de repas festifs, préparés à tour de rôle. Qui plus est, cela facilite la mise en place des « échanges » au sein d'un roulement : on se troque ses jours de repos pour les rendez-vous médicaux ou les activités avec son cercle social hors de l'hôpital. Certaines s'arrangent pour ne travailler que du matin ou que du soir, si elles trouvent une collègue arrangeante dans le même roulement. Par exemple, les mères de jeunes enfants préfèrent prendre leur poste du matin, pour pouvoir s'occuper de leur enfant à la sortie de l'école. À l'inverse, les jeunes infirmières qui débutent dans le métier préfèrent les postes du soir, qui permettent une vie nocturne et des sorties après le travail, ainsi que de se lever plus tardivement.

Les tâches de créer et vérifier ces emplois du temps incombent dans les textes à la cadre de santé, mais dans toutes les unités qui composent notre corpus, elle est gérée par une ou deux infirmières de l'équipe :

**Patrick :** « On organise nous-mêmes notre planning ici. Ça a toujours fonctionné comme ça et on y tient ! On est autonome et mature, on peut se gérer nous-mêmes ! » (*Infirmier, 50 ans, unité 2*)

Ce fonctionnement assure le contrôle au groupe, plus qu'il ne rassure sur sa « maturité » ; il facilite effectivement les nombreux changements internes aux roulements, qui peuvent prendre place n'importe quel jour de la semaine. Cela permet aussi de s'arranger quelque peu avec les réglementations : il est par exemple interdit de cumuler cinq jours de suite sans repos, ou bien de travailler un soir puis d'enchaîner sur un matin le lendemain. En se mettant d'accord avec les collègues, ces réglementations ne sont pas toujours respectées lorsque les acteurs s'entendent. Les infirmières qui se chargent de cette gestion du planning doivent alors s'occuper des changements réguliers, et surtout des comptages de vérification, pour qu'il ne manque pas

---

<sup>17</sup> Voir annexe 4 pour un exemple de tableau de répartition de la semaine.

de paramédicaux et que l'équipe soit considérée fonctionnelle : nécessitant toujours au moins deux infirmières et un aide-soignant dans l'unité (ou seulement deux infirmières la nuit). Ces minimums ne sont encadrés par aucun texte juridique, il s'agit plutôt de circulaires et de décisions internes à chaque structure psychiatrique<sup>18</sup>, peu connues des acteurs, y compris les cadres. Tous interprètent ou proposent des lectures de ces textes, selon les situations et les perceptions qu'ils en ont.

Le comptage est un travail fastidieux pour les infirmières en charge, et qui crée souvent des disputes au sein des paramédicaux, mais elles y gagnent l'avantage de placer leurs vacances en première position dans le planning, et s'assurent ainsi les jours qu'elles désirent le plus pour ces périodes. Elles transmettent ensuite le résultat à la cadre. En cas de manque de paramédicaux, ce qui arrive lorsque l'équipe fonctionne en sous-effectif, cette dernière doit faire appel à des « vacataires », des remplaçantes infirmières ou aides-soignants extérieurs à l'unité, parfois même à la structure voire au milieu psychiatrique, qui interviennent pour un jour ou deux. Les changements de dernière minute dans le planning sont donc un sujet de tension avec la cadre, qui se retrouve avec une tâche additionnelle à régler dans l'urgence, ce qui est rarement à son goût.

Les psychiatres, les assistants sociaux et les intervenants spécialisés (l'appellation de ce groupe d'acteur est complexe. À ce sujet, voir le chapitre V.2 qui leur est dédié) entrent en interaction avec une poignée de patients dans la journée, ceux vus en entretiens formels, et les quelques autres avec lesquels s'enclenche une discussion informelle, entre deux rendez-vous. Le quotidien des infirmières est inverse, car elles sont chargées de tâches que permet leur présence continue, étendue sur l'ensemble de la journée. En somme, elles s'occupent de la régulation du quotidien : réveillant les patients, distribuant les médicaments et encadrant les repas aux selfs qui structurent temporellement la journée. Aussi, elles donnent vie aux micro-libertés des patients au travers de la distribution des objets, cigarettes et argent liquide lorsqu'un patient qui en a l'accès les réclame. De même, elles ouvrent et ferment la porte du service pour les allers et retours des patients qui en ont le droit. En d'autres termes, elles sont le groupe chargé d'exécuter les décisions au sujet des micro-libertés, elles permettent que les patients en face l'usage. Un rôle qui les met quotidiennement au contact de l'ensemble de ces deniers.

---

<sup>18</sup> Le code de la santé publique encadre peu les compositions ou les présences minimum en termes de groupes professionnels. On peut les trouver à partir du chapitre IV à propos des conditions techniques de fonctionnement, soit l'article D6124-1. Une série de sous-sections précisent des présences minimum de médecins, d'infirmières ou d'autres acteurs pour certains services spécifiques, entre autres les urgences, la néonatalogie, la chirurgie cardiaque ... Seuls les articles D6124-463 à D6124-469 concernent la psychiatrie, et exclusivement dans le cas de structures privées, où « le nombre de personnels médicaux, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux [...] sont adaptés aux besoins de santé des patients accueillis ... » (D6124-464) ; ou encore « un infirmier est présent en permanence » sauf si aucun patient n'est hospitalisé dans l'unité (D6124-465).

Mais en plus de cette gestion des sujets qui constituent les micro-libertés, parce qu'elles sont continuellement présentes, elles entrent en relation avec la quasi-totalité des acteurs qui interagissent autour de ces micro-libertés de patients (exception faite des acteurs qui interviennent sur le volet juridique des patients en soins sous contrainte, comme nous l'explicitons dans le chapitre V.1 qui leur est dédié). Ainsi, elles participent aux entretiens des psychiatres, pour en inscrire le contenu informatiquement, et transmettre les décisions prises aux autres infirmières. Elles entrent en lien avec les différents membres d'équipes qui ne se croisent pas ; comme les psychiatres présents lors de jours différents, entre lesquels les infirmières feront circuler les décisions au cours de la semaine. Autre exemple d'acteurs présents partiellement dans les unités, les familles de patients en visite, que les infirmières sont généralement les seules à voir si la psychiatre n'a pas de rendez-vous avec eux. Par cette présence, elles sont le groupe qui collecte le plus d'informations, aussi bien par les interactions avec l'ensemble des autres groupes professionnels que par leurs contacts prolongés avec les patients et parfois leurs familles. En somme, elles constituent l'interface par laquelle transitent les informations. Un fonctionnement que nous observons pour la psychiatrie, mais qui est généralisé dans les systèmes hospitaliers (Vega, 2000). La passation de ces informations est permise par les « trans' », diminutif pour désigner les « transmissions paramédicales », des réunions qui prennent place lorsqu'une équipe succède à une autre, du matin à l'après-midi, de l'après-midi à la nuit, *etcetera*. Mais la transmission interne aux infirmières peut aussi être officieuse, en dehors de ces moments dédiés. Ces échanges d'information en permettent la circulation au sein de l'équipe infirmière, elles se mettent au courant les unes les autres ; jusqu'à ce que le message soit transmis aux psychiatres et aux « staffs » du matin.

Leur présence étendue, ainsi que la composition de leurs tâches, donnent donc aux infirmières une place prépondérante au sujet des micro-libertés : d'une part, elles les appliquent, dans le sens où elles sont chargées de mettre en pratique les décisions qui les concernent. D'autre part, elles font circuler l'information au sein de l'unité, soit qu'elles la tirent de leurs observations directes des patients, soit qu'elles l'obtiennent dans leur contact avec la quasi-totalité des acteurs qui circulent dans l'unité. Elles diffusent ensuite ces données entre-elles : renseignements dont on a montré comment les psychiatres la mobilisent pour décider des micro-libertés dont disposera le patient.

La présence continue des infirmières que met en place cette division des tâches et cette organisation du travail hospitalier constitue dans leur discours une fierté, régulièrement mobilisée sous la forme d'un argumentaire :

**MS :** « Comment ça se passe avec les psychiatres quand il y a un désaccord ? Parce que au final, c'est eux qui rédigent les prescriptions ? »

**Kiara :** « Nous on est là au quotidien. Les patients on les voit sur sept heures. Sur l'ensemble de la journée, et de la semaine. Les médecins ils sont parfois là ... Trois fois ! comme ils se partagent dans la semaine, ils sont parfois au CMP, et parfois aux urgences, parfois ils sont en garde, parfois en récupération. Et donc ils sont pas là de façon continue, comme nous. Nous on est là de façon continue, les patients on les voit plus. Donc oui on peut être amenés à constater que le traitement il est trop fort [...], et on le manifeste. On leur avise. » (*Infirmière, 30 ans, unité 3*)

Comme Kiara, les infirmières expriment quasi quotidiennement la valeur que confère leur présence prolongée aux informations et aux opinions qu'elles proposent aux médecins. Dans leurs discours, elles mobilisent leur présence prolongée dans l'unité comme un vecteur qui légitime leurs opinions, mieux informées et soutenues par le plus grand nombre de contacts avec le patient, ce qui permettrait selon elles un regard plus avisé sur ces derniers. Leur discours se cristallise alors généralement autour d'une comparaison avec les psychiatres : « On sait mieux, ils sont jamais là » étant une formule entendue régulièrement sur nos terrains comme dans les entretiens de notre corpus ; constituant un avis infirmier généralisé sur la comparaison avec les médecins de leurs unités. La faible présence de ces derniers, comparativement aux infirmières, rend leurs jugements moins pertinents, puisque moins informés. Aussi, la présence constante au sein des unités, au contact des patients, est une source valorisée d'informations, qui exige, du point de vue des infirmières, une reconnaissance des médecins.

La dynamique relationnelle qui unit les psychiatres et les infirmières dans les unités, et que nous avons décrite dans le chapitre qui précède, se voit ici clarifiée. D'une part, les psychiatres cherchent effectivement à obtenir les informations que leur présence partielle dans l'unité leur fait perdre ; et dans le même temps, mobiliser les infirmières est un moyen d'être reconnue comme étant « à l'écoute », et donc de légitimer sa place de meneuse dans l'équipe psychiatrique. Ce que nous n'explicitons pas, mais qui émerge à présent, c'est le point de vue infirmier dans cette relation. Effectivement, si ces dernières valorisent les psychiatres « à l'écoute », c'est surtout parce que leurs propres savoirs sur les patients leur semblent légitimes, puisque construits sur une source d'information plus sûre : le temps prolongé au contact du

patient. En d'autres termes, être « à l'écoute » du personnel paramédical est un moyen pour les psychiatres de se légitimer auprès des infirmières, parce qu'il est un moyen de leur montrer une prise en charge qui prend en compte des opinions que les paramédicales considèrent légitimes dans les décisions qui concernent le soin. Parce que le groupe infirmier se considère lui aussi comme partiellement légitime à commenter et participer à ces décisions de prises en charge, du fait de la primeur des informations dont il dispose.

Cette volonté de légitimation du groupe infirmier face à la tutelle médicale, que nous entendons dans leurs discours quasi quotidiennement, nous semble être un écho de ce qui fait l'histoire du groupe professionnel. Une histoire qui révèle l'émergence des infirmières *via* un certain nombre de luttes pour la reconnaissance, et qui débute en France dans le dernier quart du XIX<sup>e</sup> siècle. Il s'agit alors d'un mouvement initié par les médecins, inscrit dans une volonté anticléricale, qui vise à professionnaliser, éduquer et laïciser le personnel hospitalier qui leur est subalterne. Le groupe des infirmières émerge alors au travers de formations diverses qui font leur apparition, chacune affiliée à une école et ayant son propre niveau d'exigence ; à titre d'exemple, celle de la Salpêtrière demande en 1907 deux années d'études pour devenir infirmière « brevetée ». Relevons aussi celle de Léonie Chaptal, qui ouvre ses portes en 1905, et produit plusieurs textes où elle explicite sa vision du métier, qui reprend les valeurs religieuses des sœurs sous la forme de « morale professionnelle » (Saliba, Bon-Saliba et Ouvry-Vial, 1993). Le modèle qui y est recherché est de l'ordre du « compromis » : il dénonce la faiblesse du niveau scolaire des soignantes d'alors, mais dans le même temps il s'oppose à l'élitisme anglais. Ce dernier modèle est le premier concernant le groupe professionnel à voir le jour en Europe. L'infirmière n'y est pas tout à fait subordonnée au médecin, mais plutôt son homologue féminin, originaire de « bonne famille » avec un haut niveau d'études (Carricaburu et Ménoret, 2004).

Léonie Chaptal jouera par la suite un rôle de premier plan lorsque ces formations disparates, dépendantes chacune de leur école, seront unifiées en 1922 avec le titre d'infirmière diplômée de l'État français (sous la forme de trois brevets avec spécialités qui perdureront jusqu'en 1938).

Mais ce premier diplôme n'est pas encore recherché strictement dans les recrutements hospitaliers, et le personnel est encore très hétéroclite. On y retrouve d'une part le personnel religieux, toujours très présent, avec par exemple l'effectif des sœurs hospitalières qui ne décroît pas (Arborio, 2001) ; et d'autre part le personnel laïc, au sein duquel les formations sont très éparses. S'y rencontrent aussi bien des infirmières formées et possédant un diplôme d'État

que d'autres personnels moins formés, parfois « quasi analphabètes », des « filles de salles » promues, ou d'autres personnels déjà en poste lors de la mise en place du diplôme, qui se voient maintenus pour exercer « en qualité d'infirmier ». Le contexte géopolitique des deux guerres mondiales renforce cette constitution anarchique des personnels, puisque les besoins de soins qui y sont liés réclament l'embauche d'une main-d'œuvre nombreuse, et donc une exigence moindre sur les origines de ces soignants.

La suite du XX<sup>e</sup> siècle verra donc les mises en œuvre des volontés de différenciation de l'élite infirmière pour la reconnaissance de leur fonction, parfois *via* l'exclusion des autres groupes professionnels concurrents (Arborio, 2001). Après avoir acquis leur titre et leur diplôme d'État, elles obtiendront le monopole sur leur fonction avec la loi de 1946 qui encadre juridiquement l'activité d'infirmière, et y joint la nécessité de possession du diplôme pour pouvoir prétendre à ces postes et exercer. Ce texte sera suivi d'autres, qui promeuvent « des études de plus en plus longues, des spécialisations, des formations cadres et la reconnaissance d'un rôle propre » (Carricaburu et Ménoret, 2004). Un éventail large qui révèle comment la posture du groupe professionnel est reconnue par les institutions.

Pour autant, cela ne garantit pas tout à fait l'autonomie du groupe professionnel ; puisque cette reconnaissance ne lui permet pas d'obtenir le monopole sur le travail soignant, et ne l'érige pas en profession (Feroni et Kober, 1995). En effet, le travail infirmier révèle l'ambiguïté de leur rôle. Elles appliquent des soins prescrits par les médecins d'une part, mais sont responsables de leurs décisions quand elles effectuent les actes de leur « rôle propre » (Carricaburu & Ménoret, 2004). Cette double origine serait à la source de la volonté du groupe de s'orienter vers des tâches administratives et de gestion des soins, telles les cadres infirmières, pour pouvoir déléguer ce qui appartient aux soins moins techniques, et plus proches du « sale boulot » soignant (Arborio, 2001). Cette délégation, ce changement dans le registre du travail, serait la seule échappatoire au pouvoir médical sur le travail de la clinique (Freidson, 1988, p. 57). D'autant plus que les textes juridiques qui encadrent le rôle infirmier n'en clarifient pas tout à fait la posture, ce qui nous semble transparaître à nouveau avec la création récente des infirmières de pratiques avancées (IPA), un diplôme infirmier supplémentaire, équivalant en nombres d'années d'études au diplôme de cadre (master), mais qui s'enfonce plus en avant dans la prise en charge de tâches médicales, déléguées par le médecin et constituant une partie de leur « sale boulot » ; elles obtiennent par exemple le droit de prescrire le renouvellement d'ordonnances déjà produites par un médecin.

Aussi, cette position ambiguë, croisement de deux postures, semble représentative de la position des infirmières, sous tutelle médicale pour une partie des tâches de leur quotidien, mais indépendante sur d'autres. Une posture qui se prolonge jusque nos jours, et qui produit un

sentiment de non-reconnaissance (Feroni et Kober, 1995) qui s'accompagne de la volonté d'autonomisation face aux médecins, quand dans le même temps une partie des membres du groupe professionnel affirme et revendique de « tirer leur spécificité de leur fonction d'intermédiaire » (Acker, 1991, p. 136, 2005).

La présence prolongée des infirmières dans l'unité, à l'inverse des autres acteurs, et notamment des psychiatres, crée l'interdépendance que nous avons décrite entre ces deux groupes professionnels. Ainsi, les psychiatres ont besoin des informations dont disposent les infirmières pour prendre leurs décisions au sujet des micro-libertés, que les paramédicales devront appliquer par la suite, ce qui dicte les conditions de leur travail au quotidien. L'observation des relations de ces deux groupes permet de révéler des logiques sous-jacentes qui leurs sont propres : les psychiatres cherchant à acquérir le soutien des infirmières en leur laissant une plus grande place dans les processus de décision des micro-libertés. Dans le même temps, les infirmières considèrent leur propre savoir comme légitimé par leur présence prolongée au contact des patients. Ce rapport nous semble être un prolongement particulièrement représentatif des dynamiques historiques qui ont vu le groupe professionnel infirmier émerger : un processus continu de tentatives d'autonomisation et de constitution en profession, hors de la tutelle médicale, mais qui dans le même temps ne parvient pas tout à fait à sortir de ce rôle, et en reste dépendant. Cette histoire n'est probablement pas à l'origine des comportements individuels des infirmières, en quête quotidienne d'autonomie ; elle révèle cependant à quel point la nature de la position des infirmières est ambiguë dans l'organisation hospitalière depuis de nombreuses années : et c'est plus sûrement cette position ambiguë qui provoque les comportements que nous décrivons.

## **La présence continue, source de contre-pouvoir pour les infirmières**

Le groupe professionnel que nous décrivons est donc particulièrement investi dans la gestion des options du quotidien des patients. Elles appliquent effectivement les décisions des médecins au sujet des micro-libertés : distribuant les cigarettes et les objets accessibles aux patients, se chargeant de remettre les traitements médicamenteux, escortant les patients vers les lieux auxquels ils ont accès... Cependant, leur présence prolongée fait plus que de leur donner des devoirs de continuité des soins, elle les rend aussi nécessaires dans la pérennité des informations au sujet des patients : les possibles indices des effets de traitements, les comportements qualifiables de progrès ou de problèmes qui permettent l'avancée dans le parcours des micro-libertés vers la sortie de l'unité. D'une part, elles appliquent les soins, et d'autre part, elles transmettent les informations qui permettent aux psychiatres de décider du contenu de ces soins.

Cependant, lors de ces transmissions de l'information, il est une réalité que nous n'avons pas encore décrite, pourtant perpétuelle et inévitable : les infirmières qualifient ces informations à propos des patients. En somme, elles ne rendent pas une vision pure ou objective des comportements, des discours et des situations qui impliquent les patients. Factuellement, elles opèrent, individuellement, à leur échelle, un tri dans l'ensemble des informations dont elles disposent. De plus, elles y ajoutent des adjectifs, qualifiant ces informations, et mobilisant des vocabulaires particuliers. Ainsi, chacune d'entre elles peut tenter d'appuyer sur les points qui lui semblent importants, et ce pour faire rejaillir sa vision personnelle de la prise en charge et des micro-libertés qui concernent le patient dont elle transmet les informations.

Ainsi, les infirmières peuvent appuyer sur les actes ou les discours perçus péjorativement par l'équipe. La situation apparaît par exemple lorsque Ness s'oppose à ce qu'une patiente obtienne l'accès au self pour les repas, plutôt que de les prendre au sein de l'unité :

La psychiatre Amel voulait tester de faire prendre ses repas au self pour une patiente, mais elle y a été très agressive. L'infirmière Ness décrit à la psychiatre la violence verbale de la patiente, mais ne parle pas du fait qu'elle n'a pas jeté son repas partout. Elle conclut : « Pourquoi faire des tests ? Ça sert à rien ! J'étais sûr que ça échouerait ! » Finalement, la psychiatre décide que la patiente mangera à nouveau dans l'unité. (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Ness pensait déjà, avant l'expérimentation, que la patiente n'aurait pas un comportement adéquat au self. Pour faire annuler la micro-liberté nouvellement acquise par la patiente, elle va souligner et décrire la violence verbale de la patiente de façon insistante. Cependant, au cours de la discussion, elle passe sous silence le fait que la patiente n'a pas été violente physiquement et n'a pas utilisé la nourriture à mauvais escient (elle ne l'a pas jetée sur d'autres individus ou au sol) ; quand bien même il s'agit généralement du comportement qui décide si le repas est pris au self ou non. Ness choisit les sujets sur lesquels elle met l'emphase : elle décide d'accentuer la violence verbale pour soutenir sa vision de la prise en charge de la patiente ; une vision dans laquelle cette dernière ne bénéficie pas de la micro-liberté de prendre ses repas au self, pour le moment du moins.

Ainsi, régulièrement, les infirmières choisissent de mettre l'accent sur des comportements perçus péjorativement par l'équipe soignante et les psychiatres, et ce pour que les micro-libertés ne soient pas accordées, ou soient retirées si elles les considèrent comme prématurées ou contraires à leur vision de la prise en charge pour ce patient. Elles cherchent ainsi à peser sur les prises de décisions, dans un comportement déjà décrit dans d'autres recherches, où l'usage de termes comme « opposant » et « à la limite du passage à l'acte » sont des leviers pour influencer les décisions médicales, et inciter à des prises en charge plus encadrées qui visent à « garantir de bonnes conditions d'exercice pour le groupe infirmier » (Mougeot, 2022). Généralement, enlever des micro-libertés est un moyen d'obtenir un encadrement plus ferme, et de minimiser la charge de travail pour des patients considérés comme « difficiles ». Mais il ne s'agit pas du seul objectif que peuvent poursuivre les infirmières en investissant leurs transmissions.

En utilisant une méthode similaire, nous avons aussi constaté des usages inverses de la part de ces paramédicales. Dans ces cas, elles se montrent mélioratives, en mettant en lumière les « bons » comportements ou les « progrès » du point de vue de l'équipe ou des psychiatres ; ou bien encore, en appuyer certaines observations. Le but est alors d'obtenir des micro-libertés qu'elles considèrent justifiées pour un patient :

Un patient a été agressif au self avec sa voisine. Il se sont disputés, et il l'a menacée avec son couteau. Les paramédicaux en discutent, certains trouvent risqué de le laisser continuer à aller au self. Mais Léna ne veut pas qu'il retourne manger dans l'unité, elle trouve qu'il fait des progrès. Elle indique à ses collègues qu'elle s'occupera de raconter l'événement aux psychiatres. [...]

Lorsqu'elle raconte l'événement au médecin, elle minimise la situation : il y a effectivement eu « dérapage », mais sans violence effective. Elle propose de « le

mettre en plateau », soit prédécouper sa nourriture pour qu'il n'ait pas de couteau.

C'est cette dernière idée qui est retenue.

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

La manière dont Léna décrit l'événement est inverse à ce qu'a fait Ness précédemment : ici, c'est l'absence de violence effective qui est mobilisée, et Lena propose une solution qui lui demande une plus grande implication, avec une tâche supplémentaire. Pour ce patient auprès duquel elle est impliquée, Léna désire que la micro-liberté ne lui soit pas retirée, et elle qualifie les comportements du patient pour essayer, et finalement obtenir, une prise en charge plus proche de sa vision.

Par ailleurs, les paramédicales peuvent mobiliser les informations qu'elles détiennent sans passer par une qualification, péjorative ou méliorative, des actes :

La réunion matinale aborde un nouveau patient. L'équipe a peu de choses à dire, et s'apprête à passer au suivant. Sid signale alors « Elle m'a dit qu'elle trouve le temps long ici ... dans l'unité ». L'équipe discute, « C'est vrai qu'elle doit s'ennuyer ». Finalement, la psychiatre évoque l'idée de lui proposer une permission pour le week-end. Sid soutient l'idée, qui sera acceptée.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Alors que la discussion allait prendre fin, Sid mobilise un élément extrêmement court et précis de ses discussions avec la patiente, sélectionné parmi les nombreuses interactions qu'il a eues avec cette dernière. Il ne nous semble pas qu'il désirait obtenir spécifiquement une permission en évoquant cet échange avec la patiente, dans ce qui aurait été un acte calculé ; mais plutôt qu'il a mobilisé cette idée car l'ennui de la patiente l'a touché, et qu'ainsi il espère y trouver une solution, aidé par l'équipe. Solution qui prendra la forme d'une autorisation de sortie, une nouvelle micro-liberté pour la patiente. Parce que Sid est investi auprès de cette patiente, avec laquelle il a discuté régulièrement les jours précédents, il cherche à faire valoir l'un des éléments qu'il détient, une seule petite phrase pour résumer plusieurs jours de discussions.

D'autres moments illustrent ces tentatives pour influencer positivement les micro-libertés d'un patient, dans ce qui nous semble être un investissement plus important. Ainsi, il arrive qu'elles minimisent les comportements de patients, voire dissimulent certaines informations pour leur éviter des sanctions, donc le retrait de micro-libertés, lorsqu'ils commettent des actes mal perçus dans l'unité. Il s'agit alors généralement de patients pour lesquels l'infirmière est investie émotionnellement, plus qu'avec d'autres, désignés parfois

comme des « chouchous » (Mougeot, 2022, 2019a). Lou nous offre un bon exemple de ce type de comportement infirmier :

Lou sort fumer une cigarette avec un de ses patients « préférés ». Il n'a pas de moyens, c'est toujours elle qui lui offre une de ses cigarettes personnelles. Le patient sort un briquet de sa poche : il s'agit d'un objet recherché dans l'unité, qui est dit volé depuis quelques jours. Lou questionne le patient sur l'objet, mais sa réponse est confuse. Elle récupère le briquet, et indique « Bon je vais le mettre dans le bureau comme s'il avait été trouvé, et on en reparle plus d'accord ? », aussi bien à destination du patient qu'à mon endroit.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Lou est investie dans la prise en charge de ce patient depuis plusieurs semaines, partageant souvent avec lui une cigarette, et profitant du moment pour discuter de ses troubles, de ses symptômes et de ses difficultés hors des murs. Un moment d'intimité régulièrement mobilisé par des professionnels pour tisser du lien avec la population prise en charge, et qui dépasse la consommation de tabac (Condamine-Ducieux, à paraître). Lorsque le patient propose le briquet, l'infirmière est consciente que ce vol serait sanctionné par une perte de micro-libertés pour le patient s'il était révélé, ce qui est généralement le cas dans de telles circonstances. Elle choisit de dissimuler les actes du patient au reste de l'équipe, et le sauve ainsi des répercussions, même si elle se dira se montrer plus vigilante avec lui par la suite, et le sermonnera sur le sujet à plusieurs reprises.

Les informations que détiennent les infirmières, le contenu du temps passé avec les patients, en l'absence de tout autre acteur des équipes, constituent une *zone d'incertitude*, dont le contenu est connu d'elles seules (Crozier, 1963). Elles détiennent là une marge de manœuvre, puisqu'elles peuvent mobiliser, ou non, ces informations de la manière dont elles l'entendent lorsqu'elles les transmettent aux psychiatres, de même qu'elles peuvent qualifier les comportements des patients, méliorativement ou péjorativement, ce qui leur permet de « peser sur l'action » (Mougeot, 2022). Au travers de ces comportements individuels, les infirmières investissent les prises en charge de patients qui leur importent, positivement comme négativement. Elles détournent les règles formelles de transmission des événements, elles construisent des *tactiques* traversières, dépendantes des possibilités que leur offrent les circonstances (de Certeau, 1990). Car leur investissement dans ces zones d'incertitudes est

dépendant du contenu de l'événement : il faut assister aux actions du patient pour pouvoir le qualifier, le détourner, ou choisir de le dissimuler au reste de l'équipe.

Or, le champ des coups à jouer (de Certeau, 1990) offerts par leur présence continue dans l'unité est bien plus large que le seul sujet des transmissions d'informations. En prolongeant sa présence entre les murs, aux moments plus calmes où l'équipe soignante est peu nombreuse, en l'absence des psychiatres et des cadres de santé : tôt le matin, tard le soir, les week-ends ou encore les jours fériés ; il est offert à l'observateur d'assister à des coups plus flamboyants encore, des tactiques aux répercussions plus profondes sur les micro-libertés des patients :

Samedi matin, j'accompagne Naëlla pour la distribution des médicaments. [...] L'un des patients arrive dans un état extrêmement étourdi, il semble avoir des difficultés à marcher et à communiquer. Il garde la bouche ouverte, de travers, et un long filet de bave en pend jusqu'à ses vêtements. Naëlla décide alors de ne pas lui donner son traitement. Elle m'explique : « Il est tellement ensuqué ! Il a sa famille qui vient cette après-midi, mais là il est tellement ensuqué, il va pas profiter, personne va en profiter, ça servirait à rien. C'est pour ça là je lui donne pas. Je suis là demain, je verrai s'il faut rééquilibrer. »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Naëlla illustre ici son implication dans la prise en charge du patient. Un samedi, seule face au patient qu'elle considère trop endormi par les sédatifs, l'infirmière choisit de modifier temporairement le traitement médicamenteux. L'impact sur les micro-libertés est grand : le patient est assommé, sa bouche si molle qu'il est incapable de parler et de retenir sa salive. La modification ponctuelle du traitement que fait Naëlla retire l'impact physique, contraignant et limitant du traitement. Pour le temps de la visite de sa famille, elle cherche à offrir au patient moins de contraintes chimiques.

L'exemple des médicaments est frappant en ce qu'il entre en opposition avec les codes juridiques qui encadre l'administration de ces influenceurs chimiques puissants. Les micro-libertés que la prise des traitements implique sont plurielles, car leurs effets sur les symptômes des pathologies, mais aussi leurs effets secondaires, conditionnent certains comportements des patients. Ils peuvent contraindre, chimiquement, à certains comportements, et leur maîtrise par les acteurs modifie en profondeur les conditions de vie du patient.

Mais le traitement est loin d'être le seul sujet de micro-libertés sur lequel peuvent prendre place les braconnages infirmiers ; à l'inverse, leur présence continue leur donne accès à la quasi-totalité de la gamme des micro-libertés des patients. On retrouve des comportements similaires, par exemple, sur d'autres sujets qui semblent fortement impactants, comme les contentions physiques : les infirmières pouvant décider de contentionner un patient trop agressif, alors qu'une prescription médicale est nécessaire. Mais l'inverse est aussi vrai : l'avis médical est nécessaire pour « décontentionner » un patient, et il arrive que les infirmières le fassent sans l'accord du médecin, et la régulation suit alors de plusieurs heures, parfois plusieurs jours, à la suite d'interactions que nous décrirons dans la sous-partie suivante.

Ajoutons que ces braconnages peuvent prendre place sur des micro-libertés qui semblent mineures, mais qui ne sont pas dénuées de valeur pour les acteurs.

[Au rendez-vous en chambre d'isolement du matin], sont présents la cheffe d'unité Sabine, l'interne Julien et deux aides-soignants, Mathis et Gabriel. Ce dernier prend des notes, il « remplace une infirmière ». Le patient est agité, et refuse de discuter, il répète que sa « tête gonfle » depuis la veille. Finalement, comprenant qu'il est en soins sous contrainte, il réclame un stylo et du papier pour faire une lettre au juge des libertés. L'équipe quitte la chambre et discute de ce choix, l'interne soulève le risque qu'il utilise le stylo pour blesser quelqu'un ou lui-même. Gabriel souligne qu'ils doivent selon les textes donner de quoi écrire à un patient qui le réclame pour le juge. [...] Sabine tranche, « On lui donnera pendant le déjeuner », elle retourne dans la chambre l'annoncer au patient.

[À l'heure du déjeuner] Le patient en chambre d'isolement s'énerve contre l'aide-soignante Apolline qui lui a apporté son plateau-repas. Pour exprimer sa colère, il vide toute la nourriture dehors, par la petite trappe sur le côté de sa fenêtre. Ce n'est pas la première fois, il a déjà jeté du papier toilette et son pantalon de pyjama par la même ouverture la veille. [...] L'équipe appelle du renfort, ils entrent à cinq, ils nettoient et font participer le patient. Les infirmières décident finalement de fermer la petite trappe de la fenêtre et de la garder fermée le lendemain aussi, de plus, ils ne lui donneront pas le papier et le stylo.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet exemple, en premier lieu, la cheffe de pôle décide d'accorder une micro-liberté à un patient en chambre d'isolement, l'accès à un stylo et du papier, après une discussion au sein de l'équipe. Dans la suite de la journée, le patient utilise la petite trappe de sa fenêtre pour jeter des objets et de la nourriture hors de sa chambre, un usage qu'il a déjà eu, et qui est perçu péjorativement par l'équipe, aussi bien car ils le considèrent comme inapproprié que pour le travail supplémentaire qu'il leur demande. À la suite de ce comportement, les paramédicales, en l'absence des psychiatres, choisissent une double sanction : d'une part, elles reviennent sur la décision de la psychiatre Sabine, et décident de ne pas donner le stylo et le papier au patient qu'elles jugent trop « agité ». D'autre part, elles ferment la petite trappe de la fenêtre : il faut pour cela utiliser un outil spécifique, les patients ne peuvent pas ouvrir ou fermer ce clapet. Le patient perd donc deux micro-libertés, l'accès au matériel pour écrire, et le fait de pouvoir demander à ce que sa fenêtre soit ouverte. L'intérêt de cet exemple réside surtout en ce qu'il montre la diversité des sujets de micro-libertés que les infirmières peuvent influencer ; allant des traitements médicamenteux encadrés juridiquement par les prescriptions, jusqu'à des micro-libertés moins marquantes, mais néanmoins importantes dans le quotidien des patients, comme rallonger ou écourter le temps d'attente pour la prochaine cigarette par exemple. En l'absence des psychiatres, et plus généralement des autres groupes professionnels, les infirmières peuvent ainsi momentanément contrôler une gamme extrêmement vaste des options qui font le quotidien de l'hospitalisation psychiatrique.

Car on peut effectivement parler ici de contrôle de la part des infirmières. Elles ne se contentent plus seulement de « peser sur l'action » (Mougeot, 2022), d'influencer la décision médicale par la qualification de certains comportements de patients transmis au reste de l'équipe. Ici, elles dictent directement l'action, mobilisant les zones d'incertitudes dont elles disposent face au reste de leur équipe : elles s'arrogent un *pouvoir de l'expert* (Crozier, 1963, p. 202) sur les micro-libertés, ignorant les chaînes de délégations officielles, supplantant les hiérarchies officieuses et la légitimité médicale. En cela, elles font preuve de *stratégie*, car elles ne sont pas « irrationnelles » dans leurs actions, mais dans le même temps elles ne construisent pas de « projets cohérents » visant à la domination du système sur le long terme (Crozier et Friedberg, 1977). Il s'agit plutôt de saisir au vol des opportunités, de monter des *tactiques* temporaires, qui n'influencent les micro-libertés des patients que pour une poignée d'heures, voire de minutes, à l'échelle des unités. Ces prises de pouvoir sont relatives aux « possibilités offertes par les circonstances » (de Certeau, 1990)<sup>19</sup> : les infirmières braconnent et rusent pour

---

<sup>19</sup> De Certeau propose une définition des *tactiques* qu'il oppose aux *stratégies*. Ces dernières sont le propre d'organisation de grandes échelles, rationnelles et long-termistes, quand les tactiques sont le propre des acteurs individuels, inventant et braconnant dans leurs milieux quotidiens des façons de détourner les règles formelles qui

se défaire des cadres et des règles, et suivre leurs visions personnelles des prises en charge (Mougeot, 2022, 2019a, 2019b) et des micro-libertés pour les patients avec lesquels elles s'impliquent. Pour voir leur éthique personnelle triompher. En cela, leur pouvoir s'exprime surtout comme un *contre-pouvoir*, en ce qu'il leur permet d'échapper temporairement, de se révolter silencieusement contre les encadrements formels qui dictent la prise en charge des patients, et il s'exprime indistinctement contre l'entière des psychiatres, et pas seulement celles qui se révèlent ne pas être « à l'écoute ».

Ces moments de braconnage, d'usage du contre-pouvoir, font transparaître à nouveau la volonté d'autonomie des infirmières face à la tutelle médicale, dont nous constatons la présence marquée dans les discours et la persistance dans la construction historique du groupe. Elle se retrouve similairement dans d'autres terrains psychiatriques : ce que Barrett désigne comme la volonté de produire un apport à la compréhension et au traitement de la maladie mentale (Barrett, 1998), et qui s'exprime sur nos terrains au travers des micro-libertés, forme plus globale de prise en charge qui dépasse les cadres du thérapeutique.

Ils s'accompagnent généralement de discours de justification, notamment lorsqu'il s'agit d'aller à l'encontre de cadres juridiques, et de s'exposer à des risques :

**Kiara :** « Moi j'ai donné le traitement quand même, alors qu'il était plus prescrit sur le logiciel, c'était pas à jour. Mais c'est un traitement qu'il prend depuis des années, ce patient on le connaît, il vient ici depuis des années. Je me suis permise de donner. Qui, légalement, je suis en tort ! Et je sais, mais j'ai donné car je connais ce patient, il a ces traitements-là depuis X temps, c'est un traitement au long cours et il est important qu'il l'ait. » (*Infirmière, 30 ans, unité 3*)

Comme Kiara, la majorité des infirmières construisent des discours à notre égard pour justifier de leurs prises de pouvoir les plus risquées. Souvent, elles y mettent en avant leur présence prolongée dans l'unité, dont nous avons déjà montré à de multiples reprises comment elle légitime selon elles leur connaissance.

Ici, cette présence prolongée devient le siège de renseignements pointus et personnalisés sur le patient. Ce sont ces connaissances, individuelles, qui justifient de « se permettre » : de ne pas suivre les prescriptions, de prendre des risques et de braconner. Autrement dit, ce que montre

---

encadrent leur action. Cette deuxième définition est plus proche de l'emploi que font Crozier et Friedberg du terme de *stratégie* : qui désigne pour eux le comportement d'acteurs actifs, pas toujours cohérents, ni prévoyants, sans être irrationnels. Ces auteurs posant clairement des définitions fortement distinctes de la stratégie. Aussi, malgré l'opposition que pose de Certeau, nous nous permettons de faire dialoguer ici les deux théories.

ici Kiara, mais qui se retrouve de façon généralisée dans les discours des infirmières, c'est comment leur contact continu avec le patient permet selon elles une connaissance plus aiguisée de ces derniers, de leurs comportements, de leurs traitements et de leur réaction face à ces derniers : Kiara peut donner au patient un traitement oublié dans les prescriptions, puisque ce patient spécifique, elle le connaît depuis de nombreuses années, après ses multiples passages dans l'unité ; elle a été à son contact sur des temps longs, et a retenu son traitement et l'importance de celui-ci pour son état du point de vue des soignants.

D'autre part, le discours de l'infirmière de l'unité 3 met en exergue un fait qui transparaît tout au long de ce chapitre, mais que nous n'avons pas encore explicité clairement. Il s'agit du caractère individuel de l'investissement des infirmières pour certains patients.

Kiara révèle ainsi son investissement personnel avec le patient, souligné par l'usage du pronom personnel : « je suis en tort », mais « je connais ce patient ». L'usage répété illustre ce rapport généralement individualisé : elle prend la décision seule, il s'agit d'un rapport de face-à-face, une infirmière – rarement, plusieurs d'entre-elles – négocie avec un patient, les modifications de micro-libertés temporaires qu'elle peut mettre en place.

Qui plus est, cette négociation a lieu sur une fraction des patients. Une infirmière ne négociera pas avec tous les patients avec lesquels elle interagit dans la journée : elle négocie avec la fraction d'entre eux avec laquelle elle s'investit sur des temps longs ; positivement lorsqu'il s'agit de patients favoris, de « chouchous », des patients « touchants », et négativement lorsqu'elle désire sanctionner des comportements qu'elle perçoit péjorativement ou bien faciliter son travail de prise en charge (Mougeot, 2022).

Dans cette sous-partie, nous avons montré comment la présence prolongée des infirmières dans les unités de psychiatrie d'hospitalisation en fait les acteurs les plus régulièrement en contact avec les patients, et dans le même coup, les implique fortement dans les micro-libertés : d'une part *via* la réalisation de ces dernières, d'autre part *via* la circulation des informations qui en dictent la teneur.

Ce rapport de proximité temporelle et spatiale aux patients et à leurs micro-libertés constitue une zone d'incertitude aux mains du groupe paramédical, dont certaines infirmières peuvent disposer au travers de la mise en place de petites tactiques et de petits détournements des règles formelles. Ainsi, elles peuvent tenter de peser sur l'action en choisissant les contenus qu'elles transmettent au reste de l'équipe, et en qualifiant les comportements qu'elles sont seules à observer. D'autre part, elles peuvent directement influencer les micro-libertés en l'absence des

autres groupes professionnels, par le biais des braconnages temporaires, lorsque l'accès au téléphone portable est proscrit quelques heures en guise de punition, ou au contraire étendu pour un patient « chouchou ». Dans tous les cas, ces comportements montrent des tentatives et des implications personnelles qu'entretiennent les infirmières auprès de certains patients, car elles s'engagent dans des négociations individuelles avec la fraction de patients qui leur importe, soit pour réduire leur charge de travail, punir des comportements qu'elles considèrent inappropriés, ou récompenser des patients qu'elles qualifient positivement et pour lesquels elles s'engagent personnellement dans la prise en charge au long terme.

Ces fonctionnements sont finalement révélateurs de l'ordre négocié qui prend place dans le quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation, et qui diffère de l'organisation formelle. De prime abord, les médecins-psychiatres décident effectivement du contenu des micro-libertés pour un patient, ce qui semble leur donner le rôle majeur dans la construction du quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation. Cependant, la présence continue du groupe des infirmières lui offre une place tout aussi prépondérante dans les négociations et les décisions qui concernent les micro-libertés : position dans laquelle elles sont invitées par les médecins qui cherchent à appuyer leur légitimité, mais qu'elles s'attribuent aussi *via* des braconnages et des tactiques traversières. Les infirmières se révèlent donc finalement très influentes sur les micro-libertés des patients, aussi bien dans le long terme, pour les négociations et les informations qu'elles transmettent aux psychiatres, que sur le cours terme en braconnant des micro-libertés temporaires.

## **Tactiques individuelles, mais protection de groupe**

Précédemment, nous avons montré comment les infirmières disposent des informations supplémentaires que leur offre leur présence prolongée dans les unités pour influencer sur la prise en charge et les micro-libertés des patients. En investissant les informations dont elles disposent, mobilisant les zones d'incertitudes sur lesquelles elles sont seules à régner, pour charger leurs transmissions de valeurs positives ou négatives, voire même en prenant un pouvoir, ou comme nous l'avons montré, un contre-pouvoir sur les psychiatres : en modifiant directement les décisions lors de courts moments d'absence des autres acteurs.

Ces coups dans le jeu des négociations, ces tactiques de subversion des règles formelles, sont autant de comportements et d'investissements individuels, chaque infirmière s'impliquant dans un nombre fini de patients avec lesquels elle entretient une relation, tantôt positive ou négative.

Mais à ces implications individuelles s'adjoignent régulièrement des comportements de groupes restreints aux infirmières. On invoque les collègues, on leur explicite les décisions prises individuellement, on cherche leur soutien, y compris sur des sujets secondaires, aux incidences moindres ou pesant sur des micro-libertés secondaires :

Un patient parle agressivement à une infirmière, dans l'entrebâillement de la salle de réunion. Il veut récupérer sa cigarette au plus vite. « Si c'est comme ça, je prolonge votre attente, vous l'aurez dans vingt minutes, votre prochaine cigarette ! » lui indique Léna.

Tournant la tête vers l'intérieur de la salle de réunion, elle annonce à la volée « On le fait attendre vingt minutes de plus pour sa prochaine clope, hein ! On parle pas comme ça quand on est bien élevé ! ». (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Léna, excédée par le comportement insistant et agressif du patient, décide de le sanctionner en rallongeant son attente pour sa prochaine cigarette. L'impact sur la micro-liberté d'accès à ses propres cigarettes est minime pour le patient, mais il n'est pas sans valeur pour autant. La négociation pour la micro-liberté se déroule finalement vers une perte, temporaire, pour ce dernier. Mais nous constatons aussi l'appel général que lance ensuite Léna à l'intérieur de la salle de réunion, aux autres paramédicales présentes. Elle acte sa décision devant la partie présente de l'équipe. Elle en appelle à son groupe.

Ce comportement est finalement assez évident : pour faire appliquer la sanction qu'elle désire, il est nécessaire que toutes s'accordent à appliquer cette décision, sans quoi, le patient pourrait obtenir sa cigarette en demandant à une de ses collègues. En somme, réclamer le soutien de son groupe est le seul moyen pour Léna de s'assurer de l'application de sa décision. Ce support s'exprime alors dans le fait que nous n'avons jamais observé d'infirmière revenir sur une décision qu'elle avait précédemment entendue de la part d'une collègue.

Ce genre d'appel aux collègues est régulier lors de prises de pouvoir sur une micro-liberté d'un patient. D'une part, nous en constatons l'application généralisée, et d'autre part, elle est exprimée dans le discours des infirmières :

**Nathalie** : « On montre pas de désaccord aux patients. Faut pas. Si t'en as un qui est manipulateur, par exemple, il en profite trop. Un psychopathe par exemple. Faut être soudés. » (*Infirmière, 40 ans, unité 3*)

Comme le fait Nathalie, certaines pathologies de patients ou certains comportements qualifiés péjorativement sont régulièrement mobilisés pour justifier la nécessité d'un accord au sein du groupe des infirmières. Mais il nous semble dans le même temps que cette évocation du groupe est nécessaire pour la réussite des coups et des tactiques individuelles. Comme nous le disions, si les autres infirmières n'appliquent pas elles aussi la décision, alors celle-ci n'a plus de poids, et agit comme un coup dans l'eau ou une menace en l'air à l'encontre du patient et de sa micro-liberté.

Ce que nous observons finalement, c'est une forme d'accord tacite entre les membres du groupe paramédical. Les infirmières s'accordent sur les applications de prise de pouvoir de leurs collègues, pour garantir leurs efficacités. Cela fait sens, puisqu'elles auront besoin d'un soutien du même ordre lorsqu'à leur tour elles chercheront à influencer les micro-libertés d'un patient. En somme, la réciprocité assure à chacune qu'elle peut investir les prises en charge et prendre des décisions individuelles.

Cette recherche de réciprocité et de soutien des pairs acquiert une dimension supplémentaire lorsque l'infirmière prend un risque légal à exercer son pouvoir sur une micro-liberté de patient encadrée juridiquement. Nous avons par exemple précédemment explicité les décisions qui concernent les traitements médicamenteux, soumis aux prescriptions médicales, et que les infirmières décident parfois de modifier. Dans certains de ces cas, nous avons pu voir comment elles mobilisaient aussi leurs collègues :

[Dimanche] J'accompagne Karine qui distribue les médicaments. Vient le tour d'une patiente qui me semble très endormie. L'infirmière le constate aussi, et remarque à haute voix qu'elle sort bientôt de l'unité. Elle décide de ne pas lui donner le sédatif pour cette raison.

Après la distribution, elle m'explique « elle était trop sédaturée la pauvre, alors je lui donne pas le sédatif. Mais je prends un risque quand même parce que si elle re-flambe, c'est moi qui prend ». Lors des transmissions du soir, elle indiquera ne pas avoir donné le sédatif, « Si ça se passe pas bien, vous pouvez lui redonner, hein ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Les infirmières mobilisent ainsi régulièrement des collègues lors de leurs braconnages, soit informellement, aux détours d'un couloir ; soit lors des transmissions de l'équipe paramédicale, cherchant le soutien et l'assentiment de toutes les collègues du roulement. Une approche qui

permet de fondre la décision dans le groupe, parmi les collègues, car ces dernières la reprennent alors à leur compte, comme si elles avaient pris la décision personnellement, ou bien encore comme s'il s'agissait d'une décision collégiale :

[Lundi matin] Nous sommes à la réunion d'équipe. Lorsque vient le tour de la patiente qui doit partir, à laquelle Karine n'avait pas donné le traitement sédatif, Patrick annonce aux psychiatres : « On lui a pas donné le sédatif, elle était trop écrasée là ... Vous pouvez modifier la prescription pour dire que c'était dès dimanche ? » (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Il faut noter ici l'emploi du pronom « on », faisant passer la décision unique, individuelle, basée sur un avis personnel de l'une des infirmières, pour une décision collective et collégiale. Ainsi, le risque qui pèse sur l'infirmière seule, lorsqu'elle choisit d'agir à l'encontre des règles formelles, établies juridiquement, est dilué au sein de son groupe professionnel. Délayer ce risque, en invisibilisant la décision individuelle d'une infirmière, c'est assurer une plus grande sécurité à ses membres : si d'aventure, la décision devait causer une sanction, aucun acteur n'est nommé explicitement, et il faudrait soit sanctionner l'ensemble des paramédicaux de l'équipe (et fermer l'unité dans la foulée), soit se contenter d'une remontrance générale, sans conséquences directes pour les infirmières.

Par ailleurs, l'exemple de la décision de Karine, reprise ensuite par Patrick et l'ensemble des infirmières de l'unité, atteste de la manière dont certaines applications du pouvoir infirmier sont révélées aux psychiatres de l'unité. Ici, après que Patrick ait mis la psychiatre devant le fait accompli, annonçant une décision collégiale déjà appliquée, il demande une régularisation officielle à la psychiatre : il lui demande d'antidater une prescription médicale pour régulariser la décision prise par un membre de son groupe. Ainsi, certains usages du contre-pouvoir sont parfois remontés aux psychiatres, lorsqu'ils relèvent d'encadrement *via* des prescriptions. Les infirmières, par une demande de groupe, cherchent à obtenir une régularisation de leur usage du contre-pouvoir, ce qu'elles appellent généralement se « (re)mettre dans les clous », et qui réclame de la part des psychiatres qu'elles modifient des documents administratifs, généralement en les antidatant, faisant apparaître la décision originelle de l'infirmière comme émanant de la psychiatre.

Il ne s'agit pas là de la majorité des prises de pouvoir que nous observons chez le groupe infirmier. Seules certaines d'entre elles sont remontées aux médecins pour obtenir une protection par une prescription après-coup, comme nous l'avons montré pour certaines

modifications de traitements. D'autres sujets sont plus systématiques, notamment l'usage de contentions physiques ou chimiques que nous avons évoqué précédemment. Ainsi, lorsqu'un patient est considéré par l'équipe comme agressif et dangereux physiquement pour d'autres acteurs ou pour lui-même, l'équipe paramédicale peut décider d'utiliser des contraintes physiques ou chimiques sur le patient : des sangles d'attache au lit ou des injections de sédatifs puissants. Ces deux usages sont encadrés par des prescriptions médicales, de la même manière que les traitements ; de même que dé-contentionner un patient restreint physiquement en demande une. Dans le cas où les infirmières réalisent ces actes – utiliser une contrainte physique ou chimique, ou bien retirer une contrainte physique – en l'absence de l'une des psychiatres, elles cherchent toujours à obtenir des documents justifiant leur action après-coup. Par exemple, si la contention débute juste avant un week-end, et que les infirmières y mettent fin en l'absence des psychiatres ; ou bien à l'inverse si elles la débute la nuit ou le week-end et que le médecin y met fin à son prochain passage : la régularisation peut advenir quelques heures voire quelques jours après l'acte. L'une des raisons de la volonté que nous observons systématiquement à obtenir ces documents est son encadrement temporel, il demande une prescription lorsqu'il débute et lorsqu'il finit. Aussi, lorsque le médecin en signale le début ou la fin, les infirmières ressentent et expriment la nécessité que l'autre partie en soit signalée, pour que l'acte soit borné logiquement et qu'elles se sentent protégées face aux risques légaux.

Il nous semble que dans ces différents cas, lorsque les psychiatres sont mises devant le fait accompli par leurs équipes paramédicales, se joue un rapport de force abrupt : la tactique discrète et moutonnaire (de Certeau, 1990) se révèle directement à ceux qui disposent des règles formelles. Nous pourrions y lire l'expression d'un rapport de pouvoir où l'employé triomphe de sa hiérarchie officielle et lui impose des conditions d'interactions défavorables, évoquant les rapports entre les contremaîtres qui gèrent les usines et leurs ouvriers d'entretien, dont la gestion des pannes leur garantit finalement la position de pouvoir dans l'ordre négocié (Crozier, 1967). Cependant, il nous semble que les interactions qui unissent les infirmières et les psychiatres d'une équipe psychiatrique sont plus complexes et plus intriquées : les infirmières cherchent ici à obtenir un aval rétroactif sur des actes qui sont théoriquement encadrés par le contrôle médical, que la présence limitée des médecins empêche d'asseoir complètement. L'accord *a posteriori* des médecins ne nous semble alors pas seulement subi par un rapport de force défavorable, puisqu'il leur est potentiellement offert de refuser, et de mettre les infirmières dans un embarras juridique. Nous ne l'avons jamais observé. Il nous semble plutôt que ces situations sont révélatrices de l'interdépendance que nous évoquions précédemment : le travail infirmier reste partiellement dépendant de la prescription médicale, tout comme les psychiatres ont besoin que

l'équipe paramédicale leur transmette les informations dont elle dispose ou effectue pour elles des actes hors de leurs attributions. Refuser de valider l'acte créerait probablement de grandes dissensions dans l'équipe soignante ; à l'inverse, antidater une prescription nous semble finalement être pour les psychiatres un autre moyen de se « montrer à l'écoute » de leur équipe paramédicale, d'être considérées positivement, et participe à valider leur position légitime au sein de l'équipe.

Par ailleurs, faire régulariser un braconnage après coup par les psychiatres ne prend place que dans une minorité de cas, puisqu'il s'agit généralement d'actes nécessitant des prescriptions, de même qu'une partie des braconnages sur ces actes ne seront pas pour autant signalés aux psychiatres, et prendront place sur quelques heures ou le temps d'un week-end. La majorité des usages du contre-pouvoir infirmier pour modifier temporairement les micro-libertés ne sont finalement jamais connus du psychiatre : lorsqu'un patient et une infirmière négocient le prolongement de l'attente pour la prochaine cigarette, ou l'accès au téléphone portable pour quelques heures de plus que prévu, ces décisions sont annoncées aux groupes de pairs, qu'on mobilise pour s'en assurer le fonctionnement, mais ils restent discrets, invisibilisés, connus du groupe seul.

La mobilisation des pairs sans que les médecins n'en soient avisés, lors des tactiques et des braconnages des infirmières, est décrite sur d'autres sujets que nous n'avons pas observés sur nos terrains, mais qui révèlent pareillement la nécessité des alliances. La description de la tenue de la pharmacie de l'unité que dresse Mougeot en est un exemple flagrant. L'auteur révèle comment les infirmières constituent un stock informel, annexe, de traitements médicamenteux autrement régulés par des comptages administratifs. L'idée de ce stock officieux est de pouvoir pallier des urgences, des situations de crise des patients, et s'offrir des options de prise en charge avec les traitements. Finalement, il s'agit de se rendre autonome face à la direction administrative de l'hôpital, et de conserver certaines pratiques routinières du groupe infirmier. Cependant, il est nécessaire de dissimuler ce stock lors de contrôle de la pharmacie par le cadre supérieur.

Dans cette situation, le braconnage s'effectue en groupe, avec une « vigie » qui prévient les infirmières du service de la venue d'acteurs encadrants pour permettre le maintien des pratiques traversières. Mougeot souligne ainsi la nécessité pour les infirmières de maintenir des alliances et des bonnes relations, au sein de l'unité, mais aussi avec les paramédicales des autres unités, qui peuvent venir prévenir de l'arrivée d'une vérification. (Mougeot, 2019a, 2019b).

Ces soutiens du groupe professionnel aux actions individuelles trouvent un écho dans les comportements que nous observons autour des transmissions paramédicales, et qui révèlent plus encore les tactiques que met en place le groupe infirmier. En effet, au cours de ces réunions, les infirmières et les aides-soignants seuls sont tolérés ; exception faite, par moments, de l'assistant social<sup>20</sup>. L'entrée d'un autre acteur – psychiatre ou cadre de santé, principalement – engendre alors un silence entêté et des regards empreints d'hostilité. Les transmissions s'arrêtent, le temps du passage de l'indésirable, pour reprendre une fois son départ assuré ; s'accompagnant souvent de quelques commentaires sur son indiscretion :

Une psychiatre entre pendant les transmissions pour demander si une infirmière est disponible pour un rendez-vous avec un patient une fois la réunion terminée. Les infirmières se sont tues depuis son entrée, et lui répondent par des onomatopées indistinctes. La psychiatre sort en annonçant qu'elle verra après les transmissions. Une fois la porte fermée, Grace s'exclame : « On leur a dit pourtant de pas nous déranger pendant les trans' ! ... Elle va voir, nous on va rentrer dans son bureau pendant les entretiens, on va voir ce qu'elle en dit ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

L'hostilité de Grace à l'égard de la psychiatre, alors approuvée par toutes les infirmières, est surprenante, puisque le contenu des transmissions est *a priori* destiné à assurer la continuité de l'information dans l'équipe entière, et ce jusqu'au médecin. Qui plus est, elle prend place entre des acteurs aux rapports amicaux ; cette psychiatre étant appréciée de l'équipe et reconnue comme étant « à l'écoute » des besoins des infirmières.

De fait, ce fonctionnement révèle autre chose qu'une hostilité à l'égard de la psychiatre. Il ne s'agit pas du rapport personnel qu'entretiennent les différentes infirmières avec elle ; mais plutôt d'une logique de groupe qui entre dans les fonctionnements que nous décrivions précédemment. Car protéger ce temps de discrétion et d'intimité, c'est s'assurer le contrôle partagé par le groupe professionnel des zones d'incertitudes ; des pouvoirs que confèrent la présence prolongée, exempte de la présence d'autres groupes, notamment des psychiatres. En protégeant ce moment privilégié, considéré pleinement comme du travail formel, les infirmières s'accordent un temps qui leur permet de mettre en commun leurs opinions, de révéler leurs

---

<sup>20</sup> L'exception se prolonge au sociologue s'il acquiert la confiance du groupe professionnel. Dans notre cas, elle ne fut pas immédiate, bien qu'assez rapide. Les premières fois, nous y sommes directement invités par une infirmière : « tu viens, on va aux trans' ! ». Lors de ces réunions, il n'est pas rare qu'elles nous mobilisent, demandant ce que nous avons noté lors des entretiens avec le psychiatre et que nous désirons transmettre à l'équipe, par exemple. Des mobilisations qui ne prenaient pas place lors des « staffs » du matin.

décisions et leurs prises de pouvoir au sujet des micro-libertés. Ce temps privilégié permet ainsi de mutualiser les différentes décisions et les différents avis à propos des patients : il s'agit d'un moment important pour se mettre d'accord. Chacune y évoque les difficultés ressenties avec certains patients, ou à l'inverse défend ses « chouchous », ses patients favoris pour qui elles expriment leur engagement. Les transmissions deviennent un temps de mise en commun des comportements et des pensées individuelles, ce moment permet de se mettre d'accord sur les conduites à tenir face aux autres acteurs, et les discours à soutenir face aux psychiatres.

Cette défense de l'intimité que s'arrogue le groupe infirmier ne nous semble pas relever de l'ordre de la *stratégie certalienne*, au sens où elles chercheraient à obtenir la domination d'un système sur le long terme, calculant les tenants et les aboutissements de tels comportements sur une base rationnelle (de Certeau, 1990). Il ne s'agit pas à notre sens d'un calcul pour s'assurer des marges de manœuvre, mais plutôt de l'expression de la volonté d'autonomie qu'expriment les infirmières, que nous avons relevée dans l'histoire du groupe, et sur laquelle nous avons donné de nombreux exemples, auprès des psychiatres et dans la gestion des micro-libertés au quotidien, mais aussi sur des organisations propres au groupe, comme la gestion du planning paramédical qui est repris aux cadres.

La protection des moments de réunions du groupe infirmier est avant tout la protection d'une autonomie de groupe face aux autres acteurs que l'organisation formelle rend dominants, principalement les médecins et les cadres. Mais son impact devient plus profond que ce qui en est attendu, puisqu'il permet au groupe un temps pour s'accorder, ce qui lui offre par ricochet des protections et des temps pour s'accorder après que l'une d'entre elles ait fait usage de contre-pouvoir. Qui plus est, parce qu'elles interdisent l'accès à ces réunions aux autres professionnels, elles ajoutent une valeur au contenu qui s'y échange : elles en font une nouvelle zone d'incertitude dont elles ont, par nature, le contrôle.

Cependant, notre présentation de ces comportements de groupe pourrait donner l'illusion que les infirmières sont parfaitement accordées, exprimant et partageant des opinions homogènes. Précisons que cette homogénéité est toute relative, et certains sujets de dissension sont le terrain de combats larvés entre les paramédicales. Les temps de travail en constituent un bon exemple. En effet, l'équipe paramédicale entière doit s'accorder sur la temporalité de leurs emplois du temps, et les infirmières jeunes sont désireuses d'exercer en « douze heures », c'est-à-dire de travailler sur une demi-journée, pour augmenter leur nombre de jours de repos par semaine et faciliter les sorties tardives. Une volonté à l'opposé de celles des infirmières plus âgées et mères, qui préfèrent des journées moins longues pour disposer de plus de temps à la

maison, avec leurs enfants. Ce sujet de tension parfois évoqué, et qui clive les équipes paramédicales, est loin d'être unique ; et les « mauvaises paroles » font partie intégrante de la routine infirmière (Vega, 2000, p. 194), produisant un *jeu de la critique* quotidien, qui se décline sur plusieurs objets.

Ainsi, nous l'avons évoqué lorsque nous traitons des méthodes de collecte de données, les vacataires paramédicaux sont la cible de vives critiques de la part de leurs collègues. Ils nous semblent effectivement peu impliqués dans les prises en charge des patients, évitant si possible le contact avec ces derniers, par exemple en passant des temps prolongés avec le sociologue pour aborder les problèmes de l'organisation hospitalière. Aussi, ils ne participent pas aux transmissions et partent avant le début de celles-ci. Cela peut s'expliquer aisément, leur mission étant de courte durée, généralement un jour ou deux, et très rarement reconduites, il est assez aisé de comprendre le manque d'implication sur le long terme ; mais ces explications ne constituent pas une excuse pour les infirmières titulaires de l'unité, qui se montrent très critiques de leurs collègues de passage dans l'unité.

« L'irresponsabilité envers le malade » constitue une « faute suprême » pour les infirmières (Vega, 2000), qui en font souvent le point central autour duquel se construisent les critiques qu'elles expriment individuellement. Mais cette « irresponsabilité » perçue est polymorphe, dépendante des visions personnelles de ces soignantes. Elle est mobilisée au sujet des vacataires, dont le désengagement auprès des patients en est une forme ; mais de la même manière, elle est au centre des critiques que les paramédicales produisent pour qualifier les psychiatres qui ne sont pas « à l'écoute » de leurs opinions : ces psychiatres se fermant des mannes d'informations perçues comme essentielles pour la prise en charge du patient ce qui relève aussi d'une irresponsabilité.

De la même manière, nous en retrouvons l'expression au sein du groupe infirmier, lorsqu'il s'agit des pratiques de braconnage et de prise de pouvoir, et les comportements ne sont pas unifiés au sein du groupe professionnel. Les infirmières, individuellement, se saisissent des opportunités que leur offre leur temps de présence sur l'information et les zones d'incertitudes. Elles l'utilisent selon leurs visions personnelles des patients, avec une fraction de ceux-ci, favorisant et protégeant leurs « chouchous », ou désireuses de faire respecter leur vision de la morale avec les patients qu'elles considèrent « difficiles » ou qui ne « leur reviennent pas ». L'investissement de chacune est alors le lieu d'un jugement de la part de ses collègues, car ne pas s'investir auprès des patients, en braconnant, c'est ne pas faire valoir le point de vue infirmier, légitimé par la présence continue dans l'unité : à nouveau une expression de « l'irresponsabilité » envers le patient. Ainsi, les infirmières les plus âgées des unités, aux

carrières prolongées dans le milieu psychiatrique, nous soulignent régulièrement la docilité des nouvelles infirmières comme un problème de taille :

**Patrick :** « Mais c'est ça qui est dommage avec les nouvelles équipes et les jeunes infirmières. Ils sont moins autonomes. La formation avant c'était la polyvalence. Là ils attendent le médecin, ils prennent pas de risque. Ils veulent être couverts. Par exemple, il faut faire une injection en urgence à un patient, il faut une prescription, mais c'est l'urgence ! Moi je le fais, il faut régler la situation. Les nouvelles infirmières, elles attendent la prescription du médecin, mais c'est trop tard. Moi je fais et je demande au médecin de régulariser avec une prescription après coup. Après, moi je fais ça parce que j'ai pris l'habitude d'une époque où on n'avait pas toujours un médecin dans le service aussi. Maintenant il y a toujours un médecin de garde qu'on peut appeler ... Les nouvelles infirmières, elles perdent en autonomie. On leur enseigne la peur des retombées, des punitions ... Du coup les nouvelles, elles ne se rebellent jamais, elles acceptent tout ce qui vient d'en haut, sans réfléchir, uniformisation du soin, les complications administratives, les démarches ... On leur apprend que les risques sont importants, que les sanctions sont très grandes, donc ils ont peur de sortir des clous. » (Infirmier, 50 ans, unité 2)

La longue explication que Patrick construit à notre égard illustre à la perfection le discours infirmier tel que nous l'entendons régulièrement, de la part de la quasi-totalité de ces acteurs. Il y souligne la plus grande autonomie dont font montre les « anciennes », qui ont moins peur des répercussions, et qui osent prendre des risques pour braver les ordres, se révolter par les actes, dans des coups, des applications d'un contre-pouvoir opposé aux règles formelles, valorisées par un discours de l'action face à l'urgence et aux difficultés de leur travail. Ce manque de résistance des jeunes, « trop respectueuses » des avis et des décisions médicales, est un risque, toujours décrit péjorativement, en ce qu'il constitue une perte d'autonomie du groupe. C'est la légitimité des décisions infirmières qui se joue ici, et que nous évoquons depuis le début de ce chapitre, y compris dans la construction historique du groupe. Ce dernier se construisant dans une volonté d'autonomie face à la tutelle médicale, les comportements trop soumis aux psychiatres sont perçus péjorativement.

Mais le discours de Patrick montre aussi quelque chose de la transmission au sein du groupe des infirmières. En effet, nous recueillons ces propos informels dans un temps de repos en salle d'équipe, en présence de plusieurs autres paramédicaux. Alors qu'il se montre critique

du comportement des « jeunes », Patrick, ayant aux alentours de cinquante-cinq ans, est le plus âgé du groupe infirmier de l'unité 2. Il est tout de même vigoureusement approuvé par l'ensemble de ses collègues présentes, qui soulignent ses propos et hochent la tête régulièrement ; y compris par Laura, une jeune infirmière qui a entre vingt et vingt-cinq ans.

Si sa réaction nous prit par surprise sur le moment, nos discussions ultérieures avec Laura la verront nous tenir un discours similaire à celui de Patrick ; un discours dans lequel « l'ancienneté » favorisée par le groupe infirmier semble finalement délimitée de manière toute relative. Ainsi, les plus âgés des unités mobilisent parfois la formation spécifique aux infirmières psychiatriques, disparue depuis, pour situer le clivage entre les « jeunes » et les « anciennes » paramédicales. Mais la majorité du temps, les infirmiers se catégorisent comme anciennes dès les cinq ou six années passées dans l'unité, arguant que ce travail « dur » forme vite.

Parce qu'il est si généralement répandu, et ce peu importe l'ancienneté temporelle de l'infirmière, allant de cinq à trente années dans l'unité ; il nous semble que ce discours révèle plutôt les représentations qu'ont les infirmières de ce qui fait les « bonnes pratiques » de leur groupe professionnel. S'il se cristallise sur la différence entre « anciennes » et « jeunes » infirmières, ce n'est pas tant dans le rapport à l'âge, mais dans la capacité à faire usage du contre-pouvoir qui leur est offert, pour s'autonomiser de la tutelle médicale. Ce discours qui héroïse l'autonomie, qui la valorise, et qui en fait un objectif à atteindre, justifie les critiques aux infirmières plus jeunes et moins autonomes. Cependant, il ne nous semble pas que la nouvelle génération d'infirmières soit moins apte à exercer son contre-pouvoir que la vieille garde ; mais plutôt que ce sujet dans les critiques fait partie des moyens de transmettre la posture d'autonomie face aux médecins au sein de l'unité ; une posture que les étudiantes et les jeunes infirmières n'apprennent pas lors de la formation en école, mais sur le terrain, directement dans la gestion du quotidien, et en entendant les plaintes des anciens sur le sujet.

Ainsi, si toutes les infirmières qui se considèrent comme « anciennes » tiennent ce discours, les nouvelles recrues ne tarderont pas à le reprendre à leur compte, de même que les pratiques qui y sont associées, mais toujours de manière personnelle, dépendamment de convictions et de perceptions individuelles.

Pour conclure ce chapitre, rappelons comment nous avons révélé la place prépondérante des infirmières dans l'ordre négocié du quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation. Leur présence prolongée, à l'inverse de tous les autres membres des équipes, en fait le groupe le plus investi dans la gestion des micro-libertés : d'une part, *via* le rôle de transmission de l'information obtenue par ses observations, mais aussi dans son contact avec la quasi-totalité des autres acteurs qui circulent dans l'unité ; d'autre part, dans la distribution directe des micro-libertés, ce qui permet leur usage.

À ce rôle dans la gestion des micro-libertés s'ajoute une place certaine dans les négociations et finalement les décisions qui dictent le contenu de ces micro-libertés. Ainsi, les psychiatres cherchent à assurer leur posture légitime au sein des unités, au travers de comportements qui impliquent et qui reconnaissent aux infirmières une place dans certaines décisions, et se montrent « à l'écoute » pour être suivies par leur équipe. Cela s'accompagne de la nécessité des médecins de recevoir l'information dont disposent les infirmières. Ces zones d'incertitudes contrôlées par les infirmières leur offrent des options pour transmettre un point de vue subjectif sur le patient, et chercher ainsi à obtenir des modifications dans les micro-libertés. Enfin, en l'absence des autres acteurs des équipes, les infirmières ajoutent à ces tentatives d'influence des braconnages plus directs ; elles mettent à profit leur maîtrise de ces temps de solitude, face au patient, pour prendre un pouvoir temporaire sur les micro-libertés : un contre-pouvoir face aux décisions médicales et aux réglementations qui cadrent les prises en charge.

Ces rapports et ces pratiques polymorphes révèlent donc la place prépondérante du groupe des infirmières au quotidien. Il dépasse le rôle attribué par l'organisation formelle, se le réapproprie pour occuper une place de premier plan dans l'ordre négocié du quotidien des unités d'hospitalisation.

## **Chapitre 3 : Les aides-soignants, un « personnel invisible » car illégitime**

Parmi les professionnels qui interagissent dans les unités psychiatriques d'hospitalisations, nos trois groupes soignants sont les plus présents temporellement entre les murs des unités. De même, ils sont les seuls groupes professionnels à entrer en contact avec l'entièreté des patients des unités. Une exposition que les groupes que nous avons présentés dans les chapitres précédents accompagnent d'une place importante dans les gestions et les négociations des micro-libertés qui dictent le quotidien de chaque patient. Ainsi, nous avons abordé la place des psychiatres, dont nous avons pu constater l'impact profond sur les options du quotidien dont disposent les patients de l'unité. Cependant, nous avons aussi relevé la place des compromis que font certaines de ces médecins, dans des tentatives individuelles pour chercher à assurer leurs positions au sein de leurs équipes. Par la suite, nous avons discuté la place spécifique des infirmières, une place qui leur est partiellement offerte par la montée en reconnaissance de leur groupe professionnel, mais surtout, qu'elles s'arrogent individuellement par des petits détournements du quotidien : des petits braconnages et des petites prises de pouvoir qui permettent parfois à certaines d'entre elles, au défi des règles et des textes, de faire prévaloir leurs opinions personnelles sur la meilleure prise en charge concernant un patient, et finalement ses micro-libertés.

Ces deux groupes constituent les deux premiers tiers de ceux que nous qualifions d'équipe soignante, et l'aide-soignant présentera dans notre thèse le dernier de ces maillons<sup>21</sup>. Aussi, au vu des impacts profonds qu'ont les deux premiers groupes sur ce qui fait le quotidien négocié des équipes et des patients, nous nous demanderons quelle est la place de ce troisième groupement d'acteurs ? Bénéficiant lui aussi de temps long dans l'unité, au contact des patients, il est tentant d'en conclure une place du même ordre d'influence sur le quotidien ; mais sa position différenciée dans la hiérarchie, tant officielle qu'officieuse, des soignants, impose-t-elle un rôle différent à ce groupe professionnel ?

---

<sup>21</sup> Nous verrons dans le chapitre V.3 que certains groupes professionnels, présents dans les unités d'hospitalisation, disposent d'une reconnaissance juridico-administrative de soignant ou de paramédical, mais n'en occupent pas le rôle propre dans l'ordre négocié.

Pour répondre à ces questions, nous présenterons le comportement des aides-soignants face aux négociations et aux prises de décisions pour les micro-libertés des patients. Nous décrirons alors les tâches quotidiennes que prend en charge le groupe, en marge des autres acteurs soignants. Par la suite, nous réfléchirons sur ces observations au travers de l'émergence historique du groupe des aides-soignants, et ce pour déterminer l'origine de leur comportement face aux micro-libertés. Enfin, ces comportements que nous présenterons, parfois sous des traits généralisés, sont représentatifs de l'ensemble des unités qui constituent notre corpus, à l'exception de l'unité 3. Cette dernière présente des spécificités quant à la posture qu'occupent ces aides-soignants au sein de l'ordre négocié ; une situation que nous discuterons dans le dernier tiers de ce chapitre.

## **Une double exclusion des négociations**

Dans les chapitres précédents, nous avons montré la place primordiale que prennent les « staffs », ces réunions matinales de l'équipe élargie. S'agissant d'un espace de débats, internes à l'équipe et quotidien, ils deviennent représentatifs des positions et de la manière dont les acteurs s'engagent dans ces négociations pour les micro-libertés. Nous y avons constaté l'engagement personnel des psychiatres et des infirmières, qui s'y investissent différemment : les psychiatres cherchant à y obtenir des informations et à y expliciter leurs décisions quant aux prises en charge, et les infirmières les exploitant pour orienter ces décisions et peser sur l'action en dissimulant ou en accentuant les informations dont elles sont les seules à disposer, dans de petites tactiques pour imposer leurs visions individuelles de la prise en charge pour certains patients. En s'impliquant, les acteurs de ces deux groupes cherchent à faire valoir leur vision de la meilleure prise en charge pour les patients.

Ce moment de la journée renseigne donc particulièrement sur la place que chaque groupe professionnel occupe dans ses interactions avec les autres, et de la même manière, il offre de précieuses informations sur la position des aides-soignants.

Cependant, à l'inverse des autres groupes de soignants, les aides-soignants révèlent plusieurs formes d'absences aux réunions d'équipe. Certains d'entre eux ne se présentent pas physiquement aux réunions, ils poursuivent leur travail dans l'unité, ou bien se réfugient dans la salle de repos d'équipe. D'autres y sont présents, mais s'installent en périphérie, marquant explicitement un retrait : appuyés aux murs, ou occupant des chaises en pourtour de la pièce, à l'extérieur du cercle des acteurs autour de la grande table centrale. Parfois aussi, on peut les voir s'installer dans les pièces attenantes à la salle de réunion, comme les bureaux de rendez-

vous, ne maintenant un contact avec l'équipe qu'au travers de la porte communicante entre ces deux espaces, laissée ouverte.

En plus de ce retrait physique à la réunion, les aides-soignants la passent dans le silence. Une majorité d'entre eux trompent leur ennui avec quelques jeux, ou à suivre le fil de leurs réseaux sociaux sur leur téléphone portable. Quelques-uns s'endorment aussi, poussés du coude par une infirmière si d'aventure ils se mettent à ronfler.

Ainsi, bien que les réunions du matin constituent l'un des moments centraux pour les négociations des équipes au sujet des patients et de leurs micro-libertés, les aides-soignants ne les investissent pas. Au contraire, ils s'effacent avec plusieurs comportements : d'abord un retrait physique, par leur positionnement hors de la réunion, ensuite un retrait moral, par un désintérêt face aux discussions qui s'y déroulent.

Cet effacement est marquant tant il diffère de l'investissement que montrent les autres acteurs présents. Aussi, nous avons cherché à le questionner à de multiples reprises, comme avec Timea, un aide-soignant de l'unité 2, qui a pour habitude de passer les réunions sur son téléphone :

Au détour d'un couloir, je demande à Timea comment il transmet son avis lors des réunions, à quoi il me répond, en riant : « Non, non ! Moi j'suis qu'aide-soignant ! C'est pas mon rôle de parler aux réunions ! Il faut que tu ailles demander aux infirmières ! » (*Aide-soignant, 40 ans, unité 2*)

En posant volontairement une question détournée, nous cherchions à obtenir un discours sur son retrait lors des réunions. La réaction de Timea est sans appel : il rit aux éclats à notre interrogation, révélant à quel point il considère notre idée impensable. Il ne transmettra pas lors des réunions ; pour lui, il est évident que ce n'est pas son rôle d'y participer. Il normalise son retrait, comme un attendu de son groupe professionnel, et penser autrement est si étrange que cela en devient comique.

De prime abord, nous pourrions être tentés de considérer que les « staffs » constituent des moments qui peuvent être perçus par les aides-soignants comme trop officiels et sérieux, puisqu'ils réunissent des acteurs de tous les niveaux hiérarchiques : les psychiatres cheffes d'unité et les cadres ; parfois aussi les cheffes de pôle et les cadres supérieurs. Dans le cas où ce moment d'interaction aurait été trop formel et intimidant, nous aurions pu observer un comportement des aides-soignants qui contrebalancerait ce retrait par d'autres discussions ou

d'autres négociations, plus officieuses et sur des temps plus discrets, avec les infirmières par exemple. Il n'en est rien.

Nous avons constaté ce même double retrait lors des transmissions paramédicales, un moment pourtant privilégié pour ces groupes professionnels, et dont les infirmières défendent vigoureusement l'intimité. Sur nos terrains psychiatriques, les aides-soignants « évitent » ces deux réunions, dans un comportement similaire à ce qui est décrit en unités somatiques (Arborio, 1995) ; un comportement dont la récurrence semble être connue de l'administration, comme en atteste la circulaire de 1996<sup>22</sup> qui rend la participation des aides-soignants obligatoire lors des transmissions d'équipe. Pourtant, c'est un comportement inverse que l'on observe, et plus encore, qui semble se transmettre dans les unités, comme le révèle notre entretien avec Apolline, au travers d'une histoire que cette jeune aide-soignante de l'unité 3 nous raconte :

**Apolline :** « Par exemple, dans une autre unité, j'étais là en tant que vacataire, et il y avait une autre étudiante aide-soignante qui était là. Et euh... une aide-soignante fixe de cette unité. Moi je fais à l'étudiante "bon là on va aux transmissions, c'est la prise de poste à midi là !"... Et là, la collègue fixe nous dit "non c'est les infirmiers ça ! Ça nous intéresse pas !" [Rires] » (*Aide-soignante, 25 ans, unité 3*)

Dans cet extrait, Apolline témoigne de l'enseignement de la posture aux étudiants du groupe professionnel. Elle illustre comment une collègue aide-soignante d'une autre unité explicite dès le stage d'apprentissage que la participation à la réunion d'équipe n'est pas une place qu'il leur revient d'investir. Cet exemple permet lui aussi de réaliser à quel point la posture de retrait est instituée dans le groupe professionnel, puisqu'elle devient une forme de règle informelle, transmise aux étudiants et aux nouvelles recrues, ce qui perpétue son existence.

Ensuite, nous retrouvons un retrait similaire sur une multitude de sujets et de temps du quotidien du groupe professionnel, où ce dernier se censure, s'interdit le commentaire ou la remarque, comme l'exprime par exemple Olivier, exerçant dans l'unité 1 :

---

<sup>22</sup> Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

**MS :** « Et si vous voyez un truc sur lequel vous pensez que ça ne va pas, que ce n'est pas idéal, vous pouvez proposer un changement ? Par exemple de traitement ? »

**Olivier :** « Ah non, ça je me permettrais pas ! Déjà parler du traitement c'est pas... c'est les psychiatres et les infirmières, c'est leur domaine. »

*(Aide-soignant, 45 ans, unité 1)*

Olivier réagit catégoriquement à notre proposition : le traitement est pour lui un interdit de la fonction, sur lequel il ne se permettrait pas de remarque. Pourtant, avec sa longue expérience de près de trente années en psychiatrie, ce vétéran nous a déjà révélé la maîtrise qu'il avait des traitements et de leurs effets secondaires, nous différenciant en aparté les comportements d'un patient « impatient » selon s'ils avaient pour origine sa pathologie ou son traitement « mal dosé ». Ce n'est pas l'expérience ou ses connaissances qui sont en jeu ici, mais plutôt sa position, sa légitimité vis-à-vis des autres professions soignantes. Comme Olivier, les aides-soignants de notre corpus disqualifient leurs propres connaissances et leurs propres avis au sujet des patients et de leurs micro-libertés. Ils s'autocensurent, se justifiant d'une comparaison avec les psychiatres et les infirmières qui maîtriseraient mieux ces sujets, et ne se « permettent » donc pas de participer.

Notons aussi un comportement dont l'absence rend la description plus complexe. À l'identique du groupe des infirmières, les aides-soignants disposent de temps prolongés dans l'unité, au contact du patient. De manière similaire à ce que nous avons décrit dans le chapitre qui précède, il leur est offert l'option de se saisir des zones d'incertitudes, de s'approprier les réalités des moments de solitude face au patient. Ils pourraient donc, de la même manière que les infirmières, braconner, s'arranger ou réinventer la prise en charge des patients en fonction de leurs visions personnelles de la bonne marche à suivre.

Il est plus difficile de saisir ce comportement puisqu'il s'agit spécifiquement d'un non-comportement. C'est dans la comparaison des deux groupes que nous pouvons réaliser les options qui s'offrent aux aides-soignants et qu'ils ne saisissent pas. Ainsi, à l'inverse des infirmières, ils ne se rebellent pas, même silencieusement, contre la posture dominée dans laquelle les autres acteurs les poussent. Ils sont passifs face aux options de prise de pouvoir que leur offre leur présence prolongée, seule face aux patients. Ce comportement transparaît dans le discours d'un aide-soignant de l'unité 1 :

**Yasin :** « Bah parfois, t'as déjà donné ton point de vue, mais les collègues ils ne prennent pas en compte. Ça sert à rien, tu vas pas au-delà... Ben surtout si ça vient du médecin, hein ! Tu passes à autre chose [rires]. »

*(Aide-soignant, 40 ans, unité 1)*

Comme Yasin l'explique, lorsque les aides-soignants ne sont pas écoutés par l'équipe, ils ne reprochent pas aux psychiatres d'être peu attentifs, et ne rejoignent pas le « jeu de la critique » que nous décrivions parmi les infirmières. Qui plus est, une fois leur avis écarté, ils ne se révoltent pas avec une prise de pouvoir que permettrait leur présence prolongée dans l'unité. Ils « passent à autre chose », se retirent et s'excluent eux-mêmes des processus de négociations pour les micro-libertés des patients.

Puisque ce comportement était si différent de l'investissement des autres acteurs soignants, nous avons cherché à discuter avec eux du retrait des aides-soignants. Les infirmières, en premier lieu, prêtent ces comportements à des caractéristiques individuelles de leurs collègues, leur retrait est « normal », puisque chacun d'entre eux a une personnalité qui s'y prête, soit qu'il préfère la discrétion ou qu'il se désintéresse du travail dans l'unité par exemple. Les psychiatres nous proposent quant à elles un discours fataliste, mais aussi moins individualisé, comme Amel, la cheffe de l'Unité 2.

**Amel :** « Oui, c'est compliqué ! Je ne sais pas pourquoi les aides-soignants ils sont autant en retrait avec les patients, ils s'investissent pas, ils s'en fichent. Ils leur parlent même pas ! Ça, c'est un truc sur lequel tu pourrais peut-être nous éclairer ? »

*(Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 2)*

Amel se désole du retrait des aides-soignants auprès des patients. Au cours de différents moments de notre enquête, elle viendra d'elle-même aborder ce sujet avec nous, exprimant y chercher une solution. Si les infirmières individualisent leur discours de retrait des aides-soignants, les psychiatres, comme Amel, le généralisent ; mais ces deux groupes de professionnels attribuent tous deux ce retrait aux aides-soignants eux-mêmes : la censure serait une autocensure, puisqu'elle n'aurait qu'une seule origine, interne au groupe.

Cependant, il nous semble que cette exclusion est bicéphale : elle provient aussi bien du groupe professionnel en lui-même que du comportement des autres acteurs de l'équipe. Autrement dit, si les aides-soignants expriment bel et bien un retrait volontaire face aux décisions et aux négociations pour les micros-libertés, il nous semble que les autres acteurs participent aussi à ce retrait en les poussant dans cette posture.

Ainsi, poursuivant avec Amel, nous avons constaté qu'elle ne demande jamais son avis à un aide-soignant, alors que nous avons déjà vu avec quelle régularité elle fait appel aux infirmières. De même, elle n'invite jamais les aides-soignants lors de moments qui pourraient les investir dans la prise en charge, comme elle le fait avec les infirmières, lors de temps informels ou formels. Cela révèle l'une des expressions du retrait des aides-soignants, que nous avons pu observer uniformément dans les unités de notre corpus (si l'on fait abstraction de l'unité 3), et qui s'exprime au travers d'un rejet par le reste de l'équipe soignante, psychiatres et infirmières. Ces deux groupes ne s'enquèrent jamais de l'avis des aides-soignants, et ne cherchent pas leur assentiment à la suite d'une décision.

D'une part, les psychiatres ne semblent pas chercher à affirmer leur légitimité auprès des aides-soignants en les mobilisant ou en faisant des compromis avec eux, à l'inverse de ce que nous observions précédemment dans le rapport entre les médecins et les infirmières. Ensuite, ce dernier groupe d'acteurs ne mobilise pas non plus les aides-soignants lors de braconnages et d'arrangements. Elles ne cherchent pas leur soutien après les actes, ne s'assurent pas de leur avis favorable. Autrement dit, elles ne cherchent pas à obtenir auprès d'eux la protection du groupe lors de prise de pouvoir. Ainsi, les aides-soignants semblent exclus par les autres soignants des mécaniques que nous avons déjà décrites dans les parties précédentes, et qui composent l'ordre négocié et les micro-libertés qui en découlent.

Ces observations ne sont pas propres au milieu psychiatrique, et font écho aux conclusions que dressent les recherches sur l'organisation, aussi bien formelles qu'informelles, du système hospitalier (Carricaburu et Ménoret, 2004, p. 71). Il semble alors que la posture de retrait des aides-soignants, qui trouve son origine aussi bien dans le groupe en lui-même, que par le rejet des autres personnels soignants, est constitutive de ce qui fait le métier d'aide-soignant (Arborio, 1995, 2001, 2009).

Du côté des encadrements officiels, l'activité du groupe est régie par un ensemble de textes, au premier rang desquels on trouve le décret du 30 novembre 1988 qui décrit « les soins d'hygiène générale aux malades et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical sous le contrôle et la responsabilité du personnel infirmier ». Par la suite, la circulaire de 1996 y ajoute les tâches de « toilette, installation pour le repas, élimination et hygiène. Surveillance

de l'état et du comportement. Aide dans les gestes quotidiens ou aux manques d'autonomie », ainsi que « l'hygiène de l'environnement par le nettoyage et la désinfection des chambres. » Ces textes construisent une liste de tâches hétéroclites, au plus proche du « sale boulot », et dominée par l'encadrement et la délégation des infirmières (Arborio, 2009). On y retrouve les tâches les plus basiques de la prise en charge du patient, dans la gestion physique des corps, comme la toilette ou les massages contre les escarres, qui impliquent un contact avec la nudité, opposée aux règles culturelles de pudeur, ou encore un rapport avec les liquides souillés lors des toilettes. De même, la gestion des bassins qu'utilisent les patients alités pour leurs selles est une autre tâche qui expose les aides-soignants aux fluides corporels socialement reconnus comme sales. Ces tâches révèlent un travail de gestion de sujets culturellement reconnus comme tabous (*physically dirty*) (Hughes, 1951 ; Strauss *et al.*, 1985). Des tâches dégradantes laissées aux catégories sociales les plus basses. À ce premier groupement s'en ajoute un second, avec la prise en charge des locaux de l'unité. Il y a par exemple les divers rangements des chambres, la gestion du linge ou le nettoyage partiel des chambres (les « hauteurs » : meubles et lit. Les ASH s'occupent des sols et des salles de bain), etc ... Ces tâches sont dévalorisées socialement par l'aspect du service à autrui (*symbolically dirty*) (Emerson et Pollner, 1976 ; Hughes, 1951) et peuvent être vécues comme routinières, ennuyeuses et peu stimulantes (*unchallenging*) (Strauss *et al.*, 1985).

Mais cette liste de tâches « composite » n'est pas due qu'aux textes officiels, et l'organisation informelle, l'ordre négocié, révèle d'autres glissements de tâches et d'autres délégations qui sortent du cadre strictement légal. Par exemple, la gestion de patients âgés, confus, qui arrachent leurs perfusions ou s'égarant dans les couloirs des services ; ou encore la prise en charge de patients alcooliques dont le sevrage forcé par l'hospitalisation cause des états de « delirium tremens ». Ces deux cas sont réglés de façon similaire : par la mise en place de contraintes physiques sur le patient, en l'attachant à son lit, ou en l'enfermant dans sa chambre. Cette gestion de la contrainte en milieu hospitalier constitue elle aussi un « sale boulot » qui pousse les acteurs dans des comportements perçus péjorativement, car à l'opposé des idéaux de la prise en charge et du soin (Lechevalier Hurard, 2013). L'exercice de la force est alors généralement relégué aux acteurs masculins des équipes (Moreau, 2015, p. 281-290), infirmiers ou aides-soignants : des acteurs originaires de milieux plus populaires, dans lesquels la division traditionnelle des rôles sexués et la virilité s'expriment par la capacité physique, le courage dans l'affrontement (Schwartz, 2011). Cette délégation aux hommes est d'autant plus prégnante en psychiatrie, où l'usage de la force est une solution omniprésente pour les patients en soins sous contrainte qui peuvent être considérés comme agressifs ; et où la composition des équipes, aux

infirmières et psychiatres quasi exclusivement féminines, en fait une tâche déléguée essentiellement aux aides-soignants.

En plus de l'exercice de la force, les jours de manque de personnels révèlent les glissements qui peuvent prendre place dans les délégations de tâches, et illustrent plus en avant la position ambivalente des aides-soignants. Placés au bas de la chaîne de délégation soignante, ils héritent des tâches de soins les plus simples des infirmières en cas de manque de ces dernières, une pratique que renforce l'administration au travers des logiques économiques : la délégation des tâches les moins qualifiées vers les aides-soignants permet aux infirmières de se concentrer sur des tâches plus techniques, mais aussi d'en recruter un moins grand nombre dans les équipes. Dans le même temps, en l'absence d'ASH, les tâches de gestion et de nettoyage de l'unité seront confiées aux aides-soignants des équipes, qui devront exécuter des tâches de nettoyage des salles de bains et des sols (Arborio, 1995). Les aides-soignants occupent donc une position ambivalente, en ce qu'ils se voient déléguer le « sale boulot » des tâches soignantes, mais aussi celui non soignant de la prise en charge des locaux.

Pourtant, dans la prise en charge au sein des unités psychiatriques, nous constatons qu'une partie des tâches qui composent ce « sale boulot » des aides-soignants est minimisée par les différences d'état des populations prises en charge, et la nature des troubles qui leur vaut un passage dans les systèmes hospitaliers.

Sur la question des repas tout d'abord, environ deux tiers des patients de l'unité mangent au self de la structure. Ils y sont escortés par un aide-soignant et une infirmière, qui les encadrent ensuite pendant les repas : les deux paramédicaux s'appuient contre les murs proches des tables liées à leur unité, où ils discutent entre eux, avec les paramédicaux des autres unités et avec les patients.

Le tiers de ces derniers ne dispose pas encore de la micro-liberté de descendre manger au réfectoire, et prend ses repas au sein de l'unité, dans l'une des salles communes. L'autre aide-soignant présent dans l'unité s'occupe de récupérer pour eux des plateaux-repas préparés par les cuisiniers du self, puis ce même paramédical, seul, les surveillera pour la durée du repas ; après quoi il redescendra les restes et la vaisselle aux cuisines de la structure.

Enfin, les patients en chambre d'isolement mangent en décalé des autres patients, un à la fois. L'aide-soignant transvase leur repas dans une vaisselle en plastique molle pour enlever tous les « risques d'auto ou d'hétéro agression » liés aux ustensiles et aux emballages. Les patients se nourrissent seuls, soit dans leur chambre, sur leur lit ; soit, s'ils disposent de cette micro-liberté, dans le vestibule entre les deux chambres d'isolement, sur un petit siège pour enfant en mousse. Ils prennent leurs repas sous la surveillance de l'aide-soignant et d'une infirmière.

Dernier repas des patients, un goûter est distribué par un aide-soignant dans la salle commune de l'unité. À l'aide d'un chariot, le paramédical distribue des petits gâteaux en sachets individuels et sert des jus de fruits aux patients qui viennent en prendre, et se répartissent dans l'unité, seuls ou en groupe, pour les consommer.

Contrairement aux unités d'hospitalisation somatique, les aides-soignants de la psychiatrie ne nourrissent pas directement les patients : ces derniers se débrouillent seuls, sous la surveillance relative de l'aide-soignant. Un encadrement distant, qu'eux-mêmes justifient généralement par la nécessité d'une présence en cas de « fausse route » (un étranglement avec la nourriture qui est considéré comme l'un des effets secondaires fréquents d'une partie des traitements médicamenteux). Qui plus est, nous pouvons constater la présence pour la moitié de ces actes d'une infirmière, ce qui n'est pas le cas en unité d'hospitalisation somatique (Arborio, 2001).

Ensuite, les patients sont généralement indépendants pour les actes du quotidien : ils ne sont presque jamais alités, et effectuent eux-mêmes leurs ablutions et toilettes dans la salle d'eau individuelle de leur chambre. On trouve tout de même dans les unités une salle de bain commune avec la seule baignoire du service, que les soignants disent utiliser pour des patients plus « difficiles » à prendre en charge, généralement des personnes âgées moins autonomes. Cependant, nous n'avons jamais observé son usage, sur aucun de nos terrains et avec aucun patient, même ceux qui répondraient à ces critères<sup>23</sup>.

Les chambres d'isolement fonctionnent différemment : les aides-soignants enclenchent les douches et en règlent la température, tous les matins à heures fixes, depuis l'extérieur des chambres, dans le petit vestibule. Une petite vitre équipée d'une persienne de métal, intégrée dans la porte, permet de surveiller le patient pendant ses ablutions.

Ces deux tâches, la toilette et l'aide aux repas, composent une part importante du travail des aides-soignants en service somatique ; et constituent un sale boulot en ce qu'il est perçu comme socialement dégradant et dévalorisé. Dans le cadre des unités psychiatriques, la plus grande autonomie physique des patients limite ce contact avec les substances culturellement marquées d'un tabou, de même qu'avec la nudité. Le cas des chambres d'isolement constituant une relative exception, où la petite vitre à rideau permet tout de même l'intimité et minimise le contact direct avec la nudité. Il semble donc que le travail en psychiatrie minimise la part de sale boulot qui caractérise les tâches des aides-soignants.

---

<sup>23</sup> Si ces baignoires ne sont jamais utilisées pour les patients, elles le sont au cours des moments de « jeux » de l'équipe. Ainsi, lors du départ d'un collègue apprécié, est organisé à son encontre un « pourrissage » ou un « bizutage » de départ. Dans une suite d'embuscades, on se bat à coup de produit médical comme de la Bétadine ; et parfois, on jette le collègue tout habillé dans la baignoire de l'unité, le reste de l'équipe employant sur lui les mêmes techniques d'immobilisation qu'avec les patients considérés comme agressifs.

Qui plus est, si tous les soignants du milieu somatique prennent en charge les mêmes patients, leurs tâches ne sont pas réalisées dans les mêmes temps ou les mêmes lieux. Ainsi, le médecin ne se présente dans le service que pour un tour de visite, ou dans le cadre d'un acte spécial pour tel ou tel patient, souvent secondé par une infirmière. Il n'est pas présent lors des toilettes et des repas, et croise rarement l'aide-soignant, avec lequel « il n'a pas besoin *a priori* de s'adresser directement, ni de lui demander un quelconque soutien » (Arborio, 2001, p. 115). Les deux professions ne travaillent pas factuellement en équipe, mais interviennent plutôt chacune leur tour auprès du patient. Ce cloisonnement est encore plus prégnant dans certains services d'hospitalisation somatique, où les transmissions ne réunissent pas tous les paramédicaux, mais prennent la forme de deux réunions séparées qui se déroulent parallèlement ; l'une avec les infirmières, l'autre avec les aides-soignants. Autrement dit, les moments de transmissions y sont aussi le lieu d'un cloisonnement entre les groupes professionnels, séparant les infirmières des aides-soignants.

Comme notre lecteur aura pu le constater au fur et à mesure de nos descriptions, cette organisation diffère en psychiatrie. En premier lieu, la psychiatre est présente de manière prolongée dans l'unité, en contact avec toute l'équipe, notamment lors des réunions du matin. De plus, l'aide-soignant effectue certains actes clés conjointement avec ses collègues d'autres groupes professionnels, le rendez-vous en chambre d'isolement par exemple ; ou encore lors des repas, l'infirmière étant présente pour la moitié des actes. Ces réductions du cloisonnement de l'espace et du temps permettent de plus nombreuses interactions ; et avec elles, une réduction de la délégation unilatérale, exempt de face-à-face, du travail hospitalier somatique. Pour autant, malgré cette différence dans l'organisation du travail, on constate sur nos terrains la volonté appuyée par les autres soignants de maintenir un découpage des tâches et des temps d'action avec les aides-soignants sur les prises en charge qui en sont marquées :

Nous sommes dans la salle de réunion avec trois infirmières. La seule aide-soignante de la journée, Bintou, entre dans la salle et demande à l'infirmier Patrick s'il veut bien venir l'aider à donner son repas à un patient qui doit le prendre dans sa chambre : elle lui demande de l'aide pour « apporter le plateau ».

Les deux autres infirmières présentes réagissent immédiatement, avec virulence, « Il a pas à y aller ! », « En plus c'est un patient facile donc tu peux le faire seule ! ». Finalement, Patrick refusera aussi, et Bintou apportera et surveillera seule le repas du patient. (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Cet extrait fait figure d'exemple pour des observations redondantes. Les aides-soignants demandent parfois de l'aide aux infirmières pour certaines tâches qui leur sont attribuées. Ici, il s'agit pour Bintou d'apporter son plateau à un patient qui mange en chambre, à l'étage, une tâche dont nous avons déjà vu qu'elle est effectuée par les aides-soignants seuls, sauf dans le cas des chambres d'isolement. La demande de soutien que formule Bintou n'est pas tout à fait claire, elle ne précise pas si elle est méfiante envers un patient qu'elle considère peut-être comme agressif, ou s'il s'agit plutôt de la difficulté physique de transporter le plateau jusqu'à la chambre, par exemple de tenir la porte avec le plateau. Mais la réaction des infirmières, à l'inverse, est limpide : il s'agit là d'une tâche qui n'est pas du ressort de leur groupe. Elles mettent donc un certain effort à réprimander Bintou et à défendre le fait que leur collègue Patrick puisse rester dans la salle de réunion avec elles, un avis auquel se rangera l'intéressé. À notre sens, cet exemple illustre la volonté des infirmières de durcir les cloisonnements entre les deux groupes professionnels, alors même qu'ils sont moins nombreux que dans un service somatique. Il nous semble y voir une volonté de renforcer la distance qui est mise dans la distribution des tâches, alors même que le cadre psychiatrique en minimise les itérations.

Ainsi, nous observons une double exclusion du groupe des aides-soignants dans les négociations et les prises de décisions, particulièrement au sujet des micro-libertés des patients. Cette exclusion est bicéphale en ce qu'elle provient de deux sources. D'abord, nous pouvons constater une mise à l'écart du groupe par les autres soignants de l'équipe, qui n'intègrent pas les aides-soignants dans les tactiques que nous avons observées au début de cette partie. Une exclusion similaire à celle observée dans la littérature qui décrit le milieu somatique ; où la gestion d'un sale boulot permet d'expliquer en grande partie la dévalorisation de la fonction (Arborio, 2001). Pourtant, nous avons montré que cette prise en charge des tâches socialement perçues comme dévalorisées est moindre en psychiatrie, de même que le cloisonnement des tâches est moins marqué.

Le second visage de cette exclusion émane du groupe des aides-soignants eux-mêmes, qui s'autocensure lors des diverses réunions de l'équipe : éviter les moments de travail au côté d'autres professionnels, c'est un moyen pour les aides-soignants de ne pas se voir renvoyer à leur position subalterne (Arborio, 1995, p. 105). Mais cette auto-exclusion prend aussi place hors de ces moments de confrontation avec les autres soignants, lors des échanges informels ou bien en n'investissant pas les zones d'incertitudes dont ils ont le contrôle à l'aide de tactiques ou de braconnages pour se rebeller contre la posture dominée dans laquelle l'équipe les pousse. Une posture qu'ils normalisent dans leurs discours, et qu'ils transmettent, aux nouveaux

recrutés ou aux étudiants. Cette double exclusion semble donc constituer un attendu de la fonction aide-soignante, révélant un groupe d'acteurs « invisible » dans l'ordre négocié des unités d'hospitalisation psychiatrique, similairement à la formule qu'Arborio produit pour définir ce groupe professionnel en milieu somatique.

Cependant, le fait que la posture des aides-soignants soit identique pour le milieu somatique et psychiatrique, et ce malgré un sale boulot et un cloisonnement des tâches moindre, soulève une nouvelle question : celle de comprendre pourquoi le cadre de l'action n'offre pas de modification de la posture des aides-soignants au sein de l'ordre négocié. C'est à ce nouveau questionnement que nous chercherons à répondre dans la suite de ce chapitre.

## **Un groupe à l'illégitimité institutionnalisée**

Précédemment, nous avons montré comment le groupe professionnel des aides-soignants occupe une position invisible lors des négociations et des prises de décisions pour les micro-libertés des patients de l'unité. Une posture dans laquelle les autres acteurs de l'équipe les poussent, en ne les mobilisant pas ou en appuyant les cloisonnements entre les tâches. Mais à cette position dominée contrainte, les aides-soignants ajoutent une auto-exclusion et une autocensure, qu'ils transmettent à leurs étudiants. Ce fonctionnement soulève plusieurs questions : pourquoi les aides-soignants acceptent-ils la situation dominée dans laquelle l'équipe les pousse, en ne se rebellant ni dans le discours, ni dans les actes, ne serait-ce que par des résistances silencieuses ? Pourquoi ne saisissent-ils pas, comme le font les infirmières, les opportunités que leur offre leur présence prolongée dans l'unité, au contact des patients ? Car si la position qu'ils occupent, au bas de la chaîne de délégation, explique que le « sale boulot » fasse leur métier (Arborio, 1995) ; le milieu psychiatrique, et son sale boulot amoindri aurait pu permettre une situation différente. C'est à ces questions que nous chercherons à répondre ici.

La similarité que nous soulignons dans la posture des aides-soignants, entre les services somatiques et psychiatriques, malgré leurs différences marquées, sous-entend une généralisation de cette posture dominée au groupe professionnel dans son ensemble. Il semble donc que les causes responsables de ce fonctionnement soient moins à trouver dans le contexte immédiat de l'action, l'ordre négocié endogène aux unités ; que dans la condition globale, culturelle, et lointaine qui pèse partiellement sur l'action (Strauss, 1992) : ce que nous qualifions d'exogène. Le fait que cette posture soit similaire dans des cadres si différents révèle une posture généralisée à tout le groupe professionnel. Pour comprendre cette influence

exogène qui se ressent au sein des unités psychiatriques d'hospitalisation, il est nécessaire de s'intéresser aux processus historiques d'émergence du groupe professionnel des aides-soignants.

Lorsqu'on s'intéresse à l'apparition du groupe professionnel des aides-soignants, on peut constater qu'il s'agit d'une incidence des transformations profondes qui secouent le monde hospitalier à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle ; plus particulièrement, il semble s'agir d'un ricochet, qui prend place en parallèle de l'émergence du groupe professionnel des infirmières. Ce dernier, nous l'avons précédemment évoqué, se construit alors au travers de logiques de légitimation successives, qui s'expriment pour partie *via* l'exclusion d'autres groupes professionnels concurrents (Demazière et Gadéa, 2009).

Nous avons précédemment montré comment un premier mouvement enclenché par les médecins dans une optique anticléricale voit naître le groupe infirmier, puis le stabilise en posant un diplôme national commun en 1922. Mais cette première étape n'est pas encore appliquée factuellement dans le recrutement du personnel, ce que le contexte géopolitique des deux guerres mondiales renforce. La constitution des équipes est alors extrêmement hétéroclite, alliant des infirmières diplômées avec d'autres, « quasi analphabètes », des « filles de salles » promues, ou d'autres personnels déjà en poste lors de la mise en place du diplôme, qui se voient maintenus pour exercer « en qualité d'infirmier » ; et enfin, encore quelques personnels religieux, comme les sœurs hospitalières dont l'effectif ne baisse pas encore (Arborio, 2001).

Finalement, la volonté de différenciation de l'élite infirmière, dans un autre mouvement d'exclusion, termine d'asseoir la position du groupe professionnel, car un texte encadre juridiquement l'activité d'infirmière, et le joint à la nécessité du diplôme d'État en 1946, suite aux revendications du groupe. Cependant, cette loi laisse sur le carreau un personnel qui ne dispose pas du diplôme, mais d'une expérience acquise sur le terrain, aux suites des conflits. Dans un autre texte qui agit peut-être comme un palliatif, l'arrêté du 10 janvier 1949 crée de toute pièce le grade d'aide-soignant au sein des structures hospitalières. Il permet à ce personnel expérimenté, mais non diplômé, de ne pas exercer sous le titre et avec la paie de « servante ». Le titre pose en effet un grade intermédiaire entre les infirmières diplômées et les « servantes » ou « filles de salles » (changé en ASH autour de 1955). Une position intermédiaire récompensée symboliquement par un titre, mais aussi par un salaire plus avantageux et l'accès à une prime spécifique (Arborio, 2009).

À l'origine, ce grade fut créé dans une optique temporaire : il ne devait pas être possible de recruter d'aides-soignants, mais seulement des infirmières et des « filles de salles ». L'accès au grade s'obtenant uniquement *avec* la reconnaissance de son expérience professionnelle par le chef de service. Pourtant, le poste va se voir pérennisé suite à plusieurs dynamiques qui se conjuguent.

D'une part, les structures hospitalières vont exprimer la volonté active de recruter des aides-soignants, et chercher à perpétuer ces postes intermédiaires au sein de leurs organisations. D'autre part, les syndicats l'investissent comme une carrière possible pour les personnels les moins qualifiés des hôpitaux. D'autant que cette voie de promotion ne demande pas encore de formation qualifiante, qui n'apparaîtra que sept années plus tard. Il s'agit alors d'une bonne option pour les « filles de salles », avec un meilleur salaire à la clé (Arborio, 2001, 2009).

En plus de ces deux arguments, l'institution penchera en faveur de la pérennisation du poste, qui offre une solution à la pénurie de personnel infirmier d'alors. Les aides-soignants permettent à l'administration de compter sur un personnel formé, dont l'expérience est validée par le chef de service, capable d'effectuer certaines tâches des infirmières en l'absence de celles-ci ; mais qui présentent dans le même temps un avantage économique de poids, puisque leurs salaires sont inférieurs à ceux des infirmières.

Hughes propose une seconde lecture, plus sociologique, à cette construction historique du poste. Ainsi, les développements technologiques et les changements d'organisation du monde hospitalier introduisent de nouvelles tâches aux groupes professionnels déjà en place dans ces milieux. Ces changements réclament mécaniquement que les professions se délestent d'une partie de leurs anciennes tâches, pour insérer les nouvelles dans la composition du travail qu'ils prennent en charge dans leur journée. Or ces groupes professionnels, déjà institués, délégueront plus facilement les tâches les moins valorisées parmi celles qu'ils ont à charge : ces tâches plus socialement dévaluées, et plus proches du sale boulot. L'apparition de nouvelles tâches hospitalières prestigieuses pour la profession médicale entraîne la délégation d'un « paquet de tâches » (*bundle of tasks*)<sup>24</sup>, plus proche de leur « sale boulot » vers le groupe des infirmiers, qui à son tour doit déléguer une partie de ses tâches les moins valorisées. Aussi, Hughes prophétisait déjà en 1951 la nécessité de création « d'un ou deux métiers dont les noms resteraient à trouver »<sup>25</sup> (Hughes, 1951).

---

<sup>24</sup> Arborio préfère le terme d'agrégat à celui de faisceau pour traduire « bundle ». L'agrégat permet effectivement de mieux saisir la nature plurielle et éclatée des tâches qui le compose (Arborio, 1995, p. 95, note de bas de page).

<sup>25</sup> « The other tasks, those of less prestige, would then be put together into one or two jobs or positions for which names will have to be found. » (Hughes, 1951).

Pour Arborio cependant, le groupe des aides-soignants n'apparaît pas aussi soudainement, du fait de cette délégation : il s'agirait plutôt d'une émergence partielle. La délégation des tâches les moins valorisées se serait faite vers un groupe d'acteurs préexistant, mais qui n'avait pas d'existence reconnue par les instances légales, et qui se voit renommé dans le processus. Autrement dit, il émerge effectivement du point de vue des textes juridiques, mais préexistait dans les organisations informelles des équipes hospitalières.

Ainsi, le rôle de l'aide-soignant se pérennise dans un contexte de délégation. L'apparition de nouvelles techniques médicales, de même que la restructuration de l'organisation, suite à des volontés idéologiques telles que l'exclusion des personnels religieux, implique une délégation de tâches des médecins vers les infirmières, qui à leur tour délèguent des tâches vers le personnel subalterne hospitalier. Ces mécaniques provoquent l'émergence d'une catégorie intermédiaire entre l'infirmière et l'ASH : les aides-soignants, qui seront pérennisés *via* l'établissement d'un diplôme nécessitant un an d'études en 1956. Cette position de délégation subie s'institue au travers des textes de lois, comme celle de 1978 qui concerne les infirmières, et qui spécifie ce qu'elles sont en mesure de déléguer aux aides-soignantes (Acker *in* Kervasdoué *et al.*, 2003, p. 281), et qui sera précisé par la suite dans les textes qui encadrent la composition du travail aide-soignant, au bas des tâches de prise en charge soignante, mais comprenant aussi des tâches de gestion du lieu, tel que nous les avons présentées précédemment.

Par ailleurs, notons que ce processus historique d'émergence et de création de la catégorie des aides-soignants, parce qu'il trouve son origine dans une démarche administrative et non dans la volonté d'un groupe de se faire reconnaître pour sa maîtrise d'un domaine, entraîne le choix d'un nom peu flatteur. En effet, le titre du groupe choisi par l'administration dévoile la volonté de qualifier un groupe créé pour subir une délégation. Or, le titre d'un groupe est son premier élément d'identification, et en tant que tel, il devient un indice sur sa valeur et sa position sociale (Arborio, 2001 ; Hughes, 1961). Dans le cas des aides-soignants, le titre désigne la tutelle des autres « soignants » qu'ils « aident » : le terme n'a de sens qu'en relation avec les soignants qui lui sont supérieurs, et renvoie à une subordination figurative et pratique qui dépasse le cadre du travail pour être perçue par la société dans son ensemble, qui banalise cette posture illégitime dans son vocabulaire, soulignant le « pouvoir évocateur du nom » (Hughes, 1996 ; Hughes et MacGill Hughes, 1952).

Enfin, le poste d'aide-soignant s'est régularisé avec l'idée de constituer le maillon d'une « carrière modèle » construite administrativement (Arborio, 2001), qui débute par le poste d'agent de service hospitalier, passe par l'aide-soignant avant d'obtenir la promotion d'infirmière. Ce dernier métier devrait donc constituer la suite de carrière pour les aides-soignants des unités, et participer à leur obtenir une place plus influente au sein des équipes. Dans les faits, ces carrières verticales sont rares en hôpital somatique. Le passage de l'ASH à l'aide-soignant est rendu possible par une logique de récompense pour les aides-soignants « méritants », triés par la hiérarchie paramédicale ; mais qui ne s'accompagne pas toujours de changements effectifs dans les tâches. La promotion en infirmière est, quant à elle, un Graal rarement atteint, que seules quelques trajectoires exceptionnelles illustrent, souvent précédées de particularismes individuels (Arborio, 2001).

Le constat est le même sur nos différents terrains, y compris l'unité 3, où aucun aide-soignant ne parle d'un possible passage au poste d'infirmier, de même qu'aucune infirmière n'était anciennement aide-soignante. Le discours se construit plutôt autour d'une « récompense » pour leurs efforts et leurs engagements dans les services d'hospitalisation, comme l'explique Yasin, qui travaille dans l'Unité 1 de jour après avoir longtemps travaillé en unité d'hospitalisation :

**Yasin :** « L'unité ouverte, c'est la continuité... J'pense quand t'as travaillé dans un service fermé, le boulot est beaucoup plus dur... J'pense c'est la continuité logique, c'est un retour de manivelle... C'est des postes plus prisés, les horaires sont mieux aménagés, tu peux commencer à sept heures du matin ! Là-bas [en hospitalisation], tu te fais la main, il faut être plus jeune, plus dynamique. On terminait à 22h, quand t'es jeune ça va, tu peux tenir le rythme. Après, on nous renvoie l'ascenseur... »  
(Aide-soignant, 45 ans, unité 1)

Ce retour d'ascenseur, cette récompense, révèle les formes que prennent la carrière aide-soignante dans le cadre psychiatrique. Plutôt qu'une promotion vers le poste d'infirmière, on devine l'existence d'une « carrière horizontale » (Arborio, 2001 ; Becker, 1952), dont le parcours est intrinsèque à la structure psychiatrique. Ainsi, les aides-soignants sont recrutés en début de carrière dans les unités d'urgences psychiatriques ou pour malades difficiles (UMD). Après quelques années, ils obtiennent des postes dans les unités d'hospitalisation, et enfin, s'ils s'y investissent, ils seront « récompensés » par un poste en unité « facile », les unités de jours ou les CMP ; des places « prisées », car les horaires y sont moins contraignants, et leur fermeture hors des jours ouvrés assurent les week-ends à l'équipe.

Cette trajectoire professionnelle est présentée uniformément sur nos terrains de recherche, où tous explicitent comme une normalité l'obtention de postes en unités considérés comme plus faciles, après un investissement personnel dans l'unité. Se « donner », c'est subir des contraintes horaires et des tâches plus difficiles physiquement, c'est donc donner de sa personne, de sa forme physique, c'est se fatiguer. Cette démarche s'illustre par les parcours de Yasin et d'Olivier, les deux aides-soignants de notre unité 1 de jour ; ou encore avec Gabriel, « l'ancien » aide-soignant de l'unité 3 qui obtint un poste en unité ouverte vers la fin de notre observation, et de Raphaël, ancien aide-soignant de l'unité 3 qui a obtenu un poste à l'accueil du bâtiment de l'unité. En d'autres termes, il ne s'agit plus de changements de groupe professionnel, mais de changements de poste en conservant le titre d'aide-soignant. C'est le contenu du travail, fortement différencié et perçu comme plus simple, qui appuie le sentiment de récompense et de promotion.

Cependant, cette disposition révèle dans le même temps comment les aides-soignants ne « méritent » pas de promotion verticale, mais plutôt une forme de carrière horizontale, interne à la structure psychiatrique. Similairement aux services somatiques, « le titre d'aide-soignant(e) apparaît ainsi davantage comme le sommet de la hiérarchie du personnel de service que comme le premier barreau de la hiérarchie des personnels soignants » (Arborio, 1995). Si les acteurs considèrent positivement ce changement horizontal, comme une promotion, cette mécanique explicite la frontière qui est tracée entre les aides-soignants et les autres professions : il ne leur est pas possible de sortir de la posture dominée qu'ils occupent, même au travers d'une montée en grade qui leur offrirait une posture plus prestigieuse dans les tâches de prise en charge et l'organisation de l'équipe.

Les aides-soignants exercent donc dans une posture socialement dévaluée, et ce de manière institutionnalisée : leur fonction a émergé, historiquement, administrativement et juridiquement dans une position dominée au sein de l'organisation hospitalière. Historiquement d'abord, car elle est née de la volonté de différenciation et de légitimation du groupe infirmier, administrativement ensuite, car c'est ce milieu qui a conçu le groupe et l'a nommé : il n'a pas émergé seul de la revendication des acteurs en son sein. Et juridiquement enfin, puisque les textes qui encadrent les tâches des aides-soignants ont procédé en leur déléguant les tâches des infirmiers les plus dévaluées socialement, et en précisant que leur position s'exerçait sous le contrôle infirmier.

Cette position se prolonge au quotidien, dans la composition formelle et informelle des tâches que prennent en charge les aides-soignants, au plus proche du sale boulot, et qui crée une situation jumelée. D'une part, les autres soignants de l'équipe, médecins, psychiatres et infirmières, les excluent des prises de décisions ou n'écoutent pas leurs opinions. D'autre part, les aides-soignants s'autocensurent, et ne s'opposent pas, même avec des braconnages et des prises de pouvoir, à la position dans laquelle ils sont placés.

Il s'agit d'une situation radicalement inverse de celle des médecins, dont nous avons vu que le cadre exogène à l'unité, dans le sens du système social et culturel qui englobe l'unité psychiatrique où se déroule l'action, leur offre ce que nous avons qualifié d'une légitimité symbolique. Une position qui assoit leur crédibilité au sein des systèmes hospitaliers, mais surtout dans le contexte lointain de l'action : la condition culturelle qui pèse sur le contexte de l'action (Strauss, 1992). L'usage du concept de légitimité permettant alors de mieux rendre compte de la valeur perçue globalement qui s'offrait au groupe professionnel dans le système culturel encadrant l'action.

Puisque cette situation est tout à fait inverse pour les aides-soignants, nous la qualifions d'illégitimité symbolique, une position que l'on peut définir en s'inspirant fortement de la proposition de Suchman que nous avons retenue pour la légitimité (Suchman, 1995). Ainsi, *L'illégitimité symbolique* est l'inverse de la légitimité du même registre. Il s'agit d'une perception généralisée que les conseils, les décisions ou les actions d'une entité ne sont ni appropriés, ni désirables, au sein d'un système social constitué de normes, de valeurs, de croyances et de définitions. De plus, dans le cas des aides-soignants comme dans celui des médecins, cette posture illégitime est *exogène*, puisque le système social dont elle provient est le système culturel qui encadre la mise en place du système hospitalier, et avec lui du système psychiatrique, pour enfin influencer sur l'unité psychiatrique d'hospitalisation dans son ensemble : le lieu de l'action. Cela explique que la position d'illégitimité des aides-soignants des unités psychiatriques d'hospitalisation soit similaire à celle observée en services somatiques, car cette position est instituée culturellement. Elle est banalisée, comme l'un des attendus du groupe professionnel.

Ainsi, nous avons montré le retrait du groupe professionnel des aides-soignants de toutes les négociations et décisions aux sujets des micros-libertés des patients. Dans le quotidien du milieu psychiatrique d'hospitalisation, ils constituent un « personnel invisible », tant du fait de l'exclusion des autres professionnels — infirmières et psychiatres — que de leur propre

comportement, dans une forme d'autocensure. Une situation que l'usage du concept *d'illégitimité symbolique exogène* permet d'expliquer : la construction historique du poste d'aide-soignant pérennisant une situation de dominé, recevant la délégation du « sale boulot » infirmier. Cette situation est elle-même validée lors de la création du titre d'aide-soignant, dont la symbolique révèle la nature secondaire et d'assistance au groupe légitime, les soignants. Ce contexte sociohistorique pousse la fonction d'aide-soignant dans une posture qui rend indésirables leurs interventions dans les décisions quant aux patients : elle s'exprime par la constitution d'un panel de tâches qui touchent à toutes les facettes du « sale boulot ». Une situation si ancrée socialement, culturellement, que son application en milieu psychiatrique, dont nous avons montré qu'il minimise pourtant certaines des facettes du « sale-boulot », ne suffit pas à permettre une autre posture.

## **L'idéologie des *thérapies par la structure* : un cadre différent qui légitime les aides-soignants**

À la suite de nos lectures sur la place des aides-soignants au sein de l'ordre négocié hospitalier, qui se retrouvaient validées lors de notre collecte de données sur le terrain, nous avons fini par intégrer cette posture illégitime, en retrait, de ces acteurs comme un attendu du milieu hospitalier. Il nous semble que le groupe professionnel est un acteur secondaire de l'équipe du point de vue de notre question centrale, celle du quotidien de la psychiatrie d'hospitalisation, et avec elle la question de la négociation puis de l'usage des micro-libertés.

Aussi, lors de notre entrée dans l'unité 3 pour un nouveau terrain de recherche, nous nous attendions à effectuer des observations de même nature. L'existence de cette partie révèle avant l'heure que ce ne fut pas le cas, et que nous nous trouvions face à une organisation informelle tout à fait différente de ce que nous avons observé jusqu'alors, bouleversant les prénotions que nous avons acquises bien malgré nous. Ces dernières étaient si ancrées que nous éprouvions des difficultés à différencier les infirmières des aides-soignants, et que nous avons fait plusieurs fois l'erreur lors des premières semaines, ce qui fait le sujet d'un article que nous y avons dédié exclusivement (Salgado Hansen, à paraître).

Au long de cette dernière sous-partie, nous nous proposons de reprendre les conclusions de notre article, pour montrer à quel point l'implication des aides-soignants est différente dans le quotidien de l'unité 3. Ce particularisme permettant d'illustrer comment les idéologies psychiatriques, formes d'éthique de service négociées localement, peuvent produire les cadres

d'un ordre négocié profondément modifié, influençant ultimement les micro-libertés des patients et leurs négociations.

Comme précédemment, ouvrons nos comparaisons par l'usage des réunions et des transmissions d'équipe, lors desquelles nous avons précédemment montré le retrait, tant physique que moral, des aides-soignants. Dans l'Unité 3, tout à l'inverse, nous avons relevé quasi quotidiennement les participations d'aides-soignants lors des discussions au sujet des patients et de leurs micro-libertés, parfois pour des changements drastiques, comme dans le cas suivant :

La réunion d'équipe aborde un nouveau patient. La discussion est tendue, les paramédicaux se plaignent du comportement agressif. Sid s'énerve, il hausse le ton : « C'est un patient difficile là, ça ne va pas ! Vous devez faire quelque chose ! » il réclame une action des psychiatres. La psychiatre Selma finit par répondre : « Mais hier c'était le rush, en plus il y avait des urgences, on ne pouvait pas s'en occuper. Là d'accord on va s'en occuper ». L'équipe s'accorde pour changer la prise en charge du patient de soins libres à sans consentement [...]. Sid conclut « OK je vais appeler des renforts et l'accueil et c'est parti ». L'équipe approuve, il sort de la salle, mettant fin à la réunion. *(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet extrait, l'implication de Sid est frappante si on la compare au retrait de ses vis-à-vis dans les autres unités de notre corpus. En effet, l'aide-soignant se fait ici le porte-parole de l'équipe paramédicale entière. Il s'emporte contre la figure médicale, soulignant la difficulté dans laquelle elle met le reste de l'équipe en ne se montrant pas assez ferme avec le patient. Finalement, en appuyant sur cette difficulté de prise en charge, il obtient un changement dans les micro-libertés du patient : ce dernier sera changé de soins libres à soins sous contrainte, avec un retour en chambre d'isolement, et la perte de toutes ses micro-libertés précédemment acquises. En plus de ce changement, Sid met fin à la réunion d'équipe, dictant une application immédiate de la décision.

Cet extrait ouvre avec grandiloquence la différence de fonctionnement que l'on veut signifier entre l'unité 3 et les autres unités de notre corpus. Le comportement de l'aide-soignant est en opposition totale avec ce que nous avons décrit jusqu'alors dans ce chapitre.

Mais même en dehors de ces quelques moments d'éclat, de manière plus discrète et quotidienne, nous avons pu voir les aides-soignants participer lors des réunions et les transmissions à la même fréquence que les infirmières. Ils communiquent leurs opinions ou leurs observations, et

celles-ci sont tout aussi régulièrement prises en compte, écoutées et appliquées que pour les autres acteurs de l'équipe.

Dans d'autres moments de l'action conjointe, et pas uniquement pour les réunions, nous avons observé cette place différenciée des aides-soignants. Par exemple, dans le lien de l'équipe soignante avec les intervenants spécialisés de l'unité (l'appellation de ce groupe d'acteurs est complexe. À ce sujet, voir la partie V.2) : l'art-thérapeute ou le responsable d'activité sportive. Lors de leurs jours d'intervention respectifs, ces derniers viennent réclamer à l'équipe une liste des candidats potentiels qui peuvent se voir proposer l'activité pour la journée. Cette liste n'est jamais préparée à l'avance, la micro-liberté que constitue l'option d'y participer est plutôt négociée de façon officieuse entre les membres de l'équipe, et avec le patient. Pourtant, cette composition n'est pas anodine, puisqu'un patient pourrait avoir un comportement perçu par les acteurs comme inadéquat lors de ces activités, ce qui peut être particulièrement problématique pour l'équipe lorsque le patient est en dehors de l'unité, soit dans la salle de sport, soit hors des murs de la structure, avec le responsable d'activités sportives. Pourtant, lorsque ces intervenants spécialisés réclamaient la liste, nous avons pu voir indistinctement des psychiatres, des infirmières ou des aides-soignants la fournir à l'oral. Il s'agit pour nous d'un exemple qui éclaire la position des aides-soignants dans l'unité 3 : les autres soignants — psychiatres et infirmières — leur font confiance pour dresser la « bonne » liste de patients, pour partager leur jugement. Cette confiance se retrouve aussi chez l'intervenant spécialisé, qui accepte cette liste, peu importe l'acteur, alors qu'il est celui qui prend le risque de s'exposer à une situation difficile en cas de mauvais choix. Enfin, les aides-soignants ne s'autocensurent pas, et proposent d'eux-mêmes de dresser ces listes : ils se font confiance pour choisir les patients qui peuvent participer aux activités.

Un autre exemple est tout aussi révélateur, lors des visites en chambre d'isolement qui réunissent un psychiatre, une infirmière et un aide-soignant. À plusieurs reprises sur notre période d'observation, des patients se sont montrés agressifs avec les membres de l'équipe présente, menaçant de violences physiques. Dans ces situations, les psychiatres continuent à poser des questions, dans ce qui nous semble être une tentative pour nouer le dialogue ; et ce sont les aides-soignants qui mettent rapidement fin aux entretiens, intimant au psychiatre que « ça ne sert à rien là » ou bien directement qu'il « faut arrêter là ! ». Une décision qu'ils formulent tout en faisant barrière, avec leurs bras ou leur corps entier, entre le patient et leurs collègues. Dans l'unité 3, lorsqu'ils décrètent ainsi la fin de l'entretien, ils sont toujours suivis par les autres acteurs de l'équipe.

Nous avons questionné plusieurs des aides-soignants au sujet de ces moments de tensions et de risque physiques, qu'ils règlent en mettant fin aux entretiens. Gabriel, par exemple, nous tient le discours suivant :

**Gabriel :** « Les psychiatres sont très concentrés sur les symptômes. Ils se concentrent sur les infos, pour établir le diagnostic et puis choisir le traitement. Mais du coup, comme ils sont concentrés, ça leur fait oublier les risques qu'ils prennent, parce que ça reste des patients qui peuvent être dangereux ! [...] C'est notre rôle à nous, les AS, de les protéger, de leur montrer, de leur rappeler de faire attention. »

*(Aide-soignant, 45 ans, unité 3)*

Comme nous l'avons explicité, la gestion de la violence physique par « l'exercice de la force » est une tâche genrée qui revient aux acteurs masculins de l'équipe (Moreau, 2015, p. 281), les aides-soignants, majoritairement issus de milieux populaires et moins diplômés, qui entretiennent une vision traditionnelle de la virilité dans l'affrontement (Schwartz, 2011). Cette gestion de la contrainte par la force, nous l'avons vu, participe au « sale boulot » pluriel du groupe professionnel (Lechevalier Hurard, 2013). Comme ailleurs, les aides-soignants de l'unité 3 banalisent cette tâche, Gabriel explicite qu'il s'agit de leur « rôle » de « protéger » leurs collègues.

Cependant, contrairement aux autres unités, les aides-soignants de l'unité peuvent ici mettre fin aux entretiens avant que le recours à la force ne devienne irrémédiable. Parce qu'ils sont écoutés par la psychiatre lorsqu'ils réclament la fin de l'entretien, ils évitent le recours final à la force, et de contraindre le patient plus qu'il ne l'est déjà. Les aides-soignants de l'unité 3 sont donc effectivement mobilisés dans les situations qui mettent en scène la force physique, mais ils contrôlent ce recours à la force : ils n'y sont pas contraints par un psychiatre qui prolongerait ses questions jusqu'à ce que le patient l'agresse.

Ce fonctionnement impacte foncièrement les micro-libertés. La forme de négociation qui prend place entre le psychiatre et le patient, *via* la discussion, peut se voir finalisée par une agression physique du patient sur le psychiatre. À la suite de ce comportement, les micro-libertés du patient sont souvent fortement impactées, il peut par exemple se retrouver contentonné au lit. En intervenant avant la violence physique plutôt qu'après, en la prévenant, les aides-soignants de l'unité 3 influencent donc la finalité des micro-libertés des patients déjà contraints physiquement, car enfermés dans leurs chambres.

Ainsi, au sein de l'unité 3, nous avons constaté l'implication des aides-soignants lors des moments de travail commun, en face à face, qu'offre la psychiatrie. Dans ces temps où le médecin, l'infirmière et l'aide-soignant travaillent de concert, parfois avec d'autres acteurs comme les intervenants spécialisés ; ou bien avec les réunions d'équipe ou les rendez-vous en chambre d'isolement. La place que prennent les aides-soignants dans les négociations pour les micro-libertés devient flagrante.

Mais en plus de ces temps de travail commun, propre à la psychiatrie, nous avons constaté que les acteurs soutiennent moins de cloisonnement des autres tâches. Contrairement à ce que nous avons montré précédemment, les divisions entre les tâches spécifiques des infirmières et aides-soignantes ne sont pas soulignées, mais au contraire minimisées, voire supprimées au sein de l'unité 3.

Les exemples de ces décroissements sont nombreux. L'un de ce qui nous a le plus marqués est celui de la participation des aides-soignants à la formation et à l'évaluation des étudiantes infirmières.

Toutes les unités reçoivent régulièrement ces étudiantes pour des stages de cinq semaines, lors desquels l'étudiante est encadrée par une infirmière « référente » qui doit lui enseigner le travail en psychiatrie. Ce passage est obligatoire au cours des trois années d'études pour le diplôme infirmier, un stage devant être fait par type de spécialité médicale. En plus de cet enseignement, à la fin du stage, la référente doit évaluer le stage de l'étudiante au travers d'une grille standardisée : elle valide ou non des « acquis ». Dans les cas qu'elle qualifie de problématique, elle peut invalider le stage, ce qui provoque un nouveau stage de rattrapage dans une autre unité, voire un redoublement de l'année complète.

Au sein de cette grille existe une catégorie secondaire, les « tâches AS », spécifiquement désignée comme le travail aide-soignant propre à l'unité qui reçoit l'étudiante. Une partie de la grille sur laquelle peut participer un aide-soignant de l'unité, pour l'enseignement et l'évaluation à la fin du stage ; mais dans les faits, les infirmières s'occupent généralement de cette partie de la grille sans faire appel à un représentant du groupe aide-soignant.

Dans l'unité 3, les aides-soignants sont invités par les infirmières à participer à l'entièreté de la grille, effaçant toute forme de compartimentation des tâches entre les deux groupes professionnels. Un fonctionnement que nous abordons en entretien avec des infirmières extérieures à l'unité 3, comme avec Roxane :

**Roxane :** « Mais c'est interdit ça ! Il y a des items spécifiques qui concernent que les AS donc OK ils peuvent participer pour ceux-là, mais le reste c'est pas leurs compétences, ils y connaissent rien ! J'trouve que c'est n'importe quoi, c'est même dangereux là ! » (*Infirmière, 25 ans, hors des unités*)

La réaction de cette infirmière appuie la spécificité de fonctionnement qui prend place dans l'unité 3. Pourtant, impliquer les aides-soignants n'est pas contraire aux textes qui encadrent l'évaluation des infirmières, bien que jamais clairement prévu<sup>26</sup> : les cadres de santé choisissent des « tuteurs » infirmiers, mais ces derniers sont libres de constituer une « équipe d'encadrement » pour les seconder. Le texte nomme exclusivement des infirmiers, mais n'exclut aucun autre groupe professionnel pour participer à ce travail.

Plutôt qu'une règle inscrite dans les textes, la virulence de Roxane révèle plutôt l'illégitimité symbolique du groupe, et qui la disqualifie pour participer à évaluer les futures infirmières, censées devenir par la suite leurs encadrantes. Pourtant, notons la participation active des infirmières à la formation des médecins que nous évoquions précédemment, participation à la formation qui fait la fierté des infirmières, et pour lesquelles elles ne sont pas considérées comme illégitimes.

Par ailleurs, au sein de l'unité 3, la participation des aides-soignants à la formation des infirmières était aussi favorisée par la cadre de santé de l'unité, Stéphanie, qui leur demandait régulièrement leurs avis. Présentons l'exemple de l'unique stage que l'équipe considérait comme problématique sur notre période d'observation :

Stéphanie explique qu'il est très probable que le stage soit invalidé. [...] Les deux aides-soignants, Sid et Gabriel, explicitent précisément les soucis dans le travail ou dans les révisions sur les modes de soins sous contrainte que Gabriel lui a enseignés. La cadre est attentive, elle leur explique qu'il « faut faire une liste pour justifier un échec de stage », et elle leur demande de bien compiler à l'écrit toutes les informations qu'ils sont en train de lui donner.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

D'abord, on peut percevoir ici l'implication des aides-soignants dans la formation de l'étudiante infirmière, car c'est Gabriel qui s'est chargé de lui enseigner les dispositions légales complexes que sont les modes de soins sous contrainte. Ensuite, nous pouvons noter la mobilisation que

---

<sup>26</sup> Instruction N°DGOS/RH1/2014/369 du 24/12/2014 relative aux stages en formation infirmière.

fait la cadre Stéphanie des deux aides-soignants, leur demandant la création d'une liste des « mauvais » comportements pour justifier auprès de l'institut de formation en soins infirmiers, l'école d'affiliation de l'étudiante, de l'échec de son stage.

En dehors de cet exemple qui nous a particulièrement marqués, nous avons constaté une réduction voire un effacement généralisé du cloisonnement des tâches entre les infirmières et les aides-soignants, comme lors de la distribution des repas ou pour le nettoyage des chambres :

L'infirmière Nathalie lave la chambre d'isolement pour un patient qui devrait arriver. Je la questionne sur ce ménage. Elle m'explique : « Normalement ce sont les aides-soignants, mais chez nous c'est infirmières ou aides-soignants, c'est un travail d'équipe ! ». Elle précise alors que les infirmières et les aides-soignants font les « hauteurs » : lit, matelas, fenêtre et fauteuils, et les ASH s'occupent des sols et de la salle de bain. « Mais s'il n'y a pas d'ASH bah on le fait, c'est vraiment un travail d'équipe. ». Elle ajoute : « il y a des [unités], ils veulent pas que ce soient les infirmières ! Tu imagines ! » (*Infirmière, 40 ans, unité 3*)

Nathalie explicite un comportement dont nous avons observé la généralisation dans l'unité. Les tâches de nettoyage sont effectivement partagées entre les aides-soignants et les infirmières. De plus, en l'absence des ASH, les tâches ne sont pas uniquement déléguées aux aides-soignants, renforçant leur posture dominée : dans l'unité 3, les infirmières aussi effectuent les tâches des ASH en l'absence de ces derniers.

Les nombreux exemples que nous proposons ici sont les illustrations des spécificités dans l'organisation informelle du quotidien de l'unité 3. Il s'agit d'abord d'une place active pour les aides-soignants lors des moments de travail en équipe : en réunion, où ils négocient et influencent les micro-libertés des acteurs au même titre que leurs collègues soignants ; ou bien en chambre d'isolement où la gestion de la violence par les aides-soignants leur permet d'éviter le retrait de micro-libertés aux patients. Ensuite, nous avons pu voir que cette place différenciée s'exprime dans la division et le cloisonnement des tâches les plus ingrates, qui sont partagées avec les infirmières sur leur propre volonté. Un comportement qu'elles défendent et qu'elles qualifient positivement.

Ces spécificités de l'unité 3 sont les expressions de l'idéologie psychiatrique qui prend place en son sein, et que nous évoquons dans la première partie de la thèse. Elles donnent à voir une différence dans le déroulement des interactions du quotidien, lié à un « monde de soins » (Jacqueline, 2006), une culture de service qui lui est propre. Nous expliquons alors qu'une idéologie psychiatrique est la résultante de croyances et de pratiques locales, soutenue par un cadre théorique inspiré du milieu intellectuel de la psychiatrie, parallèle à sa mise en pratique.

Ainsi, l'idéologie de l'unité 3 est adossée à des catégories d'ordre théorique, avec ses paradigmes et son vocabulaire propre. Un vocabulaire que la cheffe du pôle psychiatrique dans son ensemble, ancienne cheffe de l'Unité 3, nous explicite lors de discussions informelles, employant le terme de « psychothérapie institutionnelle ». Un rattachement qu'elle revendique, et qu'elle m'indique avoir appliqué dans l'unité 3 lorsqu'elle en était la cheffe, et ce depuis sa création.

À son sens, l'une des spécificités de la prise en charge de cette école de pensée est, entre autres, de transformer l'unité en tant que cadre de vie en un moteur de la thérapie, *via* la gestion de ce cadre et des règles du quotidien. La structuration et l'organisation du quotidien permettent au patient de réintégrer la société par le réapprentissage de règles et de cadres de vie, en sus du suivi d'un traitement sélectionné pour ne pas être une « entrave » dans la vie hors des murs de l'unité.

La « psychothérapie institutionnelle », en tant que théorie spécifique de la psychiatrie, est évidemment plus complexe que le résumé rapide que nous proposons ici. Qui plus est, elle s'étend et se ramifie probablement en fonction des auteurs qui se saisissent de ce paradigme. Mais dans le cadre de notre analyse, ce n'est pas ce qui importe. Ce qui fait sens, c'est la vision, peut être partielle, modifiée, interprétée qu'en fait le Dr Gershon. C'est par ce discours qu'elle relie une organisation propre à son unité avec un courant théorique qu'elle maîtrise, mais que d'autres membres de l'équipe ne connaissent pas. Aussi, les théories et théories de la pratique qu'elle nous décrit entrent dans ce que nous avons qualifié d'idéologie des *thérapies par la structure* ; mais rappelons que cette idéologie réunit plusieurs théories en son sein, ce sont les modifications sur l'ordre négocié et le quotidien qui nous intéressent dans le cadre de notre analyse.

Effectivement, au sein de l'équipe de l'unité 3, aucun acteur ne catégorisait théoriquement ses pratiques. Dans leurs discours, ces acteurs se décrivaient fortement opposés à d'autres théories, annonçant « on n'est pas du tout psychanalytique ici ça c'est sûr ! », ou encore qu'ils n'étaient pas « neuro » lorsqu'ils parlaient de la précision de leur traitement. Lorsque nous questionnions leurs rapports aux théories, tous nous orientaient vers l'ancienne cheffe de l'unité, devenue cheffe de pôle, y compris la nouvelle cheffe de l'unité :

**Noûr :** « Ah ça les théories... Oui... Il faut voir avec le Dr Gershon, c'est elle qui sait ces choses-là ! [Rires] » (*Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 3*)

Cependant, comme le précisent les recherches au sujet des idéologies de la psychiatrie que nous avons déjà explicitées, la maîtrise des termes techniques, théoriquement ancrés, liés à un courant de pensée du milieu intellectuel de la psychiatrie ne sont pas une nécessité pour reprendre à son compte et s'inscrire dans une idéologie. Et ce, même si la quasi-totalité des acteurs de l'unité ne saisit pas ces termes (Gilbert et Levinson, 1957 ; Pine et Levinson, 1957 ; Strauss *et al.*, 1964). Une idéologie psychiatrique est avant tout une « idéologie professionnelle » (Armor et Klerman, 1968), représentée par des valeurs et des méthodes appliquées communément dans la structure qui la porte. Les acteurs s'accordent sur ce fonctionnement commun, même sans la maîtrise des termes théoriques auxquels une partie d'entre eux le rattache ; et ce particulièrement lorsqu'on compare les discours des psychiatres, au niveau d'études prolongées et qui ont étudié ces questions théoriques, avec les discours des paramédicaux, au niveau d'études plus faibles, et généralement originaires de milieu populaire, où ces questions éloignées de la pratique n'ont jamais été approchées.

Cela est particulièrement apparent dans l'unité 3, où nous observons effectivement des pratiques similaires au discours du Dr Gershon, sans pour autant que quiconque ne soit capable de les inscrire dans un courant théorique.

Ainsi, l'accent y est mis sur l'organisation d'un emploi du temps précis, d'un cadre à respecter pour « réapprendre » un quotidien qui ouvre de plus en plus de liberté, jusqu'à la réintégration à la cité. Nous pouvons le ressentir dans l'accent que mettent les paramédicaux sur les horaires, mais aussi dans les questions que posent les psychiatres aux patients, tournant souvent autour de respects d'horaires ou de cadres précis : « vous arrivez à vous lever à l'heure ? [Pour le petit déjeuner] » est par exemple une question que nous avons entendue régulièrement en début d'entretiens. À cet encadrement s'ajoutait une seconde pratique dans la sélection du traitement. À plusieurs reprises, les psychiatres et les infirmières justifiaient (entre eux ou à mon égard) du

choix de certaines molécules par la facilité de l'intégration du traitement dans le quotidien du patient, pour qu'il « l'accepte plus », et que sa prise soit facilement intégrée au reste de la vie. Un point de vue qui passe avant la pertinence chimique du médicament. Autrement dit, il est moins important d'avoir la molécule parfaite pour une maladie, il vaut mieux un traitement qui résorbe une partie des symptômes, mais qui dont la prise est facilitée pour le patient, et les effets secondaires moindres, pour minimiser les envies d'arrêt de traitement du patient.

Aussi bien le discours théorique que l'application pratique des méthodes semblaient effectivement s'insérer à un certain degré dans ce que nous qualifions d'une *idéologie de thérapie par la structure*. Mais l'origine de cette idéologie n'est pas à créditer uniquement au Dr Gershon et sa volonté de la mettre en place lorsqu'elle était cheffe de l'unité. Tout comme il s'agit de pratiques professionnelles, soutenues et mises en place à divers degrés par tous les acteurs, il s'agit aussi d'une origine plurielle, dans les investissements de chacun. Ainsi, l'histoire récente de l'unité participe au fonctionnement que nous décrivons.

En effet, l'équipe de l'unité 3 a vécu une vague importante de départs dans tous les postes : parmi l'équipe paramédicale, chez les psychiatres, mais aussi la cadre de santé. Dans le même temps, la psychiatre cheffe de l'unité, le Dr Gershon, a été promue au poste de cheffe du pôle, ce qui lui a laissé beaucoup moins de temps de présence au sein de l'unité. Or, ces départs n'ont pas été suivis d'un recrutement immédiat, ce qui a laissé l'équipe en sous-effectif et en difficulté dans son quotidien. Cette période nous a été régulièrement décrite, sans être datée spécifiquement. Ce n'est que quelques mois avant le début de notre enquête que deux nouvelles psychiatres, dont la nouvelle cheffe d'unité, ont été recrutées ; de même que la nouvelle cadre de santé. Quelques nouveaux paramédicaux ont aussi rejoint l'équipe, ainsi qu'un interne, ce qui n'avait pas été le cas « depuis plusieurs années ».

Cette histoire récente de l'unité 3 participe assurément à l'idéologie qui y prend place. L'équipe paramédicale, moins nombreuse, sans l'encadrement immédiat d'une cadre de santé et avec moins de psychiatres, s'est retrouvée dans une situation qui a pu agir comme un levier d'autonomisation. Le sous-effectif poussant à plus de polyvalence et à un partage des tâches moins cloisonné entre les acteurs, renforçant la vision du « travail d'équipe » si souvent cité par les infirmières. De plus, ce contexte aura participé à resserrer les liens au sein de l'équipe, car les tensions interpersonnelles auraient pu être plus nocives à la bonne conduite d'une journée de travail : on a moins d'alliés vers qui se tourner, et pas ou peu de figures de contrôle immédiates pour régler les litiges ; il devient nécessaire de construire une plus grande solidarité au cœur de l'équipe (Peneff, 1992).

Aussi, l'investissement du Dr Gershon dans une vision théorique de la prise en charge, dite de « psychothérapie institutionnelle », peut expliquer partiellement la mise en place d'une idéologie de thérapie par la structure dans l'unité 3. Cependant, les acteurs de l'unité, qui ne mobilisent pas ces concepts théoriques, révèlent des applications similaires, qui peuvent trouver une origine ou un prolongement de la volonté de la cheffe de pôle dans l'histoire récente de l'unité. Cette idéologie applique alors une vision du soin par la prise en charge, entre autres, de l'encadrement des actes basiques du quotidien : la structure psychiatrique et le cadre qu'elle fournit devenant par la même la source du *cure*, ce qui est perçu comme thérapeutique.

Or, avec une telle vision de la prise en charge psychiatrique, de nombreuses tâches de gestion et d'encadrement du quotidien des patients changent de valeur symbolique. La prise en charge de missions habituellement perçues comme culturellement ingrates, comme le nettoyage des chambres ou l'encadrement des repas, devient partie intégrante de ce qui est perçu comme thérapeutique pour le patient. Cela modifie mécaniquement la position symbolique des groupes professionnels qui exécutent ces tâches. Si le psychiatre établit le traitement et structure sur le papier le quotidien de chaque patient, ce sont les paramédicaux, bien plus présents dans l'unité, qui appliquent cette prise en charge psychiatrique, ce sont les paramédicaux qui s'occupent de mettre en place et de réguler ce quotidien. Ainsi, le travail d'encadrement de la journée, avec ses horaires fixes, la douche, la prise du repas, etc., acquiert la valeur d'un acte de soin psychiatrique, de *cure*, plus que de *care* : ils obtiennent la « dignité du thérapeutique » (Freidson, 1988).

Le rôle spécifique de l'aide-soignant, particulièrement dans la prise en charge des « tâches domestiques », quitte la sphère du « sale boulot » : il perd la vision culturellement dévalorisée du travail de service, remplacée par une vision du travail « pour » le patient psychiatrique et sa guérison (Emerson et Pollner, 1976). Ce changement dans la valeur symbolique des tâches, nous pouvons le ressentir dans le discours de l'aide-soignant Gabriel, lorsqu'il se justifie de mettre fin à des entretiens en chambre d'isolement :

**Gabriel** : « Parfois les psychiatres sont trop longs avec les patients en isolement. Je vois bien clairement que l'entretien ne va déboucher sur rien, que le patient va rien dire de plus, mais les psychiatres poussent leurs questions, encore et encore. Sauf qu'ils ne se rendent pas compte que nous on a pas autant de temps, on est pressés le matin : on doit aussi préparer les chambres, les médocs et tout avant le déjeuner ! » (*Aide-soignant, 45 ans, unité 3*)

Dans les remarques de Gabriel, on perçoit la modification qui s'opère quant à la valeur symbolique attribuée aux tâches. La conduite de l'entretien du psychiatre, qui permet la mise en place du traitement, est posée sur un plan d'égalité avec d'autres tâches effectuées par d'autres acteurs, ici le nettoyage des chambres des aides-soignants et la préparation des médicaments par les infirmières. Cela justifie pour Gabriel que les paramédicaux puissent mettre fin à un entretien qui se prolonge pour effectuer leurs autres tâches, de même valeur symbolique. La « dignité du thérapeutique » est attribuée à un champ plus vaste de missions parmi celles qui composent le quotidien de la psychiatrie ; et les acteurs qui en ont la charge sont donc valorisés eux aussi, considérés comme plus « dignes », comme plus légitimes aux yeux de l'équipe élargie.

Nous l'explicitons au début de cette thèse, les idéologies produisent des impacts locaux sur les ordres négociés et les micro-libertés des patients qui prennent place en leur sein. L'exemple de la position des aides-soignants de l'unité 3 permet de mieux saisir ce que nous posions jusqu'alors comme un présupposé à notre approche. Ici, l'idéologie des *thérapies par la structure* qui prend place dans l'unité 3 confère une légitimité à un ensemble plus vaste de tâches dans le quotidien de l'unité, ce qui dans le même coup légitime les acteurs qui en ont la responsabilité : le paramédical. Cela propose donc une modification à l'organisation informelle habituelle des unités d'hospitalisation de la psychiatrie, dans laquelle les aides-soignants ne sont plus des acteurs rejetés et invisibles, mais au contraire participatifs et légitimes.

Qui plus est, cette idéologie est circonscrite localement : il s'agit d'un « monde de soins » en ce qu'il n'existe que pour lui-même, en parallèle de toutes les autres unités d'hospitalisation qui présentent chacune leur propre ordre négocié, leur propre ensemble de règles locales.

Aussi, la légitimité acquise des aides-soignants de l'unité 3 est limitée au cadre du déroulement de l'action, au contexte proche : à l'unité psychiatrique en question, opposée au contexte structurel, macrosocial, dont nous avons déjà montré qu'il illégitime les aides-soignants (Strauss, 1992). L'idéologie des *thérapies par la structure* est en opposition avec le contexte culturel : la position légitimée dont bénéficient les aides-soignants de l'unité 3 est endogène, en opposition avec *l'illégitimité symbolique exogène* dont on a vu qu'elle marque le groupe professionnel. Effectivement, cette légitimité est endogène : elle ne s'exprime pas hors des murs de l'unité 3. Cela apparaît d'autant plus clairement lorsque les aides-soignants de notre unité effectuent des vacances ou des remplacements dans d'autres unités de la structure. Ainsi,

Raphaël est un ancien aide-soignant de l'unité 3 « promu », dans la carrière verticale que nous avons décrite précédemment, à un poste d'accueil du bâtiment. Il perçoit ce changement de poste positivement, comme une promotion, car le travail y est plus facile, et qu'il peut « papoter » avec des paramédicaux de toutes les unités du bâtiment. Mais sa position à l'accueil lui demande aussi d'effectuer des remplacements temporaires, lors de manques d'effectifs. Il nous raconte alors :

**Raphael :** « Moi je viens d'ici [l'unité 3] et elle est bien, ici c'est bien. Mais dans [une autre unité d'hospitalisation du bâtiment], ils sont lacaniens. T'imagines ? Si le patient, en chambre d'iso, il veut un Mac Do', bah le psychiatre il nous dit d'aller acheter et de lui apporter le Mac Do' ! C'est n'importe quoi ! J'aime vraiment pas aller aider là-bas. » (*Aide-soignant, 35 ans, en renfort dans l'unité 3*)

Le passé dans l'unité 3 de Raphaël lui fait favoriser l'idéologie qui y prend place, où sa position était légitimée. Mais dans son nouveau poste, à l'accueil, il se retrouve à devoir aider dans des unités aux idéologies différentes. Ce sont ces dernières qu'il illustre ici, critiquant l'idéologie d'une autre unité qu'il caractérise par son enracinement théorique psychanalytique. Raphaël n'apprécie pas la place qui y est dévolue aux aides-soignants, et qu'il occupe donc lors des aides qu'il y fournit parfois.

Il est facile de comprendre pourquoi il déprécie cette posture, mise en comparaison avec l'unité 3 : la gestion des repas, tâche habituellement dévolue aux aides-soignants, dispose dans l'unité 3 de la légitimité de ce qui est thérapeutique. Dans l'autre unité, Raphaël nous décrit un rapport unilatéral où les repas ne sont plus gérés et encadrés par l'aide-soignant, mais dictés par la négociation entre le psychiatre et le patient, qui excluent les paramédicaux. Qui plus est, l'application de repas sort des cadres de ce qui fait le soin : la structure hospitalière. L'aide-soignant doit sortir de la structure pour se procurer le repas au restaurant, sans relation avec le patient : il retourne dans une position socialement dévaluée de service à autrui.

La légitimité endogène des aides-soignants, acquise grâce à l'idéologie psychiatrique propre à leur unité, ne s'exprime donc qu'au sein de celle-ci. Mais dans le même temps, elle ne persiste que grâce à eux. En effet, il est nécessaire de comprendre que l'idéologie d'une unité n'est pas un fait acquis, une constante immuable qui dicterait des modifications dans l'ordre négocié. Tout à l'inverse, il s'agit d'un résultat organique, qui ne repose que sur les actes et les

accords tacites des acteurs de l'unité. Pour que cette idéologie persiste et face sens, il est nécessaire que les acteurs s'en saisissent et l'investissent.

C'est ce que nous observons dans l'unité 3, où les aides-soignants s'approprient cette posture et font vivre cette idéologie chacun de manières différentes, individualisées. Ainsi les « anciens » aides-soignants de près de cinquante ans : Sid et Gabriel, sont tous deux présents dans l'unité depuis sa création par le Dr Gershon. Ils racontent fièrement leur participation à l'élaboration du fonctionnement « en équipe », de même que la transmission qu'ils en font aux « nouveaux » des équipes. De leur côté, les « nouveaux » aides-soignants sont eux aussi révélateurs de l'implication spécifique de ces acteurs. Ainsi, Apolline et Mathis m'expriment avoir expérimenté plusieurs unités de psychiatrie au cours de missions d'intérimaire, et ce avant de choisir l'unité définitive où postuler. Une tactique pour se donner le choix quant à l'unité où postuler, de manière similaire à certaines infirmières qui construisent une sélection pour intégrer les unités où elles « se sentent bien » (Mougeot, 2019a) :

**Mathis :** « C'est vrai que c'est le truc que j'ai beaucoup apprécié [les fois] où je suis venu ici. On a une vraie reconnaissance ; quand dans d'autres services, ou bien en somatique, on est traité comme des moins que rien. Ici [...], on n'est pas rabaissé, on a aussi notre place et notre mot à dire. » (*Aide-soignant, 30 ans, unité 3*)

**Apolline :** « Ce qui m'a plu ici c'est qu'en entretien il y a toujours un soignant, infirmière ou aide-soignant : on ne fait pas la distinction. Et c'est pas le cas ailleurs, dans d'autres unités. Certaines unités il y a que le psychiatre en dualité avec le patient. [...] Et après l'entretien, le psychiatre, spontanément il nous questionnait, même moi... Tous les collègues étaient bienveillants entre eux, et ils s'entraident ! infirmières, aide-soignant et ASH quoi... Et mêmes médecins ! ... et bienveillants avec les patients quoi ! » (*Aide-soignante, 25 ans, unité 3*)

En entretiens, ces deux jeunes aides-soignants expriment une attraction pour la position particulière des aides-soignants qu'ils ont rencontrée dans l'unité 3. Ce fonctionnement différent fut la source d'une motivation antérieure qui les pousse à y postuler, dans le but de profiter, mais aussi de prolonger cette posture.

Cette implication individualisée, nous la retrouvons dans divers actes individuels du quotidien de l'unité, où Gabriel aide les infirmières en tapant leurs transmissions, quand Sid s'investit en achetant et en jouant à des jeux de société avec les patients. Apolline s'occupe quant à elle d'organiser des voyages thérapeutiques avec les patients, dont elle gère le budget avec l'aide

de la cadre de santé. Mathis enfin se charge du système informatique de l'unité : une gestion pour laquelle il a suivi des formations. Cette implication révèle la manière dont les acteurs se saisissent de la posture qui leur est offerte, et la font vivre, chacun différemment des autres. Des fonctionnements qui participent à faire l'ordre négocié particulier de l'unité 3 : où l'accès aux jeux de société de Sid et au voyage thérapeutique d'Apolline constituent de nouvelles micro-libertés négociables, et où la position de proximité aux infirmières de Gabriel, ou la gestion de l'informatique de Mathis modifie les rapports entre les acteurs, et bénéficie aux équipes en ce qu'elles fournissent de plus nombreux acteurs pour s'investir dans le fonctionnement du quotidien, facilitant le travail de leurs collègues.

À l'inverse, le troisième des jeunes aides-soignants, Antonin, ne s'implique pas dans la prolongation de cette idéologie. Comme pour ses vis-à-vis des autres unités de notre corpus, il ne participe pas lors des réunions ou des transmissions, mais reste hors du cercle des soignants, sur son téléphone portable. Sa position et son implication dans le quotidien sont en tous points similaires à ce que nous décrivions au début de ce chapitre, pour les aides-soignants des autres unités. Un comportement bien connu dans l'équipe, comme en atteste Lou :

**Lou :** « Antonin il fait jamais ses trans', c'est un choix perso'. C'est comme ça, mais bon... Du coup, comme il aime pas les faire, on fait pour lui. Après on trouve un équilibre, il nous transmet et on écrit pour lui. » (*Infirmière, 25 ans, unité 3*)

Face au désengagement d'Antonin, l'équipe paramédicale se montre assez critique, en particulier les « anciens » aides-soignants. Pour autant, certains mettent en place des tentatives pour l'investir, et à défaut, pour le protéger. Ainsi, certaines des jeunes infirmières de l'équipe qui sont dans son roulement tapent ses transmissions écrites à sa place, sur sa session informatique, pour donner l'illusion de sa participation. Elles expriment une peur qu'il soit sanctionné si ses dossiers de transcriptions sont vides. Dans cette tactique, elles lui demandent souvent de dicter ou d'explicitier précisément ce qu'il aurait écrit, et ce hors des moments de transmissions paramédicales : elles cherchent à le mobiliser, à l'investir dans la posture de légitimité qui lui est offerte.

Le comportement d'Antonin, et la manière dont l'équipe y fait face, révèle le fonctionnement des idéologies qui prennent place dans les unités psychiatriques. En premier lieu, il permet de constater qu'une idéologie ne peut vivre que dans l'implication de ses membres : si tous les aides-soignants agissaient de la même manière qu'Antonin, avec son retrait, alors la position des aides-soignants n'existerait pas, ils n'influenceraient pas les micro-libertés, et ne disposeraient pas de la légitimité endogène qui leur est offerte. Il est alors facilement imaginable

que l'idéologie changerait rapidement pour une forme différente, où les aides-soignants, similairement à ceux des autres terrains, retrouveraient une posture secondaire et invisible dans l'organisation et les interactions du quotidien. Dans le même temps, la posture d'Antonin révèle les tactiques des infirmières qui cherchent à le protéger et à l'enjoindre dans la posture qui lui est offerte. Cette réaction montre comment l'idéologie survit aussi au travers de l'investissement des autres acteurs de l'unité, et pas seulement des aides-soignants qui en bénéficient. L'idéologie n'est donc pas le fait d'une partie des acteurs des unités, ceux touchés directement par les changements qu'elle implique, mais plutôt par une large palette des acteurs qui constituent l'équipe et qui permettent, par leurs investissements personnels, de faire vivre cette idéologie, de lui donner sens au quotidien. L'idéologie d'une unité n'est donc pas un acquis pour ses membres, mais plutôt un accord tacite, fragile, qui ne dépend que de l'engagement des acteurs qui la permettent, et qui se modifie dans le temps.

Cette dernière conclusion trouve un écho dans les observations que propose Sarzier, dans son article à propos des paramédicaux « déclassés » (Sarzier, 2020). Il y présente une unité d'hospitalisation psychiatrique dans laquelle il observe un clivage entre les paramédicaux « anciens » et « nouveaux ». Un clivage qu'il attribue à l'histoire de l'unité, marquée par l'arrivée d'un nouveau chef de pôle qui impose de nouvelles techniques de prise en charge, orientées dans des théories de la neurologie, en opposition directe avec la théorie poursuivie qui s'inscrit dans les psychothérapies institutionnelles. L'opposition entre les deux psychiatres se résoudra par le départ du chef de service, suivie par une fraction du personnel. Sarzier révèle ainsi comment la partie « ancienne » du personnel paramédical expérimente un déclassement par leur perte de légitimité au sein des interactions de l'équipe : déclassement immobile puisqu'elle ne change pas de poste, ni de lieu d'exercice. Ce déclassement faisant suite à des changements de management, de théorie psychiatrique et de configuration des rapports entre les groupes professionnels : autrement dit, ce que nous qualifions d'idéologie de l'unité, composée d'un soubassement théorique, mais aussi et surtout d'une organisation informelle du travail.

Cet article renforce l'idée d'imbrication que nous révélions entre les investissements des multiples acteurs de l'unité et la poursuite d'une idéologie, mais aussi le caractère temporel de cette dernière, qui peut changer au fur et à mesure des compositions de l'équipe. Dans le cas d'une idéologie de thérapie par la structure, l'investissement des personnels légitimés est nécessaire pour maintenir leur position, mais au même titre que les autres acteurs, aux positions plus élevées dans la hiérarchie, comme les cheffes d'unité et de pôle, qui doivent participer à faire vivre cet ordre négocié, à laisser une place à ces acteurs habituellement subalternes.

L'Unité 3 présente donc une spécificité dans l'un des aspects de son ordre négocié. La place des aides-soignants y est différente, légitimée, ce qui leur permet une plus grande participation dans les négociations et l'établissement des micro-libertés des patients.

Ce fonctionnement permet d'exemplifier ce que nous élaborions au début de cette thèse, l'existence d'idéologies psychiatriques qui se déclinent selon le cadre proche de l'action, pour en modifier les leviers de négociations dont disposent les acteurs : dans l'unité 3, ils offrent une légitimité endogène aux aides-soignants. Ce changement de posture pour l'un des groupes professionnels impacte les échanges au quotidien, et avec eux les micro-libertés obtenues et utilisées par les patients. Les idéologies permettent de voir d'autres déroulements du quotidien de l'hospitalisation psychiatrique ; des interactions dans lesquelles une majorité des acteurs occupent une position similaire à celle que l'on constate dans le reste de notre corpus : l'idéologie ne modifiant finalement qu'une fraction de l'ordre négocié, mais une part suffisante pour marquer sa différence.

Dans le même temps, l'exemple de l'unité 3 permet de mieux percevoir la réalité pratique de ce qu'est une idéologie psychiatrique : il ne s'agit pas d'un cadre pesant sur l'action au sein de l'unité, appliquant les méthodes d'une théorie lointaine. Au contraire, il s'agit d'un esprit de service, d'une vision éthique et pratique qui perdure par l'implication quotidienne des acteurs, à un niveau individuel, puisque chacun mobilise différemment cette idéologie. Une implication essentielle, sans laquelle l'idéologie n'aurait finalement pas le poids qu'elle a sur l'action. Sans cette implication, il est certain que l'idéologie de l'unité serait tout autre, de même que son ordre négocié qui régit les micro-libertés.

# Conclusion de la partie

Cette troisième partie se concentre sur les trois groupes soignants qui officient dans les unités d'hospitalisation psychiatriques. Il s'agit des personnels à la présence la plus importante entre les murs des unités, et qui entrent en relation avec la totalité des patients. En ce sens, ils forment le noyau dur parmi les professionnels. Nous avons alors cherché à montrer comment chacun de ces groupes pèse, ou non, sur les micro-libertés des patients. Ces constatations dressent ensemble les premières esquisses de la globalité de l'ordre négocié qui se construit au sein des unités autour des conditions de vie des patients.

Tout d'abord, nous avons décrit la position des psychiatres, dont le groupe dispose d'une place prédominante dans les décisions qui concernent les micro-libertés des patients : elles en décident le contenu individuellement, pour chaque patient. Cependant, cette position n'est pas purement hégémonique dans l'ordre qui se négocie autour des micro-libertés. En effet, nous avons montré comment le reste de l'équipe, et plus principalement les infirmières, porte un jugement sur chaque psychiatre en fonction de la place que celle-ci accorde aux opinions des autres groupes sur les modalités de la prise en charge. Ce jugement se cristallise autour de la qualification d'être ou non « à l'écoute ». Par ailleurs, les psychiatres s'investissent dans la prise en charge de certains patients plus que d'autres. Des favoris pour lesquels elles désirent souvent des micro-libertés qui sortent des attributions des paramédicaux, chargés de l'application pratique. En se montrant « à l'écoute », les psychiatres obtiennent une forme de retour de la part des paramédicaux qui accepteront plus facilement de sortir de leur rôle.

Par la suite, nous nous sommes penchés plus en avant sur le groupe des infirmières. Nous avons vu comment ce groupe s'était construit historiquement sur une volonté d'autonomisation face à la tutelle médicale pour leurs tâches, ce qui se répercute dans les fonctionnements des équipes hospitalières au quotidien. Cette volonté d'autonomie et de reconnaissance explique ainsi l'attente des infirmières d'obtenir l'écoute des psychiatres sur leurs observations et leurs opinions quant aux prises en charge. Nous avons alors montré comment elles aussi s'investissent à titre individuel auprès de certains patients, parfois négativement et parfois positivement avec des « chouchous ». Dans les deux cas, elles mettent en place des exceptionnalités dans les micro-libertés pour ces patients précis.

Enfin, nous avons abordé la place du groupe professionnel aide-soignant dans les interactions qui prennent place au sein des unités d'hospitalisation. Nous avons montré leur autocensure et leur rejet par les autres groupes professionnels au sujet des prises de décisions qui concernent les micro-libertés des patients. D'une part, les membres des équipes ne les

écoutent pas, ne prêtent pas attention à leurs remarques et à leurs propositions ; d'autre part, les aides-soignants dévaluent leur position et ne cherchent pas à sortir de cette posture qu'ils normalisent et transmettent à leurs étudiants. Nous avons alors montré comment cette position s'est instituée historiquement dans les systèmes hospitaliers, le groupe professionnel apparaissant comme une répercussion dans les luttes pour la reconnaissance et l'autonomie du groupe infirmier. Aussi, les aides-soignants ont été construits comme une fonction subordonnée, récupérant les tâches les moins valorisées socialement parmi les soignants.

Par ailleurs, en présentant les rapports de chacun de ces groupes professionnels les uns avec les autres, ainsi qu'avec les patients, nous esquissons les mécanismes qui sous-tendent les négociations des micro-libertés. Effectivement, les médecins sont généralement écoutés lorsqu'ils décident de changements pour les micro-libertés des patients : ils triomphent plus régulièrement dans les négociations, ce qui n'empêche pas les autres groupes de se montrer critique de leurs décisions, tout en les appliquant. De même, les infirmières s'attendent à être écoutées sur certaines recommandations, et interviennent pour certains patients *via* le braconnage des micro-libertés. Ces descriptions nous ont poussés à élaborer des outils sociologiques pour comprendre les leviers que mobilisent les acteurs pour jouer sur les négociations qui entourent les micro-libertés. Il nous semble alors que ces leviers peuvent trouver leurs sources dans des contextes plus ou moins éloignés de l'action. Nos descriptions font apparaître des strates sociales différenciées qui pèsent chacune, à leur échelle, sur l'action concrète qui prend place dans les unités. Ces strates déterminent les positions des acteurs dans l'ordre négocié qui se construit avec les micro-libertés pour objectif.

Ainsi, nous avons montré comment les histoires et les luttes des groupes professionnels qui se déroulent au niveau macrosocial produisent une vision culturelle de ces groupes qui pèse partiellement sur l'action qui se déroule entre les murs des unités : les médecins et les psychiatres disposant d'une *légitimité symbolique exogène*, reposant sur la posture d'expert des questions de santé obtenue culturellement par leur profession dans l'histoire occidentale récente (Abbott, 1988 ; Freidson, 1988). Mais déjà cette position s'effrite, et permet, entre autres, au groupe des infirmières de chercher à s'autonomiser et à sortir de la domination médicale. La réussite est partielle, mais produit des attentes de la part du groupe, qui se sent légitime à être écouté par les médecins lors des prises de décisions. Enfin, ce contexte culturel produit aussi la posture illégitime du groupe professionnel aide-soignant, construit dans une situation subordonnée, ce qui produit un rejet de leurs opinions par les autres soignants, mais aussi par eux-mêmes.

Ainsi, la *légitimité symbolique exogène*, située au niveau macrosocial, constitue un levier pour les acteurs dans leurs négociations des micro-libertés des patients. Pour le construire, nous nous sommes appuyés sur la définition sociologique que propose Suchman, dans laquelle ce concept est une perception généralisée que les actions d'une entité sont désirables et appropriées dans un système donné de normes et de croyances (Suchman, 1995). Cependant, en nous attachant à décrire les trois groupes professionnels soignants, il nous semble que cette définition, particulièrement utile pour réfléchir à la posture des professions, montre une limite lorsqu'on l'étend à l'ensemble des groupes professionnels sur un sujet donné, ici la santé mentale. En effet, cette définition pose la légitimité dans une situation duale, soit que l'entité la possède ou non au sein d'un système social. La description des trois groupes soignants que nous dressons montre cependant que cette légitimité symbolique se construirait plutôt sous la forme d'un continuum plutôt que dans une valeur possédée ou non. Au sein de la culture occidentale, la légitimité d'un groupe professionnel sur le sujet de la santé n'est pas présente ou absente, mais apparaît dans une position entre la force et la faiblesse, et se modifiant dans le temps. On y poserait les médecins proches de l'une des extrémités, profession particulièrement dominante sur les questions de santé ; quand on trouverait les aides-soignants à l'autre extrémité, l'exclusion des décisions qui marque leur poste s'observant culturellement. Le groupe infirmier se situerait sur ce continuum dans une position plutôt centrale, en ce que ses membres ne disposent pas de la reconnaissance sociale complète sur le sujet, mais leur expertise partielle est quand même considérée, y compris par elles, pour justifier leur volonté d'écoute des médecins.

En d'autres termes, on pourrait observer l'existence de ce continuum comme un ordre justifié (Boltanski et Thévenot, 1991). Semblablement à une cité où tous les acteurs, les membres de l'équipe, s'entendent sur le principe supérieur de la bonne prise en charge de la santé mentale, et où la capacité centrale serait la maîtrise de sa compréhension et de la juste réponse face aux troubles. Au sein de cette cité psychiatrique se définirait un ordre de grandeur au sommet duquel se trouve le psychiatre, et où l'aide-soignant serait le « petit » (Lemieux, 2018).

Au cours de cette partie, nous avons fait émerger une seconde strate sociétale intermédiaire qui pèse elle aussi sur les interactions et l'ordre négocié, il s'agit des idéologies de la psychiatrie. Ainsi, nous avons montré au travers des fonctionnements spécifiques de l'unité 3 comment une idéologie des *thérapies par la structure* modifiait les rapports hiérarchiques au sein des soignants. De même, le caractère thérapeutique de la gestion des actes

quotidiens pour un patient revalorisait la position des paramédicaux, et principalement des aides-soignants, bien moins illégitimes que dans une organisation hospitalière d'une autre idéologie : ils intervenaient plus fréquemment dans les prises de décisions au sujet des micro-libertés, de même qu'ils mettent en place des braconnages de micro-libertés similaires aux infirmières. Il apparaît donc que l'idéologie psychiatrique est une strate intermédiaire qui légitime certains groupes professionnels dans l'ordre négocié qui se construit autour des micro-libertés : il s'agit d'une *légitimité symbolique endogène*, en ce qu'elle ne prend place qu'au sein des unités psychiatriques où se déroule l'action, où elle vient supplanter l'ordre des légitimités culturellement instituées. Mais son caractère fonctionnel ne s'exprime pas hors de cette unité, dans un lieu qui poursuivrait une autre idéologie.

De plus, nous avons aussi montré comment les psychiatres cheffes de pôle s'investissent pour tenter de construire une application homogène de leur idéologie au sein de leur structure, dans les pratiques et les discours encrés théoriquement, ce que d'autres recherches ont déjà montré pour les structures somatiques (Binst, 1990) et psychiatriques (Demailly, Haliday et Hum, 2021). Dans nos observations, nous constatons plusieurs implications personnelles en ce sens, dans les recrutements et les carrières professionnelles au sein de leur pôle par exemple. Aussi, les idéologies de la psychiatrie produisent des leviers de négociations pour certains groupes professionnels dans les négociations des micro-libertés : elles produisent des *légitimités symboliques endogènes* qui peuvent parfois exister dans plusieurs unités d'un même pôle, selon les investissements des psychiatres cheffes de pôle.

Enfin, nous avons montré tout au long de cette partie comment la légitimité d'un individu donné auprès des autres acteurs variait comparée à celle qu'il obtenait par son groupe professionnel, soit culturellement soit par l'idéologie qui prend place dans l'unité. Au plus proche de l'action, dans leurs investissements et leurs comportements individuels, les acteurs soignants obtiennent des postures spécifiques qui constituent elles aussi un levier dans les négociations : en somme, la confiance que leur accorde l'ensemble des autres acteurs. Ainsi, nous avons vu que les psychiatres les plus « à l'écoute » du reste de l'équipe étaient mieux considérés par les paramédicaux qui acceptaient d'effectuer pour eux des tâches hors de leurs attributions et qui participaient aux conditions de vie des patients. Nous avons évoqué le cas de Selma, moins à l'écoute, dont les décisions aux sujets des micro-libertés étaient tout de même appliquées, du fait de sa légitimité professionnelle, mais qui était régulièrement critiquée et n'obtenait pas d'autres soutiens des paramédicaux lors de demandes hors de leurs attributions. Ensuite, nous avons vu comment parmi les infirmières, les plus anciennes et les plus aptes à défendre l'autonomie de leur groupe professionnel bénéficiaient d'une aura parmi l'équipe.

Enfin, nous avons aussi montré comment même chez les aides-soignants légitimes de l'unité 3, une implication individuelle était nécessaire pour en bénéficier, ce qui n'était pas le cas d'Antonin. On détache donc un dernier niveau de légitimité des acteurs, dans la dernière strate sociétale, au plus proche de l'action : une *légitimité symbolique endogène* obtenue individuellement, et qui ne s'exprime qu'au sein de l'unité, auprès des autres acteurs avec qui on l'a obtenue, et qui se construit dans les relations, sur le long terme, entre les acteurs qui apprennent à se connaître.

La légitimité constitue donc un premier outil pour comprendre comment les acteurs réussissent à faire émerger leur vision lors des négociations autour des micro-libertés des patients, chacune discutée individuellement. Cette légitimité se construit comme un continuum, avec à l'extrémité opposée l'illégitimité qui exclut des prises de décisions. Cette légitimité trouve une expression différenciée du plus proche au plus lointain de l'action, un acteur bénéficiant de la légitimité symbolique exogène de son groupe professionnel, mais qui est ensuite modifié par la posture que l'idéologie locale implique pour ce groupe. Enfin, cette légitimité s'individualise dans les interactions sur le long terme, pour produire une posture de *légitimité symbolique endogène* individuelle. Aussi, plus cette légitimité trouve ses sources proches de l'action, et plus elle nous semble représentative de la place réelle de l'acteur dans la multiplicité des négociations d'une journée ou d'une semaine d'interactions.

La posture de légitimité qu'obtient un acteur précis dans l'organisation informelle lui permet de faire pencher les décisions au sujet d'une micro-liberté vers sa vision. Cependant, cela ne signifie une réussite absolue face à un acteur de moindre légitimité. Une psychiatre, face à une infirmière, n'emportera pas automatiquement les négociations au sujet d'une micro-liberté pour un patient. Mais plutôt, sur l'ensemble des négociations qui auront lieu pour les listes de micro-libertés individuelles de chaque patient, la psychiatre l'emportera sur plus de négociations que l'infirmière. Autrement dit, ce levier ne s'exprime pas comme une réussite absolue, mais dans la fréquence avec laquelle les visions de celui qui en dispose émergeront.

Après ce premier outil de compréhension pour expliquer les résultats des négociations pour les micro-libertés, nous en avons détaché un second, la capacité à maîtriser et à mobiliser des informations dont les autres ne disposent pas. En effet, la présence continue du groupe des infirmières dans l'unité lui permet de disposer du contrôle de zones d'incertitudes nombreuses, dans les moments d'absence des autres groupes professionnels. Elles mobilisent ces moments de solitude ou d'interactions privilégiées avec les patients pour peser sur les micro-libertés de ceux-ci. Elles s'impliquent individuellement, braconnant et usant de tactiques traversières

(de Certeau, 1990 ; Mougeot, 2019a), recourant au *pouvoir de l'expert* (Crozier, 1963). Il s'agit à notre sens du recours à un *pouvoir*, ou un *contre-pouvoir*, qui permet de faire émerger une autre vision des micro-libertés, dans le sens où il offre à l'acteur qui en dispose la possibilité de faire prévaloir sa vision de la prise en charge malgré les règles formelles ou les décisions déjà exprimées précédemment. Cet outil permet donc de supplanter des négociations précédentes, de redistribuer les cartes, y compris sur des sujets décidés par des acteurs plus légitimes.

Nous différencions donc les deux leviers d'influence dont disposent les acteurs, la *légitimité* qui émerge de différents contextes éloignés de l'action, et se précise en s'individualisant au plus proche de celle-ci ; qui est la confiance qu'attribuent l'ensemble des acteurs au fait que les décisions de l'un des leurs soient appropriées ou non. Puis en second lieu, le *pouvoir*, qui est le fait de recourir à un savoir dont les autres acteurs ne disposent pas pour décider du contenu de certaines micro-libertés. Mais pour autant, distinguer ces deux leviers pour peser sur les micro-libertés ne signifie pas qu'ils ne soient pas liés. Nous avons explicité comment il faut se sentir légitime pour user du pouvoir, ce qui est plus le cas des infirmières plus avancées dans leurs carrières. Cela explique par ailleurs que les aides-soignants n'aient pas recours au pouvoir dans les unités du corpus, puisqu'ils se sentent eux-mêmes illégitimes ; le cas de l'unité 3 venant appuyer cette dernière réflexion, puisque cette fois l'idéologie offre une posture légitime aux aides-soignants, qui rejoignent les braconnages infirmiers.

De la même façon, le recours au pouvoir ne s'effectue pas par automatisme, et respecte dans la majorité des cas les décisions qui émergent d'un acteur légitime. Pour exemplifier. Il nous semble donc que c'est la légitimité d'une psychiatre qui lui permet d'être suivie sur ses décisions concernant les micro-libertés : dans le sens où l'entièreté de ses décisions pourrait être le sujet d'exercice du pouvoir de la part des infirmières, qui n'en respecteraient rien. En vérité, l'usage du pouvoir par ces dernières dépendra de la légitimité de la psychiatre en question : à quel point elle est à l'écoute en règle générale.

Dans la suite de ce travail, nous ferons appel à ces deux leviers d'influences théoriques pour expliciter les positions de chaque groupe et de chaque acteur vis-à-vis des questions de micro-libertés : leur capacité à peser ou non sur celles-ci lors des interactions, et finalement leur place dans l'ordre négocié de l'unité où ils interagissent.

Remarquons alors que ces deux leviers pour négocier les micro-libertés révèlent une mobilisation et une implication hautement individuelles : chaque acteur dispose de sa légitimité propre, même si partiellement décidée par le cadre culturel puis idéologique, c'est la confiance qu'il obtient des autres individus par ses comportements et ses relations qui jouent finalement le plus intensément. De même, l'usage du pouvoir se fait principalement solitairement soit seul face à la micro-liberté, soit seul face au patient pour qui on y a recours.

Alors que nous avons ouvert cette partie en révélant le discours unificateur que tiennent les professionnels soignants, et qui cherche à mettre en avant leur travail d'équipe et la nature consensuelle de leurs décisions (Ogien, 1989 ; Paillet, 2007). Nos descriptions révèlent finalement la nature extrêmement individuelle de l'implication de chaque acteur dans les négociations : les psychiatres et les infirmières s'engageant personnellement avec certains patients plus qu'avec d'autres, quand les aides-soignants sont désinvestis de ces questions. Par la suite, le groupe médical et le groupe infirmier mettent en place des fonctionnements qui visent à se montrer unis vis-à-vis des autres groupes d'acteurs, professionnels et soignants, en se réservant des temps privilégiés ou encore en dissimulant ses désaccords. Ces comportements permettent de lisser des décisions défendues personnellement, *a posteriori*, de leur ajouter un caractère consensuel dans les discours qui soutiennent l'action ; alors que dans le déroulement de celle-ci, nous ne l'observons en rien.



## **Partie IV : Les patients et leurs familles**

Dans la partie précédente, nous avons montré comment les différents acteurs soignants des équipes — les psychiatres, les infirmières et les aides-soignants — négocient les conditions de vie des patients qui traversent leurs unités d'hospitalisation, lors d'interactions qui excluent ou qui incluent ces premiers bénéficiaires des micro-libertés. Nous avons alors évoqué comment ces interactions passent généralement par des rapports spécifiques, individualisés, entre un patient particulier et un soignant ; ce dernier s'investissant, plus que ses collègues, dans la prise en charge d'une personne. Parfois, ce rapport est péjoratif, déniait l'accès à des micro-libertés au patient, justifié par une posture parentaliste d'éducation par la sanction ; mais nous avons aussi pu voir que les psychiatres ont des patients favoris, pour qui elles cherchent souvent la mise en place de micro-libertés qui sortent des attributions formelles des paramédicaux. De la même manière, les infirmières peuvent s'investir dans leurs rapports avec des patients « chouchous », pour qui elles braconnent, plus que pour d'autres, des micro-libertés temporaires ; ou cherchent à lui éviter des sanctions à la suite de comportements qui pourraient être perçus péjorativement par le reste de l'équipe.

Or, si nous avons déjà commencé à traiter des rapports entre ces différents groupements d'acteurs soignants autour des micro-libertés des patients, nous n'avons pas explicité les comportements spécifiques de ces derniers, pourtant principaux intéressés de ces questions : comment les soignants décident de leurs implications et de leurs prises en charge vis-à-vis des patients ? Et comment ces derniers réagissent-ils à ces relations personnalisées ? Nous ferons donc des patients l'objet central de cette quatrième partie, sans exclure les autres acteurs avec lesquels leurs rapports se construisent au sein des unités.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons tout particulièrement à la constitution du groupe des patients, et nous montrerons comment ce dernier est atomisé pour un nombre varié de raisons, allant des caractéristiques propres aux individus jusqu'aux fonctionnements mêmes de l'hospitalisation psychiatrique, basée sur les micro-libertés. Pour mieux comprendre cette désunion, nous passerons par une comparaison avec le milieu de la prison et le groupe des détenus, avec lequel on peut déceler quelques ressemblances. Aussi, cet éclatement est imputable aux rapports propres de chaque patient avec le monde de la psychiatrie et son investissement dans celui-ci, dépendant de son parcours et de ses inscriptions de vie personnelle hors ou dans le milieu psychiatrique. Après cela, nous chercherons à comprendre plus en détail comment les différents acteurs – soignants comme patients – soupèsent les actions des uns et des autres pour en déterminer leurs engagements personnels. D'abord, nous monterons comment les équipes effectuent un travail d'évaluation des comportements des patients sur plusieurs domaines, qui leur permet de juger de leur régime d'intervention, mais aussi de déterminer leur implication morale avec des patients qui leur semblent plus méritants de leur compassion. Ensuite, nous montrerons que ces évaluations continues produites par les soignants sont réciproques : les patients évaluant les implications des professionnels et leurs gestions individuelles des micro-libertés.

Par la suite, nous proposerons un chapitre qui présente des situations spécifiques de patients vétérans, qui fréquentent le milieu psychiatrique depuis de nombreuses années. Nous y dresserons des portraits pour exemplifier des logiques que nous avons observées à plusieurs reprises. Dans un premier temps il s'agira de patients qui s'investissent dans des relations de long terme avec les équipes des unités d'hospitalisation, mais qui cherchent à contrôler et à réduire leur présence dans ces lieux, pour des séjours raccourcis et de bien plus nombreuses micro-libertés. Dans la suite de ce chapitre, nous aborderons ceux que les acteurs du milieu désignent comme les « piliers » et les « meubles ». Il s'agit de patients aux séjours rallongés, sur plusieurs années, dépassant de loin le temps moyen d'hospitalisation. Cette situation crée des dispositions nouvelles, et fait émerger des micro-libertés et des négociations hors norme. Nous verrons donc les similarités et les différences de sens et d'usages qui sont prêtés à ces deux surnoms, mobilisés par les équipes pour désigner des patients au temps de présence similaire.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous aborderons la place des familles des patients hospitalisés dans les négociations qui prennent place dans le cadre des unités. Si ces dernières sont plus impliquées que jamais par les structures médicales pour la prise en charge des maladies chroniques ; nos observations, appuyées par la littérature sur le sujet, révèlent une forme de réticence de la part du personnel en psychiatrie à accepter leur présence. Nous nous demanderons donc comment l'usage régulier des familles pour appuyer la prise en charge peut coïncider avec une volonté de rejet et un discours critique produit par des équipes. Dans le même temps, nous chercherons les origines de ces dispositions dans le contexte psychiatrique. Enfin, nous aborderons le cas de l'idéologie des *thérapies par l'interaction* lorsqu'elle implique la famille du patient dans la prise en charge, ce qui modifie l'ordre négocié et la composition des micro-libertés des patients. À nouveau, cette sous-partie révélera les modifications que les idéologies psychiatriques peuvent provoquer dans les organisations informelles des unités.

# **Chapitre 1 : Les patients des unités d'hospitalisation, un ensemble hétéroclite d'acteurs**

Ce premier chapitre commencera par revenir sur la composition du groupe des patients, dont nous montrerons l'extrême hétérogénéité, que ce soit dans leurs caractéristiques et leurs situations personnelles ou dans leurs rapports à la psychiatrie. Nous produirons aussi une comparaison au milieu de la prison et aux relations qui prennent place au sein du groupe des détenus, révélant pourquoi certains fonctionnements axés sur la négociation de micro-libertés dans les lieux de coercitions produisent une atomisation du groupe qui subit les privations de libertés.

Ces différentes explications révéleront comment le rapport aux soignants prend généralement plus de sens pour les patients que leurs rapports avec des pairs, dans le cadre de l'hospitalisation. Nous prolongerons ensuite cette réflexion en mobilisant le concept d'affiliation. Nous montrerons comment il caractérise les comportements des patients, sans être ni évident ni linéaire. Après cela, nous pourrions expliciter ce que nous évoquions dans la partie précédente : pourquoi les soignants s'investissent-ils dans la prise en charge de ces patients particuliers, comment effectuent-ils un choix, ou plutôt un tri, pour décider des patients qui recevront leurs attentions ? Et de leur côté, les patients agissent-ils, et comment, dans la construction et le maintien de ces rapports ?

Pour cela, nous montrerons les réactions des équipes face aux comportements des patients, qui jugent et soupèsent pour décider des moyens de prise en charge et de leur implication personnelle. Nous illustrerons tout de même l'idée que ces nombreuses interactions qui encadrent et produisent les modalités spécifiques de prise en charge du patient au sein de l'unité ne sont pas seulement le fait de la volonté des acteurs, et que des difficultés supplémentaires liées aux contextes peuvent produire des quiproquos qui pèsent sur les rapports entre eux. Enfin, nous dévoilerons comment, après avoir jugé les comportements des patients, les soignants sont souvent évalués à leur tour par ces premiers.

## Un ensemble d'acteurs atomisé plutôt qu'un groupe uni

Lorsque nous décrivions la tenue d'une journée idéale typique en unité d'hospitalisation, celle-ci révélait comment les temps forts qui la rythment sont structurés par les mouvements du groupe des patients dans son ensemble. Ainsi, les distributions de médicaments les voient tous se réunir dans le couloir sur un temps donné, de même que les périodes d'attentes puis de repas par exemple. Ensuite, les espaces exigus des unités laissent à imaginer des pratiques partagées : la pièce commune et ses activités de groupe, le coin fumeurs souvent occupé par une multiplicité de patients, la cour du bâtiment qui les réunit sans regard pour leurs unités d'origine... Les opportunités d'interactions semblent nombreuses, et à l'inverse, l'option d'intimité et de solitude est unique, puisqu'il s'agit de la chambre individuelle ; une option qui n'est pas offerte aux patients qui partagent des chambres doubles. Aussi, l'on pourrait être tenté d'imaginer les patients évoluant en petits groupes le temps de leur passage dans les unités, partageant ces moments communs et allégeant ensemble la durée des journées de l'hospitalisation. *Cet a priori*, nous l'entretenions nous-mêmes, notamment après nos observations en unités de jours, où les patients solitaires sont rares.

Mais à notre plus grande surprise, les patients des unités d'hospitalisation ne semblent partager que leur appellation. Ils se regroupent rarement, la plupart passent leur journée à déambuler seuls dans les couloirs ou l'espace fumeurs et entrent peu en relations ou en discussions les uns avec les autres. Les moments de repas sont aussi représentatifs de ces comportements, révélant comment les patients évitent de s'asseoir en face ou à côté les uns des autres, dessinant des diagonales sur les tables de l'unité.

Si ce comportement d'isolement nous a surpris de prime abord, lors de notre entrée sur le terrain, l'analyse des situations permet d'y trouver plusieurs explications, au premier rang desquelles la disparité des situations au sein du groupe, qui compliquent leurs rapprochements. La répartition par âge des patients est fortement éclatée par exemple, s'étalant sur un spectre de vingt à quatre-vingts ans, avec souvent une moitié des patients entre trente-cinq et quarante-cinq ans. À cet étalement générationnel s'ajoute celui des catégories sociales. Si les patients les plus nombreux sont issus de catégories populaires et de milieux moins favorisés et racisés, la présence de patients de catégories plus aisés tranche avec le milieu et rajoute à son éclatement.

Mais plus encore, la situation des patients complique leurs rapprochements. D'abord, parce qu'ils ne sont pas tous dans le même état de symptôme et de traitements : les patients les plus récents peuvent exprimer des délires liés à leurs troubles, ou chercher à s'isoler volontairement. Par la suite, lorsque les traitements sont trop sédatifs, ils empêchent à leur tour les relations sociales : pareillement aux services somatiques, le type de traitement et de prise en charge conditionne les capacités à interagir (Dembinski, 2000). Ainsi, les patients se trouvant chacun à des étapes de prises en charge différentes, il est difficile de se lier tout à fait. Ajoutons que les micro-libertés dont chacun dispose complexifient encore les possibles interactions ; par exemple les patients qui peuvent profiter de la cour intérieure passent moins de temps dans le coin fumeurs de l'unité : le groupe se clive selon les moments de la journée ou les activités.

Pour autant, cette atomisation du groupe des patients ne signifie pas une absence d'interactions. D'abord, il nous a été donné d'observer des formes de soutiens et de solidarités entre patients sur nos terrains, qui prennent la forme de prêts ou des dons de certains objets relevant des micro-libertés. On se donne une cigarette ou un café ; parfois on avance un autre patient qui doit encore attendre quelques jours avant de recevoir une aide extérieure. On se prête aussi le téléphone portable, pour un appel ou pour regarder une vidéo sur internet, *et cætera*.

Bien sûr, ces prêts et ces dons ne sont pas de l'ordre de l'automatisme, et la réputation d'un patient au sein de ses pairs en dicte les conditions. Par exemple, une certaine patiente du pôle de l'unité 3 demande tous les jours une pièce pour un café à l'ensemble des patients présents aux machines, mais personne ne semble jamais accéder à sa requête. Alors que j'attends sur l'une des banquettes, une autre patiente assise à côté de moi m'expliquera, après avoir débouté la sollicitation, que « elle, faut pas donner, elle demande tous les jours, mais en fait, elle rend jamais ».

Ces formes de soutiens entre patients ne sont pas sans rappeler certaines recherches sur les codétenus, où est effectivement observée une forme de solidarité, tournant autour de la réciprocité de l'aide (Chauvenet, Rostaing et Orlic, 2008). Un comportement expliqué par le « partage de situation de privation générale, d'incertitude commune et de frustration potentielle » (Vianello, 2015). De manière similaire, les difficultés d'accès à certaines micro-libertés, que ce soit par le rapport aux soignants ou dans l'approvisionnement dépendant d'acteurs extérieurs aux unités, produisent des situations de difficultés et de frustrations pour les patients. Le partage de ces conditions de coercition pousserait donc les patients dans des comportements de partage qui peuvent compenser les difficultés personnelles d'accès à certaines micro-libertés.

En plus de ces conduites qui nous semblent généralisées parmi les patients que nous observons, il faut souligner que nous observons factuellement la naissance et l'existence temporaire de petits groupes, bien que rares. Dans nos observations, ils ont toujours pris une forme parmi trois ; soit il s'agit d'un rassemblement de jeunes acteurs, âgés de moins de vingt-cinq ans, qui se réunissent entre eux dans des groupes mixtes, généralement autour de séances de jeux de plateau. Un autre type de groupe est composé exclusivement de femmes, souvent au foyer, mères de familles, et qui ont été diagnostiquées par les soignants comme dépressives (le fait d'avoir été diagnostiqué comme tel n'était probablement pas à la source de la création du groupe, mais produit peut-être des caractères qui permettent à ces acteurs de se rapprocher). Enfin, nous avons aussi observé l'émergence de petits groupes masculins, âgés autour de trente ans, originaires d'Afrique du Nord, et qui se soudent surtout autour de comportements proscrits par l'équipe : la consommation de cigarettes dans leur chambre ou de cannabis. Au cours de nos terrains, il existait un ou deux groupes parmi ces types sur les deux tiers des temps que nous y passions.

En plus de l'existence temporaire de ces groupes, nous avons aussi remarqué la mise en place de couples hétéros ou homosexuels entre les patients. Au cours de nos terrains d'observation, il y avait presque continuellement un couple de patients formé au sein de l'unité. Ceux-ci se construisent souvent autour d'une proximité d'âge, et ignorent les milieux d'origine, illustrant la mixité sociale propre aux unités d'hospitalisation psychiatrique. Ces couples passent alors la majorité du temps ensemble, et s'isolent souvent dans la chambre de l'un ou l'autre de ses membres au cours de la journée, comme nous l'avons explicité lorsque nous avons abordé la sexualité des patients (cf. le chapitre II). Cependant, si nos observations révèlent la rareté de ces groupes, d'autres recherches ont déjà montré leur nature prolongée dans le temps, y compris hors des murs de l'hospitalisation, en « réseaux d'interconnaissances qui se soutiennent » (Velpry, 2008, p. 264). De même, les équipes nous racontent parfois les histoires de couples qui se forment en unités, mais poursuivent leur vie commune hors des murs, souvent avec des enfants, surnommés avec le nom de l'unité : « lui il a un bébé unité 3 ! ». Ainsi, les rares réunions d'acteurs en hospitalisation seraient amenées à se prolonger sur le long terme dans la vie des patients.

En sus des élans de générosité que nous relevions parmi les patients, et dont nous soulevons la similarité avec certaines recherches sur les détenus, nous pouvons étendre la comparaison entre le milieu psychiatrique et le milieu carcéral pour nous offrir un éclairage nouveau sur l'éclatement du groupe des patients que nous décrivons.

Le système carcéral semble de prime abord difficilement comparable avec celui de la psychiatrie. Les nombreux changements qui ont parcouru ces deux organisations, depuis les analyses de Goffman (Goffman, 1968, 1973), semblent les pousser dans des logiques différenciées, et la psychiatrie s'est vue exportée dans un désenclavement que nous avons déjà évoqué, où les médecins ont perdu une partie de leur pouvoir de contrainte. De plus, les durées des peines de prison, et la surpopulation qui y sévit est fort différente de l'hospitalisation et ses durées plus courtes, accélérées par le *turn-over* des patients.

Ajoutons que la composition des groupes qui y interviennent ainsi que leur posture socialement située est fortement différenciée ; les soignants bénéficiant d'un prestige social lié à la finalité de leur métier, la santé, doublée de leur qualité d'expert, obtenue par des formations, prolongées pour le médecin, mais partagées par les infirmières aux études moins longues. À l'inverse, les surveillants de prison constituent un groupe entièrement « subalterne », l'objectif de leur travail est dévalué, perçu péjorativement par la société, et ils ne bénéficient d'aucune reconnaissance d'expertise. Leur travail se constitue exclusivement d'un « sale-boulot » contraire aux normes culturelles : l'indiscrétion, la surveillance, la fouille au corps ou les punitions, en contradiction avec les « modèles éducatifs » privilégiés socialement (Chauvenet, Orlic et Benguigui, 1994, p. 49). Les acteurs de la santé disposent d'un mandat culturellement valorisé qui se double d'une *légitimité symbolique exogène* que nous avons déjà évoquée dans la partie précédente, et qui leur permet de soutenir leur volonté à contraindre, dans un régime de justification qui met en avant le bien-être du patient, estimé comme trop peu conscient ou formé pour comprendre ou désirer cette contrainte perçue comme salvatrice. Une légitimité dont ne semblent pas disposer les groupes professionnels qui appliquent la privation de liberté aux détenus.

Cette différence de position des groupes professionnels qui y exercent se double d'une profonde différence dans le régime qui justifie l'existence de ces champs. Ainsi, les politiques pénitentiaires ne parviennent pas à choisir les modalités pratiques de prises en charge des détenus, car elles sont subordonnées aux politiques pénales, et subissent l'accroissement des incarcérations et le flux qu'elles doivent prendre en charge (Combessie, 2009). Les politiques de réhabilitation des prisonniers se montrant peu applicables factuellement, et c'est une logique exclusive de punition qui prend le pas (Chauvenet, Orlic et Benguigui, 1994). À l'inverse, le régime justificatif employé par la psychiatrie est de l'ordre du soin et de la réhabilitation, il s'établit dans des logiques compassionnelles et curatives : la maladie du patient n'est pas de sa faute, et il ne doit pas être puni, mais aidé pour ses comportements déviants.

Pour autant, les recherches montrent que dans ces deux milieux de privation de liberté différenciés s'organise un système profondément négocié qui produit des hiérarchies informelles internes au milieu pénitentiaire. Comme nous l'avons montré pour les unités

d'hospitalisation psychiatrique, les conditions de prises en charge qui déterminent le quotidien des détenus sont négociées entre les acteurs : avec les surveillants et entre les détenus eux-mêmes (Chauvenet, Rostaing et Orlic, 2008 ; Crewe, 2007 ; Durand, 2019 ; Morris et Morris, 1963 ; entre autres... Voir la bibliographie mobilisée ci-après). Ces négociations produisent des compromis, des « fissures dans le monolithe »<sup>27</sup> (Sykes, 1958). C'est ici que la comparaison avec notre objet d'étude fait sens, car le fonctionnement des deux systèmes semble les rendre comparables malgré leurs différences : il s'agit de situations où un premier groupe d'individus est privé d'un ensemble de libertés, mais l'accès à celles-ci se négocie avec une autre catégorie d'acteurs encadrants. Les résultats de cette négociation produisent les conditions de vie de ceux qui sont contraints : une liste de choix et d'exceptionnalités, de micro-libertés, individualisées. De fait, ce qui nous intéresse dans la comparaison ne relève pas des logiques qui produisent l'organisation, mais plutôt de l'ordre informel qui s'y négocie et qui la remplace : une comparaison sur les pratiques factuelles qui s'expriment dans ces lieux de privations.

Pour comprendre l'organisation de ces négociations, les recherches du champ pénitentiaire se sont interrogées sur la constitution du groupe des détenus. Certaines en ont tiré la conclusion de l'existence d'une culture, ou « *subculture* », spécifique aux prisonniers qui permettent leur unification face aux groupes des surveillants. Elle reposerait sur un code de conduite commun, tacite, et la réunion en groupes multiples, soudés, aux appartenances claires (Chauvenet, Rostaing et Orlic, 2008 ; Combessie, 2009). Mais par la suite, d'autres théories ont émergé par opposition à ces premières analyses. Elles révèlent comment le monde social de la prison et les interactions entre détenus seraient moins unifiés, dépendamment des cultures ou des changements qui prennent place dans les cultures qui hébergent ces prisons.

Les premières de ces recherches furent produites dans les pays scandinaves, où ont été observés des comportements « d'autocensure » de la part des détenus qui ne se réunissaient pas en groupes, mais préféreraient adhérer aux fonctionnements de l'institution pour obtenir plus de récompenses (Mathiesen, 1965 ; explicité dans Combessie, 2009). Si cette première recherche sera critiquée pour ses manques en termes de données (seulement vingt entretiens), des résultats de même nature seront collectés suffisamment régulièrement pour que les auteurs du champ parlent « d'exception scandinave » (Mathiesen, 1974 ; Pratt, 2008). Une recherche comparative récente montre aussi le rôle de la société dans laquelle le système carcéral est observé. Les prisons états-uniennes seraient le théâtre de rassemblements de détenus aux résistances vigoureuses, et à la *subculture* partagée. Mais dans les autres pays, ces fonctionnements seraient

---

<sup>27</sup> « *Cracks in the monolith.* »

moins marqués ; plus particulièrement au Mexique, où prendrait place une solidarité coopérative avec le personnel (Akers, Hayner et Gruninger, 1977).

En dehors de ces particularismes culturels, la composition des détenus participe aussi à la disparition des comportements de groupe. Ainsi, la multiplication des origines des détenus complique l'émergence d'un groupe uni, particulièrement les populations migrantes et toxicomanes. Ces nouveaux détenus aux inscriptions personnelles différenciées de ceux issus des cultures délinquantes éclatent le groupe et génèrent des comportements individualistes, car il réduit les « schémas de réciprocité positifs » entre les acteurs (Santorso, 2015).

Enfin, les fonctionnements spécifiques des lieux de détention produisent aussi un éclatement du groupe des détenus. D'abord, l'émergence de structures spécialisées pour prendre en charge les peines plus courtes réduit les temps passés entre détenus et l'implication de ces derniers dans ces rapports sociaux, qui deviennent naturellement moins codifiés par une culture de détenu commune. De même, la mise en place de subdivisions au sein des bâtiments réduit la taille des groupes de détenus qui interagissent, modérant l'implication de ceux-ci dans des mouvements de groupe, car il devient plus difficile de trouver des codétenus qui partagent des caractéristiques personnelles (Chauvenet, Orlic et Benguigui, 1994 ; Combessie, 2009).

Qui plus est, relevons des changements de réglementations internes aux prisons qui favorisent des mécanismes de récompenses individuelles désignés sous l'acronyme d'IEP (*Incentives and Earned Privileges*). Ces récompenses prennent des formes que nous connaissons déjà, dans des conditions de vie aménagées personnellement : accès à la télévision, à certains emplois ou à la cour du bâtiment par exemple ; autant d'enjeux que nous pouvons qualifier de micro-libertés. Ces récompenses peuvent aussi prendre la forme de réduction de peines, augmentant leur désirabilité auprès des détenus. Ces mécanismes pousseraient les acteurs à privilégier des logiques solitaires et individualistes, axées sur la « réalisation des objectifs promus par l'établissement ». Un fonctionnement qui provoque une modification des « codes de conduite » informelle des détenus, et la disparition des « leaders » parmi eux (Crewe, 2007, 2011 ; Vianello, 2015).

Ces différentes analyses des systèmes carcéraux éclairent sous un jour nouveau les descriptions que nous dressions des comportements solitaires des patients. En effet, comme pour ces études, nous observons au sein des unités une large mixité sociale parmi les patients. De plus, la taille des unités est relativement réduite, ce qui doit participer à compliquer la capacité pour un patient d'en rencontrer d'autres qui lui ressemblent, avec qui il partage des points communs qui pourraient les rapprocher. Les milieux aux peines courtes, de la même manière que l'hospitalisation psychiatrique, et sa durée moyenne de cinq mois, seraient aussi

une raison d'une plus faible composition du groupe : on passe moins de temps sur place, et le turn-over des pairs complique l'établissement de groupes fixes. Ensuite, les études sur les systèmes IEP semblent révéler que l'existence des micro-libertés aurait tendance à atomiser le groupe des détenus ; ce qui se transpose aisément aux unités d'hospitalisation : ces fonctionnements poussant chacun vers des comportements solitaires, et dans la poursuite d'objectifs personnels qui les rapprochent des surveillants plus que du reste du groupe de pairs. Comme les détenus, les patients au sein du milieu qui les prive de libertés expérimenteraient donc des cadres qui favorisent les comportements solitaires ou de petits groupes, ainsi que les rapports de proximité à l'équipe soignante, pour améliorer ses conditions de vie.

En plus de cela, la manière dont s'appliquent certaines micro-libertés peut éloigner les patients entre eux. Ainsi, celles qui ont trait aux permissions et aux sorties de l'unité prennent généralement place le week-end, aux moments où l'équipe est la moins nombreuse et les interactions de patients sont facilitées, autour d'activités partagées ou dans des temps plus intimes par exemple. Autrement dit, les moments les plus propices aux rapprochements de patients sont aussi ceux où le groupe n'est pas complet, divisé par les sorties des uns et des autres. Les modalités d'obtention d'autres micro-libertés renforcent aussi cette distance au sein du groupe :

Un patient passe la tête dans la salle de réunion d'équipe. Les infirmières l'invitent à entrer, ils discutent de sa vie personnelle. Je comprends dans la discussion que le patient est un « chouchou » de Annie, qui semble bien connaître sa vie personnelle et le conseil. Comme les infirmières se sont fait des cafés sur leur machine, il demande s'il pourrait en avoir un. Annie accepte « Mais tu le dis à personne d'autre hein ! Sinon ils vont tous venir demander ! ». Le patient ira consommer son café à l'abri des regards, hors de l'unité de jour, devant son entrée.

*(Extrait du journal d'observations, unité 1)*

Si Annie offre un café à ce patient « chouchou », elle lui demande la discrétion pour éviter de devoir répondre à d'autres qui pourraient désirer cette micro-liberté. De manière identique, les nombreuses exceptions que produisent les soignants dans leur prise en charge s'accompagnent de demandes auprès du patient de ne pas ébruiter son obtention, de l'ordre de l'exception, que d'autres pourraient envier, et qui risquerait de conduire à de trop nombreuses demandes ou parfois à des vols. Cependant, ces comportements secrets atomisent les patients, qui se retrouvent à jouir de micro-libertés de façon dissimulée, solitaire ou seulement avec l'équipe. Ces divers fonctionnements participent à scinder les patients, ils créent des secrets entre eux et

des moments de complicité avec l'équipe passés en dehors du cercle des autres patients. Des logiques similaires s'observent d'ailleurs dans le milieu de la prison, comme l'illustre l'exemple d'un détenu autorisé à passer les fêtes de *Thanksgiving* en dehors de son bloc, avec des prisonniers d'une autre aile (Morris et Morris, 1963, p. 137), une exception qui crée des secrets entre les acteurs au sein de leur groupe, puisqu'il est spécifiquement demandé de ne pas ébruiter cette opportunité pour éviter les demandes d'autres codétenus : répandre l'information s'accompagnerait de la perte de la micro-liberté pour le détenu.

Pour conclure, rappelons que nous avons montré un ensemble de raisons qui atomisent le groupe des patients, compliquant leurs rapprochements, ce qui explique qu'ils suivent des comportements majoritairement solitaires, même s'il nous a été donné d'observer, irrégulièrement, l'apparition de petits groupes spécifiques d'acteurs ou des couples, ainsi que des comportements de partage.

Les dispositions qui atomisent le groupe sont d'abord de l'ordre des caractéristiques personnelles qui s'y croisent : que ce soit leurs âges ou leurs milieux d'origines, très disparates, mais aussi leur comportement actuel au regard des symptômes de leurs maladies ou des effets secondaires de leurs traitements, qui compliquent les rapports sociaux.

Ensuite, la comparaison avec le système carcéral permet d'éclairer l'impact que produit un quotidien de gestion et de négociation des conditions de vie dans un espace qui limite l'accès aux micro-libertés. D'abord, l'existence de spécificité culturelle peut expliquer l'absence de comportement de groupe. Peut-être la France présente-t-elle une spécificité de cet ordre pour les comportements de ces patients hospitalisés. Ensuite, l'éclatement des origines des détenus, avec en particulier la présence de migrants ou de toxicomanes, réduit les rapports au sein des détenus, car ils limitent les comportements qui créent du lien. Cette donnée est similaire dans la composition du groupe des patients en psychiatrie, où l'on rencontre régulièrement des populations émigrées ne parlant pas un mot de français, ainsi que des toxicomanes et des patients SDF, eux aussi dans des situations de vie spécifiques qui limiteront les « schémas de réciprocité » dans le partage de micro-libertés.

Enfin, l'existence et la nature même des micro-libertés en prison, des conditions de vies plus agréables et distribuées par les surveillants, éclatent le groupe en poussant à suivre des objectifs individualistes et à construire plus de rapports avec les acteurs qui encadrent plutôt qu'avec les pairs. Pareillement, le fonctionnement de la psychiatrie d'hospitalisation se centrant sur la gestion et la négociation des conditions de vie des patients, la centralité des micro-libertés dans les interactions des acteurs qui y évoluent, et qui déterminent l'ordre qui s'y négocie, produit

des effets périphériques sur les modes d'interactions des patients. Ainsi, l'existence des micro-libertés et la manière dont les négociations en décident la distribution atomisent le groupe des patients.

Ajoutons un dernier argument qui participe à expliquer l'absence de regroupement des patients. Pour Lovell, l'éclatement de l'asile en une multitude d'organismes, de micro-institutions, produit aussi un éclatement du parcours de patient psychiatrique ; autrement dit, l'enfermement ne compose plus la seule modalité de réponse, et chaque parcours s'individualise selon l'étape, les unités traversées et les périodes hors des institutions, produisant « quantité de profils hybrides » (Lovell, 1996b). Une diversité si grande qu'elle complique même l'usage de la notion de carrière de malade mentale (Velpry, 2008, p. 234), et qui incite à s'adresser au degré d'insertion au milieu psychiatrique de chaque patient, la place qu'ils lui donnent dans leur vie en général (Ogien, 1989). Les patients déterminent la profondeur de leur inscription dans la psychiatrie, l'espace qui est laissé à ce monde social vis-à-vis des autres, en termes de temps, mais aussi dans leur volonté d'insertion. Ces différences de rapports, qu'il s'agisse du monde de la psychiatrie dans son ensemble ou spécifiquement des temps passés en unité d'hospitalisation, participent à atomiser le groupe des patients, et permettent dans le même temps de comprendre la relation qui se construit entre ces acteurs et les équipes soignantes, ce que nous explorerons dans la suite de ce chapitre.

## **Les engagements et les affiliations différenciées des patients**

Ainsi, l'éclatement des parcours de malade psychiatrique engendre des situations et des rapports à ce milieu différencié entre les patients. Parce que les modalités de réponses de l'institution psychiatrique sont multiples, les patients y expérimentent des intégrations différenciées, sur des temps courts ou longs, au sein des institutions ; parfois écartés ou au contraire maintenus dans la cité. Cette inscription dans le monde de la psychiatrie, variable à l'extrême, dépend aussi de la volonté de ces patients à s'y inscrire, ou à rejeter cet espace de la construction de leur parcours de vie.

Dans les divers moments de contacts avec l'institution, ils construisent une implication au sein de l'univers institutionnel de la psychiatrie : une carrière de patient sous la forme d'un engagement, d'un travail, même lorsqu'il est morcelé et ponctuel. Le rapport avec la psychiatrie peut n'être que partiel : les options dans les formes de prises en charge permettent d'en faire une béquille à l'usage modéré, un passage rapide par mois pour maintenir le traitement, et pas plus. À l'inverse, le patient peut s'immerger dans le milieu psychiatrique, ne vivre qu'à travers lui, avec une circulation continue entre des lieux de vie liés à l'institution, ou des parcours qui s'immobilisent dans une unité pour de nombreuses années. L'affiliation au milieu est protéiforme, et évolue au fur et à mesure de la vie du patient. Car ce milieu hospitalier est une « réponse possible », d'une ressource mobilisable par les patients pour réguler leurs troubles psychiatriques. Velpry distingue deux grandes modalités de mobilisation du monde de la psychiatrie par les patients, souvent dépendantes de leurs inscriptions sociales extérieures au milieu psychiatrique :

D'abord, certains patients mobilisent effectivement les « ressources » que le milieu offre pour la gestion des troubles psychiatriques, mais cherchent à maîtriser leur rapport à la psychiatrie ; à être seuls décideurs des modalités de contact avec ce monde. Ils construisent une « coopération distanciée » (Velpry, 2008, p. 249). Ces patients sont effectivement dans une forme d'investissement dans le milieu de la psychiatrie, mais ne cherchent à en retirer que des aides spécifiques, pour maîtriser les symptômes de leurs maladies. Ils ne font pas de la psychiatrie leur monde d'inscription principale, et se construisent dans d'autres projets, sur d'autres sphères sociales : la psychiatrie est une inscription temporaire, repoussée par des comportements de distanciation qui valorisent un comportement « normal ».

Par la suite, des patients avec un autre type de rapport se détachent. Ceux qui acceptent la psychiatrie comme une inscription sociale principale dans leur vie. Perçue comme le lieu

central de gestion des troubles psychiatriques, au travers du lien prolongé avec les professionnels qui se construit sur la gestion de la maladie *via* le traitement, mais aussi dans l'organisation de la vie en général, au quotidien : ils établissent une « coopération intégrée ». Cette disposition du patient passe alors généralement par un abandon d'autres inscriptions sociales, dans le monde professionnel ou familial par exemple. Il s'agit de recomposer ses aspirations et ses attentes, souvent après plusieurs échecs, après lesquels la psychiatrie devient l'inscription sociale principale de ces personnes, qui ne s'en émancipent pas ou plus.

Ces deux modes de coopérations produisent des rapports différenciés aux autres acteurs des unités, et principalement aux autres patients : ceux qui désirent maintenir le monde de la psychiatrie à distance ne s'y insèrent pas socialement, ils n'y cherchent pas de relations interpersonnelles. À l'inverse, les patients qui embrassent cette inscription sociale peuvent le construire comme un lieu de socialisation, et y maintenir des relations d'amitié, avec les patients et les soignants (Velpry, 2008, p. 285). Les patients distanciés participent donc à l'atomisation du groupe, avec l'ensemble des autres raisons que nous avons déjà listées précédemment ; et à l'inverse, ceux qui s'y intègrent pleinement sont probablement les acteurs qui composent les groupes de patients ou les couples que nous avons évoqués précédemment, et qui se prolongent même hors de l'hospitalisation, comme un cercle social proche.

Au sein de nos unités d'hospitalisation, ces rapports différenciés à la psychiatrie selon les patients sont observables de manière similaire. On y distingue aisément un ensemble de patients qui semblent à leur aise dans l'unité, généralement il ne s'agit pas de leur première hospitalisation, et nous les entendons régulièrement annoncer comme ils se « sentent bien ici », exprimant la nature rassurante qu'ils prêtent à l'unité et à sa fermeture, qui coupe du monde extérieur.

À l'inverse, on distingue la part des patients qui souhaitent que leur passage soit le plus court possible, et qui s'en justifient par des discours qui évoquent les autres inscriptions sociales qu'ils privilégient : leurs investissements familiaux, leurs emplois ou leurs études. Mais cela ne signifie pas qu'ils repoussent l'hospitalisation psychiatrique et ne la désirent pas. Le rapport à l'hospitalisation n'a pas qu'un mode d'expression dichotomique, pour ou contre, et la manière de le mobiliser est variable à l'extrême. Le comportement de M. Wisz, un patient de l'unité 2, permet ainsi d'illustrer la complexité des rapports et des moyens de mobiliser l'hospitalisation que peuvent produire les patients :

M. Wisz est un patient en soins sous contrainte. Il est déjà hors de la chambre d'isolement, et a l'accès à la cour de l'établissement où il va fumer. Mais cette fois-ci, il a escaladé le mur de la cour, et s'est enfui par le jardin des voisins de l'unité. L'équipe est ennuyée, il faut réaliser les documents, prévenir la police de la fugue [...]

[Quatre jours plus tard] Le patient qui avait fugué est revenu frapper à la porte de l'unité pour être réintégré. L'équipe discute de son cas en staff, apparemment, il serait demandeur des soins. Amel, la cheffe d'unité, décide « On va lever la contrainte comme ça on se tape pas tous les certifs de réadmissions et puis à venir. » J'en discute rapidement avec le patient, dans la journée, au détour d'un couloir. Je lui demande pourquoi il est revenu. Il m'indique : « C'est que au tel' c'était... Avec ma copine... Enfin c'est compliqué, 'fallait que je lui parle. » Je comprends qu'elle avait évoqué une rupture, et n'ayant pas accès à son téléphone, il a fugué pour avoir une discussion avec elle en face à face. « Mais bon 'faut quand même... Enfin j'ai besoin d'aide quoi. » (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Dans cet extrait, M. Wisz fugue alors qu'il se trouve en soins sous contrainte, mais dispose déjà de certaines micro-libertés. Sa fugue est liée à sa relation avec sa petite amie, en dehors du cadre psychiatrique, une relation qu'il valorise plus que sa position de patient. En somme, il privilégie ce monde social plus que celui de la psychiatrie, qui passe au second plan. Il fugue du milieu coercitif qui le retient, mais enchaîne sur un retour quelques jours plus tard. Le patient demande le soin, il considère qu'il a « besoin » d'une aide que la psychiatrie est en mesure de lui apporter, une fois qu'il s'est occupé de la situation de son couple qui est prioritaire pour lui.

Cette demande est alors valorisée par l'équipe, au travers de la levée des soins sous contrainte : son retour révèle sa volonté de s'inscrire dans les soins, et l'équipe en détermine qu'il ne partira pas dès la contrainte levée, ce qui est leur crainte habituelle. Par ailleurs, la situation permet aussi à l'équipe de s'économiser un travail de gestion administrative perçu comme désagréable.

Cette situation montre particulièrement la mobilisation que fait M. Wisz de l'hospitalisation. Si celle-ci passe après sa vie sentimentale, elle n'en demeure pas moins un outil, pratique pour « se faire aider ». La relation n'est donc pas dichotomique, par l'acceptation ou le refus du milieu psychiatrique : il s'agit plutôt de gradation, de situations et de perceptions, qui sont fluctuantes dans la vie du patient, et peuvent parfois passer de refus à l'acceptation, ou inversement, après des événements particuliers (Velpry, 2008).

Par ailleurs, le rapport que construisent les patients à leur hospitalisation, la manière dont ils mobilisent ces unités impacte leurs rapports avec les soignants, et modifie leurs micro-libertés. Cette dernière idée apparaît clairement dans le cas de M. Wisz : investir l'unité d'hospitalisation, lui reconnaître la capacité à prendre en charge et soigner les troubles psychiatriques est un comportement valorisé par les soignants, qui le récompense par plus de micro-libertés. Nous reviendrons plus en détail sur ces implications pour les micro-libertés plus tard dans ce chapitre.

Outre le rapport que construisent les patients avec le monde psychiatrique et les unités qui y opèrent, nous pouvons aussi remarquer un autre travail psychiatrique de leur part. Celui-ci prend part au plus proche de l'action, au sein même des unités d'hospitalisations. En effet, au cours de leur séjour, les patients apprennent, s'approprient ou mobilisent les règles tacites qui codent les interactions entre les acteurs et qui régulent les négociations des micro-libertés : il s'agit de comprendre et de retenir les attentes de l'équipe soignante.

Dans les faits, cet apprentissage s'opère sur un vaste ensemble de petites normes, dont le plus évident est celui du traitement, car l'équipe désire toujours que le patient en suive un, et l'obtention de micro-libertés dépend de ce premier prérequis. Mais l'observation révèle aussi l'existence d'autres régulations, rarement exprimées ou formulées explicitement. Cet apprentissage s'étend sur une foule d'autres petits sujets : les horaires de vie par exemple, avec le respect des heures de lever, de prise de médicaments, de repas, la propreté aussi, dans la tenue de la chambre ou dans les ablutions personnelles. Dans un autre registre, nous avons pu constater que les patients nouvellement arrivés attendaient rarement la fin du « staff » le matin pour tenter de négocier des micro-libertés. Ils cherchent avant sa fin à attirer l'attention de l'équipe en frappant à la porte ou en se collant aux carreaux. Des pratiques mal perçues par les soignants, qui les rabrouent et prolongent leur mécontentement sur le sujet des micro-libertés du patient insistant : leurs demandes, après le staff, seront généralement reléguées au second plan face à celles de patients qui se plient déjà à cette règle informelle.

Maîtriser cet ensemble de « savoirs pratiques » qui régissent les interactions entre les acteurs et qui détermine les règles du jeu de la négociation des micro-libertés, apprendre le milieu, s'y socialiser, sont autant de comportements qui révèlent une *affiliation* au fonctionnement des unités d'hospitalisation. C'est comprendre les attentes des soignants au sujet des comportements et des pratiques à tenir en tant que patient (Ogien, 1989 ; Velpry, 2008). Cela passe aussi par l'apprentissage des rôles de chaque soignant, leurs compétences et leur position hiérarchique et les positions informelles des groupes professionnels vis-à-vis des

micro-libertés : les psychiatres y donnent l'accès, mais ne les distribuent pas, c'est là le rôle des paramédicaux à qui il faut rappeler que le droit a été attribué. De même, retenir que la cadre de santé, les secrétaires, les psychologues (et le sociologue), ne peuvent donner ces micro-libertés permet de ne pas perdre de temps à négocier avec des acteurs dans les moments clés pour l'obtention de changements dans les modalités de la prise en charge.

Nous pouvons détacher encore un autre des attendus des soignants, parmi les règles tacites qui régulent les négociations, il s'agit du rapport à la frustration qu'expriment les patients. Celui-ci s'observe à nouveau dans l'exemple de l'attente que provoque le staff, et le fait que certains patients expriment des impatiences à obtenir leurs micro-libertés avant la fin de la réunion de l'équipe. Plus généralement, ce rapport s'observe dans tous les moments dans lesquels les patients doivent faire face à une frustration, et les comportements de pleurs, de colère (et parfois de violence) ou de plaintes bruyantes des patients, lorsqu'il leur est refusé une demande ou une micro-liberté, sont qualifiés péjorativement par les soignants. Ces derniers mobilisent par ailleurs la confrontation du patient à des frustrations dans leurs discours, comme le fait une infirmière de l'unité 2 :

**Karine :** « Ils savent pas, parce qu'ils sont dans leur monde, et la maladie ça aide pas. Souvent ils savent pas résister quand ils ont pas ce qu'ils veulent, ils sont immatures. Mais la vie, c'est pas ce qu'on a envie, c'est que des frustrations tout le temps, alors il faut leur apprendre pour quand ils sortent ! »

*(Infirmière, 50 ans, unité 2)*

Ainsi, le travail de patient psychiatrique, lorsqu'il s'affilie en unité d'hospitalisation, passe par une acquisition des règles tacites qui régulent les négociations autour des micro-libertés, mais cette assimilation se double d'un travail personnel : il s'agit d'apprendre comment « prendre sur soi », délayer ses envies et ne pas exprimer sa déception sous des formes perçues comme extrêmes par l'équipe. Par ailleurs, cette dernière justifie souvent sa perception péjorative des expressions trop intenses par des liens avec les pathologies mentales. L'impatience et la faible résistance à la frustration sont souvent corrélées aux troubles psychiatriques qu'ils attribuent aux patients, il s'agirait donc de symptômes à combattre.

Ainsi, la résistance à la frustration lors du refus de certaines micro-libertés semble être un point particulièrement central dans l'affiliation aux attentes des soignants des unités d'hospitalisation, ce qu'illustre le cas d'un patient en soins sous contrainte qui entre dans l'unité 2 :

M. Beaumari est en soins sous contrainte à la demande d'un tiers. Il entre dans l'unité, mais il était déjà en hébergement dans une unité amie depuis quelques semaines. Les soignants l'accompagnent à la chambre d'isolement, alors qu'il bénéficiait d'une chambre normale dans son unité précédente. Il s'agirait d'une norme, on m'explique que les patients en soins sous contrainte doivent passer par la chambre d'isolement à leur entrée dans l'unité. Deux infirmières et la psychiatre cheffe d'unité discutent dans le couloir

**Amel :** « Il était en ouvert là-bas... vous en pensez quoi vous ? »

Les infirmières échangent des idées, l'une des deux conclut.

**Naëlla :** « Bon, on a qu'à lui laisser des grands temps libres hors de la chambre, mais on le fait quand même manger dedans, le temps de juger et de voir ? »

Cette décision est retenue, et la psychiatre va l'annoncer au patient dans la chambre.

Il me semble calme, et répond par l'affirmative.

**M. Beaumari :** « Oui, oui, je comprends, 'faut que je vous remontre quoi, comme là-bas 'faut que je montre ! »

La psychiatre sort et raconte aux infirmières avec qui la décision a été prise. Toutes saluent le comportement du patient. (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

À la suite de son transfert depuis une unité d'hébergement vers l'unité 2, M. Beaumari, déjà hospitalisé sous contrainte, perdra une partie des micro-libertés qu'il y avait obtenues. Les soignants négocient entre eux une prise en charge aménagée et moins contraignante que les entrées habituelles en chambre d'isolement, mais sans lui laisser la totalité des ouvertures dont il disposait dans l'autre unité. Recevant l'annonce de cette perte partielle, le patient y répond positivement : il exprime sa compréhension des résultats de la négociation. Dans ses mots, il exprime la nécessité de « montrer » par son comportement, à nouveau, qu'il mérite les micro-libertés qu'il avait obtenues. En somme, M. Beaumari exprime sa compréhension du fonctionnement dans les unités, il est conscient de devoir faire ses preuves, au travers de ses comportements, pour recevoir des micro-libertés dont il disposait ailleurs. Il nous semble que la réaction de M. Beaumari est alors particulièrement révélatrice d'une affiliation au milieu psychiatrique d'hospitalisation, il accepte un système qui lui impose temporairement des privations : il s'approprie le discours et les fonctionnements en incrémentation des micro-libertés liées aux chambres d'hospitalisation.

En d'autres termes, s'affilier, c'est savoir avec qui et comment négocier, comment se comporter pour être bien vu des soignants et pouvoir obtenir ce qu'on veut obtenir. Mais il ne s'agit pas d'appartenir tout à fait à l'institution ni de croire dans la véracité de ces comportements. Il est attendu des patients qu'ils s'approprient les règles informelles de l'unité, qu'ils les emploient ou les mobilisent dans leurs discours ; mais les patients peuvent s'y conformer parce qu'ils y croient, ou parce qu'ils savent leur valeur dans les échanges (Velpry, 2008, p. 242).

L'affiliation renvoie donc à une notion de progression : il s'agit d'apprendre, petit à petit, par l'expérimentation, par la discussion avec les autres acteurs, l'ensemble de ces règles informelles qui encadrent les échanges dans les unités psychiatriques. Cette affiliation, on le comprend, dicte les capacités à négocier les modalités de sa prise en charge : elles décident les capacités d'un patient à obtenir les micro-libertés dont le contenu s'incrémente vers de plus en plus de liberté. Ce double parcours, celui des micro-libertés qui s'incrémente et celui de la maîtrise des règles qui en décident le contenu, l'affiliation, semblent donc intimement liés, fondant dans la finalité un seul et même parcours de patient au sein de l'unité, partant avec une prise en charge très coercitive, aux règles peu comprises et maîtrisées, et allant dans le sens de plus en plus de micro-libertés et de compréhension du milieu jusqu'à la sortie d'entre les murs. Cependant, s'affilier n'est pas de l'ordre de l'automatisme, tout comme la réussite d'une affiliation, dans le point de vue des soignants, ne serait inéluctable. Comme le précise Velpry :

*Il serait trompeur de considérer les éléments concrets sur lesquels portent les négociations (prise de médicament, hospitalisation, venue aux groupes...) comme des obstacles à franchir les uns après les autres dans un processus d'affiliation à la psychiatrie qui construirait une progression linéaire vers l'incorporation complète des attentes des soignants dans le travail psychiatrique.*

(Velpry, 2008, p. 242).

Effectivement, l'affiliation d'un patient par l'apprentissage des règles, formelles comme informelles, des fonctionnements des unités d'hospitalisations n'est pas de l'ordre de l'évidence pour tous, et chaque patient construit son affiliation individuellement. Aussi, les situations sont extrêmement variées entre elles, et peuvent aller jusqu'à des échecs d'affiliation aux unités, malgré les volontés contraires des acteurs, comme ce fut le cas pour un patient de l'unité 3 :

[Au staff du matin] L'équipe entame une discussion sur M. Keating. Ce patient en soins libre cause plusieurs soucis dans l'unité, il invite d'autres patients à fumer dans sa chambre. La semaine dernière il a été pris à offrir de la marijuana à des patients d'une autre unité. Quelqu'un souligne qu'en un mois, malgré les punitions, il continue ses comportements proscrits. Après un silence, la psychiatre cheffe Noûr évoque l'idée d'une « sortie disciplinaire », même si cela lui déplaît. Une infirmière, Erika, exprime que l'idée lui déplaît aussi, mais que le patient serait un frein à la guérison de ceux qui le fréquentent. Il faut « penser à la majorité ». L'idée d'exclure le patient de l'unité est finalement acceptée.

[En rendez-vous] J'accompagne Noûr et Erika qui voient M. Keating. Les soignantes lui annoncent la décision de l'équipe à cause du joint et des cigarettes en chambre, le patient a l'air triste, j'ai l'impression qu'il pourrait pleurer.

**M. Keating :** « Nan s'il vous plait, nan ! Promis, c'est promis, je le ferai plus, c'est fini ! »

Les soignantes soulignent que ce n'est pas la première fois, et qu'il ne change jamais de comportement malgré ses promesses. Le patient quittera l'unité dans l'après-midi. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Le cas de ce patient cristallise cette idée que l'affiliation d'un patient n'est pas une évidence, de même qu'elle n'est pas forcément un succès. M. Keating s'octroie plusieurs micro-libertés au sein de l'unité, avec d'autres patients ; tel que fumer dans sa chambre ou consommer de la drogue, deux interdits au sein des unités d'hospitalisation. Il maintiendra son comportement sur plusieurs semaines, et ne les cessant pas malgré des sanctions répétées sous forme de pertes de micro-libertés, notamment avec la perte du contrôle de l'accès à ses cigarettes. Le patient enchaînera des comportements mal perçus par l'équipe, ce qui conduira à son renvoi. Pourtant, M. Keating n'est pas opposé à l'hospitalisation, c'est même l'inverse, il est volontaire dans sa prise de traitement, et comme on le voit dans l'extrait, il désire rester dans l'unité. Ce n'est pas sa volonté d'être dans l'unité qui fait défaut, et il semble effectivement partiellement affilié aux fonctionnements de l'unité, mais cette affiliation est incomplète, et il exprime toujours l'usage de certains comportements proscrits par l'équipe. Il s'agit d'un manque d'affiliation : le patient ne se soumet pas à un ensemble de comportements attendus par l'équipe soignante, et celle-ci juge qu'il ne le fera probablement pas : l'exclure de l'unité peut alors être perçu comme la conclusion à une absence totale d'affiliation, soit comme un moyen de se montrer plus ferme encore dans les punitions qui visent justement à produire l'affiliation.

Par ailleurs, il nous semble que la consommation de drogue n'est pas toujours proscrite dans le cas d'une bonne affiliation d'un patient. Nous avons pu observer à plusieurs reprises des situations où des soignantes, particulièrement des infirmières, autorisaient des comportements de consommation, souvent en les dissimulant au reste de l'équipe ou aux psychiatres. Comme dans le cas de M. Keating, c'est plutôt le fait d'influencer d'autres patients dans des comportements mal perçus qui est problématique, l'argument de Erika portant principalement sur l'idée d'une « majorité » de patients à aider. Ainsi, il nous semble que freiner ou empêcher l'affiliation d'autres patients serait perçue plus péjorativement par l'équipe que le maintien personnel et solitaire de certains comportements qui révèlent une moindre affiliation.

Il apparaît donc que l'affiliation des patients en unité d'hospitalisation ne découle pas d'une évidence, et certains patients peuvent éprouver de réelles difficultés à apprendre les attentes du personnel soignant. C'est particulièrement le cas de patients étrangers ou qui ne parlent pas bien le français, mais aussi de patients de milieux moins favorisés. Enfin, cela s'observe tout particulièrement avec les patients SDF, qui ont tendance à maintenir des comportements mal perçus par l'équipe, avec des vols d'effets personnels d'autres patients, des accumulations dans leurs chambres d'objets considérés par l'équipe comme des détritrus, ou dont le rapport à la propreté corporelle est différent de l'attendu des soignants.

Nous avons donc révélé deux formes du travail du patient psychiatrique. Le premier dans son rapport au milieu de la psychiatrie, et dans l'usage qu'il construit de la ressource que constitue ce milieu dans sa vie. Dans un second temps, nous avons vu que le travail du patient peut prendre la forme d'une affiliation à l'unité psychiatrique, par l'apprentissage progressif, mais non linéaire des règles tacites qui régulent le jeu de la négociation et de l'accès aux micro-libertés.

Nous avons vu comment ces deux formes du travail se construisent dans un caractère hautement personnel, chaque individu s'appropriant ou s'affiliant aux fonctionnements de la psychiatrie dépendamment de son insertion sociale à d'autres mondes, de ses sensibilités, de ses capacités, *et cætera*... Cette implication personnelle détermine par la suite les rapports de ce patient avec les autres acteurs du milieu psychiatrique d'hospitalisation. D'une part, ce fait contribue à atomiser plus encore le groupe des patients, puisque chacun d'entre eux est dans un rapport différencié avec la psychiatrie et les fonctionnements au sein des unités d'hospitalisation : leurs rapports au milieu ne sont pas uniformes, ce qui aurait facilité leur rapprochement.

D'autre part, l'implication du patient dans ces formes du travail psychiatrique détermine aussi ses rapports avec le personnel. En effet, l'affiliation est un processus qui se fonde dans les échanges avec les autres acteurs, et qui est jugé perpétuellement par l'équipe des unités,

positivement par le don de micro-libertés, ou péjorativement par le retrait de certaines, voire l'exclusion comme dans l'exemple du cas de M. Keating. Mais ce processus d'évaluation par l'équipe n'est pas dichotomique, et se montre bien plus complexe, ce que nous aborderons à présent.

## **Jauger le travail des patients, et être jaugé en retour**

Précédemment, nous avons montré comment le patient poursuivait deux formes de travail en psychiatrie. Un premier, dans le lien qu'il construit avec ce milieu, en parallèle de ses autres inscriptions sociales ; ainsi qu'un second au sein des unités d'hospitalisation spécifiquement, dans son apprentissage des règles et des normes tacites qui lui permettront de négocier les micro-libertés.

Or, ces deux formes de travail de patient ne constituent pas des processus solitaires, ils se forment dans les interactions avec le personnel des unités, puisqu'il s'agit de comprendre, de répondre ou de faire siennes les attentes de ceux-ci vis-à-vis du travail de patient psychiatrique. Ainsi, la manière dont chaque patient réalise ces différentes formes de travail, ses implications personnelles, ses réussites et ses échecs sont continuellement évalués, au jour le jour, par les soignants. Sa maîtrise des codes de conduite et des règles informelles de négociations est évaluée, soupesée par les soignants, pour déterminer la conduite à tenir pour la prise en charge, et ultimement les micro-libertés dont disposera le patient. C'est donc le rapport entre ces deux groupes d'acteurs que nous allons explorer à présent.

### **Les différents registres d'évaluation des soignants**

Dans son analyse des rapports entre professionnels et soignants au sein des modes de prise en charge ouverts, comme les CMP, Velpry précise comment cette interprétation permanente des comportements de patient permet aux soignants de déterminer leur ligne de conduite dans la prise en charge (Velpry, 2008). Elle détache l'existence de trois registres d'actions des soignants :

*Le laisser faire*, situation dans laquelle le patient se montre résistant à l'engagement dans le travail psychiatrique. Les soignants détournent alors leur mode de prise en charge, conférant plus d'importance au maintien du lien avec le patient, au fait qu'il puisse mobiliser l'institution psychiatrique comme une ressource, sans contraindre le patient à un travail de patient, pour ne

pas briser la relation. L'unité détourne son rôle vers un objectif d'accueil plutôt que d'intervention.

Ensuite, elle révèle un régime de l'ordre du *faire pour*, dans lequel le patient présente des comportements d'acceptation du travail psychiatrique, mais occupe une position passive, il se laisse porter par l'unité et n'agit pas directement. L'équipe va alors pousser ce patient, elle va faire à sa place ou le contraindre à suivre certains comportements. Mais le patient peut s'y subordonner, ou au contraire refuser, auquel cas il sera perçu comme réfractaire.

Enfin, un troisième régime d'action appartient au volet du *faire faire*. Dans ces derniers cas, le patient entretient un comportement volontaire et actif dans son travail de patient. Il donne des preuves d'autonomie dans un dosage complexe, ni trop, ce qui pourrait donner l'impression d'une rechute, ni pas assez, qui pourrait laisser croire à une situation de chronicité. Ce comportement provoque de la part de l'équipe un comportement de partenaire, une prise en charge moins impliquée. Ils ne prennent pas de décisions à sa place, mais l'accompagnent, constituant un cercle de soutien secondaire.

Bien sûr ces comportements de patients et les réponses qu'ils provoquent chez les soignants sont fluctuants, dépendants des périodes de la vie. Velpry y détache par ailleurs une forme de gradation, où les soignants essaient d'abord « d'accrocher » les patients *via* le régime du *laisser faire*, en leur montrant les intérêts à l'usage de l'unité. Mais une fois les patients entrés dans l'unité, et dans un régime du *faire pour*, alors les soignants essaient par leur prise en charge d'autonomiser le patient, pour le faire décrocher de l'unité pour devenir une assistance plus à distance dans le registre du *faire faire*.

Les unités d'hospitalisation offrent par nature un cadre d'interactions et d'ordre négocié extrêmement différent. La construction de la relation se fait sur un temps bien plus court, mais dans le même temps plus intense, en ce que les interactions ont lieu continuellement sur la période de l'hospitalisation ; à l'inverse des temps de contacts aux CMP, plus courts, mais qui s'étalent sur des périodes de vie bien plus grandes. Pour autant, malgré cette différence dans le cadre dans lequel se déroulent les échanges, il nous semble observer l'usage de ce triple régime d'intervention de la part des soignants. Il détermine alors des modalités dans le cadre de vie de ces patients qui poursuivent l'un ou l'autre de ces comportements d'implication dans leur travail psychiatrique. Le troisième de ces rapports, celui du soutien distant dans le registre du faire faire, sera l'objet des chapitres suivants, où nous présenterons en détails de profils de patients. Mais d'ores et déjà, nous pouvons révéler le rapport de l'équipe avec d'autres patients qui relèvent des premiers registres d'actions ; comme ce fut le cas par exemple pour Mme Thawr, une patiente de l'unité 3 peu impliquée dans sa relation à l'équipe :

Mme Thawr est en soins libre, elle est femme au foyer, mère de plusieurs enfants. Elle est distante dans son rapport avec les soignants ou avec les autres patients, et passe la majorité de son temps seule dans sa chambre ou dans le couloir de l'unité. Les soignants se montrent plutôt méfiants à son égard et de son caractère désengagé, aussi elle dispose de peu d'options : pas de sortie les week-ends, et elle mange encore dans l'unité.

Aujourd'hui, le mari de Mme Thawr se présente dans l'unité. Après un rapide échange avec celle-ci dans le couloir, il cherche à discuter avec une psychiatre : ce sera la cheffe d'unité, Noûr. Le mari de Mme Thawr demande quand sa femme rentrera à la maison « Parce que 'faut qu'elle s'occupe des enfants là ! Et puis 'faut faire à manger quoi aussi, le ménage là ! » La psychiatre tempore : la patiente a encore besoin de soins.

Après cette discussion, dans le poste de soins, la psychiatre raconte la situation à deux infirmières. Elle met en avant le sexisme de la situation, et le fait que le mari de la patiente soit plus intéressé par son retour au foyer pour les tâches ménagères que d'avoir une conversation prolongée avec elle. « La pauvre, moi aussi je serais en dépression si on me traitait comme ça, je voudrais pas rentrer ! » Les soignants interprètent que l'unité serait un refuge pour la patiente pour mettre ses charges de travail ménager à distance. Cette entrevue avec le mari de la patiente changera drastiquement sa prise en charge et sa perception par l'équipe. Immédiatement après, elle disposera de nombreuses micro-libertés : accès au self, à la cour, et le droit à des sorties prolongées le week-end, qu'elle n'utilisera pas.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Effectivement, Mme Thawr est peu engagée dans son rapport à l'équipe. Elle est peu investie dans son travail de patiente. Si elle accepte à contrecœur le traitement, elle ne négocie rien, ne discute pas avec l'équipe et cherche globalement à éviter les interactions, ce que l'équipe considère péjorativement : elle ne s'affilie pas. Cependant, après la rencontre avec le mari, la vision de l'équipe du comportement de la patiente changera en profondeur. Il nous semble observer une situation qui relève du *laisser faire* : l'équipe accepte finalement la faible implication de la patiente, et change son mode de prise en charge, elle ne produit plus d'attentes d'affiliation envers la patiente, et cherche plutôt à lui offrir un refuge face à une situation difficile à vivre qui pourrait expliquer les troubles de la patiente. Ainsi, l'équipe décide immédiatement de la mise en place de micro-libertés sans que la patiente ne les négocie : ils

cherchent à lui montrer l'intérêt de l'unité d'hospitalisation sous forme d'un « refuge » lorsque la situation devient trop pesante pour la patiente, chez elle. Il nous semble donc observer une situation de laisser-faire, où la patiente ne s'investit pas dans son travail psychiatrique, mais où l'équipe finit par trouver une justification et accepte d'occuper la fonction d'accueil plutôt que de prise en charge active.

Dans d'autres situations, nous avons pu observer les soignants construire un régime de soin axé majoritairement sur le recours à la contrainte. Dans ce registre, le mode de prise en charge du patient est un indicateur fort des modalités de prises en charge, les soins sous contrainte on l'a vu offrent moins de micro-libertés aux patients. La psychiatre cheffe de l'unité 2 nous explicite ce recours en entretien :

**MS :** « Et pour Mme [Y] du coup, vous allez pas lever [la prise en charge sous contrainte] là ? »

**Amel :** « Parfois on laisse les patients sous contrainte même quand il y a pas de violences ou de risques, parce que sinon le patient il sort tout de suite et il va stopper immédiatement son traitement. Par exemple là, Mme [X], on la passe en SL parce que le traitement fonctionne, et la patiente elle est compliant. Mais en plus c'est sa première hospi', on la connaît pas encore, donc c'est de l'expérimentation : on regarde si une fois en SL elle sort direct'. Et si oui, bah quand elle reviendra du coup on saura.

À l'inverse, la patiente [Y], elle reste en SDT même sans aucun risque d'agression, parce qu'on la connaît bien ! Si on la met en SL, elle sort tout de suite, même si elle nous dit que non hein ! Et elle arrête le traitement et elle revient encore. Ça, on l'explique dans les avis motivés au juge, on dit voilà si on lève elle sort elle revient directement, ça sert à rien.

On a aussi des patients qui sortent de l'unité en programme de soin. En unité ouverte ou au CMP. Par exemple il y en a une, elle est assez observante, mais on laisse la SDRE, comme ça si elle cesse de venir aux rendez-vous, on déclenche un protocole de fugue qui la ramène. » (*Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 2*)

Dans son explication, la psychiatre cheffe de l'unité 2 nous détache clairement un ensemble pluriel de pratiques vis-à-vis des soins sous contrainte. D'abord, le fait de lever la contrainte pour des patients peu connus permet de les tester, de jauger leur implication dans le soin. Dans les deux autres cas, la psychiatre explicite l'usage de la contrainte comme moyen de s'assurer

de la bonne conduite du soin pour des patients qui sont peu impliqués dans le respect de leurs traitements et dans le suivi de leur prise en charge. Ces processus d'évaluation visent à déterminer de l'usage de la contrainte, et donc relèvent d'une logique du *faire pour*, dans le sens où les soignants font le choix à la place des patients de la nécessité de l'hospitalisation, et *via* la mobilisation de ce mode de prise en charge, ils s'assurent le contrôle sur la poursuite du soin. Effectivement, le régime d'action du *faire pour* passe souvent, mais pas uniquement par l'usage de la contrainte pour choisir à la place du patient ; mais il ne s'agit pas pour autant, nous l'avons vu, d'un usage binaire, avec ou sans : il s'agit plutôt d'un outil à disposition des soignants, mobilisés parfois partiellement seulement, pour s'assurer de la tenue sur le long terme de la prise en charge (Velpry, 2008). Dans le cadre des unités d'hospitalisation, ce rapport à la contrainte est d'autant plus prégnant, avec l'usage de diverses options, par la fermeture des portes, l'option de chambres d'isolement, des contentions physiques ou chimiques. Mais la contrainte se lit aussi et surtout dans les modes de prises en charge, l'hospitalisation contrainte dictant un ensemble de prises en charge et de micro-libertés spécifiques.

En dehors de la contrainte, on retrouve tout de même certaines logiques de l'ordre du *faire pour* au sujet de certaines micro-libertés. Ainsi, les soignants peuvent choisir à la place des patients certaines modalités.

Par ailleurs, il nous semble que le sous-pesage de l'équipe dessine dans le même temps l'évaluation d'une forme de confiance qui peut être attribuée à la parole des patients : en enlevant la contrainte à la patiente dont il s'agit de la première hospitalisation, les soignants réalisent un test qui vise à évaluer la « compliance » de la patiente, c'est-à-dire son discours d'acceptation des soins et du traitement, si elle ne ment pas et se tiendra à son discours. À l'inverse, dans le cas de la patiente connue qu'ils maintiennent en soins sous contrainte, c'est la connaissance sur le long terme de celle-ci qui permet de déterminer que malgré son discours d'acceptation des soins, son comportement sera différent et elle sortira immédiatement de l'unité. Les soignants n'ont plus confiance en cette patiente, et maintiennent les soins sous contrainte, et avec les pertes de micro-libertés que cela implique. C'est de cette évaluation de la confiance que dépend l'usage de la contrainte, et une partie du *faire pour*. La place de la confiance dans la parole des patients est donc un point central dans l'évaluation des soignants et dans le choix des modalités de prise en charge, ce qui est déjà apparu dans une recherche sur les urgences en psychiatrie (Marquis et Pesesse, 2021), à la différence qu'au sein des unités d'hospitalisation, les séjours prolongés permettent de réduire les incertitudes sur la durée.

Le sous-pesage de soignants, lorsqu'il détermine le registre de la prise en charge, s'accompagne donc d'une évaluation de la parole de ces patients, en somme de la confiance qui peut leur être accordée : c'est donc l'implication dans le travail de patient qui est évalué, le sérieux de celui-

ci. Chaque patient est jaugé et catégorisé dans son travail de patient psychiatrique, et de manière similaire finalement aux jugements que produisent les soignants entre eux, mais sur d'autres registres : un bon psychiatre « à l'écoute », une bonne infirmière autonome, un bon patient « compliant »<sup>28</sup>... Ainsi, comme les autres acteurs, on évalue pour chaque patient sa *légitimité symbolique endogène*. Le degré de confiance qu'on peut faire à sa bonne conduite de son travail, mais qui ne sort pas de l'unité qui le prend en charge : si ce patient se retrouve hospitalisé dans une autre unité, alors ce travail de tests et de catégorisation par la nouvelle équipe reprendrait de zéro, la légitimité d'un patient ne s'exprimant qu'au sein des murs de l'unité où l'équipe lui a attribuée. Cette légitimité désigne alors finalement leur position dans l'ordre négocié qui se construit autour des micro-libertés, et elle dictera la place que laisseront les soignants au patient dans les négociations qui le concernent.

Ainsi, la position individuelle que chaque patient occupe dans l'ordre qui se négocie autour des micro-libertés est dépendante de la *légitimité symbolique endogène* qui lui est attribuée par l'équipe, et l'emploi de la contrainte renseigne particulièrement sur la position allouée à un patient : plus celui-ci est légitime, et plus il est considéré comme impliqué dans son travail psychiatrique, mais aussi capable de juger de son propre état. Dans ce cas, les soignants n'ont plus le besoin du recours à la contrainte pour s'assurer de la continuité de la prise en charge, l'affiliation du patient étant perçue comme suffisante, son intégration des règles et des normes, mais aussi son acceptation du milieu psychiatrique comme réponse à ses troubles. Ces mécanismes sembleraient plus complexes à mettre en œuvre pour de patients en soins libres, pour lesquels les soignants semblent disposer de moins de leviers judiciaires pour s'assurer de la conduite du soin, pour *faire pour*. Cependant, nous avons pu observer des pratiques de contrainte et de coercition même pour ces patients en soins libres, comme dans le cas de Mme Corona dans l'unité 2 :

---

<sup>28</sup> On exemplifie ici la légitimité des groupes d'acteurs sur un seul adjectif, mais nos différents chapitres ont montré la complexité de l'évaluation d'une position d'un acteur ou d'un groupe vis-à-vis des autres.

Mme Corana est en colère, dans le couloir, elle crie des choses que je distingue peu, je ne comprends pas l'origine de son énervement, soit il s'agit d'une dispute avec une infirmière, soit avec une autre patiente. Dans tous les cas, elle demande à ce que la porte de l'unité lui soit ouverte. Elle a rassemblé ses affaires et elle veut partir. Elle est en soins libres, donc elle le peut, mais l'équipe soignante est en désaccord. Les infirmières en discutent dans la salle de réunion d'équipe.

**Kiara :** « Non elle va vraiment pas bien, là c'est sûr elle flambe c'est la maladie qui parle ! »

**Grâce :** « Oui 'faut pas la laisser partir là, c'est qu'elle va pas bien c'est pas le bon moment... »

Ness sort du poste de soin et va parler à la patiente : « Bon, M. Corana vous pouvez pas partir maintenant ». La patiente semble toujours énervée, mais l'infirmière lui parle calmement, ce qui semble apaiser la patiente. Ness lui explique qu'elle ne peut pas partir sans avoir vu sa psychiatre référente qui doit signer une « sortie contre avis médical » : « Vous avez pas le choix, c'est comme ça, je suis désolé, il va falloir patienter un peu ». La patiente digère difficilement la nouvelle, mais finit par accepter d'attendre de signer le document.

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Dans cet extrait, les infirmières qualifient la volonté de sortir de la patiente d'une expression de sa pathologie, et considèrent donc cette demande comme irrationnelle. Elles vont décider de faire rester la patiente en mobilisant une prétendue signature de la psychiatre pour la sortie. Factuellement, la patiente pourrait sortir, dans le cadre d'une sortie contre avis médical par exemple, mais les infirmières vont refuser d'ouvrir la porte de l'unité et contraindre la patiente à rester jusqu'à ce qu'elle ait vu sa psychiatre en rendez-vous ; par ailleurs, les événements prenant place un vendredi, ce rendez-vous aura lieu le mercredi prochain, soit cinq jours plus tard. En somme les infirmières détournent ici les règles qui encadrent la prise en charge en soins libres : elles mobilisent un document qui existe effectivement, mais en transformant son usage réel pour en faire un objet administratif de contrainte. Dans le même temps, elles usent de leur contrôle de la clé de l'unité et du caractère fermé de celle-ci pour empêcher factuellement la patiente de sortir. Ainsi, elles contraignent une patiente à rester dans l'unité quand bien même elles ne devraient pas le pouvoir. Mais pour les paramédicales, cet usage de la contrainte est justifié par le bien-être de la patiente : les soignants *font pour*, ils contraignent la patiente pour mieux combattre ce qu'ils considèrent relever des troubles psychiatriques. Autrement dit, ils ne combattent pas la patiente, mais sa maladie supposée.

Dans le même temps, il faut remarquer que ces usages de la contrainte par l'équipe dépendent aussi de la relation que les soignants entretiennent avec le patient, et de l'investissement émotionnel de chaque soignant avec le patient concerné. Ainsi, si les infirmières décident de contraindre Mme. Corana en supposant que c'est la meilleure solution pour son bien, cela ne va pas de soi pour tous les patients de l'unité, comme on s'en rend compte dans une situation similaire qui investit des soignants similaires, mais où la réaction est différente :

En transmissions, les infirmières se plaignent du comportement de M. Javert qui leur donne du fil à retordre : il refuse les traitements, il est perçu comme agressif et réclame avec beaucoup d'insistance ses micro-libertés. Le patient est en soins libres, et menace régulièrement de quitter l'unité s'il n'obtient pas ce qu'il veut ; ce à quoi les psychiatres s'opposent. Lorsque la situation arrive, elles organisent des rendez-vous avec le patient pour le convaincre de rester, souvent à la place de rendez-vous programmés avec d'autres patients.

**Nathalie :** « Il tient deux discours en fait, en face des psychiatres, il est tout crème, il est gentil. Mais avec nous c'est une peau de vache ! »

**Grâce :** « De toute façon moi, il est en soins libres, j'm'en fous. S'il demande à sortir là, les psy sont pas là pour le retenir, alors on le laisse sortir ! Ça va un moment hein ! »

Les infirmières acquiescent. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Les situations des deux patients, Mme Corana et M. Javert, sont quasi similaires : ils sont en soins libres, et expriment tous deux désirer quitter l'unité suite à des situations d'énerverment. Cependant, la réaction de l'équipe paramédicale, et particulièrement de l'infirmière Grace, est très différente entre ces deux patients. Dans le cas de Mme Corana, les infirmières cherchent à la faire rester, et useront pour cela de la contrainte. Une intervention qu'elles justifient par la pathologie de la patiente qui « flambe » : la contraindre, c'est l'aider. Mais dans un autre cas, celui de M. Javert, les infirmières sont au contraire d'avis de le laisser quitter l'unité, et de ne pas chercher à le retenir, contrairement à l'attente que produisent les psychiatres à son sujet.

La différence entre ces deux patients quitte le registre de l'évaluation pour le mode de prise en charge, car ils présentent des situations comparables. Les soignantes n'expriment plus seulement des discours qui justifient du régime d'intervention appliqué ; ils mobilisent un second discours qui révèle leur implication personnelle, émotionnelle avec le patient : un

discours de l'ordre de la compassion et de l'empathie, ou de son absence. En effet, il nous semble ici voir apparaître une seconde logique de classification entre les patients dignes ou non d'implications personnelles, tel que Mougeot le fait émerger entre les deux types de patients qu'il différencie, ceux qui « veulent, mais ne peuvent pas » et à l'inverse, ceux qui « peuvent, mais ne veulent pas » (Mougeot, 2019a). Les premiers étant dignes de compassion du soignant en ce que leurs échecs sont imputables à la maladie plus qu'à leur propre volonté. Sur nos terrains, la mobilisation de l'expression de « pauvre patient » permet souvent de déterminer ces patients dignes de compassion : ils subissent une situation difficile, et leurs comportements parfois difficiles avec l'équipe sont excusables, ils n'en sont pas responsables, mais c'est à leur maladie qu'il faut l'imputer, comme pour Mme Corana. À l'inverse, certains patients « pourraient, mais ne veulent pas » : ce n'est pas leur maladie qui est en cause, mais leur personnalité, et c'est ce qu'on observe dans notre extrait à propos de M. Javert.

Or, ces logiques d'évaluation par un registre de l'ordre de la compassion sont extrêmement régulières notamment lorsqu'il s'agit de choisir entre deux patients lequel bénéficiera de l'implication des soignants, individuellement ou en équipe :

L'équipe de l'unité discute dans la salle de réunion au staff : deux patients désirent être hospitalisés, ils ont appelé au téléphone et demandent si on veut bien les prendre. L'équipe débat : le premier est refusé, le second accepté. En guise de conclusion, l'une des soignantes énonce pour justifier le tri qui vient d'être opéré : « Non, mais ça a rien à voir en vrai, le deuxième il a rien dehors ! Il dort dehors ! Il est dans la merde. C'est pas du tout le même cas de figure ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Dans cet extrait, un patient est choisi plutôt qu'un autre pour occuper la seule chambre disponible de l'unité. Il s'agit de deux patients connus de l'unité, et qui seront pris en soins libres. Le registre mobilisé pour justifier ce choix nous semble alors bien loin d'une logique de soin et de prise en charge. Il s'agit plutôt, à notre sens d'une logique compassionnelle qui s'exprime : le patient sélectionné l'est pour alléger ses difficultés de vie à l'extérieur de l'unité. Le tri s'effectue sur un registre qui diffère de celui de la maladie mentale, mais plutôt de l'empathie, de ce que les soignants considèreraient de plus désagréable à vivre.

Ces processus de sélection qui tombent dans le registre de l'affectif expliquent alors, dans une version poussée à l'extrême, que certaines relations interpersonnelles entre un soignant et un patient se singularisent. Suite à des jugements d'ordre compassionnel, certaines

psychiatres choisiront de s'investir avec certains patients plus qu'avec les autres, des favoris avec lesquelles elles produisent des prises en charge de longues durées, alternant les lieux de prises en charge dans lesquelles elles travaillent à temps partiel. Il en va de même pour les infirmières qui se lient avec certains patients « chouchou » pour qui elles braconnent des micro-libertés temporaires, ou bien qu'elles protègent des punitions du reste de l'équipe en dissimulant les actes qui pourraient être perçus péjorativement.

Ces rapports singuliers sont finalement l'expression poussée à son paroxysme de l'implication individuelle des soignants avec certains patients qui les « touchent » plus que d'autres. Ils permettent d'expliquer que certains soignants s'impliquent pour des patients qui échouent à s'affilier, à comprendre et à s'appropriier les règles informelles qui ont cours dans les unités. Ces patients qui « veulent mais ne peuvent pas » font l'objet de projections compassionnelles lorsque les raisons de leurs échecs sont attribuées par l'équipe à des causes qui leur sont extérieures, leur environnement ou les symptômes de leurs maladies (Mougeot, 2022).

L'équipe de l'unité produit donc une forme d'évaluation des comportements des patients et de leur affiliation dans l'unité d'hospitalisation. De cette évaluation, les soignants tirent un mode de prise en charge qu'ils considèrent la plus pertinente dans une situation donnée (Velpry, 2008), et qui fait apparaître la position qu'occupe le patient dans l'ordre qui se négocie au sein de l'unité : sa légitimité endogène au sein de l'unité. Dans le même temps, ce sous-pesage qui détermine le registre de l'action soignant se double d'un second sous-pesage, d'ordre individuel et émotionnel cette fois : les soignants déterminent le mérite d'un patient pour leur implication sur des registres compassionnels et empathiques (Mougeot, 2019a), qui produisent des relations interpersonnelles dans lesquelles certains patients occupent des positions de favoris ou de « chouchous » pour certains soignants de l'équipe.

Il apparaît donc clairement comment l'affiliation du patient et les comportements de l'équipe en réaction se fondent dans l'interaction qui prend place quotidiennement. Cependant, pour proposer l'analyse que nous en faisons, nous avons décomposé ce processus, ce qui peut donner l'impression d'un cloisonnement entre les comportements des patients d'une part et les jugements que produisent les soignants en retour, et sur lesquels ils fondent leurs actions, en équipe, pour décider du mode de soins, mais aussi dans leur implication personnelle avec les patients. Pourtant le déroulement factuel de ces logiques est bien plus intriqué et organique, il prend place au fil des échanges continuels, et les comportements de l'un comme de l'autre des acteurs peuvent changer radicalement au cours d'une même journée. Par ailleurs, la relation entre un patient et l'équipe n'est pas isolée : suite à une situation d'urgence par exemple, si un patient agresse un soignant dans l'unité ou une unité voisine, les comportements de l'équipe

peuvent soudainement devenir plus méfiants. Effectivement, les interactions continues prennent place dans un contexte que notre analyse fractionnée a temporairement mis de côté. Pourtant celui-ci est loin d'être neutre, et le milieu de l'hospitalisation présente de nombreuses spécificités qui apparaissent au décours de la description que nous en dressons. Il serait donc trompeur de penser que les relations interpersonnelles et les interactions seules déterminent la forme que prennent les rapports entre les acteurs : le contexte spécifique, exceptionnel, que constitue l'unité pèse sur les interactions, souvent sans que les acteurs ne le réalisent tout à fait. Il produit des situations dans lesquelles le jugement des différentes parties est altéré. Pour exemplifier ces ingérences que produit le contexte sur les interactions, nous produirons à présent un exemple avec la prise en charge d'un patient de l'unité 3, M. Altakhy. Pour présenter une partie de la construction de sa relation avec l'équipe soignante, il nous faudra présenter un événement qui eut des répercussions sur plusieurs jours au sein de l'unité.

## Les ingérences du contexte sur les interactions

M. Altakhy est un homme grand, d'origine nord-africaine, qui a aux alentours de trente ans lorsque nous le rencontrons. Il s'agit de sa première hospitalisation en psychiatrie, qui prend place sous le régime de soins sous contrainte à la demande d'un tiers, l'un de ses parents ; son séjour dans l'unité dura environ trois mois entièrement compris dans notre période d'observation. Au fur et à mesure de nos observations, nous avons construit avec lui une forme de relation. Régulièrement, le patient nous invitait à emprunter avec lui les escaliers lors des trajets pour le self, plutôt que de prendre l'ascenseur avec les paramédicaux et les autres patients. Ces courts trajets permettaient des discussions informelles et intimes, durant lesquelles le patient abordait ses ressentis sur l'hospitalisation ou sur les autres patients. Il se refusait cependant à nous parler de sa vie hors de l'institution ou de sa famille ; et il déclina toujours nos demandes pour un entretien formel. Ici, nous allons décrire une suite d'observations s'étalant sur deux jours, pour pouvoir analyser une situation précise et ses aboutissants.

[Au self pour le déjeuner] Comme d'habitude, tous les patients sont en diagonale, éloignés les uns des autres, et mangent en silence. Mais M. Altakhy s'est assis à côté d'une patiente, nouvelle elle aussi de quelques semaines, et légèrement plus jeune que lui. Ils discutent un peu, je crois qu'il cherche à la séduire, il lui dit « t'es mignonne quand même ».

[Dans l'après-midi] La nouvelle patiente parle avec deux aides-soignants et une infirmière. Elle m'a l'air énervée, mais je ne comprends pas tout à fait la raison, elle parle de son traitement et d'effets secondaires, mais aussi du fait qu'elle trouve les soignants désagréables avec elle. Au cours de la conversation, sans que je ne perçoive de lien apparent, elle annonce « et puis l'autre là [elle décrit M. Altakhy] qui me dit que je suis belle comme si je devais sucer sa bite ! ».

La remarque est remontée aux transmissions paramédicales du soir, où le rapport de ces deux patients est taxé de « problématique ».

[Le lendemain, au staff du matin] Le roulement d'équipe a eu lieu, ce ne sont plus les mêmes soignants que la veille. Vient le tour de M. Altakhy. L'une des infirmières indique « Il a demandé une fellation à [la nouvelle patiente] ! ». L'équipe est outrée, on parle de harcèlement. La psychiatre cheffe de pôle décide qu'il faut en parler avec le patient : ce sera à l'interne Julien de s'en occuper, accompagné par un aide-soignant, pour que le rendez-vous soit masculin.

[Au rendez-vous avec M. Altakhy, après le déjeuner] L'interne sermonne le patient sur sa manière de parler aux femmes, il m'a l'air un peu gêné pour trouver ses mots :  
**Julien** : « Bon il ne faut plus parler de sexe avec les patientes hein... C'est vraiment pas comme ça... Enfin c'est trop cru, il ne faut pas parler comme ça ! »

Le patient exprime son incompréhension, il questionne. Finalement, l'aide-soignant et Julien explicitent que la patiente s'en est plainte.

**M. Altakhy** : « Quoi ? Elle a dit que j'avais voulu qu'elle me suce le zob ?! » le patient exprime surprise et incompréhension.

**Julien** : « Mais ça justement, vous voyez ! Ça, on peut pas dire ! »

**M. Altakhy** : « Mais j'ai jamais dit ça ! Sur la tête de ma mère, j'ai jamais dit ça ! »

Les soignants ne croient pas le patient et continuent de lui demander de surveiller son langage et de ne plus parler aux femmes de l'unité. M. Altakhy continue de jurer son innocence en invoquant sa mère.

*(Extraits du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet extrait, il nous semble que le patient est victime d'un quiproquo qui prend place dans la manière dont les acteurs se racontent une situation. D'abord, l'interaction entre la patiente et M. Altakhy, si elle n'est pas vulgaire, révèle l'insistance de ce dernier dans la construction d'un rapport de séduction. Plus tard, la patiente relèvera cet échange en y ajoutant l'idée d'une

fellation : elle exprime au travers d'une hyperbole le ressenti qu'elle a eu au cours de l'échange, dans leur rapport et peut-être dans l'insistance de M. Altakhy.

Par la suite, les paramédicaux transmettent cette information, parmi d'autres. Ils commentent l'attitude générale de M. Altakhy avec cette patiente, et reprennent les mots de cette dernière, mais n'en détournent pas encore le sens. Ces transmissions se prolongent, de l'équipe de nuit vers le nouveau roulement de paramédicaux, le lendemain matin. La multitude des transmissions, prenant les traits d'un jeu de téléphone arabe, transforme la réalité des faits. La situation a été modifiée, et seule la partie la plus choquante du discours de la patiente en a été retenue. Aussi, l'équipe le lendemain s'offusque en imaginant une proposition directe et sexualisée entre les deux patients. Pour ce langage et ce comportement, ils vont sanctionner M. Altakhy, et à la suite de cette situation, il se verra retirer la micro-liberté de l'accès à la cour du bâtiment, et sera encadré pendant les repas, les paramédicaux lui signalant toujours de s'asseoir seul et en bord de table, sous leur surveillance rapprochée. Mais aussi, cette histoire pèsera sur les négociations de micro-libertés qui prendront place tout au long du séjour en unité de ce patient. Perçu comme problématique avec les femmes de l'unité, les soignants seront toujours méfiants envers lui. Cette méfiance participera à ne pas dissiper d'autres quiproquos qui prendront place de manière régulière au cours de l'hospitalisation du patient ; renforcé par son langage très imagé, peu soutenu et recourant régulièrement au « verlan » ou à des termes en arabe<sup>29</sup>.

Ainsi, il nous semble que le rapport du patient avec l'équipe, et plus généralement son parcours de micro-libertés et son affiliation à l'unité 3, se sont construits avec un ensemble de difficultés liées à son milieu d'origine, mais aussi à l'avis qu'a construit l'équipe sur ce patient en début d'hospitalisation, dans son rapport supposé aux femmes, qui découlerait finalement d'une interprétation et d'erreurs de transmission : et qui lui valurent d'occuper une position d'illégitimité endogène à l'unité dans les négociations pour ses micro-libertés.

---

<sup>29</sup> Notons que la relation que nous construisions avec M. Altakhy était singulière lors de notre terrain de recherche, prenant la forme de discussions informelles auxquelles le patient nous conviait. Il nous semble que ce patient occupait probablement dans notre esprit la place d'un « chouchou » tel qu'en parlent les équipes soignantes : nous faisons particulièrement attention à sa situation et à ses rapports avec les autres acteurs.

Lorsque ce quiproquo eut lieu, parmi d'autres qui émaillèrent son hospitalisation, nous choisîmes en connaissance de cause de ne pas dissiper ces malentendus auprès de l'équipe, d'une part parce que cela nous permettait effectivement de les observer dans le détail, mais aussi et surtout par crainte que notre proximité avec le patient n'altère notre jugement, et que nous ne nous mettions à faire usage nous aussi d'une forme de tactique pour peser sur les comportements de l'équipe, cristallisant un favoritisme.

Le cas de M. Altakhy illustre la place que peut prendre le contexte dans la relation entre les soignants et les patients. Qu'il s'agisse de la manière dont s'organise le travail, qui provoque des transmissions d'informations entre de nombreux acteurs, et peut donc s'accompagner de pertes d'informations, ou de modifications de ces dernières, ce qui produit pour les soignants des perceptions altérées des comportements et des personnalités réelles des patients.

Mais aussi, la position de patient psychiatrique leur accorde une moins grande confiance de la part des soignants. Que ce soit dans les actes ou dans les « discours délirants » que l'équipe qualifie d'irrationnels, les reliant à l'expression des troubles (Tartour, 2021 ; Velpry, 2008, p. 226). En plus de cette disqualification liée aux troubles, la construction du rapport entre les professionnels soignants et leurs « malades » qui se construit dans un rapport parentaliste qui suppose que ce dernier n'est pas en parfaite capacité de comprendre ses problèmes et ses troubles, et que les soignants les comprennent mieux que lui.

Ainsi les comportements pour jauger que réalisent les soignants, qu'il s'agisse de déterminer leur conduite de la prise en charge ou leur implication émotionnelle, restent partiellement dépendants de ce contexte où prennent place les interactions, dans le crédit qui est apporté aux patients, mais aussi dans la structuration du travail, qui peut produire des situations d'incompréhensions ou de quiproquo : ingérence du contexte.

## Être jaugé en retour

Les membres des équipes de la psychiatrie produisent donc des comportements de sous-pesage et de catégorisation à l'égard des patients, parfois influencés par le contexte de l'hospitalisation. Ces évaluations permettent de décider de leur mode de prise en charge et de leurs investissements personnels dans leurs rapports avec ces patients. Il construit la légitimité endogène du patient au sein de l'unité : sa position dans les négociations avec l'équipe.

Mais produire des jugements sur les acteurs de l'autre groupe n'est pas un comportement à sens unique. Les patients, à leur tour, évaluent et catégorisent les soignants : ils expriment entre eux des discours qui qualifient les comportements de soignants, leurs méthodes et leurs régulations personnelles des micro-libertés. Nous surprenons par exemple l'une de ces discussions entre deux patients en soins sous contrainte, en chambre d'isolement. Chacun dans leur espace respectif, élevant fort la voix pour passer les murs et couvrir la distance qui les sépare, se regardant au travers des petites fenêtres intégrées aux portes fermées :

**M. Vladimir** : « [...] Et c'est qui ce week-end qu'est là ? »

**M. Estragon** : « Bah c'est elle là... [L'infirmière X] ! La p'tite rebeu ! »

**M. Vladimir** : « Ah nan je l'aime pas elle, elle veut jamais me laisser aller fumer ! »

**M. Estragon** : « Ah ? Moi j'aime bien, elle est mignonne un peu... Et en plus elle laisse la porte ouverte quand je mange ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Cet extrait permet de saisir l'implication des patients dans leurs rapports aux soignants. D'abord, il laisse à voir la maîtrise qu'ont ces premiers des emplois du temps des seconds : M. Estragon montre sa connaissance du roulement des infirmières, il peut indiquer qui sera présent ou non dans le week-end à venir. À titre de comparaison, nous avons remarqué que les psychiatres savent rarement quels paramédicaux seront présents le week-end ; de même, en entretien, les infirmières nous confient avec agacement l'incapacité de leurs conjoints à retenir leurs roulements et week-ends de travail.

La discussion de ces deux patients illustre aussi ces moments dans lesquels ce groupe discute, compare et évalue les comportements des soignants. Ils comparent leur rapport avec cette soignante précise, et associent à son nom des pratiques spécifiques, des manières de gérer les micro-libertés, voire des pratiques de braconnages individuelles (de Certeau, 1990 ; Mougeot, 2019a). M. Vladimir expérimente une interdiction de sortir fumer, qu'il obtient parfois avec d'autres soignants ; et à l'inverse, M. Estragon explicite qu'il profite d'une porte laissée largement ouverte pendant son repas en chambre, ce qui n'est pas le cas avec d'autres soignants. L'extrait, qui illustre des pratiques récurrentes entre les patients, révèle leurs implications morales, qui s'expriment dans le fait de retenir les noms et les prénoms des soignants, leurs comportements individuels et leurs emplois du temps. Cette implication des patients s'observe alors similairement dans d'autres formes de prises en charge hospitalières somatiques, où les patients « comparent et classent les soignants en fonction de leur dextérité et de leur gentillesse » (Dembinski, 2000).

Mais en psychiatrie, le groupe des patients n'exprime pas son avis qu'entre pairs. Nous avons précédemment montré l'atomisation de ce groupe, et les propensions individuelles à se rapprocher du groupe des soignants. Il n'est donc pas rare qu'un patient exprime ses ressentis ou commente les manières de faire de l'un des professionnels avec d'autres de leurs collègues :

En chambre d'isolement avec une infirmière et un aide-soignant pour le déjeuner de M. Ocelot, qui le prend sans sortir. En mangeant, il discute avec les soignants, il leur raconte : « Ça va, je vous aime bien, vous êtes gentils avec moi ». Il explique pourquoi il aime bien l'ensemble de l'équipe de l'unité, puis ajoute « Sauf elle là », après quoi il dresse une longue description physique détaillée de sa psychiatre référente. « C'est une sorcière, je l'aime pas ! Elle vous contrôle tous avec la magie noire, je le sais ! Elle veut pas que je fume ! ». Les deux paramédicaux sont pris d'un fou rire, le patient continue de parler de sorcellerie en mangeant, il a l'air très sérieux. (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Dans un discours confus qui tisse des liens avec l'usage de forces surnaturelles, des références qui semblent faire partie de l'expression des troubles psychiatriques du patient, M. Ocelot rapproche très clairement ses accès aux cigarettes, que les paramédicaux lui offrent parfois, de façon informelle, et les rapports qu'il entretient avec sa psychiatre référente, qui n'a toujours pas accordé le droit de sortir fumer comme une micro-liberté officielle. L'accès à sa consommation est donc tributaire des paramédicaux, et de moments de braconnage, en l'absence des psychiatres : ce qui lui offre une pratique irrégulière et peu prévisible. M. Ocelot investit lui aussi ses rapports avec les soignants, et leur en fait part : il leur exprime apprécier ceux qui lui offrent des micro-libertés, à l'inverse de ceux qui ne lui en offrent pas ; et cette discussion, parce qu'elle fait rire les deux soignants, pourra avoir des répercussions, et provoquer des changements dans les modalités de prise en charge du patient. Cet échange crée entre ces acteurs un lien personnel, une histoire à raconter pour faire rire, mais aussi à mobiliser sous forme d'un argument, pour obtenir au patient des micro-libertés lors de négociations intrinsèques à l'équipe. Gardons à l'esprit qu'il ne s'agit sûrement pas de la volonté du patient, qui se contente probablement de raconter ses ressentis, entremêlés avec d'autres histoires que ses troubles lui racontent.

En somme, les patients investissent eux aussi leur relation à l'équipe soignante et aux membres qui la composent. Ils évaluent et qualifient les implications et les rapports de ces individus aux prises en charge et à la gestion des micro-libertés. Cet investissement des patients apparaît particulièrement clairement dans les situations où ils cherchent à interférer sur la composition des membres de l'équipe avec lesquels ils entrent en relation dans le quotidien de leur séjour en hospitalisation :

Nous sommes en rendez-vous avec Mme Tréphine. Elle parle peu à la psychiatre et l'infirmière, répond par des bruits plus que des phrases : elle me semble très réticente et je remarque qu'elle me lance régulièrement des regards, sans quoi elle regarde ses mains ou la table plutôt que les soignantes. Finalement, elle demande à la psychiatre un papier et un stylo pour lui écrire une demande, « parce que c'est plus facile ». Je sens que ma présence pose problème, donc je me propose pour récupérer les objets, et j'en profite pour ne pas revenir dans l'entretien, je les tends à l'infirmière par la porte. Après l'entretien, la psychiatre et l'infirmière m'appellent dans le bureau. Elles me confortent dans mon ressenti : la patiente a écrit sur le mot qu'elle ne voulait pas d'hommes en entretiens, et dans le soin en général. L'infirmière m'explique que cela pourrait être lié à sa maladie, peut-être par un traumatisme passé. Aussi, les soignantes me demandent de ne pas chercher à lui parler et de ne plus assister à ses entretiens, ce qui sera généralisé à tous les membres masculins de l'équipe. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Dans cet extrait, après que la patiente m'ait accepté à l'entretien, elle exprimera une forme de réticence face à la présence masculine. Reliant cette réticence aux troubles psychiatriques de Mme Tréphine, la psychiatre et l'infirmière décideront d'accéder à sa requête, et de limiter ses interactions avec les acteurs masculins de l'équipe. En somme, la patiente cherche ici l'obtention d'une micro-liberté : une exception pour construire les modalités de sa prise en charge, une attention qui lui rend son passage dans l'unité d'hospitalisation moins pénible. Les demandes exprimées par les patients pour des micro-libertés de cet ordre, qui excluent une partie des soignants de leurs prises en charge personnelles, peuvent s'exprimer sous d'autres formes. Parfois, il s'agit de repousser un membre de l'équipe précis, le patient demandant explicitement à ne plus être pris en charge par un soignant particulier qui l'aurait « pris en grippe ». Régulièrement aussi, des patients masculins originaires d'Afrique du Nord réclament de ne plus entrer en relation avec les infirmières de l'unité, désirant être pris en charge par les paramédicaux hommes uniquement<sup>30</sup>.

Les réactions des équipes face à ces demandes sont variées, dépendamment des acteurs impliqués, mais aussi des justifications que produisent les patients pour soutenir leurs demandes. Dans le cas où la requête du patient concerne un membre de l'équipe en particulier, il nous

---

<sup>30</sup> Cette demande ne s'étend jamais jusqu'aux psychiatres, quasi exclusivement féminine sur nos terrains, mais qui sont les seules en mesure d'accéder ou non à la requête. Il pourrait s'agir alors d'une expression de l'affiliation, les patients ayant retenu que ce sont les psychiatres qui prennent les décisions, ils ne peuvent demander leur éloignement, car ils risqueraient d'y perdre la possibilité de négocier...

semble que la réputation du soignant au sein de son équipe entre en jeu. Par exemple, un patient rejeta une psychiatre précise pour sa prise en charge. Cette médecin était considérée dans le même temps comme étant peu « à l'écoute » par le groupe infirmier, qui appuya la demande du patient. Donc la réputation de la psychiatre dans son rapport avec les infirmières de son équipe influencera sur la défense que firent ces dernières de la demande du patient. En somme, c'est la *légitimité symbolique endogène* du soignant au sein de son équipe qui dictera la réaction des autres soignants à la demande du patient.

Dans d'autres cas évoqués, les réclamations des patients pour la micro-liberté de choisir la composition de l'équipe qui les prend en charge peut s'étendre parfois à un ensemble d'acteurs plus large. Ainsi, la demande de Mme Tréphine est acceptée, reprise par l'équipe qui valide la mise en place de cette exception par un registre de l'ordre du thérapeutique, puisque la crainte de la présence masculine de la patiente est reliée au trouble psychiatrique qu'ils diagnostiquent chez elle. À l'inverse, les demandes du même ordre que produisent les patients originaires d'Afrique du Nord et qui concernent les infirmières sont généralement rejetées ; leur demande faisant l'objet de discours critiques de la part des équipes, qui y attribuent des volontés sexistes, avec plus de véhémence encore lorsque le patient tisse un lien entre leur demande et la religion<sup>31</sup>. Dans quelques rares cas, il arrive tout de même que les psychiatres accèdent à ces demandes. Les infirmières s'unissent alors pour s'opposer aux psychiatres, provoquant un conflit dans l'équipe. Elles mobiliseront souvent leurs braconnages pour exprimer ce mécontentement envers le patient, en le privant de micro-libertés auxquelles il a l'accès. Par exemple, un patient en isolement ayant le droit à une cigarette s'en verra dénié le week-end, les infirmières arguant que « vu qu'il veut pas nous voir, on va pas aller l'accompagner pendant dix minutes dehors ! » ou encore, sous forme d'un humour cynique : « On ne va pas lui imposer notre présence, le pauvre ! ».

La description de ces dernières situations laisse deviner la nature protéiforme des influences que peut avoir la demande d'un patient pour une micro-liberté qui exclut une partie des soignants de l'équipe de sa prise en charge personnelle. Certaines de ces demandes peuvent être appliquées sans autres conséquences, comme le cas de Mme Tréphine, qui bénéficiera d'une micro-liberté spécifique dans sa prise en charge. Dans d'autres situations, comme celles des patients nord-africains à propos des infirmières, la demande peut provoquer des comportements de rejet, et donc, des investissements négatifs de la part d'une partie de l'équipe :

---

<sup>31</sup> Il n'est pas rare que des membres de l'équipe, aides-soignants, infirmières et psychiatres, soient de la même confession que ces patients qui cherchent à exclure les membres féminins de l'équipe paramédicale. Les discours s'axent alors souvent autour du degré de compréhension ou de mécompréhension des textes sacrés, et le caractère pathologique ou non de la demande.

il résulte de la demande, et parfois de son application, la perte d'autres micro-libertés sans liens apparents, mais qui relèvent de l'implication des soignants.

Enfin, ce rapport aux soignants que construisent les patients s'étend parfois aux fonctionnements de l'équipe dans son ensemble, comme nous avons pu l'entendre lors d'une discussion entre deux patientes :

**Mme Guillevic** : « [...] Ah t'es dans l'unité [X] habituellement ? Et c'est comment là-bas ? Dans le secteur d'à côté ? »

**Mme Daudet** : « Bah... La bouffe c'est moins bien. 'Y a moins de choix, et en plus ils cuisinent pas tout, alors parfois les barquettes sont pas bonnes... Mais la cour est plus grande. Et puis l'équipe est vraiment gentille ! Si tu veux fumer, ils te laissent descendre dans la cour pour fumer. Tu sais, c'est vraiment plus grand qu'ici, ici l'unité est toute petite, et puis t'as vu la cour ? Elle est tellement petite [...] Mais tu sais, tu devrais demander à y aller. Moi je suis pas de son secteur. Je suis même pas d'ici en fait. Si tu demandes à changer, tu peux aller ailleurs, et ça vaut vraiment le coup, là-bas. Il faut que tu sois gentille avec l'équipe ici, et après, tu demandes à changer. Moi c'est comme ça que j'ai fait ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Attendant dans l'entrée du bâtiment pour notre première entrée sur le terrain, les paramédicaux de l'accueil ont jugé notre histoire d'enquête sociologique partiellement crédible. Ils nous ont invités à nous asseoir dans le coin attribué aux patients, devant le self, mais s'en excuseront lorsque la psychiatre cheffe du pôle viendra me chercher et leur assurera que nous sommes « un professionnel ». Alors que nous attendons, les patients s'installent autour de nous, et deux patientes qui ne sont pas dans l'unité d'hospitalisation qui nous accueille viennent partager notre banquette. Elles commencent à discuter de leurs unités de rattachement, Mme Daudet révélant sa préférence pour une unité qui fait partie du groupement du pôle, mais qui est installée dans une autre ville, et prend en charge un autre secteur que le sien. Après avoir listé des avantages de l'ordre des conditions de vie et dans ses rapports avec l'équipe, plus « gentille » et offrant certaines micro-libertés spécifiques, la patiente conseille à l'autre d'essayer d'y être prise en charge, ce qui passe par le fait « d'être gentille » pour obtenir un accord de changement.

Dans cet extrait, plusieurs logiques émergent. D'abord, M. Daudet souligne qu'il est possible d'obtenir la micro-liberté de choisir son unité de prise en charge. Il faut pour cela se monter

« gentille avec l'équipe », ce que nous pouvons analyser comme une forme d'affiliation ; se montrer « gentil », c'est être avenant, se soumettre aux règles et aux pratiques, c'est aller dans le sens des soignants. Par la suite, il serait alors possible de négocier la micro-liberté de choisir son lieu de prise en charge, un lieu choisi pour les avantages de cadre de vie qu'il offre, mais favoriser aussi pour son équipe avec laquelle les rapports seraient plus amicaux, une équipe avec laquelle la patiente a déjà une relation construite.

En somme, le discours de Mme Daudet révèle sa propre affiliation : elle maîtrise les comportements qui permettent de réclamer des micro-libertés, et les explicite à Mme Guillevic. De plus, elle aurait fondé une relation particulière avec une unité spécifique, et cherche à négocier son choix de l'unité qui la prend en charge, donc une autre micro-liberté sur le lieu où se déroule son hospitalisation, et la composition de l'équipe avec laquelle elle interagira.

Ce dernier exemple révèle additionnellement les pratiques des équipes et des patients autour du « libre choix » de ces derniers pour sélectionner le psychiatre qui les prendra en charge. En effet, plusieurs textes encadrent le droit de choisir son médecin dans le code de la santé publique<sup>32</sup>. Pourtant en psychiatrie, principalement du fait de la sectorisation, les équipes produisent d'importantes résistances et limites à la mise en place de ces textes, généralement dans le but de favoriser la file active locale dans un contexte de manques de lits (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b, annexe 12). Aussi, le choix de ses praticiens et de son équipe d'accueil n'est pas une évidence, mais relève d'une micro-liberté qui doit se négocier (voir notre chapitre V.III sur les acteurs du judiciaire pour plus de détails sur ce sujet).

Dans cette dernière sous partie, nous avons montré comment les soignants jaugent les comportements et les affiliations des patients, à la fois dans un rapport de soins, pour déterminer le registre de la prise en charge ; mais aussi dans un rapport plus personnel, qui a trait à l'empathie et à la compassion, et qui dans son rapport le plus intense produira des relations interpersonnelles avec les patients, de l'ordre du « favoris » ou du « chouchou ». Similairement, les patients s'engagent dans leur relation individuelle avec les soignants. Ils investissent leurs rapports aux équipes et aux membres qui la composent. La sélection que produisent les soignants n'est donc pas un processus à sens unique, sur un hypothétique objet de travail inanimé, il s'agit véritablement de la construction d'une relation interpersonnelle. La posture de favoris s'acquérant dans une interaction, et pareillement, les patients peuvent investir

---

<sup>32</sup> Principalement l'article L.1110-8 du code de santé publique, mais précisé en psychiatrie dans le « plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 », puis réaffirmé dans l'ajout d'un article spécifique à la partie du code qui concerne la psychiatrie avec l'ordonnance 2020-232 du 11 mars 2020 qui stipule que « Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »

péjorativement leur relation avec un soignant, et essayer de ne plus entrer en relation avec ce dernier au cours de la prise en charge, une volonté qui s'exprime sous les traits d'une micro-liberté négociée avec l'équipe, puisque la fréquentation du personnel qui la compose est par nature une contrainte liée à l'organisation.

## **Chapitre 2 : Les patients vétérans**

Dans le chapitre précédent, nous avons montré comment se construit pour un patient donné la relation à l'équipe et les processus d'affiliation dans lesquels il est engagé. Cependant, tous les patients ne sont pas au même point de leur relation à l'équipe, et certains fréquentent les unités d'hospitalisation depuis des temps longs, parfois plusieurs années. Pour ces patients que nous qualifions de vétérans, la relation est grevée de l'expérience déjà acquise par les acteurs les uns sur les autres. En effet, sur nos terrains de recherche et en tout temps, environ la moitié des patients présents étaient connus par l'équipe de l'unité depuis une hospitalisation précédente.

Une fraction de ces patients connus entre dans l'unité dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, à la suite d'événements graves ou d'arrêts de traitement, et l'équipe se désole alors de devoir reprendre la prise en charge « depuis le début », le parcours d'acquisition de micro-liberté ressemblant alors fortement à celui d'un nouveau patient. Mais ce cas de figure n'est pas le seul que nous ayons observé, et l'on constate que certains vétérans de la psychiatrie construisent sur le long terme des relations spécifiques avec ce milieu. Dans ce chapitre, nous présenterons deux formes de relations que les patients de longue date, habitués au système de prise en charge, peuvent expérimenter. Pour cela, nous présenterons en détail les situations et les parcours de vie de trois patients qui illustrent, chacun sous un angle différent, des rapports différenciés aux équipes que nous avons observés à plusieurs reprises. En premier lieu, nous détaillerons le cas de M. Bartoli, un patient qui, similairement à d'autres, demande à être hospitalisé lorsqu'il se sent en difficulté vis-à-vis de sa maladie. Ensuite, nous présenterons le cas de Mme Shayr et M. Lenez, des patients qui vivent dans l'unité 2 depuis de nombreuses années.

### **Contrôler ses hospitalisations comme M. Bartoli**

Parmi les usagers qui fréquentent les unités d'hospitalisations régulièrement depuis de nombreuses années, nous avons pu constater que certains mettaient en place des modalités d'entrée particulières. En effet, ces patients contactent directement par téléphone l'équipe de l'unité d'hospitalisation pour demander une prise en charge, sans passer par les unités d'orientation habituelles : les urgences ou le CMP. Qui plus est, ces patients restent dans les unités pour des périodes bien plus courtes, d'un mois maximum dans nos observations.

Pour comprendre cette expérience différenciée de l'hospitalisation psychiatrique, il faut se pencher sur le parcours de soin du patient, qui explique comment il est arrivé à ce fonctionnement et ce rapport au milieu psychiatrique d'hospitalisation. Nous l'illustrerons ici au travers de l'histoire de M. Bartoli, un patient de l'unité 3 avec lequel nous avons eu un contact positif et prolongé. Ce patient a entre quarante et cinquante ans lorsque nous le rencontrons. C'est un homme mince et grand, les cheveux poivre et sel, rasé de près. Il donne l'impression d'être soigné, et parle d'une voix calme et posée. Il a intégré l'unité sur sa propre demande, en soins libres, et pour une durée d'un peu moins d'un mois. Lors de ce passage éclair, nous avons discuté à de nombreuses reprises. Il se montrait intéressé par notre recherche, ayant déjà été sensibilisé à l'anthropologie. Nous organisons finalement un entretien individuel pour discuter de son parcours de soin et de sa vie dans les unités psychiatriques, qu'il fréquente depuis une quinzaine d'années. Un entretien individuel court, mais néanmoins intéressant, prolongé par quelques discussions informelles dans les couloirs de l'unité

Le récit de l'utilisateur était assez bien structuré, suivant une logique temporelle. Cependant le patient faisait de nombreux retours en arrière pour ajouter ou préciser des détails sur un moment ou une période déjà abordée, ce qui ajoutait de la confusion sur le contenu réel des périodes. De ce qu'il nous semblait, M. Bartoli avait peu mis en récit son parcours de patient par le passé. Ainsi, recoller les souvenirs dans le bon ordre n'était pas aisé, ce qui a pu renforcer le « sentiment d'étrangeté à soi-même » lorsqu'étaient évoquées des périodes « vécues confusément » (Velpry, 2008, p. 222) et notamment lors de ses premières hospitalisations.

*A posteriori*, lors de l'analyse de l'entretien, nous avons divisé ce parcours en trois grandes étapes que nous présenterons ci-après, composant un circuit de prise en charge. Mais ce dernier se révèle plus complexe qu'il ne semble de prime abord, éclairant les intrications entre la vie hors de l'hôpital et le rapport à la psychiatrie. La trajectoire de M. Bartoli nous permettra aussi de comprendre sa stratégie pour contrôler son parcours et sa prise en charge psychiatrique.

M. Bartoli introduit la première partie de sa relation avec les soins en précisant qu'il a « toujours » eu des troubles psychiatriques, qui s'expriment d'autant plus lorsqu'il a ce qu'il qualifie de « problèmes de couple ». Cela lui valut par ailleurs un renvoi du service militaire pour de trop nombreuses insubordinations, raconte-t-il. Il profite alors de ce temps supplémentaire pour prolonger ses études, ce qui lui permettra d'obtenir un diplôme de master. Il situe son premier contact avec la psychiatrie au début des années 2000, avec une première entrée aux urgences, suivie d'une hospitalisation sous contrainte d'une durée de trois mois, dans

un grand service parisien. Il avait alors un peu plus de vingt-cinq ans. Pour les onze années qui suivent, M. Bartoli sera pris en charge au CMP du secteur, avec trois nouvelles hospitalisations sous contrainte espacées par plusieurs années d'intervalle. Chacune d'entre elles dura environ trois mois. Une prise en charge que le patient nous décrit comme bouleversante :

**M. Bartoli :** « J'avais vraiment peur d'être hospitalisé... J'avais peur. Ils me faisaient sauter les plombs. Du coup, c'était pire, j'allais pas bien, et l'idée que j'allais me faire hospitaliser ça me rendait pire. »

**MS :** « Qu'est-ce que c'est, sauter les plombs ? »

**M. Bartoli :** « Les deux câbles sur les tympans... Les électrochocs. J'aimais vraiment pas ça, c'était pas ce qu'il me fallait. » (*Patient, 45 ans, unité 3*)

M. Bartoli nous précisera systématiquement la temporalité de ses hospitalisations, avec le jour de la semaine et la date dans le mois, en précisant parfois le moment de la journée. Un degré de renseignements qui révèle l'empreinte que la prise en charge a laissée dans sa mémoire, et ce malgré les nombreuses années qui nous séparent des événements.

Mais ce rapport à la psychiatrie n'est pas qu'une question de troubles psychiatriques, car au parcours de soins s'ajoute un parcours de vie, intimement lié aux temps d'hospitalisations qui s'alternent. En témoigne le décès de son père, quelques mois après l'une de ses hospitalisations, qui provoquera une rupture avec le secteur de près de quatre ans. Une période pendant laquelle le patient exprime ses difficultés sociales, son isolement, et son incapacité à trouver du travail ; et qui se clôturera par une dernière hospitalisation sous contrainte dans le service parisien.

À la sortie de cette dernière hospitalisation, M. Bartoli entre dans ce que nous avons détaché comme une seconde partie de son inscription dans le milieu psychiatrique. Il nous explicite la décision d'un changement radical de mode de vie, au travers de plusieurs comportements dont il ne nous précise pas l'ordre chronologique, mais qu'il associe les uns aux autres :

**M. Bartoli :** « Je consommais du cannabis sur toute cette période. Depuis 92 en fait, depuis que j'étais ado. Et ça c'est sûr, ça aidait pas... mais quand j'ai fait ma dernière hospi' à [l'unité parisienne], j'ai décidé d'arrêter. c'était plus possible, ça participait trop à me renvoyer là-bas. » (*Patient, 45 ans, unité 3*)

À ce changement de pratiques de consommation s'additionne la mise en place de solutions pour s'insérer professionnellement ; ainsi qu'un déménagement dans le but volontaire de sortir du secteur de l'unité parisienne et la volonté de changer de prise en charge psychiatrique :

**M. Bartoli :** « C'était comme un nouveau départ. Je trouvais pas de travail, mais j'avais mon diplôme. Alors j'ai monté mon autoentreprise, je suis devenu autoentrepreneur. Et ça c'était bien ! Et puis j'allais plus au CMP, c'est mon généraliste qui m'a suivi. Je le voyais régulièrement. C'était bien. »

*(Patient, 45 ans, unité 3)*

Ce déménagement marque l'ouverture d'une période de cinq ans, durant laquelle il fera la rencontre d'une femme qu'il décrit comme une relation importante de sa vie. Ils auront un enfant à la deuxième année de cette période hors des secteurs. Malheureusement, ce chapitre se clôture par leur séparation ; suivie d'une nouvelle hospitalisation dans les mois qui suivirent, et qui mettront fin à sa carrière d'autoentrepreneur.

Avec l'éloignement au secteur parisien, cette nouvelle hospitalisation prendra place au sein de l'unité 3 autour de 2015, ce qui ouvre un troisième chapitre dans la construction *a posteriori* que nous proposons du parcours de M. Bartoli :

**M. Bartoli :** « C'était pas mon secteur. C'était en attendant quoi. Mais j'ai rencontré le docteur Gershon [appelée par son nom de famille dans l'entretien. Il s'agit de l'actuelle cheffe de pôle, à l'époque cheffe de l'unité]. Et ça a tout de suite matché. C'était bien, c'était ce qu'il me fallait ! [...] Bon il a fallu réadapter quand même. Quand on change de psy, c'est difficile. Il faut refaire la confiance quoi. Mais ça s'est fait. » *(Patient, 45 ans, unité 3)*

Le patient met l'accent sur son contact positif avec l'unité 3, pourtant de courte durée, lors d'un hébergement. Par la suite, il sera suivi par une prise en charge au CMP. Cette première impression le décide alors à déménager de nouveau, cette fois pour entrer dans le secteur de l'Unité 3 et s'assurer d'y retourner à l'avenir.

Au cours des cinq années qui ont suivi et jusqu'à aujourd'hui, M. Bartoli sera pris en charge par l'unité 3 lors d'hospitalisations en soins libres, d'une durée allant de trois semaines à un

mois et demi. Il s'agit alors d'hospitalisations réclamées directement à l'équipe qu'il contacte par téléphone pour obtenir une place, en évitant les canaux d'orientations classiques : les urgences ou le CMP. Elles prennent place lorsqu'il ressent ce qu'il appelle « une baisse de moral » et que « ça ne va pas ». « J'ai mûri dans ma maladie » conclut-il, pour justifier sa capacité de ressenti et sa prise de contrôle sur les hospitalisations.

Ce parcours qui lie la vie personnelle et le rapport à la maladie révèle comment M. Bartoli investit son rapport au milieu psychiatrique. Après une première période de prise en charge qui l'effraie dans un secteur parisien, le patient met en place des actes successifs pour reprendre le contrôle sur ses hospitalisations. D'abord, dans une seconde partie de sa vie avec les troubles, il met en place une prise en charge ambulatoire avec un médecin hors de la psychiatrie et le CMP, et régule ses propres pratiques pour réduire les risques d'hospitalisation. Finalement, dans une troisième période qui fait suite à un événement compliqué, il mettra en place de nouveaux moyens pour être pris en charge dans un lieu où il a confiance, mais ne passera plus par un suivi ambulatoire. Il favorisera des hospitalisations courtes et répétées lorsqu'il se sent moins bien.

Ici, on observe un rapport à la psychiatrie qui émerge vers une « coopération distanciée » (Velpry, 2008) : Le rapport à la psychiatrie que M. Bartoli construit révèle un usage sous forme d'outil pour gérer les périodes de difficultés, mais on perçoit la volonté de contrôle sur ces rapports. Le patient évite les canaux de prise en charge habituels, pour être certain d'être orienté là où il désire être hospitalisé, il évite ainsi d'être hébergé ailleurs par manque de place. Qui plus est, en dehors des temps d'hospitalisation qu'il réclame, il ne maintient pas de contacts avec la psychiatrie : il la tient à distance.

Le rapport de M. Bartoli avec la psychiatrie s'exprime aussi dans son rapport avec l'équipe de l'unité 3 qui l'accueille en hospitalisation. Si son premier contact positif se tisse avec la cheffe de l'unité d'alors, le Dr Gerson, elle a quitté l'unité pour devenir cheffe de pôle lorsque nous réalisons notre terrain de recherche. Cela n'empêche pas M. Bartoli de persévérer avec l'unité 3 : le lien s'est étendu à l'ensemble de l'équipe. Par ailleurs, cette dernière réalise une prise en charge individualisée pour le patient, auquel elle attribue un surnom, commun à tous les patients qui, comme M. Bartoli, entretiennent ce rapport :

**Noûr** : « C'est un patient psy' chronique. Il sent quand la crise arrive, il vient, et on lui réajuste son traitement. » (*Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 3*)

La chronicité des troubles psychiatriques est une constante pour la majorité des patients, qui expérimenteront les symptômes et les difficultés qui y sont liés pour leur vie entière, sans jamais en guérir. Mais dans ce cas, l'équipe produit un autre usage du terme. « Chronique » est utilisé ici pour désigner le rapport du patient à l'unité : ce n'est pas le trouble qui est chronique, c'est le patient qui est chronique au lieu et à l'équipe, soulignant que leur lien est prolongé dans le temps, et probablement sans fin annoncée. Le rapport qui se tisse dans ces situations, pour ces patients « chroniques » de l'unité aux liens erratiques, mais contrôlés, est valorisé par l'équipe :

**Nathalie :** « M. Bartoli, il est bien lui. Il a senti que ça allait pas, alors il nous appelle et il demande une place. » (*Infirmière, 40 ans, unité 3*)

Mais plus qu'en soulignant le caractère de « bon patient » par le discours, comme le fait l'infirmière Nathalie, c'est surtout au travers des actes de l'équipe qu'on peut sentir la valorisation de ce rapport ; et ce en observant les résultats des négociations des micro-libertés qui concernent ce patient. Ainsi, le rituel d'entrée de patient que nous avons précédemment présenté se révéla très différent pour cet usager. Contrairement à l'habitude, le patient ne se vit pas retirer son téléphone portable et sa monnaie. Il conserva directement en chambre la majorité de ses affaires personnelles, ce que les patients acquièrent généralement plus tard dans le parcours de micro-libertés en incrémentation que nous avons décrit précédemment.

De même, la prise de sang pour en établir la composition n'eut pas lieu dès l'arrivée du patient, mais trois jours plus tard. Cette décision fut le fruit d'une discussion conjointe entre le patient et l'équipe, car il ne « se sentait pas » de la faire tout de suite. L'équipe montra un respect réel pour cette demande, une décision que nous n'avions jamais observée pour un autre patient, car même en situation de refus du patient, la prise de sang était effectuée le premier jour pour connaître la quantité des traitements présents dans le sang.

Ces différences dans l'obtention des micro-libertés ne se bornent pas au moment de l'entrée du patient, mais se prolongent dans divers autres domaines. L'accès aux machines à café et à la cour du bâtiment, lors des temps après le déjeuner, ne fut jamais négocié : il fut attribué au patient dès son arrivée. Ses options semblaient donc commencer à une étape avancée dans le parcours des micro-libertés en incrémentation. L'équipe approchait les options de M. Bartoli comme s'il ne commençait pas ce parcours par son début, mais par une étape plus avancée au sein de celui-ci. Enfin, on remarque la confiance qui est attribuée au patient sur son traitement, lui laissant plus de latitude pour le négocier :

**M. Bartoli :** « La dernière fois que je suis venu [l'année dernière], j'ai surtout demandé à ce qu'on change mon traitement. Il était trop sédatif et pour mon nouveau boulot, c'était compliqué. Donc je suis venu et j'ai demandé, et tout de suite... et ils m'ont changé, ils m'ont mis un autre, et c'est mieux. »

*(Patient, 45 ans, unité 3)*

La relation qui s'établit entre M. Bartoli et l'équipe de l'unité 3 révèle la confiance que cette dernière attribue à ce premier. En somme, il nous semble que les professionnels mettent en place un régime de l'action de l'ordre du « faire faire » (Velpry, 2008). Le patient s'étant approprié le travail psychiatrique, il mobilise l'unité comme une ressource et son équipe comme des alliés face à la maladie. Parce qu'il vient lui-même chercher les soins lorsqu'il en sent le besoin, il révèle une certaine autonomie dans l'usage du milieu psychiatrique. Avec cet usage régulier, il évite les situations de rechute et les comportements qui pourraient le faire hospitaliser sous contrainte. Autrement dit, ses comportements sont conformes à la vision des acteurs du milieu de la psychiatrie, qui acceptent alors un rapport détaché dans lequel le patient prend plus de place dans les décisions.

Cette conformité ne signifie pas forcément que le patient ait une croyance absolue dans le discours psychiatrique. M. Bartoli ou tout autre patient qui comme lui réclame ses hospitalisations, en fait la demande lorsqu'il sent que son état pourrait lui valoir une hospitalisation. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il se sente malade, ou qu'il caractérise ses symptômes comme étant la résultante d'une maladie. Cependant, en réclamant une hospitalisation, il montre à l'équipe qu'il maîtrise la compréhension de ce que les professionnels caractérisent de maladie. Même si les deux parties n'accordent pas forcément la même signification aux symptômes, ils s'accordent sur le comportement à engager vis-à-vis de ceux-ci. Ils agissent « comme s'ils s'étaient tacitement compris » (Cicourel, 2002, p. 97 ; Blum, 2012). Du point de vue de l'équipe, il en résulte un patient « compliant », un terme utilisé par les soignants pour désigner un « patient qui accepte sa maladie, son traitement et sa prise en charge », mais dont la définition du dictionnaire, issue d'un anglicisme, souligne surtout le caractère docile (Larousse).

La relation de M. Bartoli avec l'équipe est donc de l'ordre d'une confiance mutuelle, établie sur une forme de compréhension, et elle produit un traitement particulier au sujet de ses micro-libertés ; le patient les acquiert plus aisément, sa place dans les négociations est plus importante. Cette position dans l'ordre négocié autour de ses micro-libertés personnelles, nous l'interprétons comme une légitimité endogène, au sens où le patient bénéficie effectivement

d'une place plus importante, acquise dans la confiance de l'équipe, dans sa maîtrise du milieu et son affiliation à celui-ci, mais endogène au sens où elle n'est fonctionnelle qu'au sein d'une organisation informelle qui le connaît personnellement, l'unité 3. Le patient ne pourrait pas utiliser ce levier dans un autre cadre, voire dans une autre unité d'hospitalisation, où son comportement ne serait pas encore reconnu, où il ne bénéficierait pas encore de la confiance de l'équipe.

Par ailleurs, cette alliance ne bénéficie pas uniquement au patient et à ses micro-libertés, comme en témoigne sa sortie de l'unité. En effet, celle-ci fut actée lors d'un entretien avec l'utilisateur en début de semaine. Aucune date précise n'avait été retenue, mais tout le monde tombait d'accord pour qu'elle ait lieu avant le week-end. Cependant, le jeudi, trois autres patients sortirent. Aussi, une psychiatre et une infirmière, lors d'un nouvel entretien avec M. Bartoli, lui demandèrent de bien vouloir rester pour le week-end, et de sortir le lundi suivant. De cette manière, l'équipe s'assurait de ne pas avoir trop de nouveaux entrants à gérer le vendredi, ce qui demande plus de travail qu'à l'accoutumée. Le patient accepta immédiatement de prolonger son séjour pour faciliter le travail de l'équipe. Ici, le patient abandonne une micro-liberté, celle du choix de la date de sa sortie, qui se trouve repoussée ; mais ce sacrifice s'inscrit dans le rapport de proximité qu'il a tissé avec l'équipe.

Cette dernière bénéficie donc aussi de l'alliance qu'ils fondent ensemble : ces patients qui réclament l'hospitalisation et qui comprennent les fonctionnements intrinsèques aux unités demandent moins de travail aux soignants ; voire, comme M. Bartoli, peuvent aider à l'alléger. En somme, les négociations sont moins ardues, car le fonctionnement et les micro-libertés du patient sont en grande partie déjà instaurés. Le cas du patient n'est que peu, voire pas du tout, abordé en réunion d'équipe. De plus, pour maintenir sa posture compliant, le patient respecte facilement les réglementations de l'unité.

## **Prolonger son séjour, Mme Shayr et M. Lenez**

Au cours de nos terrains, nous avons rencontré d'autres patients vétérans, en contact avec la psychiatrie depuis de nombreuses années, mais dont le rapport avec ce milieu s'exprimait dans des modalités radicalement opposées à celles de M. Bartoli et des patients qui construisent une coopération distanciée.

Ainsi, bien plus rarement, nous avons rencontré des patients dont l'hospitalisation se prolonge sur plusieurs années, qui se comptent parfois en dizaines, et qui s'installent alors sur le long terme dans les unités. Ces individus au parcours immobilisé comptent probablement parmi ceux que le plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008 désigne comme « problématiques », évalués autour de 13 000 au moment du rapport (Moreau, 2015). Leur situation faisant généralement suite à plusieurs échecs de sorties, et à l'incapacité de trouver un accueil fonctionnel en ambulatoire.

Au sein des unités d'hospitalisation, leur séjour prolongé s'accompagne d'un repositionnement de l'équipe vis-à-vis du patient ; et fait émerger une nouvelle position dans l'ordre négocié, avec ses propres opportunités et micro-libertés au sein de l'unité. Pour illustrer ces parcours hors normes, nous dresserons le profil de deux patients de l'Unité 2, Madame Shayr puis Monsieur Lenez. Tous deux résident dans l'unité depuis près de vingt ans, pourtant, leurs rapports à l'équipe soignante et leurs personnalités, dissemblables, produisent deux situations et deux quotidiens dont on verra l'extrême différence.

Mme Shayr est une patiente hospitalisée dans l'Unité 2, en soins libres. Elle vit dans l'unité depuis plus de vingt ans au moment où nous y réalisons nos observations. Âgée d'un peu plus de cinquante ans, elle est d'origine nord-africaine, petite et très énergique. Toujours souriante, elle cherche activement la conversation ; cela explique par ailleurs qu'on la voit rarement seule dans l'unité, puisqu'elle est presque toujours en train de discuter, aussi bien avec d'autres patients qu'avec des soignants. Au cours de la semaine, Mme Shayr ne reçoit jamais aucune visite. Elle n'a ni conjoint, ni enfants, et aucun membre de sa famille ne vient dans l'unité pour la voir. De même, elle sort extrêmement rarement de l'unité, alors même qu'elle en a obtenu la permission.

Mme Shayr entretient un lien privilégié avec l'équipe soignante. Lors de nos quatre mois d'observations dans l'Unité 2, elle fut la seule patiente que nous n'ayons jamais vue s'installer pour de longues périodes dans la salle de réunion d'équipe, en dehors du rituel d'entrée d'un nouveau patient et de la constitution de sa liste d'objets. Ces moments sont initiés

par la patiente elle-même, qui entre en démarrant une conversation, lors de périodes de calme dans le travail de l'équipe, généralement les week-ends. Ils prennent fin à l'initiative des infirmières, qui sortent de la salle pour accomplir des tâches, fictives ou réelles :

**Karine :** « Habituellement, je laisse pas trop [Mme Shayr] rester longtemps dans la salle des soignants. Je trouve des raisons de la faire sortir au bout d'un moment, pour qu'elle prenne pas trop ses aises non plus ! [Rires] »

*(Infirmière, 35 ans, unité 2)*

Ces moments sont le siège de discussions légères et complices ; abordant les envies de Mme Shayr, le contenu de ses journées ou parlant d'autres patients. Les soignants en profitaient aussi pour lui offrir la mise en place d'activités à son intention, ou pour lui proposer des prêts de magazines. Par ailleurs, une forme de jeu humoristique s'est mise en place entre la patiente et les soignants, qui plaisaient sur le fait de lui trouver un conjoint potentiel parmi les autres patients ou les membres de l'équipe. Un jour où nous étions présents dans la salle de l'équipe au cours de l'une de ces discussions, Mme Shayr nous proposa même comme prétendant potentiel, dans ce qui nous semblât être un moyen de créer du lien avec nous, tout en faisant rire les infirmières présentes. Ce jeu n'allait jamais plus loin que la discussion, et l'équipe nous apprit qu'elle ne s'était jamais engagée dans une relation de couple avec un autre patient.

Cette entente avec l'équipe soignante débouche par ailleurs sur une forme d'alliance. En effet, Mme Shayr était installée dans une des trois chambres doubles de l'unité, qu'elle partageait alors avec d'autres patientes de passage, et que l'équipe considérait comme à risque :

**Amel :** « Quand on a une patiente suicidaire, qui est passée à l'acte ou pas, mais qu'on soupçonne... On la met dans une chambre plus proche du poste de soins, dans le passage. On la met avec [Shayr] aussi. Comme ça pas de bêtise, elle [la patiente à risque] à moins de chance de faire une bêtise si elle est pas seule, et on peut avoir plus d'infos : sur les objets, les comportements... »

*(Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 2)*

Une alliance qui présente le double intérêt de pouvoir empêcher le passage à l'acte, mais aussi d'obtenir des informations supplémentaires au sujet de la colocataire, informations dont on a vu la valeur centrale pour les négociations, dans les parties précédentes.

La carrière de patiente de Mme Shayr dans l'Unité 2 débute à l'année 1995, et nous n'avons pas réussi à connaître son parcours avant cette date. L'équipe expérimenta alors plusieurs sorties dans d'autres types de prise en charge, mais toutes furent de courte durée et se soldèrent par des échecs.

**Patrick :** « On a tout essayé, rien ne marche ... Et puis elle est dangereuse pour elle-même... y a d'autres patients qui aimeraient rester, mais on les garde pas, parce que c'est moins dangereux... Elle, elle est vraiment dangereuse pour elle-même. »  
(*Infirmier, 50 ans, unité 2*)

Depuis, l'équipe ne met plus aucun projet de sortie d'unité en place pour la patiente, et n'aborde plus que très rarement son nom lors de la réunion du début de journée. Elle est par ailleurs l'un des deux seuls patients de l'unité dont le mode de prise en charge est estampillé « HN », pour hospitalisation de nuit (contrairement aux autres, « SL » ou « SD »).

Ainsi, le fait qu'elle vive dans l'unité 2 semble être un acquis, que l'équipe justifie régulièrement, que ce soit entre eux ou auprès de moi :

**Laura :** « Elle, c'est pas le traitement qui l'aide, c'est la structure, c'est les murs. Elle pourrait ne pas avoir de médicament : c'est accessoire, tant qu'elle dort dans cet hôpital et pas ailleurs » (*Infirmière, 25 ans, unité 2*)

Cependant, les membres de l'équipe, et plus particulièrement les infirmières, cherchent tout de même à monter des projets de sortie temporaire avec la patiente. Lors du dernier mois de nos observations, Léna, une des jeunes infirmières du service, mettait en place un voyage thérapeutique avec la patiente, où elles partiraient toutes les deux pour une semaine au bord de la mer.

Ainsi, la patiente dispose d'une relation privilégiée avec l'équipe des soignants, qui justifie le séjour prolongé par les échecs de sorties passés, et par des risques perçus que cela ferait encourir à Mme Shayr. Cependant, nous pouvons comprendre sans mal que le caractère agréable de la patiente participe à l'acceptation de cet immobilisme dans le parcours. Une situation qui lui vaut par ailleurs d'être souvent qualifiée de « pilier » par l'équipe. Un surnom mélioratif qui désigne sa présence d'extrêmement longue durée, aussi ancienne que le bâtiment ; mais qui, par la même occasion, souligne les bénéfices perçus par l'équipe au travers de

l'alliance qu'ils entretiennent. En effet ce surnom image une aide à soutenir le toit métaphorique de l'unité : son fonctionnement et son existence.

**Karine :** « Mme Shayr, elle a toujours été là. C'est un pilier du service, elle fait partie des murs ! [Rires] » (*Infirmière, 50 ans, unité 2*)

Nous aborderons à présent le cas de M. Lenez, un patient hospitalisé dans l'unité 2. Son parcours et son rapport à l'équipe sont extrêmes comparables au cas précédent, tout en étant marqué de différences profondes, révélatrices des logiques d'interactions au sein de l'unité. Pour sa part, ce patient vit dans l'unité depuis plus de quinze ans lorsque nous le rencontrons. D'origine française, il a entre quarante et quarante-cinq ans. Il est petit et voûté, avec des cheveux noirs, épais, qui forment un casque rond autour de son front. Le regard généralement fixé au sol, il donne l'impression d'être toujours occupé, se déplaçant rapidement et ne traînant jamais dans les couloirs ou devant le poste de soin, contrairement aux autres patients.

Au cours de la semaine, M. Lenez sort très régulièrement de l'unité. Parfois, il s'agit de sorties pour deux jours d'affilée, le week-end, où il passe alors la nuit chez ses parents. Plus fréquemment, il fait de petites sorties : des balades, de petites courses pour se procurer des cigarettes, ou bien il s'absente pour réaliser des démarches administratives. Il est arrivé à plusieurs reprises que ces sorties, si elles durent trop longtemps ou l'éloignent trop de l'unité, se soldent pour M. Lenez par ce qu'il décrit comme des « trous noirs » ; périodes dont il oublie le contenu et durant lesquelles il se perd, avant d'être ramené à l'Unité 2 par un service d'urgence ou la police. La psychiatre cheffe de pôle demande donc fréquemment qu'il soit accompagné pour les sorties les plus longues par une infirmière, ce qui est très mal vécu par ces dernières :

**Ness :** « L'accompagner dehors ! On sort de notre rôle là, c'est plus du soin, c'est de l'hôtellerie ! » (*Infirmière, 45 ans, unité 2*)

Le discours de Ness est révélateur de la posture des infirmières face à ces prises en charge qui sortent du rôle de soignants qu'elles valorisent. Si cette tâche la rebute, c'est parce qu'elle ne l'investit pas d'un caractère thématique, et donc valorisé : il s'agit d'un sale boulot, « d'hôtellerie », dans le sens du service à autrui. Mais plus encore, accompagner le patient hors de l'unité, parfois pour des temps longs, signifie qu'un paramédical de l'équipe s'absente de l'unité, ce qui augmente la charge de travail du reste de l'équipe.

On aura pu déjà le percevoir, M. Lenez est très peu lié à l'équipe soignante en dehors de Catherine, la psychiatre cheffe de pôle. L'ensemble des autres membres de l'équipe le considère alors plutôt comme une charge de travail supplémentaire : il faut qu'un soignant l'accompagne de l'Unité 2 à la porte du bâtiment pour lui ouvrir à chacune de ses sorties et de ses retours, ce qui peut arriver plusieurs fois dans une même journée. De même, il demande fréquemment l'accès à des affaires entreposées dans la salle d'équipe. Cette charge de travail, additionnée à son caractère renfermé et peu avenant, lui mettent l'équipe soignante à dos, qui exprime souvent ne pas l'apprécier :

**Amel :** « Est-ce qu'on l'aime pas pour lui, ce qu'il est, ou parce que c'est le chouchou de la cheffe ? »

**Karine :** « C'est peut-être ça... j'ai du mal avec lui quand même. »

**Noûr :** « Mais il y a pas des moments où il te touche ? Où il est touchant ? Moi parfois oui. »

**Karine :** « Non, jamais non... » (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Une relation tendue, qui peut parfois aboutir à des disputes avec le personnel. Par exemple, lorsqu'il réclame de manière peu courtoise l'usage de l'une des micro-libertés qui lui a déjà été attribuée, les soignants peuvent lui réclamer plus de « respect ». Situation qui peut s'envenimer jusqu'à une privation temporaire de ses micro-libertés, comme nous avons pu l'observer à plusieurs reprises :

**Naëlla :** « Il demande à sortir, mais il me parle pas bien ! Je trouve qu'il est pas bien aujourd'hui, il a l'air pas net. Il nous parle comme de la merde ! J'le laisse pas sortir ! Il vit là, il coûte six cents euros la journée à la société, mais il se fout juste de notre gueule ! » (*Infirmière, 50 ans, unité 2*)

Cette demi-présence dans l'unité est assez peu représentative de son parcours de soin. En effet, les premières traces de son passage dans l'Unité 2 remontent à l'année 2000. Il a ensuite vécu quelques périodes de courtes durées dans d'autres cadres de vie qui se sont toujours soldées par son retour dans l'unité. Nous retiendrons par exemple sa sortie pour vivre dans un hôtel, additionné à des rendez-vous réguliers au CMP du secteur, avec les psychiatres de l'Unité 2. Un projet révélateur des moyens dont dispose le patient, plus conséquents que ceux de la majorité de ses vis-à-vis de l'unité. Le projet fut finalement un échec :

**Karine :** « Il avait appelé le service au téléphone, il avait dit qu'il était pas bien, qu'il voulait réintégrer l'unité. Je lui ai dit que le passage normal c'est de passer par les urgences. Alors il a demandé à parler aux psychiatres. Comme Amel [cheffe d'unité] était présente, elle a dit « je vais demander au Dr Eilechir [cheffe de pôle] ce qu'on fait de son fils » en riant ! [Rires]. Finalement, il a été réintégré ... c'est un passe-droit ! » (*Infirmière, 50 ans, unité 2*)

Le cas de M. Lenez est rarement discuté en réunion d'équipe, si ce n'est lors de critiques de l'équipe sur des agissements rapportés comme ennuyeux. Il est par ailleurs le second patient de l'unité dont le mode de prise en charge est estampillé « HN ».

Le dernier objectif de l'équipe pour la sortie du patient est de lui trouver une place en appartement thérapeutique, une démarche dont la cheffe de pôle s'occupe elle-même, ce qui est assez rare pour entraîner des remarques du reste de l'équipe soignante :

« On sait bien ! C'est ton chouchou ! » disent en riant les infirmières et la cheffe d'unité lorsqu'elle appelle un nouvel appartement thérapeutique, à la recherche d'une place pour M. Lenez. (Extrait du journal d'observations, unité 2)

Malgré sa présence prolongée dans l'unité, M. Lenez est peu apprécié de la majorité de l'équipe soignante ; contrairement à Mme Shayr, dont nous avons pu voir qu'une forme d'alliance avec l'équipe s'était tissée.

Les soignants justifient souvent sa longue carrière dans l'unité à l'aide d'une rumeur tenace, qui dit de lui qu'il serait le fils d'une figure juridique, très influente localement. Si nous n'avons jamais pu vérifier le fondement de cette rumeur, que ce soit auprès du patient ou de la cheffe de pôle, il est certain que cette dernière influe fortement sur le maintien du patient dans l'unité ; où elle poursuit avec lui une prise en charge de longue durée par l'approche psychanalytique et par la famille, similaire à celle de l'unité.

Pour toutes ces raisons, le patient est régulièrement qualifié de « meuble » par l'équipe. Une appellation péjorative qui désigne à la fois sa longue présence dans l'unité, mais aussi la difficulté qu'éprouve l'équipe à l'en sortir, vers un autre type de prise en charge :

**Ness :** « Le problème ici c'est qu'on a des médecins trop accueillants, du coup il reste [M. Lenez]. Mais bon c'est un meuble quoi ! Il est là, il est lourd, il est difficile à déplacer ! » (*Infirmière, 45 ans, unité 2*)

Les parcours et les quotidiens de ces deux individus illustrent à l'extrême cette carrière de patient ralentie jusqu'à l'immobilisme dans les unités d'hospitalisation. Une temporalité différente de l'habituel passage, temporaire, avant la distribution vers un autre mode de prise en charge. Il s'agit d'un profil de patient que nous avons illustré ici par l'Unité 2, mais que nous avons pu observer dans l'Unité 3, et dont nous avons appris l'existence avec les infirmières d'autres unités fermées au cours d'entretiens. Si la temporalité en était moins grande, ne dépassant jamais les trois années, la mécanique à l'œuvre était similaire : avec d'une part les difficultés pour la sortie, et d'autre part le lien plus intense avec l'équipe, qu'il soit positif ou négatif.

Ce type de parcours de patient rappelle par ailleurs la description que dresse Lorna Rhodes du passage de « Charles Judge » dans le service d'urgence psychiatrique où elle réalise ses observations (Rhodes, 1991, p. 74). Elle dépeint l'arrivée d'un patient souffrant d'alcoolisme sévère et de dommages cérébraux, avec des répercussions sur sa mémoire. Ce patient n'entraît alors dans aucune des cases et dans aucun des programmes de prise en charge classique de la psychiatrie ; ce qui révélait les limites du champ d'action de l'équipe. Elle nous décrit alors comment le système de soutien à domicile échoua, car le patient demandait trop d'efforts, puis le programme de prise en charge pour les personnes avec des retards mentaux à son tour, qui refusa le patient, liant les raisons de son retard à des lésions physiques liées à l'alcool. Finalement, le patient demeura dans l'unité plus de cinq mois, contre les dix jours habituels.

Au cours de cette longue période, le rapport de l'équipe avec le patient changea de manière drastique : d'abord méfiants, les soignants l'ignorèrent pour la durée du premier mois. Mais en fin de compte, les rapprochements se firent de plus en plus amicaux pour finalement, après sa sortie, canoniser son parcours comme une pierre angulaire de l'apprentissage du travail dans l'unité.

Si l'on se replace du point de vue qui nous intéresse dans cette recherche, à savoir celui des rapports de négociation au quotidien dans l'unité, il convient de souligner l'altération dans les options de micro-libertés que provoque ce parcours de patient. En effet, de par leur présence prolongée dans l'unité, Mme Shayr et M. Lenez ont acquis un ensemble spécifique de micro-libertés. Ainsi Mme Shayr est la seule patiente à pouvoir s'installer dans la salle d'équipe pour des périodes prolongées, un « espace » de vie supplémentaire qu'elle emploie pour discuter avec l'équipe. Il lui est aussi possible de profiter de prêts d'objets dont ne bénéficient pas les autres patients, comme lorsque les infirmières lui prêtent des magazines qui leur appartiennent. Enfin, elle profite de certaines activités et de certaines sorties temporaires, comme le voyage thérapeutique mis en place spécialement pour elle.

M. Lenez possède lui aussi l'accès à des micro-libertés supplémentaires. Il dispose d'une grande latitude de présence dans l'unité, pouvant sortir et rentrer plusieurs fois par jour. De plus, lorsqu'il fait de longues sorties qui risquent de lui créer des « trous noirs », il est accompagné par une infirmière. Une prise en charge extrêmement spécifique et qui ne fut jamais mise en place pour d'autres patients. Cependant, il résulte parfois de sa relation conflictuelle avec la majorité de l'équipe des pertes temporaires de ses micro-libertés.

Enfin, on peut aussi se questionner sur la nature du maintien de l'hospitalisation pour ces deux patients. En effet, ils semblent tous deux exprimer une forte envie de demeurer dans l'unité. Aussi, le fait d'y vivre depuis si longtemps signale peut-être l'acquisition de la moins fréquente des micro-libertés : celle de l'option de ne plus quitter l'unité. L'immobilisme de leur trajectoire au sein du parcours de patient se transformerait alors en une forme d'aboutissement, une réussite, fruit d'une stratégie de patient spécifique pour se maintenir dans un cadre perçu comme désiré.

De la même manière, Rhodes nous montre avec le cas de Charles Judge comment l'équipe et sa position vis-à-vis du patient modifient les décisions qu'ils prennent et les options qu'ils négocient pour lui. On le voit d'abord au travers de l'exemple du bain, où les comportements de Judge commencent par ennuyer l'équipe, notamment le fait de devoir l'en sortir. Finalement, le plaisir que le patient y prend et le changement de rapport entre les acteurs, vers une vision plus positive, poussent ces derniers à placer volontairement le patient au bain pour le laisser y jouer et chanter. Ce même genre de rapport transparait lorsque l'équipe décide d'empêcher le patient de passer les fêtes de Thanksgiving avec sa famille, pour ne pas qu'il risque d'y tomber malade. Un rapport protecteur et de « care » qui se tisse avec le patient, et dans lequel l'équipe est décrite comme y gagnant en amour-propre (« *self-respect* »).

Ainsi, les hospitalisations prolongées de patients, en ce qu'elles ont d'exceptionnel et de différent du parcours habituel, bouleversent les rapports entre les acteurs, et par la même occasion le spectre des micro-libertés négociées au quotidien pour ces usagers. Une différence que les soignants soulignent à l'aide d'une palette de surnoms : Rhodes nous décrit comment l'équipe commence par surnommer Charles Judge « *as a hot shit* » (patate chaude) dans le sens où il est un patient difficile à placer. Puis, petit à petit, en viennent à le nommer « *as a child* » (comme un enfant) et parfois « *as a pet* » (comme l'animal de compagnie, ou le chouchou, de l'infirmière cheffe de salle).

Pour désigner ces patients aux parcours qui ralentissent, voire qui s'immobilisent dans les unités, le personnel avec lequel nous avons été en contact utilise quant à lui deux surnoms désormais familiers : « les piliers » et leur homologue, les « meubles ». Un vocabulaire similaire sur nos trois terrains d'observation, mais aussi dans les entretiens que nous avons réalisés avec des soignants extérieurs aux trois unités. Les piliers et les meubles semblent donc les deux faces d'une même situation, acceptée différemment par l'équipe : l'un est mélioratif lorsque la situation est acceptée ; l'autre est critique et révèle le mécontentement de l'équipe.

Par ailleurs, le personnel soignant n'emploie pas cette formulation dans le seul but de désigner les patients ; comme le révèle clairement l'extrait d'entretien suivant, où Roxane nous décrit la position d'une collègue qui occupe dans son unité une fonction particulière et unique. Cette dernière est en charge de gérer l'arrivée et le départ vers d'autres unités des patients ; une forme de secrétaire du service, chargée aussi des appels téléphoniques, et présente dans l'unité avec des horaires aménagés :

**Roxane :** « [Cette collègue], c'est un pilier. Elle est là tout le temps et depuis super longtemps. Elle a toujours été là en fait. Enfin bon, c'est plutôt un meuble en fait... Parce qu'elle est là, mais elle nous gêne : elle nous engueule pour des trucs, alors que c'est pas vrai, et rajoute du taf vu qu'elle fait pas les [choses] bien, il faut repasser derrière elle. » (*Infirmière, 25 ans, hors des unités*)

Les « piliers » et les « meubles » sont donc les deux faces d'une même pièce, désignant les acteurs dont l'étape de l'hospitalisation ralentit, voire s'immobilise au cours des carrières. Qu'il s'agisse des carrières de patients, qui ne rejoignent plus le parcours circulaire que nous avons déjà décrit, quittant l'unité pour un autre cadre, et y revenant régulièrement lors de rechutes (Lopez et Turan-Pelletier, 2017a ; Velpy, 2008). Ou bien qu'il s'agisse des soignants paramédicaux, infirmières ou aides-soignants, qui ne quittent plus l'unité, ni pour une

promotion horizontale, en changeant de poste, ni pour une promotion verticale, vers une unité au travail considéré comme plus facile par les soignants. L'usage de ces surnoms par les membres de l'équipe permet alors de se positionner et de s'accorder vis-à-vis de ces parcours hors normes ; tout en soulignant aussi les rapports différents que ces carrières engagent dans le jeu de négociations du quotidien de l'unité.

Dans ce chapitre, nous avons présenté les cas de patients vétérans qui fréquentent le milieu psychiatrique sur de longues périodes de leur vie, et qui y créent un rapport particulier.

En premier lieu, le cas de M. Bartoli exemplifie les patients qui construisent des rapports distants avec l'hospitalisation psychiatrique, tout en la mobilisant comme un outil lors de moments de difficultés. Dans un comportement que nous avons pu observer pareillement dans l'unité 2 ou 3, mais aussi dans l'unité 1, de jour, où certains patients demandaient à être pris à nouveau en charge après de longues périodes de sortie, et ce, sans contacter le CMP, pourtant chargé du tri et des admissions. De la même manière, nos entretiens avec les soignants hors de nos terrains ont révélé la fréquence de cette stratégie, et l'attitude positive avec laquelle les équipes recevaient ces comportements. Ces patients prennent le contrôle sur leur prise en charge en décidant du lieu où elle prendra place, souvent à la suite d'affinités personnelles ou de préférences dans les méthodes qui y ont cours. Cela leur permet aussi de contrôler les moments de leurs hospitalisations, joignant alors directement l'équipe de l'unité par téléphone, sans passer par les unités qui orientent habituellement comme les urgences ou les CMP. Cette approche, de l'ordre de la coopération distanciée, est valorisée par les équipes, qui considèrent ces rapports comme des situations d'autonomie dans la gestion des troubles, et donc une maîtrise et une acceptation du système psychiatrique comme solution aux troubles. La relation qui se noue prend la forme d'une alliance d'où les deux parties retirent des avantages, les patients en maîtrisant leurs séjours bénéficient au long de celui-ci de micro-libertés plus aisées, acquises dès l'entrée, et des séjours raccourcis ; quand l'équipe de son côté y gagne un travail simplifié avec ce patient spécifique.

Nous avons ensuite présenté les situations d'autres patients vétérans, mais dont le rapport prolongé avec la psychiatrie s'exprime dans des modalités tout à fait inverses à celles de la coopération distanciée. En effet, il s'agit cette fois de patients qui s'installent pour des durées prolongées dans les unités d'hospitalisation. Nous avons constaté leur présence lorsqu'il s'agissait de quelques années dans toutes les unités de notre corpus, mais dans l'unité 2, la situation est poussée plus loin encore, deux patients, M. Lenez et Mme Shayr, y vivant depuis près de vingt ans. Ce rapport au milieu psychiatrique évoque alors une « coopération intégrée »

(Velpry, 2008), en ce que le patient fait du milieu psychiatrique un lieu d'inscription sociale centrale, voire dans notre cas, l'unique lieu. Le rapport à l'équipe se construit aussi dans une alliance, mais nous avons constaté que la nature de celle-ci pouvait être très différente, basée sur les affinités, les relations interpersonnelles et les personnalités de chacun. L'usage de surnoms positifs ou mélioratifs vient alors permettre à l'équipe d'accepter ou de refuser de fonder ce type de relation, en inadéquation avec leur vision du rôle de l'hospitalisation psychiatrique. Par ailleurs, leur vie prolongée dans les unités produit dans tous les cas des conditions de vie très spécifiques, avec l'accès à des micro-libertés exceptionnelles dont les usages et les accès se sont construits dans le rapport prolongé à l'équipe et à la vie sur place.

Des cas pourtant très différents de patients vétérans révèlent comment leur rapport à la psychiatrie particularise le contenu de leur séjour en hospitalisation : leurs conditions de vie et leurs micro-libertés sont fortement différenciées du parcours en incrémentation habituel des patients qui découvrent l'hospitalisation pour la première fois, ou qui y sont confrontés depuis de longues dates, mais n'ont pas cherché ou réussi à en prendre le contrôle. Il nous semble alors que nos exemples illustrent des situations de patients qui disposent d'une forte *légitimité symbolique endogène* auprès de leurs équipes, dans leurs unités, obtenue par la relation de confiance qui s'est créée dans la durée. C'est cette position spécifique dans l'ordre qui se négocie autour de leurs conditions de vie qui leur permet de peser dans les décisions au sujet de la composition de leurs micro-libertés, de même que d'en obtenir certaines au caractère exceptionnel, comme de repousser la prise de sang pour M. Bartoli ou de pénétrer dans la salle de réunion d'équipe pour Mme Shayr.

## **Chapitre 3 : Les familles de patients, encore peu présentes et illégitimes**

La famille tend à représenter depuis quelques décennies une ressource à l'usage de plus en plus fréquent par le milieu de la santé pour prendre en charge les patients, et ce dans des logiques gestionnaires de réduction des coûts de la prise en charge. Cette démarche est particulièrement vraie dans le cas des patients présentant des maladies chroniques, qui nécessitent des prises en charge au long cours, prolongés souvent au domicile avec le soutien des « aidants naturels » (Davtian et Scelles, 2013). Le cas des personnes âgées en est alors un exemple qui fait office de parangon, la famille soutenue par des équipes de santé en étant devenue le mode de prise en charge dominant (Pennec, 2000).

Ce fonctionnement se retrouve pareillement en psychiatrie, où il est soutenu par une double logique. Si effectivement, la vision économique et de réduction du travail de prise en charge est la démarche à l'œuvre la plus récente, il faut prendre en compte l'émergence de théories spécifiques à la psychiatrie qui ont soutenu l'implication et la responsabilisation de la famille dès les années 1960. En effet, certaines d'entre elles ont promu des dispositions spécifiques pour la famille de leurs patients pris en charge, cadrant leur triangle relationnel avec l'équipe. Dans un premier temps, était attribué à la famille du malade un rôle direct dans la naissance de sa pathologie, notamment dans les théories psychanalytiques de Freud ou dans la théorie de l'étiquetage. Cette vision sera progressivement révisée lorsque les postures antipsychiatriques et de Palo Alto verront le jour autour des années 60' : celles-ci mettant la famille dans une posture plus complexe et duale. Si l'environnement immédiat du patient joue effectivement un rôle dans sa maladie, et surtout dans l'expression et les symptômes de celle-ci, la famille devient aussi un outil thérapeutique, et un moyen de réintégrer le malade dans la cité ; un rôle aux deux versants opposés. Enfin, le mouvement de désinstitutionnalisation précipite l'implication des familles, ce qui s'explique aussi par la naissance de nouveaux concepts théoriques qui ne considèrent plus la famille comme source des troubles, mais seulement comme un lieu de retour pour les patients, et qui est traversée par des difficultés liées à cette prise en charge, demandant donc que cette dernière soit étendue à tout le « réseau » de proximité du patient : les thérapies familiales ou de groupes en sont le fruit (Carpentier, 2001 ; Davtian et Scelles, 2013).

Le milieu psychiatrique cumule donc plusieurs visions successives. D'abord un mouvement théorique qui modifie la vision de la famille de la part des acteurs, suivie par la mise en place

du secteur qui réclame l'implication de nouveaux acteurs extérieurs au lieu de soins des patients. Enfin, les changements plus globaux du système de santé viendront achever cette transformation en poussant eux aussi, *via* une logique économique de réduction des coûts, à recourir à la famille comme une ressource pour la continuité de la prise en charge du patient psychiatrique en ambulatoire.

Pourtant, cette famille, ressource pour les équipes de la psychiatrie, n'est que « partiellement reconnue comme source d'influence potentiellement positive dans la trajectoire des soins » (Carpentier, 2001) ; et c'est encore avec une certaine méfiance agrémentée de discours critiques que les acteurs de la psychiatrie forment leur rapport avec les proches, pourtant régulièrement mis à contribution pour la prise en charge au long court des patients. Dans ce chapitre, nous chercherons donc à aborder la place des familles dans le quotidien des unités d'hospitalisation, et dans le jeu des négociations qui y prend place. Nous en profiterons alors pour répondre à cette question rarement abordée : pourquoi les acteurs des équipes psychiatriques se montrent-ils encore si méfiants envers les familles, pourtant impliquées dans la prise en charge depuis maintenant plusieurs décennies ?

De fait, sur nos différents terrains, nous avons pu observer un grand nombre d'interactions entre les familles de patients et les équipes, ce qui nous a permis d'arriver à une forme de saturation des données. Cependant, celle-ci concerne uniquement les moments d'interactions au sein des unités. Si elles nous permettent de représenter ces « moments de crise, de bouleversement et de remaniement de la prise en charge », propres aux situations d'urgence de l'hospitalisation (Béliard, 2008), il y manque tout de même un second volet de suivi des familles, dans leur intimité et leurs interactions intrinsèques ; car les patients et leurs proches peuvent occuper des positions différentes lors des négociations, dépendamment de la présence ou de l'absence du médecin. Un constat mis en exergue par d'autres recherches qui révèlent comment la consultation avec le médecin peut devenir le seul cadre d'expression pour les acteurs habituellement dominés dans l'espace familial (Blum, 2012). Ainsi, la place des familles de patients dans le milieu psychiatrique d'hospitalisation demanderait assurément une analyse plus approfondie, avec des suivis spécifiques prolongés de rendez-vous au domicile, et ce pour faire apparaître plus clairement les positions des différents acteurs.

Dans ce chapitre, nous nous limiterons donc au point de vue des interactions intrinsèques aux unités d'hospitalisation ; où les familles des patients constituent un groupe peu présent dans les négociations du quotidien. Comme nous allons le voir, cette présence

occasionnelle joue tout de même un rôle dans la gamme des micro-libertés qui sont disponibles pour un patient donné. Ce groupe d'acteurs complique donc un peu plus la carte des négociations pour les micro-libertés que nous cherchons à dresser.

Dans la première partie de ce chapitre, nous chercherons à décrire le triangle de relations qui se construit au sein des unités entre le patient, sa famille et l'équipe. Nous montrerons d'abord dans quelles modalités pratiques se construisent ces relations, puis nous proposerons à partir de plusieurs exemples les formes récurrentes de rapports et de dispositions que peuvent investir les familles. Nous verrons alors comment ces manières de se positionner participent au rejet que produisent les équipes des proches.

La fin de ce chapitre montrera à nouveau comment une idéologie de la psychiatrie particulière, construite localement dans les *thérapies par l'interaction*, peut impliquer les familles dans la prise en charge thérapeutique et dans l'ordre négocié, lui offrant un poids dans les décisions sur les micro-libertés de leur patient. Cette idéologie redessine donc le rapport triangulaire que nous aurons décrit en première partie du chapitre.

## **Le triangle relationnel entre le patient, sa famille et l'équipe**

Les modalités d'interactions entre les groupes qui composent ce triangle sont particulièrement encadrées au sein des unités d'hospitalisation, illustrant l'imperméabilité de cette prise en charge fermée sur l'extérieur. Ainsi, les moments d'entrevue avec la famille sont particulièrement encadrés, qu'il s'agisse d'un contact avec l'équipe ou avec le patient. Or, cet encadrement complique la mise en pratique de la rencontre.

De fait, dans le cas du patient, les acteurs disposent de trois moyens pour établir le contact. Le premier est le recours au téléphone portable du patient, mais il exige que ce dernier dispose de la micro-liberté d'accès à son téléphone. Dans l'unité 3, il existait aussi un téléphone fixe dédié aux patients, installé au mur, dans le couloir en face de la salle de réunion d'équipe. Les patients présents jouaient alors le rôle de relais en cas d'appel direct de la famille, cherchant le patient appelé dans l'unité. Cependant, le manque d'intimité et le grand nombre de patients qui désirent utiliser ce téléphone en faisaient un outil peu privilégié pour des discussions prolongées.

Les familles peuvent aussi rendre visite au patient au sein de l'unité, ce qui est autorisé par l'équipe en fonction de l'état du patient, il s'agit là encore d'une micro-liberté négociée. De plus, les horaires de ces visites sont fixes ; elles varient selon les unités, mais sont globalement

bien plus courtes et difficilement accessibles les jours ouvrés. Le week-end offre ici une plus grande latitude, avec des temps prolongés.

Enfin, il est possible pour le patient de disposer de permissions, de moments hors de l'unité qui sont généralement passés auprès de la famille. Ils prennent place sur la fin du temps d'hospitalisation, et dépendent on l'a vu d'une incrémentation de micro-libertés précédemment obtenues.

Pour sa part, le contact avec l'équipe s'effectue *via* deux biais, comparables à ceux du patient. Le premier est donc l'appel téléphonique. Les familles peuvent appeler le numéro unique de l'équipe de l'unité, qui débouche sur un seul téléphone fixe, installé dans la salle de réunion d'équipe. Cependant, cette disposition provoque une situation attendue, où la plupart des appels ne sont pas reçus, car personne n'est présent dans la pièce pour décrocher. À l'inverse, l'équipe peut joindre bien plus facilement la famille. Elle dispose généralement des numéros de téléphones portables, et les acteurs peuvent utiliser les nombreux téléphones à disposition, dans les bureaux de rendez-vous par exemple.

L'autre lien des familles avec l'équipe est de se déplacer au sein de l'unité. Ainsi, des proches peuvent être invités par l'équipe pour un rendez-vous, avec ou sans le patient ; mais il s'agit d'un acte que nous avons constaté assez rarement, et que nos entretiens semblent confirmer comme une pratique assez rare. Les familles peuvent aussi essayer d'entrer en contact avec l'équipe lorsqu'elle se déplace pour rendre visite aux patients, mais les horaires des psychiatres ainsi que l'emploi du temps de l'unité rendent la tâche ardue. La plupart des familles ne peuvent se déplacer que le week-end, un moment où les psychiatres, cadres et intervenants spécialisés sont absents, et les équipes paramédicales réduites à leurs plus petits effectifs, ce qui complique le contact.

La mise en place de ces contacts révèle la position dominante de l'équipe dans le triangle des relations avec la famille et son patient. En premier lieu, le rôle prépondérant des professionnels dans les négociations et les attributions des micro-libertés leur permet de dicter les liens possibles entre le patient et sa famille. De même, dans leur lien direct à la famille, on perçoit la nature monodirectionnelle des rapports : il est difficile pour les proches d'entrer en contact avec l'équipe, alors que cette dernière dispose de son côté de plusieurs moyens pour facilement mettre en place un lien lorsqu'elle le désire. Profitant de cette position privilégiée, l'équipe impose aux familles une présence occasionnelle.

Dans la suite de ce chapitre, nous allons expliciter les formes récurrentes d'interactions qui prennent place au sein de ce dispositif pratique. Ces configurations relationnelles montrent une certaine diversité dans le positionnement des familles face aux équipes, et plus

généralement face à la maladie de l'un des leurs. Nous avons détaché dans cette diversité quatre grandes formes d'interactions qui peuvent se mettre en place dans le triangle de relation entre le patient, ses proches et l'équipe ; constituant une forme de typologie des comportements qui nous semblaient les plus récurrents ou de ceux qui nous ont marqués, mais dans laquelle nous ne cherchons pas à déterminer la prévalence de ces types de relation. Nous illustrerons chacun de ces triangles relationnels à l'aide de l'histoire d'un usager.

## Les familles qui limitent les micro-libertés de leurs patients

M. Hakkar est un patient d'environ trente-cinq ans, d'origine nord-africaine, en hospitalisation sous contrainte dans l'unité 3, à la demande de sa famille chez qui il vit. Ses relations avec ses proches sont tendues, et émaillées de disputes au cours de son séjour.

Ce patient se retrouvait souvent dans une situation économique inconfortable lors des trocs avec d'autres patients, contractant plusieurs petites dettes qu'il avait des difficultés à rembourser, et qui lui valurent une mauvaise réputation au sein du groupe des patients. Pourtant, il dispose d'une aide sociale régulière, mais il s'avérait que cette somme d'argent était versée chaque mois sur le compte en banque d'un proche, et n'était pas accessible par le patient directement. Ainsi, M. Hakkar ne disposait dans l'unité d'aucun moyen économique personnel, y compris pour s'acheter des cigarettes ou des cafés.

Cette situation était perçue comme problématique par l'équipe, qui contacta à plusieurs reprises la mère du patient pour lui réclamer un partage économique avec son fils. Ainsi, à plusieurs reprises, la mère du patient ou son frère vinrent dans l'unité en semaine, pour un passage de moins de cinq minutes, sur l'heure du déjeuner. Moment au cours duquel ils donnaient à M. Hakkar une petite somme d'argent liquide, et parfois quelques paquets de cigarettes.

Cette petite somme était souvent insuffisante pour couvrir les dépenses de M. Hakkar au sein de l'unité, et compliquait le remboursement des dettes qu'il avait contractées auprès des autres patients. Par exemple, nous fûmes un jour témoin du passage du frère du patient, qui ne lui apporta qu'une petite somme d'argent et aucune cigarette. Étant déjà redevable auprès d'autres usagers de l'unité qu'il avait promis de rembourser, personne ne voulut donner de cigarettes à M. Hakkar dans l'après-midi. Situation d'autant plus inconfortable pour l'usager qu'étant hospitalisé en soins sous contrainte, il ne pouvait sortir de l'unité pour les acheter lui-même, comme le font certains patients en soins libres. Il devait attendre que l'un des soignants s'occupe d'aller faire les achats pour tous les patients, ce qui n'arrive qu'une fois par semaine. Le patient

exprima alors fortement son mécontentement, adoptant une posture agressive envers tous les autres acteurs de l'unité.

Lorsque l'équipe réclama à la mère que l'aide sociale soit transmise sur un compte de son fils, la famille fit bloc en prétextant que « [M. Hakkar] est interdit bancaire, il a pas le droit d'avoir un compte à lui ! ». Une raison que l'équipe qualifiait de « fausse excuse », moyen de garder le contrôle sur l'aide sociale. Pour contourner ce problème, l'équipe de l'unité désirait mettre en place une tutelle du patient, et ce pour pouvoir récupérer les moyens économiques, et aider ce dernier à mieux gérer ses dépenses hors de l'unité. Une stratégie à laquelle le patient s'opposait résolument, arguant qu'il est de son devoir d'aider économiquement sa famille et qu'il ne peut pas lui enlever cette source de revenus. Sa volonté de « respecter sa famille » désarme l'équipe, et prolonge la perte de ses micro-libertés dans l'unité à leur profit.

Comme on peut le voir dans le cas de M. Hakkar, l'acquisition de certaines micro-libertés peut réclamer une implication partielle ou directe de la part des proches. Cet engagement ne prenant pas part au niveau des négociations pour les micro-libertés, mais *a posteriori*, dans l'application de celles-ci. La négociation se déroule entre l'équipe et le patient, ici l'accès aux cigarettes est accordé à M. Hakkar, c'est le ravitaillement pour permettre l'usage de la micro-liberté qui pose problème.

Ainsi, pour des patients mineurs ou dépendant financièrement de leur famille, il est nécessaire que cette dernière transmette des sommes d'argent pour la réalisation de micro-libertés comme l'accès aux cigarettes, aux cafés, même au téléphone portable avec le paiement du forfait.

Dans certaines situations qui ne sont pas si rares, c'est le patient qui dispose d'une rentrée d'argent (via des aides sociales, le chômage, les arrêts maladie, etc...). Cependant, la famille s'arroge un contrôle sur cette dernière, et prive là aussi le patient de la réalisation de ses micro-libertés. Enfin, notons que certaines sorties de l'unité d'hospitalisation vers un autre système de prise en charge dépendent de l'existence d'une aide sociale. Le fait que le patient ne dispose plus de son aide lui ferme alors une option de sortie, ce qui fut le cas pour M. Hakkar. Nous aborderons plus en avant certaines réactions des équipes pour reprendre le contrôle sur des ressources économiques de patients dans la partie qui traite des assistants sociaux (cf. chapitre V.2).

Ainsi, certaines familles limitent la réalisation de micro-libertés obtenues par leur patient, et ce par leur retrait et leur distance à l'unité d'hospitalisation. Un comportement fortement critiqué par les membres des équipes qui le qualifient généralement « d'abandon », et qui s'accompagnent d'autres critiques envers la famille. Ce discours est encore accentué dans

le cas où la famille s'arroge le contrôle d'une source économique appartenant originellement au patient.

Or, de ce comportement des familles résulte une forme de double pénalité, puisque si l'absence de la famille entraîne l'incapable réalisation de certaines micro-libertés, elle provoque aussi des comportements qui peuvent être perçus comme inadéquats par l'équipe : de l'agressivité, ou parfois des formes de prostitution, lorsqu'une patiente entretient des rapports sexuels en échange de micro-libertés au sein de l'unité, conférées par d'autres patients... Ces comportements, désapprouvés par l'équipe, risquent d'entraîner le refus ou le retrait pour le patient de certaines autres micro-libertés, pourtant indépendants de la famille, infligeant au patient un doublement de la peine.

## Les familles qui réclament plus de micro-libertés pour leurs patients

M. Sereya avait un peu moins de vingt-cinq ans lorsque nous le rencontrons. Ce jeune patient fut hospitalisé sous contrainte à la demande d'un tiers, son père, dans ce qui compose sa première entrée dans le milieu psychiatrique. Son passage dans l'unité 3 provoqua alors plusieurs difficultés d'ordre organisationnel pour l'équipe.

Le père de M. Sereya et ce dernier étaient tous les deux de confession juive, fortement impliqués dans la pratique de leur religion. Cependant, le proche demanda la prise en charge sous contrainte du patient après que ce dernier se soit mis entièrement nu dans la synagogue qu'ils fréquentaient habituellement ; un épisode que le père qualifie de « fâcheux pour la réputation de la famille ». Cependant, ce coup d'éclat n'était pas le premier point d'expression des troubles, car le père du patient décrit à plusieurs reprises une situation déjà installée depuis plusieurs mois, où son fils « ne faisait plus rien que dormir », « tenait des propos à côté de la plaque » et avait plusieurs comportements « trop excessifs », notamment vis-à-vis de la religion.

Il s'agit dans ce dernier constat du nœud du problème, car le rapport à la religion soulèvera plusieurs difficultés dans le triangle relationnel entre le père, le patient et l'équipe soignante, dont le premier prit place dès le second jour de l'hospitalisation de M. Sereya. En effet, l'unité 3 ne proposait pas de repas kasher, ce qu'elle remplaçait par des plateaux végétariens. Le père, apprenant cela en déposant son fils le premier jour, adressa une lettre de réclamation à la direction de la structure psychiatrique. Un événement vivement discuté par l'équipe :

**Kiara :** « Le père de [M. Sereya] a écrit un document au directeur de l'hôpital, comme quoi son fils est victime d'antisémitisme dans le self. »

**Stéphanie :** « Ah merde, c'est un souci ça... »

**Kiara :** « Oui mais en plus c'est problématique pour eux parce que je crois que c'est shabbat là, donc c'est spécial... »

**Selma :** « À chaque fois qu'on a un patient juif c'est difficile ça, parce que la loi est floue, elle nous aide pas, c'est toujours à nous d'interpréter. »

**Stéphanie :** « Bah la loi c'est toujours pareil, la religion, ça doit pas gêner l'organisation, mais sinon on laisse faire. »

**Kiara :** « Oui mais 'y a plein de malades leurs symptômes surinterprètent, et du coup ils rajoutent des pratiques perso qu'ils disent religieuses... »

**Grâce :** « Mais de toute façon le souci, c'est que la bouffe spéciale c'est interdit par la loi ! »

**Selma :** « Bah oui c'est interdit ! »

**Kiara :** « Mais bon là du coup ils [la direction] lui ont dit OK. »

**Selma :** « Mais on peut pas dire oui pour lui et pas pour les autres qui en veulent... »

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Ainsi, la psychiatre cheffe d'unité finira par accéder à cette demande en négociant avec les employés de la cantine du bâtiment. Des tractations qui nous parurent houleuses, car elle réclamait la mise en place d'un quatrième type de repas à la cantine, un travail que les cuisiniers ne voulaient pas mettre en place par crainte que l'exception ne se pérennise avec la réclamation par d'autres patients. Le futur leur donna par ailleurs raison, puisque plusieurs autres de ces derniers, de confession juive ou non, et qui recevaient jusqu'alors des repas végétariens, demandèrent à changer pour le repas kasher.

Ces demandes du père, perçues comme problématiques par l'équipe, se réitérèrent à plusieurs reprises et sur plusieurs autres sujets, comme la demande que le rabbin spécifique de la famille puisse venir dans l'unité visiter le patient ; ou bien le fait qu'il puisse avoir accès à plus d'affaires personnelles que les autres patients en soins sous contrainte. En réaction, l'équipe adopta un discours très critique à l'égard du père du patient, et mit en place avec lui plus de rendez-vous qu'avec n'importe quel autre patient sur la durée de notre observation :

**Stéphanie :** « Le père a demandé l'unité spécialisée pour les juifs... »

**Noûr :** « Mais ça n'existe pas ! Je ne pense pas que ça ait jamais existé... »

**Selma :** « Mais son délire est entièrement axé sur la religion. Donc là, son père, il valide ses délires... »

**Noûr :** « Bon, on va faire un rendez-vous avec le père. Il faut clarifier là. On va lui expliquer qu'il [le patient] pratique autant qu'il veut mais que ça peut pas entraver notre travail. » (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

En effet, la religion joue un rôle important dans l'expression des symptômes du patient, qui mobilise des rapports à Dieu pour justifier des comportements ou des discours que l'équipe qualifiera de pathologiques. Il réclama par exemple de pouvoir recevoir des chaussures neuves tous les jours, et de détruire par le feu celles portées la veille, le tout dans un souci de pureté vis-à-vis du divin. Une demande que l'équipe qualifia immédiatement de pathologique, mais que le père jugeait difficilement :

**Père de M. Sereya :** « J'ai parlé au rabbin, et c'est pas tout à fait... Enfin ça peut avoir du sens quoi, il m'a dit que c'est pas complètement faux. Mais bon vous imaginez le prix ? Non mais ça coûterait beaucoup trop cher, racheter tous les jours... » (*Famille de patient, 50 ans, unité 3*)

Ainsi, la religion joue un rôle central dans le cas de M. Sereya. Des pratiques excessives, comme celle qui provoquera les soins sous contrainte, révèlent l'inadéquation sociale des comportements du patient. L'équipe de soignants, parce qu'elle caractérise ces pratiques comme pathologiques, cherche à en minimiser l'influence au sein de l'unité, une limitation qui résulte aussi d'autres logiques de gestion, comme celle de la relation avec le personnel de la cantine.

Le père du patient cependant, lui-même très impliqué dans son culte, désire que son fils soit « soigné » des comportements extrêmes, tout en continuant son engagement dans la foi. Pour cela, il cherche à démêler le normal du pathologique, et en établit une « théorie diagnostique » (Béliard, 2008 ; Béliard et Eideliman, 2009). En effet, il interprète les comportements de son fils à l'aune de son culte, et cherche à différencier ceux qui pourraient être « fâcheux » ou inappropriés, et ceux qui devraient être maintenus, car valides ou acceptables selon sa vision et les conseils qu'il demande à son rabbin. Cette théorie établie par ses propres moyens diffère et s'oppose par endroits à celle de l'équipe, dont il ne rejoint pas le point de vue médical, au profit d'un regard religieux sur les pratiques. Pour maintenir les comportements que le père de

M. Sereya considère comme positifs, il réclame des aménagements ou des accès spécifiques pour son fils : des micro-libertés exceptionnelles, qui produisent un travail supplémentaire pour l'équipe ; mettant cette dernière en difficulté, et la poussant à illégitimer les comportements du père et à critiquer son incapacité à déterminer le normal du pathologique. Pourtant, l'équipe cède et applique une grande partie des demandes du proche du patient, poussée par la crainte que leurs refus ne soient rattachés à des perceptions culturellement péjoratives : comme lorsque le père de M. Sereya invoque l'antisémitisme pour réclamer des repas kasher au self.

Ce risque de qualification socialement dévalorisée lors de la prise en charge de patients dont la famille est fortement investie dans une pratique religieuse pousse l'équipe à se méfier de ces situations, et à qualifier ces hospitalisations de « problématiques » et « casse gueule ».

La situation de M. Serya représente une version extrême qui se décline chez d'autres patients, et ce même en l'absence d'une implication de la religion. En effet, il arrive que des familles très présentes dans la prise en charge de leur patient cherchent à obtenir la mise en place de leurs « théories diagnostiques » au travers de micro-libertés supplémentaires spécifiques pour celui-ci. Parfois, ces proches utilisent des leviers qui contraignent l'équipe à accepter, par ce qui nous semble être une crainte de jugements ou de qualifications sociales dévalorisantes (antisémitisme, islamophobie, racisme, sexisme...). Ces situations réclament donc un travail supplémentaire de la part de l'équipe, qui en retour illégitime fortement la famille pour la distinction du normal et du pathologique qui ne correspond pas au découpage médical, mais aussi pour son intrusion et les problématiques qu'elles causent lors de la mise en place du travail quotidien.

## Les familles qui réclament une prolongation de l'hospitalisation

M. Bouhanni est lui aussi un patient de l'Unité 3. Il a moins de vingt-cinq ans, et fut hospitalisé environ quatre mois en soins sans consentement, par décision d'un représentant de l'État. La raison de son hospitalisation est confuse pour l'équipe ; plusieurs rumeurs circulent sur le sujet, évoquant majoritairement l'allumage d'un incendie volontaire par le patient dans un hôpital somatique ; ce qui lui valut un enfermement de courte durée en prison puis l'hospitalisation.

Sa sortie de l'unité pour un retour au domicile parental est déjà discutée depuis plusieurs jours, elle fut finalement officialisée par un rendez-vous que nous avons pu observer, où étaient présents la psychiatre cheffe de pôle, l'interne Julien et une infirmière. Cette sortie ne mettrait

pas fin à la prise en charge sans consentement, qui serait prolongée d'un programme de soins, ce que souligne l'interne à la fin de l'entretien :

**Julien :** « Si vous venez pas aux rendez-vous du CMP, ou si vous prenez pas vos traitements, la police, elle vous ramène au placard ! » (*Interne, 30 ans, unité 3*)

L'interne et le patient descendent ensuite à l'entrée du bâtiment pour la remise du dossier et d'un pilulier de traitement. La mère du patient l'y attend. Elle profitera que son fils fasse la queue au comptoir pour nous tirer à l'écart, l'interne et moi, et nous exprimer ses inquiétudes quant à la sortie d'hospitalisation :

**Mère de M. Bouhanni :** « Je veux pas de lui là... Je veux pas le récupérer... c'est trop tôt ! c'est trop tôt ! »

**Julien :** « Ne vous inquiétez pas. Il a un rendez-vous au CMP tous les quinze jours. »

**Mère :** « Mais c'est pas beaucoup ! Il y a trop de jours entre deux ! »

**Julien :** « Mais le traitement c'est une injection par mois, les autres traitements sont moins importants ! Donc il sera bien, ne vous inquiétez pas. S'il y a un souci, vous appelez le numéro du service, vous appelez ici. » La mère à l'air dubitative, elle tient le bras de l'interne.

**Julien :** « En plus, il va être convoqué par la police régulièrement, ça fera des rendez-vous en plus... » Le patient nous rejoint finalement.

**M. Bouhanni :** « La pharmacienne m'a ramené le Mac Do ! » Le patient est tout sourire, il présente un sachet de papier kraft rempli de médicaments.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Comme la mère de M. Bouhanni, nous avons constaté que la majorité des familles qui se rendent au sein des unités d'hospitalisation réclament auprès des équipes une prolongation de l'hospitalisation de leur patient. Un discours qui se construit parfois lors de discussions formelles, en rendez-vous ; mais plus souvent encore lors de discussions informelles, au détour d'un couloir, et loin des oreilles du patient. Il peut par ailleurs être tenu à n'importe lequel des acteurs, et non spécifiquement au psychiatre. La famille, ou un membre de celle-ci, exprime alors sa volonté de voir le patient demeurer en hospitalisation dans l'unité. Un désir qui est souvent appuyé par la formulation de craintes quant au retour des comportements délétères du patient, provoquant des risques pour lui-même, sa famille ou son entourage. Tout aussi

régulièrement, les proches soulignent les difficultés et la charge de travail que représente le patient au quotidien.

Nous l'avons vu, l'organisation du quotidien des unités d'hospitalisation n'offre pas aux familles de véritables espaces d'expressions pour ces craintes et ces difficultés. Le lien à l'équipe est ténu, à sens unique : l'équipe appelle les familles lorsqu'elle a besoin d'informations ou de moyens financiers, mais n'accepte pas souvent les appels et les demandes de rendez-vous qui émanent des proches. Souvent, ces derniers ne sont pas conviés aux rendez-vous avec le patient au cours desquels sont discutées une part importante des micro-libertés, ainsi que les modalités de sortie de l'hospitalisation. La famille est informée de cette dernière décision *a posteriori*, et se retrouve à devoir s'y adapter sans avoir eu son mot à dire. C'est le cas pour la famille de M. Bouhanni, qui ignorait la mise en place des rendez-vous au CMP et le maintien en programme de soin, ainsi que le contenu des traitements et la présence du médicament injectable, qui facilite l'observance dans le temps.

Ainsi, dans le jeu des négociations, la famille occupe une position dominée où elle subit le résultat de la négociation des autres acteurs, la mise en place des micro-libertés et la sortie, sans avoir pu en discuter avec l'équipe en amont. De même, elle n'est pas ou peu informée des modalités de la prise en charge qui suivra la sortie, et des traitements qui l'accompagnent. Ce déficit d'information entretient une position difficile, qui peut devenir une source d'angoisses.

Cependant, l'expression de cette angoisse par la volonté de prolongation de l'hospitalisation met la famille en opposition avec la volonté de l'équipe, et illégitime son discours. En effet, conserver le patient en hospitalisation revient donc à demander une forme de travail supplémentaire aux équipes, et s'oppose aussi à la vision médicale de la prise en charge de la psychiatrie qui réclame que ne se trouvent en hospitalisation que des patients pour qui cela est un besoin, du point de vue des soignants. Maintenir l'hospitalisation pour un patient avec lequel le travail est « terminé » signifie l'occupation d'un lit qui ne semble plus nécessaire, et donc prendre la place d'un autre patient et ralentir leur *turn-over*. Aussi, cela pourrait pousser à abuser des hébergements, ce qui peut créer des tensions avec l'équipe d'une autre unité dont les lits seraient trop régulièrement empruntés, ou pour de trop longues périodes, par des patients extérieurs.

On perçoit donc bien les deux logiques opposées qu'expriment chaque groupe d'acteurs. En réclamant une prolongation de la prise en charge, les familles formulent des plaintes que l'équipe de soignants illégitime, car inadéquates avec la situation médicale (Blum, 2012), mais aussi avec le bon fonctionnement de l'unité. La disqualification du discours que nous évoquons

s'observe par exemple dans le cas de M. Bouhanni, car immédiatement après sa sortie, l'interne se montrera très critique des propos tenus par la mère de la patiente :

**Julien :** « Il est même pas si psy que ça, M. Bouhanni. C'est surtout qu'il est illettré... ils sont pas très éduqués... je pense que dans son cas, c'est plutôt quelque chose de culturel en fait. » (*Interne, 30 ans, unité 3*)

Ce discours disqualifie la vision de la mère du patient, en commençant par souligner que celui-ci est moins malade que d'autres, sous-entendant qu'elle surestime la place qu'il devrait occuper dans le système de prise en charge psychiatrique. Par la suite, l'interne attribue le comportement qui a valu les soins sous contrainte à un manque « d'éducation », d'abord attribué au patient, puis finalement à sa famille, avec le passage au pluriel et le rapprochement avec la culture, une dernière remarque qui englobe par nature toute la famille du patient.

Ainsi, dans le cas des familles qui réclament une prolongation de l'hospitalisation, les comportements des deux parties, l'équipe et la famille du patient, provoquent chez l'autre des réactions vives d'opposition. L'exclusion de la famille des décisions de prise en charge et de sortie du patient peut provoquer chez celle-ci des craintes et des angoisses, qui s'expriment par des demandes de prolongation du travail de l'unité et de refus de la sortie. Un discours qui provoque à son tour une réaction d'opposition de l'équipe, qui disqualifie ce discours, perçu comme inadapté au regard de la situation médicale.

## Les familles qui s'opposent aux soins

Les familles que nous avons présentées précédemment réclament une prolongation de l'hospitalisation, soit un allongement du soin. Une demande à l'exact opposé d'un autre comportement de famille que nous avons pu observer : celui du refus absolu des soins et de la prise en charge psychiatrique. Une réaction que permet de comprendre le cas de Mme Lejeune, une patiente d'un peu moins de vingt ans qui fut emmenée par son père aux urgences psychiatriques, à la suite d'une tentative de suicide. Ils y furent redirigés le jour même vers l'Unité 3, où une rapide discussion entre le père et la psychiatre amena à la décision de ne pas mettre en place de soins sous contrainte, car la patiente et le père étaient tous deux volontaires pour la prise en charge.

Trois jours plus tard, la mère de la patiente, divorcée du père, vint dans l'unité pour rendre visite à Mme Lejeune. La mère était alors fortement opposée aux soins. Elle discuta avec

les infirmières et avec l'assistant social du fait qu'elle voulait mettre fin immédiatement à la prise en charge. Son discours se construisait surtout dans une critique du père de la patiente, qu'elle accusait d'être peu présent dans leur vie, « toujours à faire des allers-retours », quelqu'un de « manipulateur » qui « empoisonne » leur vie de famille. La sortie de la patiente fut cependant refusée par les infirmières et l'assistant social, qui argumentèrent que la signature d'un psychiatre était nécessaire pour permettre cette sortie, et ce, même si la patiente était en soins libre. Finalement, la mère de la patiente sembla accepter la décision des soignants, et ne parla plus de la faire sortir. Ils passèrent un peu de temps dans la chambre de Mme Lejeune, après quoi la mère demanda à une infirmière qu'on leur ouvre la porte de l'unité pour qu'elle puisse offrir un café à sa fille aux distributeurs de l'entrée avant de la laisser ; une demande que la soignante accepta. Cependant, cette requête se révéla être une ruse : une tentative pour faire sortir la patiente du bâtiment. La démarche échoua finalement, empêchée par l'équipe de l'accueil qui avait « senti un truc louche », et qui refusa d'ouvrir la porte de sortie du bâtiment sans l'accord de l'Unité 3.

Le refus de laisser sortir la patiente, d'abord au sein de l'unité puis de la structure, par les professionnels à l'accueil, n'est évidemment pas permis au regard du droit. Étant en soin libre, il lui est possible de mettre fin à son hospitalisation quand bon lui semble. Justifier de la nécessaire signature d'une psychiatre, alors absente, est un prolongement de la contrainte ; mobilisée par l'équipe comme un outil pour maintenir une prise en charge qui leur semble justifiée, d'autant que la situation est floue, la patiente acceptant l'hospitalisation avec son père, l'équipe ne sait si la décision de sortie émane tout à fait de la mère ou de la fille. Dans le doute, ils mobilisent leur contrôle direct sur les portes des lieux, verrouillées, pour faire appliquer leur vision de la prise en charge, et empêcher le recours à une micro-liberté, la sortie en ce jour précis.

Le lendemain, la mère et le petit frère de Mme Lejeune venaient à nouveau dans l'unité. Ils furent alors tous les trois reçus par Noûr, la psychiatre cheffe d'unité, pour un entretien. Au cours de celui-ci, la mère soutenait sa volonté de voir sa fille sortir immédiatement, et réitérait ses critiques du comportement du père de la patiente. Cette dernière tenait cependant un discours différent de celui de sa mère, centré principalement sur le traitement :

**Mme Lejeune :** « Nan mais j'en veux plus du [médicament X]. Y'm'fait trop mal à la tête, j'en veux plus. »

**Noûr :** « Vous savez c'est un médicament sur demande, vous n'êtes pas obligé de le prendre celui-là. »

**Mère de Mme Lejeune :** « Non, non, mais ça va les traitements, les médicaments sont bien. Tout va bien en fait. Vous voyez, elle va mieux, elle veut sortir ! »

La psychiatre se tourne alors vers la patiente, et s'adresse uniquement à elle.

**Noûr :** « Tu ne veux pas rester ce week-end ? Comme ça tu vois comment ça se passe, et on peut voir comment le traitement évolue. Là il est peut-être bien, mais ça met du temps pour savoir si c'est vrai sur le long terme... »

**Mme Lejeune :** « Oui c'est vrai... Oui je peux rester ce week-end, c'est vrai. Mais je veux plus du [médicament X]. » (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Dans cet extrait de l'entretien, on perçoit les objectifs différents que chacun des acteurs présents poursuit ; des objectifs qui englobent le panel des micro-libertés dont disposera la patiente pour la suite de son hospitalisation. La psychiatre désire avant tout que la patiente demeure en observation et prolonge son séjour. C'est l'application de la méthodologie principale de l'hospitalisation, un temps suffisamment long pour trouver le meilleur traitement, et équilibrer son dosage.

La patiente semble en accord avec cette idée, au moins pour un temps, mais elle ne veut plus d'une partie du traitement à cause des effets secondaires. Si ce traitement est effectivement « sur demande », réclamer son retrait est aussi un moyen de contrôler la composition des médicaments et les effets secondaires, une micro-liberté dont l'impact est important au cours de la prise en charge. En le faisant retirer, la patiente obtient aussi un moyen de le faire remplacer par un autre traitement d'appoint, aux effets secondaires qui lui conviendraient mieux. La mère de Mme Lejeune, pour sa part, désire surtout la sortie de la patiente. Elle indique alors que « les médicaments sont bien », ignorant les remarques de sa fille, dans ce qui nous semble être une tentative pour créer une alliance avec la psychiatre en approuvant le choix de traitements, et ce probablement pour obtenir ensuite la sortie de la patiente. Une tentative d'alliance qui échoue, puisque la psychiatre choisira d'ignorer la mère pour proposer directement à la patiente de prolonger son séjour. Cet échec peut être attribué au choix de la mère de justifier le traitement plutôt que le séjour, alors qu'à l'inverse la psychiatre favorise son prolongement pour permettre de trouver le traitement adapté. Ce discours révèle la méconnaissance et le mauvais usage des règles du monde psychiatrique dont la mère de la patiente fait usage, ce qui illégitime son discours dans les négociations (Blum, 2012 ; Boltanski,

1971). Qui plus est, ce refus d'alliance peut aussi être attribué à la tentative de fugue de la veille, qui place la mère en opposante au travail de l'équipe.

Par ailleurs, la situation de Mme Lejeune illustre ce que Béliard qualifie de « coups à jouer », il s'agit de l'usage que peut faire une partie de la famille d'un diagnostic et d'un appui médical, pour faire valoir sa vision du soin en profitant de la légitimité professionnelle du médecin (Béliard, 2008). Ici, le père de Mme Lejeune utilise la situation d'urgence qui fait suite à sa tentative de suicide pour exécuter ses projets de soins pour la patiente, avec la mise en hospitalisation. Des projets de soins discordants de ceux de la mère de la patiente, radicalement opposée à l'hospitalisation de la jeune femme. Si ce ne fut pas le cas pour Mme Lejeune, les « coups à jouer » semblent effectivement bien plus puissants dans le milieu de la psychiatrie, où l'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers, ainsi que les programmes de soin, peuvent permettre à la famille du patient, ou à une partie de celle-ci, d'imposer ses projets aux autres acteurs du cercle familial. On observe donc un recours à ce que nous qualifions de *légitimité symbolique exogène*, socialement située, comme levier de justification mobilisé dans des négociations interne aux familles. En psychiatrie, elles se doublent de la capacité de contrainte inscrite légalement, facilitant l'exécution de la volonté de l'une des parties.

Cette dernière situation illustre donc un autre des comportements qu'il nous a été donné d'observer, lors des interactions des familles avec l'équipe psychiatrique. Un positionnement qui cherche à mettre fin à la prise en charge du patient, soit par des négociations que l'équipe disqualifie si elle considère la prise en charge nécessaire, car en désaccord avec leur vision de la nécessité du soin ; soit en ignorant les négociations, au travers du soutien à la « fugue » des patients. Dans ce dernier cas, la mise en place pratique de la sortie contre avis médical réclame de la part de l'équipe un travail administratif supplémentaire qui implique les forces de l'ordre, et qui est rendu nécessaire pour se dédouaner des accidents que pourrait causer (ou se causer) le patient hors de l'unité, mais toujours sous la responsabilité de cette dernière.

Le cas le plus fréquent d'opposition à l'hospitalisation de la part des familles de patients est celui, attendu, des soins sous contrainte ; où les proches expriment, souvent avec véhémence et agressivité, leur volonté de voir le patient sortir de la prise en charge. Mais il s'agit parfois aussi de familles divisées, dont une partie a fait usage de l'hospitalisation psychiatrique comme d'un « coup », comme dans le cas de Mme Lejeune. Peu importe les raisons qui motivent cette opposition, et comme pour les trois cas précédents, on comprend que la charge de travail supplémentaire réclamée à l'équipe, ou bien le discours en inadéquation avec la posture

médicale, provoquent une opposition de la famille et de l'équipe, qui peuvent influencer les micro-libertés du patient qui y est sont liées.

Ainsi, nous avons présenté quatre positionnements que nous avons observés de la part des familles face à l'hospitalisation d'un de leur membre. Certaines sont en accord avec l'hospitalisation, mais demandent plus de micro-libertés pour leur patient, ou le prolongement de l'hospitalisation. À l'inverse, nous avons vu des familles qui s'opposent radicalement à la prise en charge et cherchent à y mettre fin. D'autres encore se montrent tout à fait absentes, ce qui complique l'accès à une fraction des micro-libertés pour leurs patients.

Dans ces quatre cas, la position de la famille crée une charge de travail supplémentaire pour l'équipe. Il peut s'agir des demandes d'un traitement particulier pour le patient, avec des micro-libertés qui ne sont pas en phase avec la vision de l'équipe, notamment sur la détermination de ce qui fait partie du normal et du pathologique. De même, certaines familles cherchent à obtenir une prolongation du séjour du patient, ce qui allonge le travail et s'inscrit en inadéquation avec la vision que les soignants ont du recours à l'hospitalisation comme solution temporaire face à une crise ; et qui peut aussi provoquer des situations de frictions avec les équipes d'autres unités de psychiatrie avec l'usage des hébergements. Dans le cas des familles absentes, l'équipe doit obtenir des moyens pour offrir et appliquer des micro-libertés négociées avec le patient, comme les cigarettes et les cafés. Enfin, dans certaines autres situations, les familles ou une partie d'entre elles s'opposent à la prise en charge, et cherchent à y mettre fin, ce qui demande une charge de travail supplémentaire puisqu'il faut négocier et convaincre de l'utilité de la prise en charge ; ou bien régler les démarches administratives dans le cas où les familles soutiennent des « fugues ».

Ces charges de travail supplémentaires participent au rejet des familles de la part des équipes que nous évoquions au début de ce chapitre. S'attendant majoritairement à l'ajout de difficultés lors des contacts avec les proches, les professionnels produisent des réactions et des comportements méfiants, comme on le voit avec le cas de M. Serya où l'équipe généralise à toutes les familles des difficultés lorsque la religion est en jeu, comportement qui révèle des complications passées.

Qui plus est, lorsque la famille est impliquée, le travail peut se voir majoré par la construction de l'interaction, en plus des demandes spécifiques. Les situations des familles peuvent produire des difficultés dans les échanges et les compréhensions avec les professionnels. D'abord, parce qu'elles ne maîtrisent pas ou peu les codes informels qui ont cours dans les systèmes de santé, ni n'entretiennent le même rapport au pathologique et sa prise en charge ; ce qui s'observe

particulièrement lorsque la famille est issue d'un milieu moins favorisé (Boltanski, 1971). La difficulté de compréhension peut aussi émerger des différences culturelles entre les professionnels et les patients. Les barrières de la langue constituent un exemple récurrent de travail supplémentaire pour les équipes ; mais cela s'exprime aussi dans la vision de ce qui fait le trouble et des modes de prise en charge considérés comme thérapeutiques. Ainsi, les familles peuvent désirer des prises en charge de cultures traditionnelles plutôt que le recours à la psychiatrie (Sicot et Touhami, 2015, 2018), ce qui peut se montrer problématique en cas d'hospitalisation sous contrainte. Sur tous nos terrains, un grand nombre des membres du personnel étaient liées aux cultures nord-africaines et parlaient l'arabe, dont la maîtrise se relevait régulièrement nécessaire. Les problèmes de compréhension langagière comme sur les raisons des troubles entre l'équipe et la famille advenant plus régulièrement pour d'autres pays européens ou pour des cultures d'autres parties du continent africain par exemple.

Ainsi, les raisons multiples de majoration du travail des équipes lors de la présence des familles, ajouté aux perceptions différenciées de ce qu'est la bonne santé ou de ce qui fait le thérapeutique, poussent les équipes à exclure les familles des prises en charge, et à construire contre elles des discours critiques : elles sont décrites comme des antagonistes ou des freins à la bonne conduite des soins. Cela devient par la suite un argument mobilisé pour poser des limites aux relations entre la famille et le patient, par exemple *via* le contrôle de la micro-liberté d'accès au téléphone portable. Les familles étant perçues négativement par les équipes, ses membres expriment souvent qu'elles peuvent être un frein à la prise en charge, et que séparer le patient de sa famille serait un moyen d'arriver plus vite à une situation de bonne prise en charge, de « compliance », et finalement de sortie.

À notre sens, c'est de cette relation péjorative qu'émergent les difficultés pratiques imposées aux familles pour joindre les acteurs de l'unité, patients ou soignants. Rendre la prise de contact difficile est un moyen pour les professionnels de maintenir les familles à distance, de réguler les sources de travail supplémentaire ou de réduire les confrontations aux difficultés.

Cependant, l'exclusion des familles du monde de l'hospitalisation psychiatrique provoque parfois leurs postures et leurs discours. Il produit chez les familles une moins grande compréhension du milieu, des craintes vis-à-vis de lui, et naturellement des comportements de rejet ou de trop grande vigilance. En somme, l'entretien du rejet par l'équipe produit chez les familles des réactions qui pousseront à leur rejet futur, et à la généralisation de la méfiance, faisant émerger un cercle vicieux dans la relation.

## **L'idéologie des *thérapies par l'interaction* : la famille invitée à la table des négociations**

Dans la fin de ce chapitre, nous allons réitérer l'exemplification de l'impact que produit une idéologie psychiatrique localement ancrée sur l'ordre qui se négocie autour des micro-libertés, en modifiant la posture de certains groupes en présence. Il s'agira cette fois des pratiques que met en place l'équipe de l'Unité 2, poursuivant une idéologie qui mêle les *thérapies par la psyché* et les *thérapies par l'interaction*, en particulier au travers de thérapies familiales. Cette dernière produit pour les familles un cadre d'interaction différencié de ce que nous généralisions précédemment.

La plus commune des illustrations de ces dispositions inhabituelles s'observe dans la part qui est faite au transfert d'informations de l'équipe vers la famille. Ainsi, il n'est pas rare de voir les psychiatres appeler la famille d'un patient pour de longs rendez-vous explicatifs, comme ce fut par exemple le cas pour M. Alleas. Ce patient en « hébergement » provient d'un autre secteur psychiatrique. Par manque de place, il occupe temporairement un lit dans l'unité 2 en attendant que se libère une chambre dans son secteur d'origine. Pourtant, Valerie, psychiatre de l'unité 2, prit le temps d'appeler la famille après son entretien avec le patient, pour quelques dizaines de minutes. Ils ont discuté des problèmes de l'usager, et la psychiatre les informa de la situation actuelle, de la localisation de l'unité 2, et de la suite de la prise en charge, avec le retour prochain vers son secteur. Cet agissement diffère par nature des relations qui prenaient place dans les autres unités, où l'initiative des contacts revient généralement aux familles, et n'a pas lieu si elles ne s'y investissent pas. Dans le cas de M. Alleas, l'implication de Valérie est d'autant plus surprenante qu'il s'agit d'un patient en hébergement, présent pour un temps raccourci et pour lequel ne sera pas mise en place la prise en charge dans son intégralité. Sa situation révèle la valorisation d'une pratique à l'opposé des fonctionnements que l'on sait dans les autres unités d'hospitalisation.

Outre ces prises de contact à distance, les psychiatres de l'unité 2 invitent fréquemment les familles de patients à des rendez-vous entre les murs. Comme on peut s'y attendre, ces entretiens sont le théâtre de négociations pour les micro-libertés, mais il s'agit aussi de moments investis d'une nature thérapeutique pour les soignants. Sont abordés l'enfance du patient, son éducation, et le passé de la famille. Ainsi que les difficultés de cette dernière face à la maladie, et la manière dont elle gère ce quotidien. Les psychiatres proposent souvent de prolonger ces

entretiens par la mise en place d'une thérapie familiale complète : des rendez-vous réguliers qui rassemblent la famille, le patient et le psychiatre, pour une heure environ, parfois plus. Si ces dernières démarrent au sein de l'unité d'hospitalisation, c'est dans le but explicite de les poursuivre au CMP, une fois le patient sorti de l'unité 2.

Qu'ils débouchent sur une thérapie familiale ou non, inviter la famille lors des rendez-vous dans l'unité représente une opportunité pour les psychiatres, celle de créer une alliance pour la prise en charge du patient. Une volonté qu'illustre le cas de M. Diouf, un patient de l'unité 2 d'environ trente ans. Il a été intégré dans l'unité en soins sous contrainte à la demande d'un tiers, son père. C'est un habitué de l'unité, dans laquelle il est pris en charge régulièrement depuis quatre ans. Cette ancienneté dans les rapports avec l'équipe psychiatrique raccourcit son séjour au sein de l'unité, comme nous avons déjà pu le voir dans cette partie, à travers d'autres cas de patients. Aussi, après un mois de vie dans l'unité, l'équipe met en place un rendez-vous avec M. Diouf et sa famille, en l'occurrence son père et sa mère. Rendez-vous auquel nous avons pu assister. Au cours de celui-ci, le sujet de la sortie du patient pour un retour au domicile parental se présente quasi immédiatement :

**Amel :** « Bon alors voilà, on va tester une autorisation de sortie demain. Il va chez vous, il reste deux nuits et puis il revient ici. On teste comme ça plusieurs autorisations de sorties. Et si ça se passe bien, bah il sort et il retourne vivre chez vous, et puis il passera au CMP régulièrement et on lui fera la piqûre pour le traitement. »

**Père de M. Diouf :** « Mais il abandonne toujours le traitement. Il vient il dit " oui oui " mais il finit toujours par arrêter... »

**Amel :** « Bah oui on voit bien. On le connaît bien ici, hein, M. Diouf ? »

Le patient pose les yeux au sol et lâche un petit rire gêné, avec l'air penaud d'un enfant qui aurait fait une bêtise. Le père du patient continue alors de mettre en avant le fait que M. Diouf cesse toujours le traitement une fois sorti, ce qui dégrade sa situation, le rendant plus agressif envers la famille et moins participatif à la vie sociale : cessant tout travail et sortant du domicile de moins en moins fréquemment. Amel et Karine, l'infirmière, l'écoutent patiemment. Le patient et sa mère restent silencieux tout au long de l'explication. Finalement, la psychiatre propose la mise en place d'une prise en charge sous contrainte au sein de la famille, avec un programme de soin, pour permettre à la famille de le faire réintégrer dans l'unité plus rapidement en cas de dégradation de la situation ; ce que le père accepte. La

psychiatre, qui ne s'exprimait qu'avec le père, se tourne alors vers le patient :

**Amel :** « Si tu le prends pas ton traitement, on vient demander à un proche, et on te fait un programme de soin, hein, tu comprends ? »

**M. Diouf :** « Oui, oui ! Bien sûr ! » (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

Au travers de cet extrait, on perçoit clairement la volonté de la psychiatre de mettre en place une alliance avec la famille. Lorsque le père met en avant les échecs des sorties passées, elle propose une solution sous la forme d'un programme de soin, un levier de contrainte qui capacite le père et la famille, en leur permettant l'assistance de la police pour s'assurer que leur fils poursuit le traitement. Une alliance qui présente aussi un certain avantage pour l'équipe, comme on peut le comprendre au travers des quelques mots échangés brièvement entre les soignants, à la sortie de l'entretien :

**Karine :** « Donc je fais une autorisation de sortie ?

**Amel :** « Non, tu lèves la SDT, c'est bon, comme ça on s'évite la paperasse ! »

(*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Réconfortée par l'alliance mise en place avec la famille et confiante dans le fait que celle-ci appuiera la prise en charge psychiatrique, la psychiatre cheffe d'unité lève les soins sous contrainte immédiatement après l'entretien. Cette levée permettant effectivement d'alléger le travail administratif qui encadre les sorties de patients, car il évite la mise en place des autorisations de sorties envoyées en avance au juge des libertés pour chacune des permissions futures du patient, avant la sortie finale.

Dans cet exemple, on perçoit la négociation pour les micro-libertés du patient qui s'établit. La psychiatre cherche à obtenir une permission pour le patient, dont on a vu qu'il s'agissait souvent d'une étape dans l'incrémentation vers la sortie. Le père met alors en avant l'irrégularité de son fils face au traitement psychiatrique. Sans être une véritable opposition à la permission, on ressent sa critique envers la prise en charge de la psychiatre, qui serait vouée à l'échec. Pour parer à ce problème, Amel offre l'option future d'un programme de soins, un moyen pour la famille de mieux contrôler la prise du traitement par le patient, mais qui présente aussi l'intérêt pour l'équipe de ne pas avoir à réintégrer le patient en hospitalisation, puisque cette prise en charge serait mise en place au CMP, en ambulatoire. Ainsi la poursuite de la prise en charge demanderait moins de travail aux équipes du pôle : des rendez-vous espacés et courts au lieu d'une hospitalisation de plusieurs semaines qui demande la mobilisation d'un lit, une ressource plus rare. Le père accepte finalement l'offre, ce qui entérine l'alliance entre la

psychiatre et la famille pour la prise en charge du patient. Une décision face à laquelle le patient n'aura pas eu de marge de manœuvre, dominé par les deux autres parties qui négocient les termes de sa prise en charge et le retransmet dans une posture que nous ressentons à travers ses comportements enfantins, malgré ses trente ans, et que nous ne lui connaissons pas en dehors de cet entretien.

L'exemple de M. Diouf illustre à nouveau la posture particulière des membres de l'équipe de l'unité 2 vis-à-vis des proches des patients, qui sont invités dans l'interaction avec le patient : le triangle de relation entre les trois groupes change de constitution. Plutôt qu'un lien privilégié entre le patient et l'équipe, avec la famille adjacente qui pèse sur cette relation, les micro-libertés, mais que l'équipe cherche à repousser ; dans l'unité 2, la relation entre l'équipe et la famille est resserrée, parfois plus qu'avec les patients, et l'équipe leur offre l'opportunité de peser sur la composition des micro-libertés du patient au sein de l'unité : de participer aux décisions qui déterminent les conditions de vie de leur proche au sein de l'unité. En somme, l'équipe de l'unité 2 intègre la famille du patient au travail psychiatrique qu'elle effectue. En cela, il leur est accordé une place dans les tâches, au même titre que les groupes professionnels qui composent l'équipe, tâches qui se cristallisent lors des entretiens, dans l'expression de ressentis, dans la poursuite des origines des troubles et dans la recherche de solutions face aux difficultés de la vie commune ou dans le prolongement de la prise en charge une fois le patient sorti de l'unité. Cette participation est investie d'une valeur curative, en ce qu'elle participe à permettre la vie avec la maladie et la réduction des risques de rechute. Elle est investie de la « dignité du thérapeute » (Freidson, 1988), dans le sens où la présence active est perçue positivement dans une optique de soin du patient et de guérison de la maladie, ou du moins rejoint l'idéal promu de la « bonne » vie avec les symptômes. Cela confère finalement aux proches actifs une position de *légitimité symbolique endogène* au sein de l'organisation informelle. C'est cette position qui rend leurs opinions valides au regard de l'équipe, et la recherche de leur opinion ainsi que la volonté à fonder une alliance.

Cette légitimité trouve sa source à la fois dans la vision théorique de ce qui fait le soin, et dans les avantages pratiques acquis au quotidien. Elle bénéficie à l'équipe, en allégeant la charge de la prise en charge par la structure, car cela permet de réduire le travail administratif des soins sous contraintes prolongées, ou bien par la mise en place de prise en charge au CMP appuyés et encadrés par la famille, ce qui permet là aussi de réduire le travail de relance et de maintien du traitement par les équipes du centre.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que l'implication des familles dans la prise en charge est plutôt récente au sein de l'unité 2. Lorsque nous questionnons les acteurs sur ces pratiques, ils en retracent la mise en place à une volonté de la cheffe de pôle, le Dr Eilechir. Après avoir elle-même suivi une formation sur les thérapies familiales, elle demanda à l'ensemble des psychiatres de l'unité de faire de même. Ces pratiques se surajoutent alors à celles qui leur préexistaient, sans les remplacer, et qui se rapprochent d'usage de la psychanalyse.

Dans notre spectre analytique, il apparaît donc que l'idéologie de l'unité 2 se fonde sur une addition de pratiques entre les *thérapies par l'interaction* et les *thérapies par la psyché*, qu'on constate par exemple dans les parcours prolongés des patients (Mme Shayr et M. Lenez par exemple), mais plus simplement dans la place de l'entretien et du lien entre le psychiatre et le patient. L'ajout récent à l'idéologie de l'unité 2 des thérapies par l'interaction peut alors être analysé dans les avantages que ces pratiques produisent pour l'équipe. En effet, une explication pourrait se trouver dans les moyens dont dispose l'unité pour encadrer le recours à l'hospitalisation. Car la structure est dépendante d'un secteur moins doté économiquement en comparaison d'autres de la région, une zone dans laquelle l'offre associative et privée de prise en charge en psychiatrie est peu développée. L'équipe dispose d'un carnet d'adresse faible : avec peu d'options de sorties en dehors du système hospitalier. Factuellement, nous n'avons jamais pu observer de lien avec des associations, des cliniques privées ou d'autres modes de prise en charge de type CATTP, en dehors de rares places en appartement thérapeutique, gérées par la structure qui allie plusieurs secteurs de la région, dont celui de l'unité 2. Les membres de l'équipe se plaignant d'ailleurs régulièrement de leur solitude dans la prise en charge de la santé mentale dans la région. Dans cette situation, la rareté des options donne à la prise en charge du patient par sa famille une valeur bien plus grande qu'au sein des autres unités de notre recherche ; et la mise en place par l'équipe d'une alliance permet de maintenir une prise en charge encadrée hors de l'hospitalisation. Le changement idéologique de l'unité 2 pourrait donc trouver une explication dans les solutions pratiques que cela apporte à la structure dans son ensemble pour la poursuite des soins. Auquel cas, l'unité 2 illustre bien l'idée que les idéologies psychiatriques se construisent localement comme des pratiques qui apportent des solutions factuelles face aux difficultés du quotidien. Ces pratiques, appliquées par l'ensemble de l'équipe, trouvant un dossier théorique dans les thérapies familiales que toutes les psychiatres ont acquises en formation. L'exemple de cette unité permet aussi d'explicitier la manière par laquelle les psychiatres cheffes de pôle choisissent l'idéologie à laquelle elles se rattachent. Si la place des apprentissages et des formateurs rencontrés au cours des études s'est révélée d'une importance capitale dans la partie précédente, on peut déduire du cas de l'unité 2 que ces cheffes

de pôle sont capables de certaines adaptations pour répondre au secteur, à la population ou aux moyens dont ils disposent pour prendre en charge le secteur.

## Conclusion de la partie

Dans cette quatrième partie, nous avons décalé notre regard vers le groupe des patients qui circulent dans les unités d'hospitalisation, ainsi que leurs familles qui entrent parfois en lien avec l'équipe, construisant un triangle d'interactions qui pèse sur les micro-libertés de leurs patients. Nous avons cherché à montrer la diversité qui s'observe chez tous ces acteurs et leurs réactions face au monde de la psychiatrie, mais aussi la régularité de certains positionnements qu'ils peuvent entretenir et les réactions que cela produit chez l'équipe.

Dans un premier temps, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des patients qui sont hospitalisés en unité psychiatrique. Nous avons commencé par montrer comment ce groupe d'acteur était difficile à qualifier en tant que tel, tant il est atomisé : les individus qui le composent ayant plus de différences que de points communs. En passant par une comparaison avec les analyses du milieu pénitentiaire et du groupe des détenus qui y cohabitent, nous avons pu expliciter l'atomisation du groupe des patients des unités d'hospitalisation.

En effet, la réduction du nombre de moyens et de lits dévolus à ce dernier mode de prise en charge pousse les structures à y rassembler des populations très hétérogènes, d'abord dans leurs caractéristiques personnelles, la population allant de vingt à quatre-vingts ans par exemple. De même, les unités regroupent des patients psychiatriques avec des populations SDF ou toxicomanes qui sont hospitalisés faute d'une alternative fonctionnelle pour les prendre en charge. Aussi, les types de pathologies sont amalgamés, de même que leur niveau de gravité, ce qui conduit au dernier point de mélange, car les unités regroupent des patients en soins libres avec ceux pris en charge sous contrainte. Cet éclatement empêche l'émergence d'une union dans le groupe, similairement aux détenus des milieux pénitentiaires, car il complique les interactions et les points de similarité. De plus, la nature réduite des unités abaisse les chances de rencontre d'individus comparables. Plus encore, il limite l'émergence d'un « code de conduite » commun à toute la population (Chauvenet, Orlic et Benguigui, 1994 ; Combessie, 2009), ainsi que les échanges au sein du groupe, puisqu'une partie est plus nécessiteuse que l'autre (Santorso, 2015). Qui plus est, le fonctionnement même des micro-libertés, ouvertement institutionnalisé dans certaines prisons sous la forme des IEP, pousse les acteurs en situation de contrainte à favoriser le respect du cadre et les interactions avec les professionnels, plus à même de leur accorder des conditions de vie avantageuses (Crewe, 2011 ; Vianello, 2015).

À cela s'ajoutent des différences propres à la psychiatrie. Au sein de l'unité, tous les patients n'en sont pas à la même étape de leur hospitalisation, et les symptômes de leurs troubles comme les effets secondaires de leurs traitements créent des difficultés d'interactions. Aussi, le rapport même à la psychiatrie dans son ensemble différencie entre eux les patients. La fin du système asilaire et son unique modalité de prise en charge ayant laissé la place à un large panel de prises en charge extra-ambulatoires différenciées. Chaque patient expérimente alors un parcours personnel, et il est difficile d'observer des ressemblances dans ce vécu de la psychiatrie (Lovell, 1996b). Ce parcours crée aussi des liens au milieu psychiatrique différencié, et nous avons vu comment certains patients construisent des relations éloignées au milieu, y recourant comme à une béquille temporaire en situation de crise, quand d'autres l'embrassent comme un cercle de socialisation principale (Velpry, 2008). Ceux qui cherchent un rapport distancié désirant naturellement moins se mêler socialement au reste des patients.

Après avoir explicité l'éclatement du groupe des patients, nous avons questionné la manière dont se construisent leurs interactions avec les autres acteurs des unités, les professionnels. Nous avons alors pu observer comment les patients s'*affilient* au milieu psychiatrique au fur et à mesure de leur séjour dans l'unité d'hospitalisation (Ogien, 1989 ; Velpry, 2008). Ils en apprennent les codes de conduite et les règles du jeu qui régulent les interactions et les négociations pour les micro-libertés ; mais cet apprentissage n'est pas automatique, il est différencié pour chaque patient, dépendamment de son implication, de ses capacités à le comprendre et à l'acquiescer. Qui plus est, le contexte même de l'hospitalisation et la manière dont y circule l'information peut en empêcher certains de s'affilier tout à fait. Nous avons alors vu comment les patients, au cours de leur hospitalisation, sont jaugés par les professionnels, qui cherchent à mesurer leur implication et leur rapport avec le milieu psychiatrique, parfois au travers de leur affiliation, pour déterminer le mode de prise en charge que l'équipe va mettre en place avec eux. Elle peut ainsi mobiliser des prises en charge du registre du *laisser faire* pour accrocher des patients peu affiliés : leur montrer l'intérêt du recours à la psychiatrie comme un soutien face aux difficultés du trouble. Ensuite, elles peuvent avoir recours à des approches de l'ordre du *faire pour*, lorsqu'elles cherchent à impliquer le patient dans leur vision de la bonne réaction face à la maladie et aux symptômes (Velpry, 2008). Dans les unités d'hospitalisation, ce dernier registre d'action peut alors prendre les traits d'un recours à la contrainte physique que permet le cadre, par exemple dans un enfermement de patients pourtant en soins libres. De plus, l'évaluation que produisent les professionnels sur les comportements des patients prend une seconde forme, plus émotionnelle et empathique, basée sur les affinités et les ressentis (Mougeot, 2019a). Celle-ci va participer à déterminer

l'implication des membres de l'équipe, souvent dans des relations plus interpersonnelles, et conduire à des relations privilégiées que nous avons déjà sous-entendues dans la partie précédente, au travers des patients favoris et chouchous des psychiatres et des infirmières ; mais dont nous n'avions pas explicité les modalités.

Mais cette évaluation n'est pas à sens unique, et nous avons montré comment les patients aussi évaluent et jaugent les comportements des membres de l'équipe soignante ainsi que les gestions des micro-libertés de chacun d'entre eux. Par ce jugement, ils déterminent eux aussi les membres des équipes avec lesquels ils veulent effectuer leur travail psychiatrique, et certaines fractions qu'ils peuvent vouloir exclure de leur prise en charge, composant une nouvelle micro-liberté négociable au sein de l'unité. Cette sélection peut parfois s'étendre à une équipe dans son entièreté, les patients favorisant des alliances avec certaines équipes d'unité par affinités.

Les manières dont se construisent ces relations interpersonnelles sont révélatrices de démarches qui se mettent en place pour des patients qui découvrent les unités d'hospitalisation. Qu'il s'agisse de l'affiliation ou des premières rencontres avec les équipes puis des premières évaluations entre les acteurs. Dans la suite du chapitre, nous avons donc cherché à aborder les patients plus réguliers du milieu de l'hospitalisation, qui le fréquentent depuis de longues années : les vétérans de la psychiatrie. En effet, dans les unités, environ la moitié des patients sont déjà connus des équipes, et sont déjà passés dans l'unité au moins une autre fois ; si une partie d'entre eux reviennent dans un état qui leur fait redémarrer le circuit d'acquisition des micro-libertés, souvent suite à une hospitalisation sans consentement, nous avons préféré aborder les cas des patients qui construisent une relation à l'hospitalisation et à l'équipe sur le long terme, ce qui leur produit une posture spécifique auprès des équipes, dans leur place au sein de l'ordre négocié et dans la composition de leurs micro-libertés. Au travers des exemples détaillés de trois patients, nous avons illustré comment pouvaient se construire une relation de long terme avec une unité d'hospitalisation, ce qui a révélé deux relations extrêmement opposées.

Dans un premier temps, nous avons vu une situation où les patients construisent une « coopération distanciée » (Velpry, 2008) à l'unité d'hospitalisation. Ils prennent le contrôle de leur hospitalisation, en choisissant le lieu et le moment, en évitant les rapports avec le système extra-hospitalier et en contactant directement l'équipe de l'unité plutôt que de passer par les unités d'orientation traditionnelle. Cette démarche est valorisée par les équipes, qui y lisent le signe d'une affiliation et d'une compréhension de la maladie. Pour ces patients, la confiance de

l'équipe s'exprime par une place plus importante dans l'ordre négocié, un parcours de micro-libertés simplifié avec de nombreux accès dès l'entrée dans l'unité.

Ensuite, nous avons abordé le cas de patients vétérans qui vivent sur de très longues périodes dans les unités d'hospitalisation. Nous avons vu au travers de deux cas similaires comment l'équipe voit son positionnement remis en question par ces séjours prolongés, et doit reconstruire sa vision de la prise en charge et du rôle de l'unité d'hospitalisation. Nous avons alors montré comment la personnalité du patient et les rapports d'affinités jouent sur la considération pour le patient et sa place dans l'ordre négocié : les patients aux présences prolongées qui sont appréciés étant surnommés les « piliers » quand ceux qui le sont moins sont surnommés les « meubles ». Dans les deux cas, ces patients disposent de gamme de micro-libertés bien plus vaste que les patients habituels, et révèlent à nouveau à quel point les cadres qui structurent les listes des conditions de vie dans les unités sont malléables et extensibles.

Dans les deux cas, nous avons montré comment ces alliances pouvaient être bénéfiques aux équipes, que ce soit dans la coopération distanciée qui allège le travail des équipes comparé à un patient pour qui il faut mettre en place toute la prise en charge et négocier l'ensemble des micro-libertés. Dans le cas des « piliers », patients vétérans qui vivent dans les unités pour des périodes prolongées, l'alliance avec le patient permet à l'équipe de bénéficier d'une forme de soutien intérieur au groupe des patients, par exemple pour surveiller les risques de suicides dans les chambres partagées.

Pour finir, nous avons discuté la place que prennent les familles au sein des unités d'hospitalisation. Nous avons révélé une forme de typologie des différentes configurations relationnelles que pouvaient produire leurs positionnements face à l'hospitalisation de leur proche. Nous avons donc distingué des familles qui limitent les micro-libertés de leur patient par leur distance avec le milieu psychiatrique, ou bien en possédant certaines ressources économiques auxquelles ils ne lui laissent pas l'accès. Les familles qui réclament plus de micro-libertés se sont détachées en ce qu'elles mobilisent des leviers pour pousser l'équipe en ce sens. Après cela, nous avons discuté des familles qui réclament un prolongement de l'hospitalisation de leur proche, arguant souvent de la difficulté à en récupérer la gestion ; et à leur inverse, les familles qui s'opposent aux soins et cherchent à mettre fin à l'hospitalisation.

Dans ces quatre cas, il apparaît que la famille investit l'hospitalisation de l'un des leurs dépendamment de sa compréhension et de son rapport à la maladie et aux troubles psychiatriques, ce qui est dépendant de ses ressources intellectuelles (Blum, 2012 ; Boltanski, 1971), mais aussi de l'écart entre leur culture d'origine et celle occidentale qui prend en charge leur patient (Sicot et Touhami, 2018). Les proches produisent alors des « théories

diagnostiques » (Béliard, 2008) face aux symptômes de leurs patients qu'ils mobilisent pour justifier de leur positionnement, ce qui fait émerger un triangle relationnel entre eux, leur membre hospitalisé et l'équipe. Mais parce que ces quatre formes de positionnement sont généralement opposées aux discours que produisent les professionnels sur le soin, en plus de leur ajouter des charges de travail ; les professionnels illégitiment les familles. Ils cherchent alors à les tenir à l'écart de la prise en charge, y compris en compliquant les modalités pratiques qui permettent aux familles de les joindre. Cela participe à réduire l'information dont disposent les proches, et ce manque de connaissance concourt à créer la posture illégitime de la famille qui se retrouve en plus faible capacité d'apprendre les fonctionnements du système psychiatrique, créant finalement un cercle vicieux. C'est ce fonctionnement qui pourrait être à l'origine de la relation ambiguë entre les familles et les équipes, qui se construit dans la méfiance alors même que le recours aux proches comme une ressource pour les prises en charge ambulatoire se fait de plus en plus courante (Carpentier, 2001 ; Davtian et Scelles, 2013).

Les présentations que nous avons produites au cours de ce chapitre viennent donc s'ajouter aux premières esquisses de l'ordre qui se négocie en hospitalisation, autour des micro-libertés, qui a émergé de la partie précédente sur les soignants.

Ici, nous pouvons donc ajouter la présence du groupe des familles de patients, marquée d'une *illégitimité symbolique exogène*, en ce qu'elle prend place dans l'ensemble du système hospitalier. Pour autant, ces proches ne sont pas tout à fait démunis dans le triangle relationnel qui se noue, et nous avons vu leur capacité à peser sur les négociations pour les micro-libertés, possédant parfois directement le contrôle d'une partie des micro-libertés des patients. En sommes, ils bénéficient sur certaines d'entre elles d'une forme de *pouvoir*, qui leur permet de peser par moment sur l'acquisition ou non de certains objets ou certains accès au sein de l'unité. Par ailleurs, nous avons à nouveau montré comment une idéologie pouvait intercéder dans la position d'un groupe vis-à-vis de l'organisation informelle. Comme dans le cas des aides-soignants précédemment présentés, c'est ici la mise en place locale d'une idéologie des thérapies par l'interaction qui modifie la place qu'occupent les familles dans l'ordre négocié, en leur offrant un espace dans les décisions qui concernent les micro-libertés : en leur accordant une *légitimité symbolique endogène*, propre à ce contexte à l'action particulier.

L'ensemble des patients, dont nous avons à de multiples reprises explicité l'éclatement, ne saurait être placé dans l'ordre négocié comme un seul groupe. Ce que nos descriptions révèlent, c'est finalement comment chaque patient, individuellement, dans ses interactions et dans les jugements qui sont produits sur lui par l'équipe, dispose d'une posture individualisée

dans l'organisation informelle. On peut alors en différencier deux extrêmes. D'abord, il y a les patients qui entrent tout juste en hospitalisation et n'y sont nullement affiliés, comparables à ceux qui n'en apprennent pas les codes et maintiennent des comportements perçus péjorativement par l'équipe, que cela soit vrai ou un artefact produit par l'ingérence du contexte. Cet ensemble de patients constitue la part la moins légitime au regard de l'équipe, qui ne leur accorde pas de confiance pour les décisions au sujet de leurs micro-libertés. C'est la fraction des patients qui sont *illégitimes symboliquement* au regard de l'organisation informelle qui se tisse autour des micro-libertés.

À l'opposé du spectre, nous pouvons placer les patients vétérans, qui maîtrisent les codes informels qui ont cours au sein des unités, et qui ont tissé des relations de confiance avec les équipes. Qu'ils vivent dans les unités pour des temps longs ou bien qu'ils entretiennent un rapport distancié avec celles-ci, y recourant comme un outil de soutien lorsqu'ils en ressentent le besoin ; ces deux formes de recours révèlent des micro-libertés spécifiques, exceptionnelles, ou obtenues et négociées plus aisément. En substance, ces patients disposent d'une légitimité symbolique auprès de l'équipe, levier qu'ils peuvent mobiliser lors des négociations qui encadrent leurs conditions de vie.

Mais ces deux extrêmes ne représentent finalement pas la majorité des patients qui circulent dans les unités, chacun étant à un stade d'affiliation différencié, dans une relation qui se construit spécifiquement avec l'équipe. Qui plus est, ces positions sont fluctuantes, et s'il est facile d'imaginer un patient acquérant la confiance de l'équipe et donc de la légitimité, il est aussi possible que les patients perdent ces positions en effectuant des actes proscrits ou perçus péjorativement par l'équipe, qui rompraient la confiance. Précision que, parce qu'elle n'existe que dans la relation avec l'équipe avec qui elle se construit, la position de légitimité qu'occupe un patient dans l'ordre négocié est toujours de nature endogène, puisqu'elle sera différente si le patient entre dans une nouvelle unité dont l'équipe ne le connaît pas encore.

Aussi, la conclusion de cette partie est venue expliciter les postures variables des patients, qui ne constituent finalement pas un groupe tout à fait dominé dans l'ordre négocié qui encadre leurs prises en charge : ils bénéficient d'une place dépendante de la relation de confiance qui se construit avec l'équipe, et peuvent avec le temps prendre le contrôle de cette relation et de l'usage qu'ils font de l'hospitalisation.

L'agglomération des positions des acteurs professionnels soignants et des patients produit la forme la plus grossière de l'ordre négocié qui émerge dans l'interaction pour les micro-libertés ; en ce qu'il s'agit des groupes d'acteurs fondamentaux, les plus présents et les plus impliqués dans les négociations. Cependant, à la manière des familles de patients qui n'interviennent que

pour une partie des patients, et une partie des micro-libertés, d'autres groupes d'acteurs sont pareillement subsidiaires à l'action. En somme, ils n'interviennent que partiellement dans l'unité, soit auprès d'un nombre restreint de patients, soit sur un ensemble particulier de micro-libertés. La prochaine partie de la thèse s'intéressera plus particulièrement à ces groupes.



# **Partie V : Les acteurs subsidiaires**

La majorité des études qui prennent pour objet l'hôpital se concentrent sur les groupes d'acteurs que forment les soignants (médecins, infirmières et aides-soignants), ou bien sur la posture de patient ; ou enfin sur les relations entre ces deux ensembles d'acteurs. Effectivement, ils constituent le socle du travail hospitalier, et représentent le plus grand nombre des interactions : ces groupes sont un sujet de choix pour réfléchir les liens sociaux dans le cadre d'une structure dédiée à la santé. Cependant, il ne s'agit pas des seuls acteurs à la présence quotidienne dans les services, au sein des structures hospitalières. Selon la spécialité des unités, d'autres groupes professionnels interviennent à plus ou moins grande échelle dans les interactions et les négociations journalières. Cela nous semble d'autant plus vrai pour le milieu de la psychiatrie, où nos observations nous ont fait rencontrer une vaste gamme de groupes professionnels : des assistants sociaux, des psychologues, des neuropsychologues ou encore des psychanalystes, tous en contact avec une liste spécifique de patients de l'unité. De même, nous avons pu voir à l'œuvre les groupes d'acteurs dédiés aux questions judiciaires autour des patients en soins sous contrainte : les juges des libertés et de la détention (JLD), les avocats des patients, commis d'office ou non, et enfin les secrétaires médicales, chargées de ces sujets au sein des équipes.

Notre analyse par les interactions, révélant les mécanismes de négociations qui structurent l'ordre informel du quotidien, axé principalement autour des micro-libertés, questionne donc la présence de ces acteurs subsidiaires : interviennent-ils eux aussi dans les négociations du quotidien ? Participent-ils à la régulation des micro-libertés ? Et si oui, de

quelle manière et dans quelle ampleur, pour les patients spécifiques avec lesquels ils entrent en jeu ?

Pour répondre à ces questions, nous aborderons ces groupes professionnels sous la forme de groupements d'acteurs, en fonction des positions occupées dans l'organisation informelle et les négociations.

D'abord, nous discuterons le rôle des acteurs judiciaires, dont le travail se concentre sur les patients en soins sous contrainte dans l'unité d'hospitalisation, environ la moitié des patients dans l'unité. Nous verrons alors les interactions du triangle que forment les secrétaires médicales, au service de l'équipe et des psychiatres, avec les avocats des patients et les juges des libertés ; un groupe dont les interactions déterminent la conduite des soins sous contrainte et les micro-libertés des usagers hospitalisés sous ces modes.

Ensuite, nous aborderons les assistants sociaux, un groupe professionnel qu'on rencontre régulièrement dans les hôpitaux, y compris somatique ; qui est chargé de soutenir les patients et l'équipe dans la gestion des aides sociales qui bénéficient aux patients, autour d'un quart à la fois dans l'unité.

Pour finir, nous aborderons le groupe des acteurs que nous qualifions d'intervenants spécialisés, il s'agit des membres de groupes professionnels au contact du patient, qui s'occupent de prise en charge et de rééducations pour environ un quart des patients de l'unité. Dans les services somatiques spécialisés en pathologies chroniques, il est fréquent de croiser des groupes professionnels de cet ordre, et la psychiatrie ne déroge pas à cette règle, piochant dans un nombre impressionnant de groupes professionnels dont nous découvrirons quelles difficultés existent à les caractériser de manière unifiée.

Par ailleurs, notre recherche de thèse entend être la plus fidèle possible pour dépeindre la structure de l'organisation informelle qui se tisse au sein des unités d'hospitalisation psychiatrique. Pour cette raison, nous choisissons d'aborder le plus grand nombre possible d'acteurs intervenant dans le système. Cependant, nous devons prévenir notre lecteur qu'il manque à l'appel certains des groupes professionnels de ces structures d'hospitalisation, dont peut-être les places dans les négociations des micro-libertés pourraient faire l'objet d'analyses pertinentes.

Ainsi, nous avons laissé de côté Hurley, le chauffeur de l'unité 2, chargé des courses pour les patients, ainsi que de les conduire aux entrevues avec le juge des libertés. De nos observations au sein de l'unité, il nous a semblé ne pas être pertinent d'aborder sa place au sein de l'ordre négocié : dont il est tout à fait absent. Mais peut-être hors de l'unité, seul avec le

patient, agit-il de manière à modifier certaines micro-libertés : un postulat probable, mais pour lequel nous ne bénéficions pas de données.

De la même manière, nous n'aborderons pas les groupes professionnels qui travaillent au sein des pharmacies des structures psychiatriques. En effet, toutes nos unités disposaient d'une pharmacie avec son panel d'acteurs spécifiques, lié au bâtiment entier. En son sein sont comptabilisés et distribués les traitements vers les unités, et parfois des traitements conçus sur place, pour des cas de patients particuliers. Or, ces acteurs prennent de plus en plus de place dans l'organisation du travail en psychiatrie, et ce au travers de logiques de groupe visant à étendre leur contrôle sur le médicament au sein du système médical, avec de nouveaux fonctionnements comme les « conciliations thérapeutiques » : pour vérifier, contrôler, voire se passer des psychiatres dans la prescription. Un sujet au centre du projet « Décloisonnement des organisations et renégociation des places des acteurs du soin : analyser les effets du développement des activités de pharmacie clinique en psychiatrie générale » (Lancelevée *et al.*, 2022) ; et qui révèle comment le groupe professionnel prend de l'ampleur. Cependant, nos observations au cours de ce travail de thèse en étaient trop partielles, et si nous avons pu noter quelques passages dans les unités, nous n'avons jamais suivi ces acteurs au sein des pharmacies.

Pour finir, nous n'aborderons pas dans cette thèse la place qu'occupent les cadres de santé au sein des unités, leur lien aux micro-libertés étant plus ténu. En effet, si elles parcourent quotidiennement les unités d'hospitalisation et sont en rapport constant avec l'équipe, elles le sont principalement pour les questions qui concernent la circulation des patients et la gestion des lits. Aussi, nous préférons explorer la position de ces acteurs particuliers dans un article qui prolongera la thèse plutôt que de les introduire dans ce travail où elles n'auraient pas trouvé tout à fait leur place dans des questions qui concernent majoritairement les ordres négociés qui se produisent autour des micro-libertés et des conditions de vie des patients.

# Chapitre 1 : Les acteurs du volet judiciaire

La mise en place de la loi du 5 juillet 2011 (modifiée par les textes du 27 septembre 2013 et du 11 mars 2020) modifie les démarches légales qui encadrent la prise en charge de patients sans leur consentement. Elle répartit ces types de soins sous trois formes : les soins à la demande d'un tiers, un proche du patient qui demande son hospitalisation. Les soins pour péril imminent, qui sont décidés par le directeur d'un établissement psychiatrique lorsque les soignants sont dans l'impossibilité de trouver un tiers, mais que le patient est dans un état qui le met en péril. Et enfin les soins à la demande d'un représentant de l'état, lorsque les forces de l'ordre appréhendent le patient suite à des actes proscrits. Par ailleurs, il existe aussi des procédures dites d'urgence qui facilitent la mise en place de ces soins si les situations sont extrêmes.

Ces textes ouvrent les portes des hôpitaux psychiatriques à de nouveaux acteurs, éloignés des logiques médicales : les juges des libertés et de la détention (JDL) et les avocats, généralement commis d'office. Ces deux types d'acteurs ont alors à charge la vérification du respect des droits des patients au cours de passages sous contrainte dans les établissements de santé psychiatrique. Pourtant, l'entrée dans les prises en charge sous contrainte et dans les hôpitaux psychiatriques ne s'accompagne pas d'interaction directe entre les acteurs du milieu judiciaire et ceux du milieu hospitalier. Si les avocats pénètrent les unités pour de courtes périodes, il n'en est rien des juges ; et inversement, les membres des équipes n'interagissent pas directement avec les juges et ne sont pas présents lors des audiences des patients. Ces derniers sont donc les seuls acteurs à entrer en relation directe avec les deux groupes, sortant des unités lors des audiences qui les confrontent aux groupes judiciaires.

S'ils n'entrent pas en relation directe, les membres des équipes de la psychiatrie et les acteurs judiciaires échangent tout de même autour des patients pris en charge sous contrainte et qui les concernent tous deux au travers de procédés indirects : la production et la circulation d'un certain nombre de documents extrêmement codifiés, encadrés par des dates clés. Nous en proposons un tableau récapitulatif dans l'encadré ci-après. Dans ces documents, les psychiatres doivent attester de la nécessité de la poursuite des soins, et informer régulièrement sur le déroulement de ceux-ci. La fréquence de ces documents permet aux acteurs judiciaires de se renseigner à distance sur la conduite des soins sous contrainte et leur pertinence, avant, pendant

et après le rendez-vous du juge avec le patient, qui prend place avant douze jours d'hospitalisation contrainte.

Dans ce chapitre, nous détaillerons le rapport à ces procédures de soin spécifique du point de vue de l'ensemble des acteurs ; les soignants et les patients, mais aussi les acteurs dédiés uniquement à ces prises en charge sous contrainte, les secrétaires médicales au sein des unités, et les avocats et juges en dehors.

D'abord, nous verrons comment les acteurs soignants maîtrisent peu les procédures de réalisation de ces démarches et ces documents, ce qui provoque chez eux des discours de rejet et de crainte.

**Ascléa :** « En plus, la loi de juillet elle sert à rien, parce qu'on doit s'assurer de pas faire d'enfermement abusivement prolongé, mais on a déjà l'impératif de turnover parce qu'il y a pas assez de lits ! Ça nous pousse déjà à précipiter les sorties ! »  
(*Infirmière, 35 ans, unité 2*)

Dans un second temps, nous nous intéresserons plus en détail aux acteurs qui sont liés spécifiquement à ces documents et à ces modes de prises en charge. D'abord, nous montrerons la place prépondérante qu'occupent les secrétaires médicales sur ces questions, au sein des équipes de la psychiatrie. Nous verrons comment leurs tâches, issues d'un « sale boulot » médical, deviennent finalement la source d'une expertise qui les valorise au sein de leurs équipes, et qui leur permet de soutenir les volontés des psychiatres d'empêcher les levées de contrainte, qualifiées « d'injustes », des juges.

Pour finir, nous aborderons le rôle spécifique des acteurs judiciaires eux-mêmes, les avocats et les juges des libertés, extérieurs aux unités d'hospitalisation et dont les décisions sont la source des craintes de l'équipe. Nous montrerons alors que les discours des soignants sont surprenants, en ce qu'ils sont à l'opposé de ceux qu'expriment les professionnels du droit, qui s'alignent majoritairement sur les décisions médicales et reconnaissent aux soignants une légitimité d'expert sur les questions de soins. Après cela, nous expliciterons la manière dont ces acteurs parviennent, malgré leur distance avec les unités qu'ils ne pénètrent pas, à peser sur l'action qui s'y déroule et sur les micro-libertés des patients en soins sous contrainte.

## Encadré des documents à produire pour les mesures de prise en charge sous contrainte

Demandes de soins par un tiers			Demande de soins par un représentant de l'État	
Soins à la demande d'un tiers (SDT)	Procédure d'urgence (SDTU)	Péril imminent (SPI)	Soins à la demande d'un représentant de l'État (SDRE)	Procédure d'urgence (SDREU)
Décision du directeur de l'établissement, après demande d'un membre de la famille ou d'un proche	Décision du directeur de l'établissement, après demande d'un membre de la famille ou d'un proche	Décision du directeur de l'établissement	Arrêté du représentant de l'État	Arrêté municipal ou de police
2 certificats médicaux, de moins de 15 jours, par les médecins A et B dont un extérieur à l'établissement	1 certificat médical pouvant être produit par un médecin A ou B interne à l'établissement	1 certificat médical par un médecin A extérieur à l'établissement	1 certificat médical par un psychiatre A extérieur à l'établissement	1 certificat médical simple
Admission : charte de l'établissement d'accueil et information sur la situation juridique et les droits du patient, signé par lui				
Certificat de 24 h par un psychiatre C de l'établissement d'accueil				
Certificat de 72 par un psychiatre de l'établissement d'accueil C ou D	Certificat de 72 par un psychiatre de l'établissement d'accueil D	Certificat de 72 par un psychiatre de l'établissement d'accueil D	Certificat de 72 par un psychiatre de l'établissement d'accueil C ou D	Certificat de 72 par un psychiatre de l'établissement d'accueil C ou D
Décision de maintien des soins par le directeur d'établissement, signé par le patient				
Avant 12 jours : audience avec le juge des libertés. Convocation remise au patient et signée par lui. Le cas échéant, document de situation incompatible avec l'audience par le psychiatre				
Certificat circonstancié tous les mois, produit dans les 3 jours avant la date du délai d'un mois.			Certificat circonstancié tous les trois mois, produit dans les 3 jours avant la date du délai d'un mois, puis par périodes de 6 mois	
Si durée d'un an, évaluation par un collège médical			-	

Qui plus est, ce tableau ne présente que les cas où la prise en charge sous contrainte est maintenue. Il est aussi possible que les instances impliquées ne soient pas d'accord entre elles (psychiatres, représentants de l'État et juge des libertés). Aussi, le juge peut réclamer des expertises supplémentaires par d'autres psychiatres extérieurs à l'unité d'accueil. Dans tous ces cas, d'autres documents supplémentaires entrent en jeu. De plus, si un patient en soins sous contrainte est affecté à une activité spécifique, ou obtient un droit de sortie temporaire, cela nécessite à nouveau des documents et un certificat du psychiatre. Enfin, le régime d'hospitalisation complet peut être modifié en programme de soins, et inversement, réclamant aussi d'autres documents (Théron, 2017).

## Les équipes de la psychiatrie face au volet judiciaire

En réunion, l'équipe aborde un nouveau patient en soins sous contrainte dont l'audience avec la juge est programmée pour aujourd'hui. Amel, la psychiatre cheffe d'unité, déclare avec pessimisme :

**Amel :** « Lui, il peut tenir le change avec la juge. Sur dix minutes de conversation il a l'air bien, il faut plus pour se rendre compte qu'il est dangereux... J'espère que la juge va se méfier, sinon c'est sûr, il sort... ». Le reste de l'équipe approuve, et renchérit avec des bavardages sur les sorties injustes et les patients qui ont commis des actes graves après la levée du juge. *(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Dans le temps que nous passons au contact des équipes soignantes, au sein des unités d'hospitalisation, nous entendons régulièrement ces références aux audiences du juge des libertés pour les patients en soins sous contrainte. Les membres des équipes construisent des discours, similaires partout dans notre corpus, de méfiance face aux démarches qui encadrent ces soins spécifiques. Cette méfiance se décline alors sur les textes juridiques :

Naëlla est avec une patiente dans la chambre double. Elle essaie de lui faire signer le document lié à la visite du JLD qui a lieu le lendemain matin, mais la patiente refuse. L'infirmière sort et m'explique.

**Naëlla :** Nan elle veut pas signer. Elle comprend pas, elle pense que c'est pour lui enlever la garde de ses enfants que le juge vient... « Toute façon, ces lois sur la contrainte ça fait que nous rajouter du taf. Les patients, ils amalgament la police, les juges, les soignants... Ça les rend craintifs. T'imagines aller faire signer des papiers pas clairs comme ça à un paranoïaque ? Jamais il signe ! Et après, bonjour pour l'alliance thérapeutique... » *(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Comme Naëlla, les soignants se montrent souvent critiques face à ces lois qui, selon eux, ne prendraient pas en compte la réalité de la psychiatrie. Elles ignoreraient ces patients dont les troubles sont parfois centrés ou aggravés par le rapport aux figures représentatives de la loi, fantasmé comme des sources de persécutions. À cela s'ajoutent les autres difficultés de communications liées au langage ou aux origines sociales des patients, dont ceux de milieu

populaire peuvent montrer de réelles difficultés à comprendre les démarches juridiques ou administratives.

Les critiques des soignants, ciblant régulièrement les textes de lois, peuvent parfois aussi se tourner vers les acteurs chargés de leur application et des vérifications de leur déroulement. C'est le cas dans la citation qui ouvre cette sous-partie, où Amel questionne la capacité de discernement du juge ; et cela apparaît plus clairement encore dans la longue critique que nous dresse Gérard :

Je discute avec Gérard, le psychiatre de garde ce week-end, qui travaille habituellement au CMP. Il me raconte l'histoire d'un patient présent dans l'unité et qu'il « connaît bien ». En effet, celui-ci était sorti de l'unité 2 pour une prise en charge *via* un programme de soins, régulé au CMP. Au bout d'un an, l'équipe doit faire une réunion pour discuter cette prise en charge et rédiger un document qui y est lié. Cette fois-ci, ils avaient eu un mois de retard. Le juge des libertés et l'avocat du patient levèrent la prise en charge pour vice de forme, mais n'étant pas « observant de son traitement », le patient « fit une décompression », et réintégra l'unité 2 par les urgences d'un autre secteur « pour une mise en danger d'autrui en plus ! ».

Il m'explique alors : « En fait le juge, il applique des lois fixes, comme là, le vice de forme. La santé du patient le préoccupe pas... D'ailleurs, on pourrait croire qu'il engage sa responsabilité s'il lève, mais non, c'est nous qui sommes en tort, car on n'a pas redemandé l'internement, s'il se passe un truc. En fait c'est un croisement de deux mondes, qui n'ont pas le même objectif. On peut pas travailler en psychiatrie si on tient pas moralement vis-à-vis de ça. D'ailleurs, ça donne des relations houleuses avec les juges parfois : ils comprennent pas qu'on suive pas le règlement au jour près, mais c'est difficile de respecter ces règles avec le week-end, les astreintes, les gardes... Parce que voir les patients des collègues une fois ne suffit pas ! » (*Psychiatre, 50 ans, de garde dans l'unité 2*)

Gérard nous raconte ici l'une des nombreuses histoires de « levée sèche » du juge, que les soignants qualifient souvent « d'injustes ». Il nous explicite l'idée que cette levée était motivée par une erreur dans le respect du cadre légal strict qui encadre la prise en charge sous contrainte. Mais cet argument n'est pas valide pour le psychiatre : le cadre de contrôle des dates est antinomique avec l'exercice pratique du soin, qui impose des emplois du temps variables, et qui nécessite une individualisation des prises en charge *via* des rendez-vous multiples avec les

patients. Pour Gérard, cette situation provoque un mal-être chez les soignants, celui de devoir réussir une prise en charge sous contrainte de qualité tout en respectant un cadre trop rigide pour la permettre. Il faut « tenir moralement » face à cette double injonction qui complique le travail en psychiatrie.

Les équipes de soignants des unités mobilisent fréquemment ces histoires de patients, qualifiés de dangereux pour eux-mêmes ou les autres, et qui nécessiteraient des soins réguliers ; mais pour lesquels une erreur dans le dossier lèvera finalement les soins sous contrainte. La chute de l'histoire tournant alors systématiquement autour de la réintégration du patient en structure psychiatrique, à la suite d'actes graves de sa part. Ces parcours de patients, transformés par les bouche-à-oreille et les réinterprétations, sont mobilisés comme autant de preuves de l'échec des lois de prise en charge sous contrainte, et de la place trop importante qui est donnée aux acteurs juridiques liés à leurs applications.

La qualification « d'injuste » que prêtent les équipes aux levées prononcées par les juges nous semble être plutôt le symbole de la différence fondamentale dans le registre de la justification qui est employé par ces deux groupes d'acteurs. Car pour les soignants, le bien-être qu'ils perçoivent, appuyé sur des logiques médicales et hospitalières, basées sur des savoirs d'expert et d'expériences, leur offrirait une connaissance prétendument plus pointue que le patient sur ses propres troubles. Cette expertise justifierait une position parentaliste<sup>33</sup> et dominante, donc en mesure de contraindre « pour leur bien ». Du côté des acteurs judiciaires, la question n'est pas tant celle du soin, mais du respect d'une démarche administrative qui garantit un droit inaliénable : la question d'un bien-être médicalement validé est secondaire face à celle du respect des textes qui garantissent une égalité entre patients ; une autre forme de bénéfice, en somme. Les remarques d'une secrétaire médicale de l'unité 2 exemplifient bien cette opposition de justification :

**Dehbia :** Une fois le juge, il a levé parce que le certificat d'urgence il était écrit au stylo bleu ! Le scanner l'avait rendu illisible pour le juge alors il a levé ! Tu te rends compte ? » (*Secrétaire médicale, 35 ans, unité 2*)

---

<sup>33</sup> Nous utilisons ici le terme de parentalisme pour faire référence au paternalisme hospitalier, ce dernier terme nous semblant mal choisi puisque les psychiatres et les infirmières de nos terrains sont quasi exclusivement des femmes.

Comme cherche à nous en convaincre Dehbia, la justification qu'utilisent les juges est « injuste » en ce que son registre de justification n'a pas de rapport direct avec le patient, mais avec les documents qui sont produits à son sujet. L'objet d'attention des deux groupes d'acteur est fondamentalement différent ; les décisions sont « injustes » aux yeux des soignants en ce qu'elles ne sont pas alignées avec leur vision de la position symbolique qui devrait être attribuée au patient. Le juge quant à lui observe un vice de forme du document, donc une mauvaise tenue des documents qui concernent ce patient. En somme, c'est le registre de justification de l'action qui diffère entre les deux groupes (Boltanski et Thévenot, 1991).

Qui plus est, lorsque nous demandons aux soignants de nous raconter les histoires de patients qui ont marqué leur mémoire, les levées de soins sous contrainte reviennent avec la même régularité que les histoires à propos de patients qui ont intenté à leur vie ou qui ont agressé des membres de l'équipe. En somme, la levée « injuste » du juge est mise sur un pied d'égalité avec des situations de dangerosité vitale : les soignants leur prêtent une valeur traumatique égale. Un discours d'autant plus surprenant que les levées des juges sont en réalité plutôt rares, comme nous le verrons dans la suite de ce chapitre ; aussi rares que les agressions ou les tentatives de suicide au sein des unités. Aussi, il nous semble que les discours de soignants, dans leur versant critique, mais aussi par la manière dont cet argumentaire se monte, révèlent plutôt quelque chose de l'ordre de la crainte pour ces démarches administratives. D'une part, ils n'en comprennent pas tout à fait le registre justificatif ; et de plus, ils n'entrent jamais en contact avec le juge qui décide de cette levée pour des raisons qui leur semblent obscures et injustifiables. À notre sens, les soignants expriment donc avant tout une peur de ces audiences en ce qu'ils ne les comprennent pas. Elles apparaissent comme une intervention extérieure, toute puissante et imprévisible puisque les arguments qu'ils maîtrisent et qui justifieraient selon eux des soins sous contrainte ne sont pas les arguments qui importent. La mobilisation des histoires de levée de contrainte, transformées en mythes de services par les années et le bouche-à-oreille, jouant un rôle cathartique par l'équipe qui s'y donne un rôle positif : ils avaient raison de conserver tel patient en soins sous contrainte, puisqu'après la levée il aurait commis des actes graves sur lui-même ou sur autrui, qui l'ont reconduit à l'hospitalisation.

Par ailleurs, il nous semble que les soignants des équipes comprennent peu les démarches et les registres de justification juridiques avant tout parce qu'ils y sont rarement exposés. Ils gèrent irrégulièrement les documents, et uniquement lors d'étapes spécifiques de leur production. Ce rapport partiel avec les démarches administratives qui encadrent

juridiquement la contrainte s'explique par la présence au sein des équipes d'un groupe professionnel dont les tâches y sont dédiées, les secrétaires médicales.

Pour l'unité 2 comme l'unité 3, il s'agit d'une petite équipe de trois secrétaires, qui disposent d'un grand bureau commun hors de l'unité, dans l'aile administrative du bâtiment. Elles gèrent les plannings des psychiatres, en s'occupant de la distribution des jours de travail, des gardes et des astreintes ; mais cette activité n'est que secondaire, car elles s'occupent principalement des documents administratifs et juridiques liés à la liste des patients en soins sous contrainte dans deux unités d'hospitalisation de leurs bâtiments respectifs. La nature centrale de cette seconde tâche apparaît rapidement lorsqu'on observe l'organisation de l'espace de travail que partagent les secrétaires. D'abord, une armoire remplie des dossiers des patients en soins sans consentement, au format papier, occupe un espace considérable de la pièce. Un autre des murs est dédié au grand tableau Velleda blanc sur lequel les secrétaires actualisent les différentes informations qui concernent les patients en soins sous contrainte : la modalité de contrainte, les calculs de temporalité pour les 24 h, 72 h, douze jours, puis mensuels. Qui plus est, les secrétaires multiplient les sources de rappels pour éviter d'oublier une date importante dans la conduite du dossier judiciaire, sur les murs, sur des *post-it* qui encadrent leur écran d'ordinateur, et enfin avec des rappels programmés sur ces derniers.

Les membres de ce groupe professionnel suivent des horaires de bureaux, et sont présents les jours ouvrés de la semaine. Elles entretiennent un lien relatif avec les acteurs qui évoluent au sein des unités d'hospitalisation. L'une d'elles se présente tous les matins au « staff », pendant lequel elle n'intervient que dans le cas de documents judiciaires à faire signer par les psychiatres, sur un patient en soins sous contrainte :

**Isabelle :** « Tous les jours y en a une d'entre nous qui monte à l'état du jour. On indique quels certifs' il faut faire et signer pour aujourd'hui. On motive les psychiatres, quoi ! [Rires] » (*Secrétaire médicale, 45 ans, unité 2*)

Dans la liste des patients qui sont abordés au cours de la réunion, la secrétaire interviendra pour signaler les documents juridiques à produire ou à signer dans le cadre de la prise en charge de patients sous contrainte : ce sont elles qui signalent la nécessité de production des certificats médicaux de 24 et 72 heures, entre autres. Une « motivation » des psychiatres que souligne Isabelle, et qui est loin d'être inutile, car les soignants oublient régulièrement ces documents, y compris lorsque la secrétaire les rappelle en début de journée, mais de façon plus systématique si aucune d'entre elles ne se présente au « staff ».

En dehors de ce moment, les secrétaires pénètrent peu dans l'unité, si ce n'est pour des cas d'urgence où des documents ont été oubliés, alors que leurs échéances de productions sont proches. Aussi, elles ont peu de contact avec l'équipe, et moins encore avec les patients, n'interagissent jamais auprès d'eux. À la suite de la réunion d'équipe, les secrétaires retournent dans leur bureau où elles gèrent la production de ces documents jusqu'à l'arrivée des psychiatres, vers treize heures. Puis elles passeront l'après-midi à ranger les dossiers et à transmettre les documents aux différentes instances concernées. Dans l'organisation de leur journée de travail, les secrétaires n'entrent pas non plus en relation avec les acteurs juridiques, pas même lors des audiences des juges.

Lorsque les psychiatres se rendent dans le bureau, aux alentours du déjeuner, elles apportent les documents qui devaient être signés par les patients ou elles-mêmes. Elles dictent ensuite aux secrétaires (les psychiatres n'écrivent jamais directement) les certificats et autres documents réglementaires nécessaires pour la prise en charge sous contrainte : des certificats médicaux, des avis motivés pour prolonger la contrainte, proposer un programme de soin, ou enfin d'avis contraire pour justifier qu'un patient ne se rende pas au rendez-vous avec le juge. Les secrétaires sont loin d'être passives lors de ces interactions. Elles soutiennent la psychiatre, en la conseillant sur des tournures de phrases, en ressortant les anciens documents ou les certificats pour aider les médecins à trouver du contenu et s'inspirer. Parfois encore, elles lui citent des extraits, en prenant des formules de documents-types régulièrement utilisés.

Ces différentes tâches de gestion des papiers juridiques, mais aussi de dactylographie pour les psychiatres, représentent un « sale boulot » administratif, éloigné de la pratique du soin et délégué par les médecins vers un autre groupe professionnel (Freidson, 1988 ; Hughes, 1951 ; Strauss *et al.*, 1985). Cela donne l'impression de rapports entre un groupe dominant et un autre qui lui est subordonné. Cependant, en se débarrassant de cet ensemble de tâches, les psychiatres y perdent en connaissance des rouages qui encadrent la production de ces documents, ce qui permet aux secrétaires de s'arroger une place d'expertes juridico-administratives au sein des structures psychiatriques. Loin d'être des acteurs passifs de la délégation médicale, elles soutiennent et guident la production des documents administratifs et des certificats médicaux, elles deviennent un « relais prescriptif essentiel dans le respect de la règle », et occupent finalement des positions d'expertises valorisées par les équipes et les psychiatres, déjà signalées dans d'autres recherches sur ces acteurs (Tartour, 2021, p. 191)<sup>34</sup>, et que nous observons régulièrement sur nos terrains :

---

<sup>34</sup> Sur le sujet, voir la place spécifique de Jeanne Chaumont.

**Amel :** « [...] Du coup je sais pas quoi faire. On a besoin de ces documents, mais comme il s'est fait virer de l'appartement thérapeutique, bah il a plus d'adresse... »

**Isabelle vers ses collègues :** « Ah, mais on peut le domicilier dans l'unité non ? »

**Sophie :** « Ah bah oui, on peut monter un dossier pour que la boîte aux lettres de l'équipe devienne la résidence... Le domicile du patient ! »

**Amel :** « Ah bon ? Je savais pas qu'on pouvait faire ça moi !

*Vers moi* elles sont trop fortes les filles hein ! Je savais même pas moi ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 2)*

Dans ce cas de patients de l'unité 2, ce sont les secrétaires médicales qui proposeront puis mettront en place une solution pour récupérer les documents officiels du patient en le domiciliant dans l'unité. Leur expertise sur les démarches administratives possibles est alors saluée par la cheffe d'unité Amel, qui encense leurs connaissances sur le sujet.

Si cette expertise s'observe effectivement sur des sujets secondaires de gestion administrative, ils apparaissent plus clairement encore sur les gestions des documents juridiques qui encadrent la prise en charge sous contrainte. En effet, sur ces questions spécifiquement, les membres des équipes, et notamment les soignants, montrent une compréhension des démarches demandées qui nous semble relative. De même, les notes au sujet des soins sans consentement que l'on peut parfois retrouver dans la salle de réunion, épinglées sur les tableaux de liège ou aux murs, sont souvent parcellaires, quand ils ne sont pas tout simplement faux, renvoyant à des textes juridiques antérieurs à ceux en vigueur. Qui plus est, les soignants eux-mêmes tiennent souvent un discours qui justifie ces méconnaissances, arguant qu'ils sont « soignants », et donc ne devraient pas avoir à effectuer des tâches « de paperasse » qui empiètent sur leur temps de prise en charge des patients, ou qui compliquent leurs rapports avec ces derniers, en les rendant méfiants, faisant « flamber les paranos » ou confondre « les soignants et la police ». L'existence même des secrétaires médicales, reconnues au sein des équipes en tant qu'intervenants spécialisés de la gestion de ces documents, renforce les logiques de démarcation des soignants. Elle justifie la constitution de leur rôle hors de ces missions administratives. En somme, la présence d'experts sur le sujet permet à l'équipe de se dédouaner, comme si la répartition des tâches faisait sens dans un respect des spécialités de chacun. Pour autant, cette division du travail n'est pas réaliste, puisque les documents que les secrétaires gèrent doivent être apportés aux patients, signés par eux et par les psychiatres, en des lieux où les secrétaires ne pénètrent pas comme les chambres d'isolement. Aussi, les erreurs sont

fréquentes dans la production des documents juridiques des prises en charge sous contrainte, et malgré les rappels des secrétaires lors de staffs, il n'est pas rare qu'un document devant être présenté au patient ou envoyé au juge le soit avec plusieurs jours de retard, comme le montre cette observation :

Je m'intéresse aux documents juridiques qui encadrent la prise en charge d'une patiente sous contrainte, en chambre d'isolement. Le 4 du mois, je me rends compte qu'un certain nombre de documents nécessaires n'ont pas été signés, les soignants les ont oubliés sur une armoire, et lorsque l'infirmière les retrouve il est trop tard, la psychiatre est déjà partie.

Le lendemain, le 5 du mois, la patiente en question est convoquée par la juge des libertés. La secrétaire rapporte les documents à l'équipe et la presse de les faire signer par la patiente. Elle leur indique « c'est pas grave il faut juste mettre la bonne date ». La psychiatre et l'infirmière de la veille, ainsi que la secrétaire médicale, vont dans la chambre d'isolement (la secrétaire reste en retrait, hors du sas des chambres). Elles essaient de faire signer les documents suivants à la patiente :

- une convocation pour l'audience d'aujourd'hui (le 5), signature datée du 4
- une décision de maintien en soins contrainte, rédigée le 3, signature datée du 4
- une décision d'admission de la patiente, rédigée le 1, signature datée du 2
- une attestation de remise des informations sur les soins sous contrainte, signature datée du 1

Après quelques discussions la patiente signe, mais refuse d'aller voir la juge « Je veux changer de chambre ! Quand j'aurais changé de chambre, d'accord j'irai voir le juge ! ». Les soignants embarquent les documents sans répondre à la demande de la patiente, puis les transmettent à la secrétaire qui les joindra au dossier. Les dates de signature indiquées sur les documents donnent l'illusion que les documents ont été transmis au fur et à mesure de la prise en charge, seule la couleur uniforme de ces dates, en violet, à l'inverse des signatures de la psychiatre ou de la patiente, laisse un indice sur l'implication de l'infirmière qui a antidaté tous les documents, et qui n'était pas dans le roulement antérieur au 4 du mois...

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet extrait, la secrétaire informe l'équipe de ses manquements sur les procédures administratives qui devraient être échelonnées lors de la prise en charge de la patiente. Alors que celle-ci est convoquée par la juge des libertés, une infirmière et une psychiatre se rendent dans la chambre pour faire signer l'ensemble des documents en même temps ; documents que l'infirmière antidatera pour donner l'illusion d'un respect des dates, sur le conseil de la secrétaire.

Factuellement, la solution face aux oublis des équipes et leurs erreurs régulières viennent principalement des secrétaires, qui suggèrent d'antidater les documents, et feront de même lors des envois aux juges. Nous reconnâtrons ici l'expression d'un investissement que nous illustrions précédemment avec les comportements des infirmières. À nouveau, l'équipe braconne, et se saisit de possibilités offertes par les circonstances (de Certeau, 1990 ; Mougeot, 2019a). Si le contenu des documents juridiques est encadré par des règles formelles strictes, de même que leurs dates de productions ; l'absence des acteurs juridiques au sein des unités, dans le déroulement du quotidien, enfante une *zone d'incertitude* sur le respect réel de ces dates (Crozier, 1963). Les professionnels du droit, absents du quotidien n'ont pour seule preuve que les indications des soignants. Une opportunité qui offre un coup à jouer pour ceux-ci, leur permettant une application partielle des textes, et une plus grande latitude d'action.

Par ailleurs, cet exemple ne restreint pas les options de l'équipe et plus encore des secrétaires à une unique tactique traversière. Au contraire, nous avons pu observer un large éventail de petites méthodes que peuvent essayer de mobiliser ces dernières pour corriger les erreurs des soignants, et faire accepter un document pourtant invalidé par sa temporalité :

**Sophie :** « Le certif de 24 h devait être fait hier, mais je sais pas, elles [les psychiatres] ont oublié, elles l'ont pas fait... Elles l'ont fait qu'aujourd'hui, elles nous l'ont donné tout à l'heure. Du coup on a changé la date dessus comme ça c'est bon. » (*Secrétaire médicale, 45 ans, unité 2*)

Ici, la secrétaire de l'unité 2 modifie la date sur un document déjà produit par la psychiatre pour le faire correspondre aux attendus fixés par la loi. Elle effectue cette démarche avec ses collègues du bureau pour que la production de document par la médecin soit valide, pour autant elle n'en informera pas cette dernière. Autrement dit, les secrétaires peuvent braconner sur des documents déjà conçus, pour rectifier une erreur de l'équipe. À l'inverse, ces tactiques peuvent parfois prendre place conjointement avec les psychiatres, pendant la production des documents,

ce qui révèle la maîtrise que ces secrétaires ont de la composition des documents pour permettre la réussite d'une tentative d'antidater :

La juge reçoit un patient en audience dans environ une heure. Elle ne retrouve pas un document spécifique et demande à ce qu'un exemplaire lui soit apporté. La psychiatre et la secrétaire en discutent, elles pensent qu'il s'agit d'un « certificat de situation », et commence la rédaction. La psychiatre a l'air sûre d'elle, et annonce que la patiente ne souhaitait de prime abord pas descendre voir la juge, mais a finalement changé d'avis. La secrétaire la coupe.

**Gilberte :** « Bah non, le certifi<sup>c</sup> de situation c'est avant que tu saches qu'elle veut pas descendre, donc dedans tu le sais pas encore ! ». La psychiatre approuve et elles modifient le document, puis le datent de quelques jours en amont.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet autre exemple, la secrétaire médicale reprend directement la psychiatre qui lui dicte le contenu d'un document à remettre à la juge. Elle remarque l'impossibilité temporelle de certains constats que veut y ajouter la psychiatre, et corrige ce défaut pour rendre le document crédible. Elle révèle ici la maîtrise qu'elle a du contenu et de la composition, de même que des impératifs temporels qui encadrent ces documents.

Ainsi les équipes, et plus encore leurs intervenants spécialisés sur ces questions, les secrétaires médicales, jouissent du contrôle sur une *zone d'incertitude* à propos des documents qui sont transmis aux juges. Il ne s'agit pas de leur contenu factuel, dont nous avons montré la codification rigoureuse : la forme comme le fond relèvent d'un encadrement extérieur, originaire du droit, et imposé aux acteurs soignants. Mais le respect factuel de la date indiquée sur les documents n'est vérifiable que par une entrée prolongée sur le terrain, situation dont les acteurs judiciaires ne disposent pas. Profitant de cette marge de manœuvre, les secrétaires médicales révèlent l'usage d'un *pouvoir de l'expert* (Crozier, 1963), fondé sur leur maîtrise des contenus et des dates qui régulent les documents, mais qui s'oppose à l'organisation formelle, dans des *stratégies* (Crozier et Friedberg, 1977) ou des *tactiques traversières* (de Certeau, 1990) qui leur permettent de faire valider des documents qui ne devraient pas l'être, et donc de maintenir en soins sous contrainte des patients dont la prise en charge pourrait être levée.

Parfois cependant, antidater un document ne suffit pas à le rendre valide. En effet, il arrive que certains dossiers soient envoyés avec un retard trop important, et ce n'est plus tant les informations indiquées sur le document qui le met en défaut, mais la date de réception par les acteurs judiciaires, juge des libertés et avocats. Là encore, les secrétaires nous expriment quelques astuces pour faire accepter tout de même le document :

**Carole :** « Parfois je fais un peu la tête en l'air ! Je m'excuse et je dis que j'ai oublié, que le médecin me l'a donné, mais que je suis partie en week-end en l'oubliant ! Je me rends un peu bête quoi ! [Rires] Comme ça, ça passe mieux ! »

*(Secrétaire médicale, 40 ans, unité 3)*

Dans cet extrait, Carole décrit une pratique que ses deux collègues approuveront en riant ; mais outre le caractère comique de la remarque, cette façon de « se rendre bête » exprime à notre sens une autre tactique pour faire accepter un document dont la date d'envoi fait défaut. La secrétaire met en jeu son professionnalisme, elle s'accuse, et se construit une image faussée d'implication faible dans son travail. En d'autres termes, elle se dévalorise auprès des acteurs judiciaires pour faire valider le document malgré son retard. Il semble donc que les secrétaires soient prêtes à sacrifier leur réputation professionnelle auprès des acteurs du juridique, mais jamais rencontrés, extérieurs aux unités, contre la réussite de la prise en charge sous contrainte, et finalement leurs réputations auprès des psychiatres, fréquentés quotidiennement.

Ce dernier comportement fait sens dans la dynamique qui structure le quotidien des unités d'hospitalisation. Les secrétaires médicales ne fréquentent aucun autre acteur que les psychiatres, et le reste de l'équipe soignante, de façon courte et irrégulière ; finalement, leur travail ne se structure que dans une relation avec les médecins, sous la forme d'un duo, parallèlement à l'unité à proprement parler. Se dévaloriser auprès d'acteurs extérieurs, jamais rencontrés, permet aux secrétaires de faire valider certains documents qui n'auraient pas pu l'être. Un comportement qui valorisera ces acteurs auprès des médecins, les seuls acteurs qu'elles fréquentent, et qui renforcera leur posture d'experte aux yeux de l'équipe. Pour les secrétaires médicales, leurs propres comportements n'ont pas d'autre portée que l'opinion qu'elle produit chez les psychiatres, elle n'est pas corrélée à des situations quotidiennes et des micro-libertés de patients. Il en va de même lorsqu'elles font usage de leur pouvoir d'experte en modifiant les dates pour rendre les documents acceptables. Ces agissements n'ont pas pour but d'influencer les prises en charge, mais le rapport qu'elles entretiennent avec les psychiatres.

Pour autant, il ne nous semble pas que ces comportements trouvent leur origine dans le rapport hiérarchique entre les médecins et leurs secrétaires ; l'investissement des secrétaires ne découlait pas d'un automatisme :

Alors que la juge tient ses auditions, elle réclame un document au sujet d'une patiente de l'unité pour prendre sa décision. On appelle un aide-soignant qui court à l'unité en question, je le suis. Il annonce la nouvelle au psychiatre référent de la patiente. Il m'a l'air de paniquer, et de ne pas comprendre ce qui est demandé. Il rejoint le bureau des secrétaires et essaie d'expliquer ce qu'il lui faut à l'une des secrétaires, mais il y a mécompréhension sur la nature du document et le ton monte ; le psychiatre est virulent, puis finit par partir. La secrétaire s'indigne auprès de ses collègues « je suis pas son chien non plus ! » Elle ne produira aucun document ni ne cherchera de quoi il peut s'agir dans le dossier.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet extrait comme dans d'autres situations, nous avons régulièrement constaté que l'investissement des secrétaires dans le rattrapage d'un dossier comportant des erreurs était dépendant des rapports individuels entretenus avec les psychiatres qui étaient liés à ces prises en charge. Comme nous l'avons déjà montré dans le lien entre les infirmières et les médecins (cf. chapitre III.2), les investissements des membres de l'équipe pour dépasser les cadres de leurs rôles sont dépendants des relations interpersonnelles entretenues avec les psychiatres qui les réclament. Pour les secrétaires, les recours aux tactiques et aux braconnages qui rendent un document viable par une pratique de détournement dont les risques pèsent sur leurs épaules ne prennent place que lors de relations positives avec le médecin, et non automatiquement. Il ne nous semble donc pas que les secrétaires mobilisent leur pouvoir dans chaque situation, mais dépendamment de la *légitimité symbolique endogène* du psychiatre au sein de son équipe : de la posture qu'il obtient auprès de son équipe par son comportement personnel.

Ainsi, les secrétaires pèsent sur la composition des micro-libertés des patients sous contrainte, en permettant de maintenir ce mode de prise en charge face aux juges, même après les erreurs des soignants sur les documents. Mais leurs actions ne sont pas orientées dans ce but : elles pèsent, involontairement, sur les micro-libertés des patients en soins sous contrainte et sur l'ordre qui se négocie autour des conditions de vie de ces derniers.

Mais surtout, leurs prises de pouvoir capacitent les psychiatres face aux décisions des juges : elles permettent aux psychiatres d'être plus influents sur les micro-libertés des patients

maintenus en hospitalisation, malgré les erreurs que celles-ci font sur les documents de prise en charge. En d'autres termes, si leurs tactiques génèrent effectivement leur position dans l'ordre négocié du quotidien, sous la forme d'une reconnaissance d'experte appelée à l'aide par les psychiatres, leur situation extérieure aux unités, parallèle à l'action qui s'y déroule, ne leur fait pas bénéficier de cette position sur des questions de micro-liberté et de gestion des conditions de vie des patients directement : leurs tactiques renforcent le contrôle des psychiatres avec qui elles entretiennent des rapports positifs, et plus généralement, des équipes sur les micro-libertés face à celui des acteurs judiciaires.

Après avoir présenté le versant interne aux équipes des discours et des comportements vis-à-vis des réglementations et des documents d'origine extrinsèque aux unités qui s'immiscent dans les soins sous contrainte, nous aborderons à présent la place des acteurs professionnels du droit, extérieurs aux équipes, qui reçoivent et qui mobilisent ces documents.

## **Les acteurs judiciaires, extérieurs aux équipes des unités**

Pour s'assurer du respect des réglementations juridiques qui encadrent les prises en charge sous contrainte, deux groupes d'acteurs interviennent auprès des patients, les juges de la détention et des libertés ainsi que les avocats des patients en soins sous contrainte. Ils sont les destinataires des documents produits par les secrétaires médicales. Leur présence prend place un jour par semaine, toujours le même pour une structure psychiatrique donnée.

En premier lieu, les avocats des patients pénètrent au sein des unités pour s'entretenir avec leur(s) client(s), et ce dès le matin. Si le patient dispose d'une chambre, ils s'y entretiendront seuls ; mais s'il est en chambre d'isolement, alors le rendez-vous y prend place sous la surveillance de l'équipe : une infirmière, un aide-soignant et parfois même un psychiatre. La porte de la chambre est entrebâillée et l'équipe reste proche de la pièce, dans une situation qui ne nous semble ni intime ni discrète. L'équipe de soignants se justifie généralement de cette proximité par la volonté de protection de l'avocat ; et ces derniers acceptent volontiers, voire la réclament parfois auprès des soignants. Ils nous justifient régulièrement, comme Maître Pavot, par le risque perçu de s'approcher de ces patients :

**Maître Pavot :** « Parfois [les patients] comprennent pas qu'on vient pour eux, pour les aider. Ils sont agressifs avec nous, violents... J'ai une collègue une fois le patient a essayé de l'attraper au cou ! Alors qu'on est de leur côté ! »  
(*Avocate, 40 ans, unité 2*)

Lors de cette entrée dans l'unité, l'avocat discute aussi avec l'équipe. Il pose des questions sur la capacité du patient à participer à un rendez-vous avec le juge, demande des précisions sur le traitement et la prise en charge : le contenu des micro-libertés dont dispose, ou non, le patient. La majorité de ces avocats sont commis d'office, et si plusieurs patients doivent avoir rendez-vous avec le juge dans la journée, alors ce même avocat s'occupe de tous ces patients à la suite. Au cours de l'ensemble de nos observations, il ne s'est présenté qu'un unique cas où le patient a été pris en charge par l'avocat familial, mandaté par le père qui était aussi le demandeur de l'hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers.

La session d'audiences mise en place par la juge prend place dans la même journée que ces visites. Elle débute après le repas des patients, vers 14 h. Le lieu de cette session peut différer selon les unités. Soit une salle du bâtiment est réservée pour cet usage, comme c'est le cas dans l'unité 3 où la juge tient séance au sein du bâtiment. On lui alloue la plus grande des salles de réunion, dans l'aile administrative. Les patients sont déplacés au fur et à mesure des entretiens, prévenus par un appel téléphonique de l'accueil, et attendent dans l'étroit couloir qui longe la salle. Un paramédical de l'équipe accompagne le patient, il s'agit toujours d'un aide-soignant. Rarement, il entrera pour la session du patient qu'il accompagne ; la majorité du temps, il attendra dehors, dans le couloir.

Dans d'autres cas, il faut déplacer les patients hors de la structure. Pour l'unité 2, par exemple, il s'agit d'une salle de réunion dans un autre lieu de la ville qui n'appartient pas au groupement psychiatrique. Les patients des deux unités d'hospitalisations du bâtiment y sont déplacés dans un petit fourgon dédié, par un conducteur lié à la structure psychiatrique. Ils doivent alors être accompagnés par des paramédicaux, la majorité du temps il s'agit d'infirmières<sup>35</sup>.

Déplacer les patients hors de l'unité n'est cependant pas une pratique anodine, comme l'illustre Patrick, un infirmier de l'unité 2 :

---

<sup>35</sup> Cette différence d'attribution des paramédicaux est peut-être liée aux positions qu'occupent ces groupes dans l'ordre négocié, différentes selon l'idéologie de l'unité, comme nous l'avons explicité dans la partie III de ce travail de thèse.

**Patrick :** « Souvent quand il faut déplacer le patient, les psychiatres font des lettres argumentées pour que le patient y aille pas. Mais ici les psychiatres, elles sont trop gentilles. Même l'hôpital de Lyon il a refusé publiquement de déplacer les patients il paraît ! En même temps t'imagines l'effectif que ça nous prend ? Ça fait une journée par semaine en sous-effectif ! » (*Infirmier, 50 ans, unité 2*)

Comme l'infirmier le souligne, la pratique entraîne un manque de personnel qui complique le travail paramédical dans l'unité. De plus, il commente aussi des comportements de psychiatres qui font barrage à ces déplacements. En effet, si cette démarche constituait la norme lors de l'instauration des nouvelles lois, les psychiatres mirent en place des comportements d'opposition, déclarant quasi systématiquement les patients comme présentant des états incompatibles avec le transport ou l'audition. Ces résistances sont les sources du changement des pratiques, qui voit le juge être l'acteur qui se déplace le plus régulièrement à présent (Tartour, 2021, p. 224). Dans l'unité 2 cependant, les patients sont déplacés l'extrême majorité du temps, ce que souligne aussi Patrick.

Lors des audiences, plusieurs acteurs sont présents. Le patient tout d'abord, ainsi que la juge évidemment. Cette dernière est toujours la même pour une unité donnée ; mais elle est remplacée en cas d'arrêt maladie ou de congés, ce qu'il nous a été donné de voir dans l'unité 3 où la juge de substitution fut la supérieure de la juge habituelle. Ensuite, on décompte l'avocat commis d'office qui s'occupera, sauf exception, de tous les patients de la journée, et une greffière qui note l'ensemble de l'audience. Enfin, un représentant administratif de l'hôpital est aussi présent, souvent la cadre administrative de pôle, qui produira un compte rendu résumé de l'audience à destination de l'équipe soignante.

Les convocations s'enchaînent, sous des formes similaires : le patient et son avocate sont appelés et entrent. Le patient se présente et répond à quelques questions précises sur son état civil à la juge. Celle-ci pose alors une question toujours identique dans le fond : « Comprenez-vous pourquoi vous êtes soigné sans votre consentement ? ». Suite à la réponse du patient, l'avocate discute de la prise en charge sous contrainte et du respect de la procédure. Après quoi, la parole est laissée à nouveau au patient, mais cette fois il peut s'exprimer sur des sujets de son choix, qui concerneront généralement les modalités de sa prise en charge : les micro-libertés qu'il désire. Après cela, la juge demande à tous les acteurs présents de sortir, sauf la greffière, le temps du « délibéré ». Cette dernière rappellera quelques minutes plus tard les protagonistes, et la juge rendra un verdict, soit immédiatement, soit « prorogé ». Dans ce dernier cas, le contenu du jugement sera envoyé sous forme écrite à l'unité dans les douze jours suivants. C'est

cette dernière option qui est la plus couramment utilisée dans nos extraits, et lorsque nous interrogeons les juges à ce sujet, après coup, elles nous expliquent qu'il s'agit généralement « d'éviter que je me fasse sauter dessus par le patient s'il aime pas mon verdict » ; parfois aussi il s'agit de « dossiers plus compliqués, ou s'il me manque des pièces en plus. ».

Les interventions de ces groupes professionnels sont prévues pour évaluer et empêcher les contraintes excessives dans le cas de soins sous contraintes, et ce sur trois situations précises : la prise en charge sous contrainte, donc le maintien en soins, enfermé dans l'unité d'hospitalisation ; les mesures d'isolement (donc de séjour en chambre d'isolement), ou encore de contention d'un patient.<sup>36</sup>

Lors des audiences, l'avocat peut soulever un vice de forme ou de procédure sur les documents qui encadrent ces actes : une erreur commise par l'équipe dans la gestion des documents ou le non-respect de leurs dates de production par exemple. Par la suite, la juge peut prononcer ou non une mainlevée, mais elle n'a pas spécifiquement besoin que l'avocat souligne le point, elle peut décider seule de la levée, de même qu'elle n'a aucune obligation à suivre la demande de l'avocat. Ces trois seuls points d'intervention révèlent la faible capacité de décision officielle qui en est laissée aux acteurs judiciaires. D'une part, ils n'ont de mandat d'intervention que sur un nombre limité de sujets dans les prises en charge sous contrainte, et d'autre part ils n'ont sur ces sujets que la capacité de valider les soins mis en place par les psychiatres et l'équipe, ou de les invalider entièrement : leur marge de réponse est uniquement binaire (Tartour, 2021, p. 234).

Qui plus est, cette capacité à mettre fin aux prises en charge, sur les trois points que nous avons listés précédemment, est factuellement rarement appliquée. L'intervention des acteurs judiciaires, en plus de ne concerner que quelques points et d'être restreinte dans ses modalités de réponses, n'aurait finalement que rarement lieu, ce que nous allons expliciter à présent. Tout d'abord, nous n'avons jamais observé d'intervention de ces acteurs au sujet des contentions. Sur les différents terrains de notre corpus, ces modes de restriction sont finalement d'un usage extrêmement rare, et qui plus est, peu maintenus dans le temps, les équipes cherchant à « décontentionner » le plus rapidement possible.

De même, nous n'avons jamais observé de levée des soins sous contrainte d'un patient, dans aucune des deux unités. Des observations qui sont corroborées par les différents avocats et juges avec lesquels nous discutons sur nos terrains :

---

<sup>36</sup> Code santé publique, article L3211-12.

**M.S. :** « Et vous voyez beaucoup de vices de procédure ? »

**Maître Lebon :** « C'est des erreurs de dossier, mais maintenant il y en a quasi plus. Ça arrive que dans vingt à quinze pour cent des cas. C'est les statistiques, hein, chaque année, des erreurs de dossiers en psychiatrie relevés par les avocats. Mais il y a des régions où c'est plus que d'autres. Et puis il y en a de moins en moins avec le temps : il y a une prise d'habitude quoi. » (*Avocat, 40 ans, unité 3*)

Comme Maître Lebon, les avocats soulignent souvent la rareté de leur demande de levée. Qui plus est, celle-ci n'est qu'une première étape, et c'est la juge qui dispose de la décision finale :

**Mme Juge Dumont :** « En vérité c'est rare, autour de cinq pour cent par an. Parce qu'en fait, en tant que juge, on est jamais obligé de prononcer une mainlevée. C'est à nous d'évaluer quel est le plus grand risque. » (*JDL, 55 ans, unité 3*)

La faible demande de levée des soins sous contrainte apparaît là aussi, avec plus de rareté encore que dans les discours des avocats. En effet, les juges lèvent peu, par eux-mêmes comme en suivant les réclamations des avocats. Des comportements qui semblent corroborés par les statistiques produites sur notre période d'observation<sup>37</sup>.

Reste donc le troisième sujet d'intervention que nous avons listé, l'intervention sur les mesures d'isolement. Ce dernier sujet est alors celui que les différents acteurs judiciaires mobilisent pour nous expliciter leur rôle ou justifier de leur utilité dans les soins en psychiatrie sans consentement, comme nous l'expose une avocate à la suite d'une audience, devant la juge qui approuvera :

**Maître Orle :** « Là où on est utile, c'est pour vérifier les isolements excessifs, pour creuser plus loin. On sert à faire une double vérification, car comme les médecins ont la tête sous l'eau, ils voient pas toujours. Ils se rendent pas toujours compte que c'est abusif. » (*Avocat, 40 ans, unité 2*)

---

<sup>37</sup> Les statistiques de ces levées semblent peu accessibles. Nous pouvons en retrouver deux sous la forme de résumés d'exposés oraux, maintenus sur les sites de la CRPA et à l'APHP. Ces documents sont consultables *via* les liens suivants :

Pour 2012 à 2014 : [<http://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/2015-07-28-statistiques-judiciaires-soins-sous-contrainte.pdf>].

Pour 2012 à 2018 : [[https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/ministere\\_de\\_la\\_justice\\_2019-06-12\\_statistiques\\_hsc\\_2012\\_-\\_2018.pdf](https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/ministere_de_la_justice_2019-06-12_statistiques_hsc_2012_-_2018.pdf)].

Ces documents semblent corroborer les dires de nos acteurs : les levées de soins sous contrainte ayant été nombreuses dans les années qui ont suivi la mise en place des lois, mais elles ont ensuite décliné pour tourner aux alentours de 10 % de mainlevée par an sur la quasi-totalité du territoire français.

Effectivement, de la même manière que Maître Orle, les avocats et les juges nous justifient souvent de l'intérêt de leur présence et de leur travail sur les questions d'encadrement du temps passé en chambre d'isolement par le patient. Cependant, il ne nous a jamais été donné d'observer une levée de ce type non plus sur nos terrains.

Dans son travail de thèse, Tartour relève des comportements et des discours similaires à ceux que nous décrivons (Tartour, 2021), comme l'alignement généralisé des avocats et des juges des libertés aux discours et aux pratiques des psychiatres, ce qui cristallise dans la rareté des demandes de levée des soins. Ces alignements aux recommandations prennent alors les traits d'une « déférence » envers la profession médicale et son expertise scientifique, à laquelle s'ajoute un plus fort crédit apporté à leur parole qu'à celle du patient. On aura pu ressentir ce dernier fait dans la méfiance que les acteurs signifient face aux patients, les avocats lorsqu'ils demandent le soutien de l'équipe en chambre d'isolement, et les juges lorsqu'ils justifient l'usage du différé.

La déférence des acteurs judiciaires nous apparaît alors d'autant plus clairement dans certains de leurs discours :

**Mme Juge Pérra :** « On est pas des médecins. S'il y en a trois qui nous disent qu'il faut le garder sous contrainte, c'est bien pour une raison. » (*JDL, 55 ans, unité 3*)

Il nous semble alors que ces acteurs judiciaires, en s'alignant sur les décisions médicales, en faisant preuve de déférence face à l'expertise des psychiatres sur les questions des soins sous contrainte, leur reconnaissent la *légitimité symbolique exogène*, culturelle, que nous explicitions précédemment dans le chapitre qui concerne la profession plus en détail (cf. chapitre III.1). En somme, ils approuvent le mandat social qui est donné au groupe médical de juger du normal ou du pathologique, et ne questionnent que l'établissement factuel des documents administratifs, sur lesquels là encore ils interviennent peu.

Ainsi, les interventions des acteurs du judiciaire au sein des unités psychiatriques semblent circonscrites par un ensemble de fonctionnements qui limitent les sujets et les manières de réagir aux situations qui sont offertes à ces acteurs. Ils ne peuvent intervenir que sur trois sujets précis, et seulement en donnant leur accord ou en invalidant ces prises en charge. Les apports des travaux de Tartour révèlent alors les tactiques que peuvent mettre en place les juges des libertés, utilisant leur capacité d'invalidation des prises en charge sous contraintes

pour sanctionner des psychiatres dont les démarches administratives et la gestion des documents officiels ne seraient pas à la hauteur des attendus ; des tactiques aux visées quasi pédagogiques (Tartour, 2021).

Les acteurs judiciaires nous expriment une distance face aux trois interventions qui leur sont offertes dans les prises en charge sous contrainte, ce qui se révèle dans les statistiques des pratiques formelles de ces acteurs et dans nos observations. Pour autant, cela ne signifie pas que nous observions une absence totale de démarches dans les décisions qui encadrent les prises en charge du patient hospitalisé. En effet, au travers d'actes qu'ils ne nous décrivent pas, et qu'ils ne relient pas à leur rôle dans leurs discours, nous pouvons voir ces acteurs peser sur d'autres questions que celles des levées de soins sous contrainte, comme l'illustre l'audience de M. Swann :

M. Swann, le patient de l'unité 3, ne devait pas voir la juge aujourd'hui, car considéré comme « inaudible ». Finalement la psychiatre donne son accord à la dernière minute. J'observe plusieurs exceptions : le patient discute avec son avocat dans le couloir rapidement avant la séance, et l'aide-soignant Sid qui l'a descendu y participe avec lui. Celle-ci commence. La juge questionne M. Swann sur l'hospitalisation,

**M. Swann :** « Ça va très, très bien, je suis malade, je veux des soins. On a parlé avec l'équipe. »

**Mme Juge Dumont :** « Ça va avec l'équipe ? »

**M. Swann :** « Oui très, très, très bien »

L'avocat, maître Lebon, décrit et reprend toute la situation. Il indique que rester en isolement fermé semble « disproportionné », « Mais l'équipe m'a indiqué qu'il doit sortir de la chambre d'isolement aujourd'hui ». Au patient : « Si cela n'a pas lieu, vous pouvez saisir le juge à n'importe quel moment. »

L'aide-soignant de l'unité 3 intervient. **Sid :** « Non c'est pas la sortie normale aujourd'hui, il va pouvoir sortir deux heures, et puis sortir totalement petit à petit. C'est un processus. Jeudi il aura la sortie finale [de la chambre d'isolement] normalement. »

**Maître Lebon :** « Ah ! OK, OK. Pas de faux espoirs alors ! »

La juge décide de maintenir, le patient doit signer le document, mais avant, il intervient :

**M. Swann :** « Je voudrais m'habiller »

**Mme Juge Dumont :** « Comment ça ? Je ne comprends pas. »

Le patient parle du pyjama. La juge prend un moment de réflexion, puis elle indique qu'il serait bien qu'il ait ses vêtements. Elle l'indique à l'aide-soignant et à la cadre de santé. Je n'observe pas le moment de transmission de cette information, mais le patient aura effectivement ses vêtements personnels en chambre d'isolement à la place de son pyjama à partir du lendemain.

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Dans cet extrait prolongé, on perçoit le point que nous exposions précédemment. L'avocat commis d'office y défend premièrement l'idée que laisser le patient en chambre d'isolement serait « disproportionné ». Mais lorsque l'aide-soignant intervient pour expliciter la démarche de l'équipe, qui étalerait cette sortie sur la semaine, l'avocat s'aligne sur cette prise en charge, annonçant au patient de ne pas nourrir de « faux espoirs », comme si la tentative pour réclamer une sortie d'isolement immédiate serait vaine et que la patience seule peut résoudre la situation. Ainsi, l'un des trois points du mandat des professionnels du droit est finalement expédié rapidement, la juge se pliant aux décisions antérieures prises par les soignants lors du « staff ».

L'audience de M. Swann révèle cependant d'autres interactions, et surtout une conclusion bien différente du rôle propre attribué aux juges des libertés : l'entretien se conclut sur une discussion au sujet des vêtements du patient, et la juge demande spécifiquement que ce dernier récupère l'usage de ses habits avant sa sortie définitive de la chambre. Il s'agit là, comme nous le montrons depuis le début de ce travail de thèse, de la négociation d'une micro-liberté : une exception, ici vestimentaire, en ce que les patients en isolement ont rarement accès à leurs affaires personnelles avant leur transfert vers une autre chambre. En somme, la juge ne légifère pas sur son mandat spécifique, les procédures de prise en charge sous contrainte. Mais sa décision modifie les modalités de prise en charge du patient, ce qui reste relatif aux libertés de ce dernier : la juge interfère dans les micro-libertés dont il dispose au sein de l'unité, ce qui produit une forme de milite à la « déférence » observée envers la profession médicale.

Par ailleurs, cet extrait est particulièrement représentatif de la manière dont les patients mobilisent leur rendez-vous avec la juge des libertés. Sur l'ensemble des cas que nous avons observés, les questions de sortie des unités étaient secondaires, rarement évoquées ou réclamées par les patients : car ceux-ci se conforment aisément à leur situation contrainte (Velpry, 2008 ; Tartour, 2021). Le point central autour duquel tournent les entretiens avec la juge des libertés est finalement celui des micro-libertés au sein de l'unité, de petits avantages pour le quotidien : tel patient demandant à pouvoir sortir acheter des cigarettes, un autre l'accès à son téléphone portable, ou même le droit d'acheter de nouvelles chaussures. Finalement, les patients

mobilisent ce rendez-vous avec la juge non pas pour discuter de leur sortie des unités ou de leur prise en charge sous contrainte, comme on pourrait s'y attendre en lisant les textes qui encadrent les interactions des acteurs judiciaires dans les prises en charge sous contrainte de la psychiatrie, mais pour négocier certaines micro-libertés. Par ailleurs, cette négociation peut aussi toucher à des changements plus profonds de prise en charge et de composition des options du quotidien.

J'assiste aux sessions judiciaires. La patiente, Mme Ramdo, est d'une autre unité du bâtiment que celle de mon terrain. La juge démarre la séance en posant quelques questions à la patiente, après quelques-unes, celle-ci indique :

**Mme Ramdo :** « Je ne veux pas de cette unité. Je veux aller à [X, une autre unité du même groupement]. Ici ça fait longtemps que je suis en isolement... »

La juge se tourne vers l'avocat.

**Maître Ménos :** « Je n'ai pas noté de soucis de procédure. Donc le maintien n'est pas remis en question. Mais nous demandons un transfert pour Mme Ramdo. »

La juge demande à tout le monde de sortir, le temps de prendre sa décision. Nous attendons tous ensemble dans le couloir devant la salle. Le patient suivant est déjà arrivé. La greffière nous rappelle quelques minutes plus tard.

**Juge Mme Pérra,** à la patiente : « Pourquoi voulez-vous être transférée là-bas ? »

**Mme Ramdo :** « Bah... Je trouve que c'est mieux qu'ici. Là-bas, j'ai le droit à mon téléphone ! »

**Juge Mme Dumont :** « ... Espérons que ce transfert soit fait rapidement alors ! »

Cela conclut l'entrevue. Elle signe un document auprès de la greffière, et la patiente sort. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Ce dernier cas illustre une influence de la juge que nous avons observée à plusieurs reprises au sein des unités 2 et 3. Parfois, à la suite d'une demande du patient, la JLD pouvait conclure l'audience en demandant un transfert vers une autre unité du même groupement hospitalier. Ces demandes ne prenaient pas en compte les secteurs des patients et des unités, mais avaient toujours lieu entre des unités d'un même groupement psychiatrique. Aussi, un patient pouvait se voir transféré entre deux unités sur un même palier ou d'un étage ; mais nous avons aussi assisté à des cas, comme celui de Mme Ramdo, où le patient se trouvait déplacé de plusieurs kilomètres, vers un autre bâtiment dans une autre ville, dans un secteur qui n'était pas celui d'origine du patient. Ces demandes les dirigent vers des unités qu'ils semblaient connaître, et les arguments tournent autour de la connaissance et de la confiance en l'équipe, ou les micro-libertés dont ils avaient disposé lors d'hospitalisations précédentes. Ces constatations font donc

écho à ce que nous observions précédemment, lorsque nous discutons les liens spécifiques et de long terme que certains patients tissent avec les équipes (voir la partie IV sur les patients). Notons que ces transferts sont rendus possibles par le code de la santé publique, qui spécifie le « libre choix » de son médecin par le patient<sup>38</sup>. Mais en psychiatrie d'hospitalisation, son usage connaît d'importantes limites, principalement du fait de la sectorisation qui pousse les équipes à favoriser leur file active locale, surtout dans un contexte de manque de lits. Les unités respectant aussi une forme de règles tacites d'hospitalisation sans consentement selon les zones géographiques, puisqu'aucun texte n'encadre cette pratique (Lopez et Turan-Pelletier, 2017b, annexe 12). Notons que depuis, l'ordonnance du 11 mars 2020 réaffirme le « libre choix » du patient psychiatrique en ajoutant un point spécifiquement dans la partie du code qui le concerne<sup>39</sup>.

Les implications de ces acteurs face aux demandes d'un patient ne sont pas évidentes et ne s'exécutent pas en toutes situations. Si pour certains patients ils peuvent intervenir en requérant des changements de lieu ou de composition de la prise en charge, elles ne le font pas sur l'entièreté des cas. Ainsi, une juge refusera à un patient l'achat de chaussures neuves, une demande pourtant appuyée par son avocat. Le rapport aux vêtements neufs était indiqué comme étant pathologique dans les certificats liés à ce patient, mais il est difficile de déterminer tout à fait si la juge a suivi ici les recommandations médicales. Dans d'autres cas, elle déboutera des demandes de cigarettes ou d'accès au téléphone portable, ou encore des changements d'unité de prise en charge pour un patient qui réclamait un rapatriement vers son secteur d'origine dans le sud de la France.

En somme, il nous semble que les professions du droit accordent effectivement une « déférence » à la profession médicale sur les questions de diagnostics. Ils se rangent majoritairement aux expertises psychiatriques sur le maintien de la contrainte, et les juges utilisent peu la levée sur les trois sujets qui leur incombent. Mais à côté, dans d'autres questions qui encadrent la prise en charge du patient contraint, sur les micro-libertés et les conditions de vie de ceux-ci, il nous semble que les acteurs judiciaires se montrent présents, et ne présentent pas tout à fait cette déférence. Plutôt, il nous semble qu'ils cherchent à arbitrer sur les différents entre l'équipe et le patient sur certaines micro-libertés : tranchant parfois en faveur des patients et parfois pour l'équipe, ils pèsent eux aussi sur les micro-libertés.

---

<sup>38</sup> Principalement dans l'article L.1110-8 du code de la santé publique, mais soutenu et réaffirmé en psychiatrie dans le « plan santé mentale 2011-2015 ».

<sup>39</sup> Précisons ici que nos observations prenaient place en 2018 et 2019, avant que ne soit rappelé ce droit en psychiatrie *via* l'ordonnance de 2020 qui stipule : « Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »

Dans un autre registre, ajoutons que le patient peut chercher à mobiliser en sa faveur son entrevue avec la juge. En effet, certains patients peuvent user de l'absence des équipes soignantes lors de l'audience pour négocier certaines micro-libertés :

[En audience] Le patient, M. Cigale, demande régulièrement l'accès à des cigarettes. La juge ignore ses demandes, et son avocat cherche à le calmer et lui intime de ne pas couper la parole. Le patient ignore ces remarques, il se tourne vers la greffière : « Vous qui avez du pouvoir ! Faites que j'ai une clope ! ». La juge tranche : « C'est le psychiatre qui décidera, vous lui demandez à lui ». [...]

[Dans l'unité] Le patient revient de sa visite avec le juge, il retourne en chambre d'isolement. Il annonce à l'infirmière et à l'interne : « Le juge a dit oui ! Il a dit que je pouvais avoir une clope avant de retourner en chambre ! ». L'infirmière Lou va vérifier le compte rendu écrit par la cadre administrative de pôle sur l'ordinateur. Elle les rejoint et annonce : « Ah ça non ! "Faut pas mentir comme ça ! Le juge a dit que c'est au psychiatre de décider ! ». [...] M. Cigale n'aura pas de cigarettes aujourd'hui. (*Extrait du journal d'observations, unité 3*)

Comme M. Cigale, quelques patients prêtent aux juges certaines décisions à propos de leurs micro-libertés, une fois de retour dans les unités. Ces petites tactiques d'arrangement, qu'elles soient tout à fait conscientes de la part des patients ou qu'à l'inverse ils marquent leur incompréhension des contenus réels de leur rendez-vous avec le juge, portent rarement leurs fruits. En effet, l'équipe dispose de notes produites par la cadre administrative de pôle qui assiste aux séances, et sur lesquelles sont précisés les débats autour des micro-libertés. Ainsi, à l'inverse des effets que peuvent escompter les patients, mobiliser à tort la parole du juge dans les négociations provoque généralement chez les soignants des comportements de rejet, comme nous l'avons déjà explicité sur d'autres mensonges.

Les réclamations qu'expriment les patients au sujet des modalités de leur prise en charge lors des audiences des juges se retrouvent similairement dans les travaux de Tartour, où elles révèlent la confusion que peuvent vivre les patients, puisque les thèmes qui les intéressent ne sont pas ceux qui fondent le contrôle par le juge. Les trois points de contrôle institués étant finalement secondaires face à la composition du quotidien et le cadre de vie que le patient expérimente (Tartour, 2021). Cette recherche met en avant les rejets que produisent les juges

sur les « petits droits » des patients : ils renvoient systématiquement aux psychiatres de l'unité, et spécifient que ces décisions « ne leur appartiennent pas ». Par ailleurs, les psychiatres au sein des unités, mobilisent parfois de ces absences d'intervention des juges comme des arguments de validation pour interdire aux patients certaines micro-libertés.

Nos similarités avec ce riche travail trouvent donc ici un point de divergence, puisque nous observons que sur nos terrains, à l'inverse, les juges des libertés et les avocats s'intéressent à ces questions de micro-libertés. Ils réalisent peu de levées des soins sous contrainte, questions sur lesquelles ils s'alignent sur l'expertise médicale, reconnaissant la légitimité exogène de la profession à décider de ces modalités. Mais ces acteurs s'investissent tout de même dans la prise en charge des patients, les avocats plaident des changements dans les modalités de prise en charge de leurs clients, parfois sur des sujets sans lien avec la prise en charge sous contrainte, comme l'accès à un repas kasher plutôt que végétarien (le respect des activités religieuses du patient en soins sous contrainte fait partie intégrante des textes qui encadrent cette prise en charge). De même, les juges interviennent dans ces micro-libertés et peuvent en réclamer certaines auprès de l'équipe. Ils arbitrent entre les constats des équipes et les demandes des patients, ce qui peut conduire à des changements dans les modalités de prises en charge du patient, la composition de ses micros-libertés. L'implication de la juge, nous l'avons montré, peut aller jusqu'à un changement du lieu de prise en charge du patient, ce qui modifiera en profondeur les micro-libertés dont il dispose, selon les rapports qu'il entretient avec les équipes du lieu de départ et d'arrivée. Dans nos observations, nous sommes finalement loin d'un « très faible nombre de modalités de réponses », qui valide ou invalide les soins sous contrainte ; nous observons un véritable investissement de ces acteurs extérieurs dans les micro-libertés. Sans contact avec l'équipe, et sans pénétrer entre les murs des unités, ces acteurs participent finalement aux négociations, *via* le patient, et pèsent ensuite sur l'action au sein des unités. Aussi, dans nos observations, les capacités de réponses des juges semblent amples et diversifiées, car elles pouvaient agir sur le lieu de prise en charge du patient en soins sous contrainte, ou parfois aussi peser sur ses micro-libertés et ses conditions de vie au sein de l'unité.

Pour conclure ce chapitre, rappelons donc comment nous avons montré la place d'experts qu'occupent les secrétaires médicales sur les questions liées aux soins sous contraintes des patients. Cette posture, elles l'obtiennent avec leur maîtrise des lois qui encadrent la production des documents juridiques, dans lesquels elles s'arrogent des marges de manœuvre sur les conditions temporelles de production de ces documents, ce qui leur permet de faire valider des papiers qui ne le seraient pas sans leur intervention.

Avant cela, nous avons pu voir les discours des équipes soignantes, empreints de crainte face à la levée des prises en charge sous contrainte. Une crainte qui nous semble découler de plusieurs sources : la distance avec les acteurs judiciaires d'une part et la perte de contrôle face à ce groupe. Les soignants fantasment alors un acteur sans visage, omnipotent sur les soins sous contrainte, mais aux justifications éloignées de leur système d'interprétation de la psychiatrie : ils craignent des levées injustes, qu'ils ne comprennent pas, exécutées sur des patients dangereux qui révéleraient l'échec du système psychiatrique. Le manque de rapports directs aiguisant l'imagination et renforçant les mauvais souvenirs de l'équipe.

Mais une autre source serait à trouver dans les méconnaissances de ces soignants sur les modalités des prises en charge sous contrainte, qu'ils justifient par leur rôle éloigné des questions administratives, mais aussi par l'existence des secrétaires médicales et leur posture d'expertise, acquise sur le sale boulot que constituent ces gestions administratives, déléguées par les médecins.

Leurs discours critiques sont alors en totale opposition avec ceux des acteurs judiciaires, avocats et juges, qui montrent une certaine déférence vis-à-vis des décisions de l'équipe ; qui s'accompagne aussi d'une forme de méfiance vis-à-vis des patients. Ainsi, la levée des soins sous contrainte par le juge est rare, aussi bien dans leurs dires que dans les statistiques de leurs pratiques encadrées légalement. Cela laisse à croire que les professionnels du droit interviennent peu, leurs marges de réponse étant faibles, binaires par l'approbation ou la levée et ne prenant place que sur trois modalités de prise en charge. Cependant, nos observations révèlent comment ces acteurs s'intéressent aussi aux conditions de vie quotidienne des patients pour lesquels ils interviennent. Ils pénètrent les négociations qui prennent place autour de ces micro-libertés, et finalement, même en étant extérieurs aux unités, ils modifient certaines des modalités du quotidien des patients. Ainsi, ces acteurs judiciaires, lointains de l'action qui prend place au quotidien, s'arrogent finalement une place, hors des textes qui encadrent leurs interventions : ils participent à négocier l'ordre qui prend place dans les unités d'hospitalisation.

## Chapitre 2 : Les assistants de service social, « essentiels » pour les équipes

Au sein des équipes des unités psychiatriques d'hospitalisation, un acteur solitaire est chargé de la prise en charge socioadministrative des patients, au travers de la mise en place de ses droits et aides sociales, la bonne tenue de ses économies, ou encore l'obtention en son nom de certaines reconnaissances administrativo-juridiques. Ces acteurs font partie du groupe professionnel des assistants de service social (ASS), désignés sous l'appellation « d'assistants sociaux » dans l'ensemble de notre corpus, y compris par eux-mêmes. Dans cette sous-partie, nous utiliserons les deux termes indistinctement pour désigner ce groupe d'acteurs dédié au volet social de la prise en charge des usagers.

De prime abord, ces acteurs semblent occuper une place secondaire au sein de l'équipe, d'abord car leur présence dans l'unité est souvent faible, ajouté au fait qu'ils exercent toujours comme seul représentant de leur groupe professionnel dans une équipe donnée. Qui plus est, le panel de patients avec lequel ils entrent en relation est relativement réduit. Pourtant, les autres groupes professionnels nous soulignent toujours le caractère « essentiel » de l'assistant social dans la prise en charge et le travail quotidien de l'unité ; et ce généralement dès nos premiers jours d'observations sur le terrain :

**Amina :** « Vous avez vu l'assistante sociale ? Là vraiment... Un pilier ! Sans assistante sociale, rien ne fonctionne ! » (*Orthophoniste, 55 ans, unité 1*)

Dans cette partie, nous explorerons donc le quotidien de ce groupe professionnel en unité d'hospitalisation, et nous chercherons à expliquer pourquoi les autres acteurs, pareillement à Amina, leur attribuent une place si centrale dans leurs discours. Pour ce faire, nous commencerons par montrer la position unique des assistants sociaux au sein des unités d'hospitalisation, particulièrement dans leurs équipes. Par la suite, nous révélerons les avantages qu'ils apportent aux autres groupes d'acteurs, les soignants et la partie des patients qu'ils prennent en charge ; la gestion de ces avantages leur conférant une place prépondérante dans les négociations pour les micro-libertés des patients et finalement l'ordre négocié au quotidien.

## Un acteur aux multiples caractères uniques

Chacune des unités de notre corpus dispose d'un assistant social, dont le bureau personnel est situé en dehors des murs de l'unité, dans l'aile administrative de leurs bâtiments respectifs. Ils sont souvent chargés de s'occuper des patients de plusieurs des unités du bâtiment, comme c'est le cas pour David, de l'unité 3, qui intervient dans trois unités. Nicolas, dans l'unité 3 s'occupe quant à lui de deux unités, et bénéficie du soutien d'une secrétaire qui lui est dédiée, parfois présente lors des entretiens avec les patients. Ce fonctionnement est similaire dans les trois unités sources d'entretiens, mais où nous n'avons pas effectué de terrains. Enfin, Céline, de l'unité 1, s'occupe quant à elle de cette unité seulement, mais cela peut s'expliquer par la nature de l'unité, de jour, et sa file active dépassant les soixante-dix patients. Son bureau n'est pas hors de l'unité, comme pour celles d'hospitalisation, mais en son sein, donnant directement sur une pièce commune très rarement utilisée, et qui fait donc office de salle d'attente, en plus de servir de lieu de sieste pour quelques patients habitués.

Au sein de ces unités, les assistants sociaux sont présents les jours ouvrés : du lundi au vendredi, à des horaires de bureaux. Ils commencent leur journée en participant aux réunions d'équipe du matin, et doivent donc en enchaîner plusieurs dans différents services. Nous avons alors observé deux organisations possibles, selon que les équipes des unités s'adaptent à ce fonctionnement en organisant leurs réunions à des horaires décalés pour permettre à l'assistant de participer à toutes, comme dans l'unité 3. Sinon, comme dans l'unité 2, l'assistant social alterne les réunions d'équipe un jour sur deux, puisqu'elles ont lieu au même moment. Au cours de celles-ci, les cas de certains patients (généralement autour d'un quart) sont discutés sous l'angle socioadministratif, où l'assistant social résume ses décisions, ses actes de prise en charge, ses réussites ou ses échecs. Parfois, c'est l'équipe qui élabore des hypothèses à son intention, se référant à des aides qu'elle l'a déjà vu mettre en place avec d'autres patients : « il ne pourrait pas bénéficier de l'adulte handicapé lui ? »

Après ces réunions, l'assistant social organise un certain nombre de rendez-vous avec des patients, qui prendront place au sein de leur unité, dans l'un des bureaux qu'utilisent les psychiatres. Rarement, pour des patients jeunes, la famille est conviée à ce rendez-vous qui aura été planifié de longue date. Dans d'autres cas plus rares encore, l'assistant social demande à l'équipe d'escorter le patient dans son bureau personnel pour le rendez-vous, hors de l'unité. En dehors de ces rendez-vous avec les patients, l'ASS est généralement dans ce bureau extérieur, d'où il construit les dossiers de démarches administratives et organise ses (nombreux) rendez-vous téléphoniques avec les divers organismes qu'il joint pour ses prises en charge de patients.

Cet emploi du temps laisse à voir la nature solitaire du travail de l'assistant social que nous évoquions précédemment. Ainsi, contrairement aux rendez-vous avec les médecins, aucun autre acteur de l'équipe n'est présent lors des entretiens qu'il effectue avec les patients, exception faite de la secrétaire de Nicolas dans l'unité 3. Cette disposition est souvent justifiée par les ASS *via* le respect du secret professionnel : un argument très régulièrement mobilisé par les acteurs, et qui marque encore leur distanciation du reste de l'équipe. En effet, ces acteurs sont les seuls dont l'intervention est encadrée par le code de l'action sociale et des familles (Articles L411-1 à L411-6), contrairement à l'ensemble des autres acteurs des équipes, régis par le code de la santé publique. Cette différence dans les codes d'affiliation pose une conséquence fonctionnelle : les assistants sociaux ne dépendent pas du secret médical, mais du secret professionnel. Or le secret médical intègre une logique qui permet le partage d'informations entre acteurs de la santé, pour la bonne conduite de soins ; il ne prend pas en compte, dans ses textes, le rapport au secret professionnel. Cette distinction est alors régulièrement mobilisée par les assistants sociaux, sur nos terrains, mais aussi dans les publications du groupe professionnel.

Ainsi, les assistants sociaux occupent effectivement une position unique au sein des équipes ; aussi bien pour leur rareté, étant le seul représentant de leur groupe professionnel, que pour leur champ d'action, la prise en charge socioadministrative. Enfin, cette nature unique est formalisée dans les textes, qui restreignent les échanges d'informations entre cet acteur et le reste de l'équipe.

Cette position particulière trouve des échos dans la manière dont l'assistant social réalise ses tâches au quotidien : dans le recrutement des patients qu'il prendra en charge, comme dans la manière dont il s'occupera de cette prise en charge par le volet social. Effectivement, pour chacun des membres de sa file active, l'assistant social va prendre en charge une ou plusieurs tâches précises, dont nous proposons ici une liste basée sur les discours des acteurs et nos observations.

En premier lieu, l'ASS gère une large diversité de dossiers administratifs liés à des organisations publiques. Ainsi, il s'occupe de la mise en place, du renouvellement et du maintien d'aides sociales ; les droits liés à la sécurité sociale en premier lieu, ou bien à la caisse d'allocations familiales (CAF), ou les allocations pour adultes handicapés, RSA. Aussi, les allocations de chômage ou l'accès aux caisses de retraite sont les principaux que nous avons observés. La prise en charge peut aussi s'étendre à des motifs de sorties, par exemple faire

reconnaître un patient comme vivant dans une situation particulière pour qu'il puisse bénéficier de programmes de prises en charge spécifiques, ou encore la gestion du dossier pour obtenir un logement social. Cette liste s'étend alors au contact d'acteurs extérieurs pour trouver un moyen de sortie pour un patient lorsqu'il ne s'agit pas d'une autre structure psychiatrique : unités de jour, CMP ou cliniques privées sont des sorties qui se négocient entre psychiatres sur notre corpus. L'assistant social s'occupera plutôt de liens avec pôle emploi, les missions et « caps emplois » disponibles dans la zone géographique ou la mairie du patient. Parfois, il s'agira de contacts avec des associations de la région.

Ce rapport aux instances extérieures se voit prolongé sur les questions des finances du patient, mais avec des organismes tout autres. Ainsi, les assistants sociaux prenaient parfois en charge des problèmes d'accès à des ressources économiques tierces : comme par exemple des organismes de tuteurs ou curateurs qui ne répondent pas ou peu au patient et le privent ainsi de ses ressources. Dans quelques autres cas, il s'agit du lien avec la banque du patient, ou encore des proches qui gèrent les ressources du patient sans impliquer celui-ci.

Mais les assistants sociaux ne se limitent pas aux liens avec des acteurs extérieurs, et leur prise en charge s'effectue parfois dans une aide directe au patient, dans ce que les ASS qualifient régulièrement d'un « coup de main » au patient, par exemple, en l'aidant à la rédaction d'un CV et lettre de motivation, ou parfois simplement en aidant le patient à faire le tri dans ses mails reçus et à en envoyer quelques-uns.

Un ensemble de tâches composite dont on remarque vite les deux objets centraux : soit la gestion des sources économiques du patient (qu'il s'agisse d'aides sociales ou de rectifier de mauvais fonctionnements dans la manne d'argent). Soit dans l'autre volet des prises en charge, les options de sorties de l'hospitalisation pour le patient, en dehors de celles gérées par les psychiatres, et souvent dépendantes de dossiers et de reconnaissances spécifiques.

L'ASS effectuera ces diverses prises en charge avec une file active de patients décidée selon un ensemble de méthodes. En premier lieu, tous les patients rencontrent l'assistant social lors d'un premier rendez-vous, qui a lieu une fois que l'utilisateur est considéré comme « stabilisé » par l'équipe : son traitement fait effet, et il a moins de symptômes de troubles psychiatriques. Un fait qui est généralement notifié lors de la réunion du matin. Lors de ce premier rendez-vous, l'objectif est de faire ce qu'ils nomment un « état des lieux », pour dresser une conclusion sur l'aide que le patient peut ou veut recevoir : ses situations professionnelles, matrimoniales, de parents. Sont recensées les ressources économiques, et les aides sociales dont le patient dispose déjà. À partir de ce profil, l'ASS va déterminer s'il est en mesure d'apporter une aide pour le patient, et nous verrons que ces aides peuvent être de natures très variées.

Dans d'autres cas, des patients qui avaient déjà été rencontrés par l'assistant social, avec une prise en charge ou non, peuvent bénéficier à nouveau d'une prise en charge. Soit qu'ils viennent d'eux-mêmes demander de l'aide sur un sujet, soit que l'équipe soignante demande une nouvelle prise en charge. Dans ces deux cas, l'équipe joue un rôle primordial dans la sélection des patients avec lesquels l'assistant social travaillera. Ils évaluent le moment où le patient est suffisamment stable, ou bien redirigent un patient qui a déjà été pris en charge par l'ASS précédemment. Dans ces deux modes de recrutement, l'équipe soignante joue le rôle de sélectionneur, en décidant des patients prêts à recevoir la prise en charge, ou qui en ont besoin à nouveau. Qui plus est, la nature de cette prise en charge du volet social, on l'a vu, touche principalement les questions économiques. Aussi, la prise en charge qu'offre l'ASS prend la forme d'une micro-liberté pour le patient, qui désire ces rendez-vous pour se capaciter économiquement. Les prises en charge établies par l'équipe soignante deviennent donc le sujet de négociations, de la même manière que les autres micro-libertés. Mais ces deux fonctionnements ne sont pas les seuls modes de recrutement de l'assistant social :

**MS :** « Comment vous faites pour savoir qu'il y a un souci administratif pour un patient ? Par exemple, la patiente qui a un souci avec son compte en banque, comment vous l'avez appris ? »

**Céline :** « Ça dépend, ça peut être par les soignants, en fait [la patiente] lâche l'info en disant : "Oh, je suis allée à la banque aujourd'hui et on m'a refusé mes quarante euros, je comprends pas", et puis là, sans forcément réaliser, [les infirmières] m'en parlent, et en général je vois la patiente et je commence à chercher, et à découvrir le pot aux roses ! [Rires] Ça peut être ça, ou ça peut être la personne qui vient et qui me dit "Ah, là j'ai ça". » (*Assistante sociale, 30 ans, unité 1*)

Céline révèle ici qu'il est aussi possible pour les assistants sociaux d'aller eux-mêmes vers les patients lorsqu'ils soupçonnent un problème de leur ressort. En restant attentifs aux discussions informelles au sein de l'unité, les assistants sociaux peuvent deviner des sujets de prise en charge et décider d'eux-mêmes d'ouvrir une nouvelle prise en charge.

Par ailleurs, ces dernières sont de nature discontinue. En effet, après le premier rendez-vous de mise en place du profil, ou bien ceux plus tardifs dans le séjour du patient, d'autres entretiens ne sont pas toujours nécessaires. Souvent, l'assistant social tient informé le patient de ses avancées de manière informelle, au détour d'un couloir et la majorité du temps à la demande du patient. La prise en charge en devient discontinue et dépendante du contexte, il

peut se passer plusieurs semaines entre deux interactions, et certains patients peuvent quitter l'unité avant que les actions de l'assistant social n'aient été menées à leur terme. Le dossier du patient est généralement relayé à l'unité qui poursuit la prise en charge, à un collègue du même groupe professionnel.

Ces divers fonctionnements semblent révéler une position de faible autonomie pour les assistants sociaux au sein de leurs unités. D'une part, la file active que prend en charge l'assistant social est effectivement dictée en partie par les soignants, qui décident du moment où le patient est considéré comme suffisamment « apaisé » pour démarrer la prise en charge, ou pour la reprendre ; une sélection qui s'opère à la manière d'autres micro-libertés, *via* des négociations internes à l'équipe et avec les patients en question. Ensuite, la nature même de la prise en charge de l'assistant social est majoritairement imposée par les options dont dispose le patient. L'ASS peut uniquement aider ou obtenir des droits auxquels le patient peut effectivement prétendre : il peut réaliser les démarches, mais ne choisit pas l'objectif de sa prise en charge, elle est dictée par la situation réelle du patient. La posture de l'assistant social dans l'ordre qui se négocie au quotidien ressemblerait alors à celle des intervenants spécialisés que nous avons présentés précédemment : une position subordonnée, avec une faible marge de manœuvre...

Cependant, les comportements réels des acteurs révèlent rapidement les différences dans les marges de manœuvre dont disposent les assistants sociaux, et qui leur permettent de s'octroyer une autonomie bien réelle. D'abord, nous l'avons souligné dans leur capacité à recruter eux-mêmes les patients qu'ils prendront en charge, à l'inverse des intervenants spécialisés par exemple. Mais cette option n'est pas la seule marque de leur faculté à s'autonomiser :

**Céline :** « Parfois je suis amenée à faire certaines démarches pour montrer que ça marche pas. L'argumentation, quand je la présente, c'est entendu. Mais quelques fois c'est un peu : "Mais non, alors essaie ça, ou comme ça..." Alors OK je suis pas à me dire "Je le ferais pas parce que je pense que ça tient pas la route", hein, mais quelques fois c'est dire "Bah voilà, vous voyez mon argument ? Bah c'est écrit, vous voyez c'est pas possible. On pourra pas mettre en place ce projet parce que c'est niet !" ... Mais bon c'est sûr que ces démarches-là je les pousse moins. Je suis moins patiente au téléphone, je laisse tomber plus vite ! [Rires] »

*(Assistante sociale, 30 ans, unité 1)*

Céline révèle ici ses comportements lorsque les négociations autour de son travail prennent une autre direction que celle qu'elle pense porteuse. Ainsi, elle explicite des situations où l'équipe lui réclame certaines démarches en lesquelles elle ne croit pas, dont elle pense que l'essai sera un échec. Si elle ne réussit pas à convaincre, alors elle mettra moins d'énergie, moins de bonne volonté à chercher à faire aboutir le projet. En conséquence, lorsqu'il aura ultimement échoué, elle pourra soutenir aux différents acteurs son expertise, et montrer sa capacité à différencier un projet porteur pour un patient d'un autre qui ne l'est pas.

Ces actes révèlent factuellement la latitude dont disposent les ASS dans la réalisation de leur travail. Les soignants dictent partiellement la file active des patients qu'ils doivent prendre en charge, ainsi, à certaines occasions, que le contenu de cette prise en charge. Pour autant, les assistants sociaux peuvent décider des efforts et du temps qu'ils accordent à chacune de ces prises en charge. Par cette implication, ils choisissent les patients qu'ils priorisent et pour lesquels la prise en charge sociale a le plus de chance d'aboutir. Cette démarche est parfois même poussée plus loin que ne le fait Céline par d'autres acteurs de son groupe professionnel :

**Nicolas :** « [l'équipe] me demande un truc, mais je sais que ça peut pas marcher ! Je le sais... alors je le fais pas, mais je leur dis que si, et que finalement ça n'a pas marché. Parce que sinon ça prend tellement de temps, il y a déjà tellement de choses à faire ! » (*Assistant social, 30 ans, unité 3*)

En effet, Nicolas pousse plus loin encore la démarche de Céline. De son côté, il n'essayera pas la tentative que lui demande l'équipe, mais l'assurera du contraire. Dans son cas, la demande de l'équipe ne pourra même jamais aboutir, et Nicolas préserve son temps pour des patients et des prises en charge pour lesquels il croit plus au succès.

Ces deux exemples permettent de révéler les marges de manœuvre dont dispose le groupe des assistants sociaux au sein de leurs équipes. Contrairement aux infirmières, par exemple, dont la *zone d'incertitude* est constituée par les moments d'absence des autres acteurs ; dans le cas des assistants sociaux, le sujet incertain est le contenu de leur prise en charge dans son ensemble. En effet, ces acteurs sont seuls dans leurs équipes à réaliser ces tâches ; dont la nature contraint à ce qu'elles s'étalent sur des temps longs et discontinus, qui permettent de justifier d'avancements ou au contraire de blocages. Qui plus est, les ASS se permettent de dissimuler des informations au reste de l'équipe qu'ils justifient par leur dépendance au secret professionnel, différent du secret médical. Autant de tactiques et de coups à jouer (de Certeau, 1990 ; Mougeot, 2019a) qu'ils peuvent mettre en œuvre pour composer leur propre quotidien, s'assurant le contrôle sur la zone d'incertitude des modalités de

réalisation de leurs tâches, qui leur octroie un *pouvoir de l'expert* (Crozier, 1963 ; Crozier et Friedberg, 1977) sur ces prises en charge.

Qui plus est, l'autonomie que les assistants sociaux s'allouent face à leurs équipes se retrouve de manière similaire dans leurs interactions avec d'autres acteurs qui entrent en jeu dans la conduite de la prise en charge socio-administrative. Ce fut par exemple le cas de Mme d'Étignes, une patiente de l'unité 2 que l'équipe qualifie comme « isolée », car aucun membre de sa famille ne vient lui rendre visite, ni son conjoint ni ses enfants. Elle dispose par ailleurs d'une allocation pour adulte handicapé, versée directement sur le compte de son conjoint, qui ne partageait pas la somme avec la patiente. Les psychiatres de l'équipe avaient cherché à joindre cet époux à plusieurs reprises, sans succès, et la situation semblait dans une impasse pour l'équipe de l'unité 2, qui ne pouvait obtenir pour la patiente aucune micro-liberté liée à ses finances.

David, l'assistant social de l'unité, prend alors la décision de monter une procédure pour modifier le compte sur lequel est versée l'aide sociale de la patiente. Une décision qu'il prend seul, dans le but d'aider la patiente, mais pour laquelle il a besoin de la signature de cette dernière :

**David :** « Si elle le fait pas, je poserai une fausse signature, parce que là, elle se tire une balle dans le pied. Elle se rend compte de rien. »

*(Assistant social, 35 ans, unité 2)*

L'assistant social nous prévient alors de sa volonté d'agir dans l'illégalité, dans le cas où la patiente n'accepterait pas de mettre en place le changement de compte bénéficiaire. Une démarche qu'il justifie par la *priorité* de l'aide à la patiente, et en somme, son accès aux micro-libertés au sein de l'unité. Son intuition se réalisera finalement, puisque dans les semaines qui suivront, la patiente refusera à plusieurs reprises de signer le document, tout en maintenant ses plaintes auprès de David et en lui demandant de l'aide. En réaction, ce dernier signera, comme il l'avait annoncé, sous l'identité de la patiente ; ce qui permettra à celle-ci de toucher dès lors l'allocation sur un compte personnel. Alors que nous en discutons, l'ASS se justifie :

**David :** « Je risque quoi ? Me faire radier de l'ordre des assistants sociaux ? Il y en a même pas ! [Rires]... Non, mais on est obligé de dépasser des limites, sinon ça n'avance pas... Les psychiatres le font aussi, ils le disent juste moins. »  
(*Assistant social, 35 ans, unité 2*)

Dans les faits, l'assistant social prend un risque réel en agissant de la sorte. Et sa référence à l'ordre des assistants sociaux, sur le ton de l'humour, est un moyen de minimiser un acte qui pourrait lui valoir des poursuites judiciaires. Il se justifie alors en présentant les actes illégaux, « qui dépassent les limites » qui lui semblent nécessaires pour la réussite de certaines démarches, et que d'autres groupes du milieu psychiatrique ici les psychiatres, mettraient eux aussi en place.

Cet exemple est représentatif de comportements que nous avons observés de la part de nos trois assistants sociaux. En effet, tous favorisent par moment la réussite d'un dossier, et donc l'accès à ses ressources économiques pour un patient, au détriment de leur propre sécurité, en s'exposant à des risques judiciaires. Un comportement qui a la particularité de souvent s'opposer à la volonté exprimée par le patient. On l'a vu avec Mme d'Étignes, qui demande de l'aide à l'assistant social pour disposer des revenus de son allocation, mais qui ne veut pas créer de conflit avec son mari, et qui refuse obstinément d'enlever le contrôle à ce dernier sur les revenus. L'assistant social produit donc seul les actes nécessaires à la réussite de sa vision des micro-libertés pour la patiente, en dépit des discours de cette dernière.

La tactique dont fait usage David peut se voir répliquée pour de nombreuses situations. Dans le cas que nous avons présenté, la famille de la patiente est l'acteur extérieur face auquel David braconne pour obtenir des moyens économiques à la patiente. Mais nous avons pu observer des cas similaires, où l'acteur extérieur était une institution étatique : lorsque des patients exprimaient la crainte de signer des documents, justifiés par un sentiment d'hyper surveillance, ou de détournement des documents, comme pour retirer la garde des enfants par exemple.

Le contenu factuel des démarches qu'entreprennent les assistants sociaux participe à leur donner le contrôle sur le déroulement de la prise en charge de leurs patients. Étant les seuls à effectuer ces prises en charge, ils peuvent altérer la réalité quant à l'avancement des dossiers administratifs des usagers, en mettant en avant des réussites futures probables, ou en dissimulant qu'ils tentent peu (voire pas), de faire triompher l'essai, pour des patients pour lesquels ils n'imaginent pas de réussite. Ce fonctionnement est alors similaire envers l'équipe ou envers d'autres acteurs extérieurs, comme dans le cas de Mme d'Étignes, où David profite d'être le seul à connaître le contenu réel de ses discussions avec la patiente, ce qui lui permet de modifier l'avis de la patiente pour les instances bureaucratiques des aides sociales.

Ce contrôle peut alors être justifié par les acteurs *via* le secret professionnel, en créant un cadre auquel se rattacher, et derrière lequel expliquer l'*omertà* qui règne sur les dossiers des patients et les contenus des rendez-vous. Un outil dont nous avons observé la mobilisation par les assistants sociaux dans des situations qui leur donnent un avantage, mais qu'ils laissent de côté dans d'autres cas et pour d'autres patients où leur vision triomphe déjà dans les négociations pour les dossiers administratifs.

Ainsi, le pouvoir de l'expert dont disposent les assistants sociaux sur les modalités et la réalisation de leur prise en charge socio-administrative ne leur confère pas qu'une autonomie face au reste de l'équipe soignante. Cette marge de manœuvre offre de nombreux coups à jouer dans l'ensemble des étapes de la prise en charge : aussi bien sur le temps alloué à chaque patient que sur la production des documents nécessaires à la réussite de cette prise en charge, et qui seront produits pour des acteurs extérieurs aux unités. Ces dispositions offrent donc l'usage de petites tactiques traversières qui leur permettent de faire aboutir les prises en charge qu'ils considèrent les plus pertinentes. Mais cette situation d'autonomie conquise n'explique pas le discours de l'ensemble des équipes, qui qualifie les assistants sociaux « d'essentiels » dans la prise en charge des patients.

En effet, les acteurs semblent accorder une forte crédibilité à l'expertise de leur assistant social : d'une part, ils s'opposent peu aux propositions de ces derniers, et les fois où ils contraignent l'ASS à la prise en charge d'un patient ou au choix d'une tentative de prise en charge sont finalement rares ; situations dans lesquelles on a vu que l'assistant social pouvait exercer certaines tactiques pour ne pas prioriser ces tentatives qui n'émanent pas de lui. Qui plus est, la reconnaissance de leur expertise s'observe parfois sur d'autres sujets que les prises en charge des patients. Ainsi, nous avons régulièrement assisté à des situations où les ASS aident les membres de leurs équipes pour des tâches administratives extra-professionnelles : remplir les documents d'imposition, ou déclarer une maladie chronique au travail par exemple. Ces actes révèlent la confiance des autres acteurs, qui font part de problématiques personnelles ou extérieures au travail à leurs assistants sociaux. Pour comprendre cette posture d'expert reconnue occupée auprès de leurs collègues, il faut aborder l'apport des réussites des prises en charge des ASS pour les patients et pour le reste de l'équipe, ce que nous ferons à présent.

## Un acteur qualifié « d'essentiel » par les équipes

Comme Amina au début de ce chapitre, les membres des équipes de la psychiatrie attribuent unanimement un caractère « essentiel » à la présence des assistants sociaux au sein de leurs unités. Un discours qui nous est tenu régulièrement, et ce dès nos premiers jours au sein des unités psychiatriques ; mais surtout, qui prend place aussi bien en leur présence qu'en leur absence. Il s'agit alors, à notre sens, d'une forme de reconnaissance qui est exprimée pour les tâches qu'effectuent les ASS. Nous chercherons donc ici à comprendre ce qui vaut cette reconnaissance par le reste de l'équipe au groupe professionnel. Nous verrons ensuite les aboutissants de cette reconnaissance dans l'ordre négocié par les acteurs des unités d'hospitalisation.

Nous l'avons évoqué à plusieurs reprises précédemment, le travail des assistants sociaux avec les patients tend dans la majorité des cas à leur garantir un accès à des ressources économiques, soit qu'ils ne disposent pas encore des reconnaissances sociales, soit en débloquent des situations dans lesquelles le patient ne peut utiliser factuellement des ressources qu'il possède déjà. Il ne s'agit alors pas de la majorité des patients, ce que nous avons déjà montré, mais pour ces derniers, ces situations économiques complexes peuvent créer des tensions et des difficultés, y compris entre les murs des unités d'hospitalisation. Pour illustrer cela, nous allons présenter le cas de M. Niza, un patient de l'unité 2 :

M. Niza est dans le hall, devant la salle de réunion d'équipe. Il est en colère et crie sur les soignants comme les patients. Je comprends que sa colère est liée aux cigarettes, son père devait lui apporter une cartouche, mais ne l'a pas fait. Il a emprunté des cigarettes à d'autres patients et plus personne ne veut lui en donner. Finalement, l'équipe lui en donne une de la réserve commune. Une fois la situation calmée, la psychiatre, l'assistant social et une infirmière discutent

**Valérie :** « C'est plus possible qu'il crie comme ça... On peut pas les acheter pour lui pour qu'il en ait ? » L'infirmière Laura évoque que le patient a des problèmes avec sa banque, peut être interdit bancaire, et n'aurait plus accès à son argent.

L'assistant social, David, indique qu'il va essayer de voir s'il peut faire quelque chose. Le patient est en soins sous contrainte, il ne l'a encore jamais vu : « Je vais lui proposer un rendez-vous. » (*Extrait du journal d'observations, unité 2*)

M. Niza est un patient que les soignants qualifient de peu coopératif. Il s'énerve facilement après eux ou après d'autres patients. Sa situation semble complexe, il n'a pas accès à des ressources économiques et dépend de son père pour les cigarettes, ce qui le met dans une position inconfortable, et les autres patients refusent de continuer à le fournir. David décide de mettre en place un entretien avec les patients, qui aura effectivement lieu. L'équipe ne soulevant aucune objection alors que le patient est toujours en soins sous contrainte et n'est pas « apaisé ». Par ailleurs, les soignants n'arrivent pas à obtenir de lui moins de violence verbale ou de comportement menaçant, donc tous sont méfiants : il n'est le « chouchou » d'aucun soignant. L'équipe lui fournit quelquefois des cigarettes de la réserve commune, mais ce comportement est dépendant des individus, et toutes ne s'y prêtent pas :

M. Niza demande une cigarette, mais il n'a toujours pas d'argent ni de réserve dans son casier. Les infirmières lui disent qu'il n'en a pas. Le patient demande s'il peut en obtenir une « payée par le service », mais l'infirmière Ness lui dit qu'il n'y en a plus (je ne sais pas si cela est vrai). Le patient s'énerve. Il bloque la porte entrebâillée, et commence à insulter l'infirmière, puis s'en va en criant dans le couloir. Les infirmières sont effarées.

**Ness :** « Comment ils peuvent comme ça oser demander que ça soit payé par l'hôpital ? Ils prennent trop l'habitude de l'aide, que tout soit payé pour eux ! »

*(Extrait du journal d'observations, unité 3)*

Alors que les jours passent, la situation se tend entre le patient et les paramédicaux, et plusieurs moments de la journée deviennent des lieux d'affrontements verbaux, comme la distribution des médicaments. Le patient ne prend plus son traitement de manière suivie. Aussi, l'équipe évoque plusieurs fois l'idée de remettre le patient en chambre d'isolement ou de lui injecter un sédatif. Mais finalement, l'assistant social David réussira à débloquer la situation avec la banque, ce qui permettra au patient à nouveau d'utiliser sa carte bleue. À la suite de cela, les paramédicaux iront acheter pour lui des cigarettes, qu'ils réguleront et négocieront pour obtenir de lui plus de calme et la prise de son traitement.

La réussite de l'assistant social, et ses influences sur la suite de la prise en charge peuvent être difficiles à percevoir en ce qu'elles prennent place sur des temps longs. Ici, la situation de conflit avec le patient durera autour de deux semaines avant que l'intervention de David ne la règle. En somme, l'assistant social débloque une situation qui permet la négociation avec le patient : ce dernier ne négociait pas, probablement que le manque de nicotine l'irritait,

mais aussi parce que les soignants ne disposaient pas de levier pour négocier. Cette situation aurait pu finir par le recours à la contrainte, un sujet qui était en négociation au sein des soignants. La réussite de David permet d'apaiser autrement la situation, elle ouvre un autre moyen de négation qui se montre finalement fonctionnel, et la situation avec M. Niza ne présentera pas d'autres rebondissements jusqu'à sa sortie.

Ainsi, la réussite de la prise en charge du volet socio-administratif par les assistants sociaux, parce qu'ils fournissent des moyens économiques à des patients qui n'en ont pas, ouvre de nouvelles modalités de prise en charge pour les patients concernés ; cette réussite dicte un certain nombre de micro-libertés à disposition des patients. L'accès à celles qui nécessitent des moyens principalement, allant des cigarettes jusqu'à certains types de sortie de l'unité, qui nécessite de bénéficier de certaines aides sociales ou à certaines reconnaissances administratives. Autrement dit, l'assistant social permet certaines micro-libertés, et de négociations qui les accompagnent. Cela participe selon nous à expliquer la nature « essentielle » que les autres acteurs prêtent à son travail : il rend réalisable toute la partie des micro-libertés de nature économique pour les patients qui se trouvent dans des situations de budgets trop faibles ou inexistantes. Il rend réalisables des micro-libertés qui n'existeraient pas sans son intervention, et ce pour certains patients spécifiques. En cela, l'assistant de service social *capacite* les acteurs : il offre l'opportunité de la négociation sur certaines micro-libertés, que ce soit au sein des équipes, entre les équipes et le patient, et entre les patients.

C'est ce fait de *capaciter* les autres acteurs, il nous semble, qui soutient le discours des membres de l'équipe, présentant l'assistant social comme « essentiel » : sans sa prise en charge, une partie des micro-libertés et leurs négociations pour certains patients « ne fonctionneraient pas ».

Il est alors compréhensible que les autres acteurs valorisent un travail qui finalement facilite le leur, en plus d'offrir de plus nombreuses solutions pour gérer les conditions de vie des patients, et finalement leur quotidien dans les unités.

Mais alors la nature « essentielle » de ce travail soulève une autre question, car s'il est si important pour les négociations qui prennent place avec les patients en difficultés économiques, il est surprenant qu'aucun autre acteur ne cherche à s'immiscer dans cette gestion, ou à en récupérer certaines tâches, pour pouvoir influencer sur la direction que prennent ces offres de micro-libertés, ou les patients avec lesquelles elles prennent place. En somme, il est surprenant qu'aucun autre groupe d'acteurs ne cherche à s'infiltrer dans la zone d'incertitude dont disposent les assistants sociaux. Si on pourrait de prime abord analyser cette exclusivité sous l'angle d'un respect des spécialités de chacun, il nous semble que le rejet des tâches des assistants sociaux par les autres groupes professionnels est plus profond que cela :

**Amel :** « [...] Non, mais ce qu'il fait David c'est super hein ! mais moi je voudrais surtout pas faire ça ! Nan, mais déjà pour m'occuper, chez moi, de ces trucs-là : rester au téléphone, attendre, la musique [rires]... Non, heureusement qu'il est là ! »  
(*Psychiatre cheffe d'unité, 40 ans, unité 2*)

Effectivement, comme le laisse entendre Amel, la psychiatre cheffe de l'unité 2, les tâches que réalisent les assistants sociaux sont perçues comme ingrates par les autres acteurs : il s'agit souvent de gestion de nombreux documents administratifs qui constituent une « paperasse » dont la gestion est désagréable, redondante et laisse peu de place à l'imagination ; ou encore de temps longs passés à attendre des réponses au téléphone de la part d'institutions ou d'autres acteurs peu enclins à répondre et peu volontaires. Ces tâches constituent finalement un sale boulot qu'aucun autre groupe professionnel ne veut, mais dont les résultats positifs sont attendus par tous. Il nous semble donc que la position valorisée des assistants sociaux au sein de l'équipe tient aussi au fait que nul ne veut prendre en charge ces tâches dévalorisées qu'ils effectuent, en plus du fait que leurs réussites capacitent, les autres acteurs dans leur négociation.

Par ailleurs, la nature ingrate de ce travail détermine la position culturellement perçue du groupe professionnel. Ainsi, ce dernier n'a historiquement pas réussi à se fédérer autour d'instances fortes pour porter ses revendications (Fourdrignier, 2015 ; Iori, 2017), ce que rappelle David en se moquant d'un hypothétique « ordre des assistants sociaux » inexistant. Qui plus est, les changements politiques et sociaux dans la perception des aides de l'État, qui se transcrivent dans le support économique aux hôpitaux, comme nous l'avons montré dans la partie concernant les psychiatres, modifient similairement la perception culturelle des aides sociales. Aussi, la posture de ce groupe professionnel, spécialiste de l'attribution de ces aides, s'en voit diminuée ; une situation que le groupe lui-même met régulièrement en exergue (Benarosch et Bonnet, 2020 ; Cattin, 2018 ; Jaeger, 2020 ; Tourrilhes et Veyrié, 2014)<sup>40</sup>. Ainsi, l'introduction à un numéro de revue dédié à la fonction fait référence au discours du président Emmanuel Macron de 2018, qui critiquait le « pognon de dingue » consacré à l'aide sociale dans le pays. Un discours explicité comme preuve de la perte de reconnaissance des assistants de service social (Cattin, 2018), et ce à cause de la vision qu'une partie de la population pose

---

<sup>40</sup> Pour s'en rendre compte, nous conseillons la lecture de différents numéros de revues dédiés au groupe professionnel, et dont les articles sont majoritairement rédigés par des membres de celui-ci :

- « Approches de chercheurs dans le travail social », *Le Sociographe*, vol. h-7, no. 5, 2014.

- « L'arroseur arrosé », *Le Sociographe*, vol. 64, no. 4, 2018.

- « Assistant de service social et équipe de santé mentale », *Pratiques en santé mentale*, vol. 66, no. 4, 2020.

sur les aides sociales, forme de gâchis économique qui n'entre pas dans les logiques de rentabilité.

Ainsi, l'expertise des assistants sociaux sur des tâches de l'ordre du sale boulot n'est pas reconnue culturellement, ce qui ne permet pas d'obtenir une quelconque reconnaissance de leur groupe professionnel : il n'est pas légitimé (Demazière et Gadéa, 2009), ou pour reprendre notre typologie particulière, le groupe est dans une situation *d'illégitimité symbolique exogène*, comparable à celle du groupe des aides-soignants.

Mais dans le même temps, leur expertise est valorisée au sein des équipes de la psychiatrie d'hospitalisation, parce qu'ils prennent en charge un travail dont personne ne veut, et dont la réussite capacite les autres groupes pour leurs négociations des micro-libertés. Ici, le poids du contexte culturel, lointain de l'action et qui pèse partiellement sur celle-ci (Strauss, 1992) n'est pas suffisamment impactant pour invalider une posture obtenue localement, sur le terrain, par la réussite de prises en charge et les impacts dans les négociations. Les assistants sociaux disposent donc, au sein des unités d'hospitalisation, de ce que nous qualifions d'une *légitimité symbolique endogène*. De la même manière que les idéologies psychiatriques locales permettent d'expliquer une posture différenciée pour les aides-soignants, si ce n'est qu'ici cette aura de reconnaissance locale n'est pas reliée à une idéologie spécifique, mais semble active sur l'ensemble des unités psychiatriques.

C'est à notre sens cette posture de légitimité endogène, reliée au contexte immédiat de l'action, qui explique la confiance qu'offrent les autres acteurs aux propositions des assistants sociaux, notamment dans le fait qu'ils puissent choisir eux-mêmes une partie des patients avec lesquels ils effectuent leur prise en charge ; y compris des patients que l'équipe ne considère pas comme « apaisés » par exemple, ou bien la crédibilité qu'ils accordent à leurs opinions sur les prises en charge sociale des patients. Elle se retrouve similairement lorsque les membres de l'équipe confient des problèmes personnels liés à la sphère de connaissance des aides-soignants, comme on a pu déjà le souligner lorsque des soignants demandent de l'aide pour des aides sociales, reconnaissance de travailleurs handicapés, ou pour remplir leurs documents d'imposition.

Pour conclure au sujet de ce groupe professionnel, rappelons comment nos analyses révèlent l'arsenal fourni dont disposent les assistants de services sociaux dans les négociations des aides économiques pour les patients concernés, et avec elles, les micro-libertés qui en dépendent. Ils disposent dans un premier temps d'une légitimité endogène au sein de leurs unités et auprès des autres acteurs, ce qui leur confère une posture d'expert reconnue et valorisée, bien qu'elle ne soit pas de nature culturelle et ne se retrouve pas hors des murs des unités.

De plus, ils occupent une position solitaire sur la gestion des dossiers sociaux-administratifs, qui leur permet le contrôle de larges zones d'incertitude, qui leur offre des marges de manœuvre pour choisir les patients pour lesquels ils veulent s'investir temporellement, mais qui leur permet aussi de braconner le contenu des dossiers. Ces options leur permettent de faire émerger leur vision de la meilleure prise en charge socio-administrative pour un patient donné. Des réussites qui déterminent le contenu des micro-libertés à caractère économique dont disposera la fraction des patients qui entrent dans le champ de spécialité de l'assistant social. En somme, ces ASS, individuellement, au sein de leurs unités respectives, constituent donc un groupe d'acteurs dominant dans les négociations pour les micro-libertés ; mais sur une partie limitée d'entre elles : les micros-libertés d'ordre économique, et seulement pour les usagers en difficultés sur ces questions précises.

# **Chapitre 3 : Les intervenants spécialisés : des acteurs instrumentalisés**

L'usage du qualificatif de « spécialisé » pour désigner une catégorie unique d'acteurs peut surprendre au vu du contexte hospitalier que nous avons présenté tout au long de cette recherche. En effet, nous l'avons vu à plusieurs occasions, le fonctionnement de l'hôpital tend vers une spécialisation de plus en plus poussée des acteurs, qui deviennent tous des « spécialistes » de leur champ d'action ; aussi bien *via* les logiques gestionnaires qui visent à réduire les coûts (Béart et Dembinski, 2012 ; Mas *et al.*, 2011 ; Pierru, 2022), que dans les volontés des groupes professionnels de disposer d'un domaine d'expertise pour s'imposer culturellement (Demazière et Gadéa, 2009). Pourtant, une partie des membres de l'équipe semble au paroxysme de ce fonctionnement. La nature monodirectionnelle de leurs tâches et de leurs assignations permet alors de justifier, plus que pour nul autre, la qualification d'intervenants spécialisés, et ce même s'ils ne résolvent pas cette tâche partagée par l'usage de méthodes identiques.

## **Une catégorie d'acteurs unifiée qui semble imparfaite, car polycéphale...**

Sous cette appellation, nous réunissons une multitude de groupes professionnels : l'ensemble de ces acteurs des équipes des unités qui réalisent des prises en charge avec le patient, mais qui ne sont pas des soignants — médecins, infirmières, ou aides-soignants — ni des acteurs de gestion administrative — secrétaires et assistants sociaux. On le comprend donc, cette sélection par élimination dessine une liste complexe d'acteurs. Pour l'Unité 1, unité de jour, le terme désigne un grand nombre d'entre eux : Amina, l'orthophoniste d'environ cinquante-cinq ans, et de près de vingt-cinq ans d'ancienneté en psychiatrie ; les deux neuropsychologues, dont nous avons rencontré Émilie, et enfin les deux psychologues, dont nous avons rencontré Thierry, un ancien infirmier de psychiatrie de près de quarante-cinq ans (les deux intervenants spécialisés absents étant en congé pour la durée de notre enquête). Dans l'Unité 2, le terme d'intervenant spécialisé désigne la psychanalyste lacanienne seule : Sylvie,

et enfin, pour l'Unité 3, sont indiqués le chargé d'activités physiques et psychologiques, Enzo, et Viviane, l'art-thérapeute de l'unité.

Qui plus est, cette liste d'acteurs déjà variée n'est pas présentée ici dans une composition définitive. En effet, il est tout à fait imaginable que des groupes professionnels différents de ceux qu'il nous a été donné d'observer puissent être recrutés, dans des contextes d'équipe qui y sont appropriés. À titre d'exemple, on peut se rappeler de l'unité du psychiatre Loïc, dans l'ouest de la France, qui applique des thérapies assistées par l'animal, et donc ajoute des « zoothérapeutes » à notre liste d'intervenants spécialisés. De même, l'équipe de l'unité d'hospitalisation du secteur de l'infirmière Rose présente d'autres groupes professionnels pour son fonctionnement :

**MS :** « Est-ce qu'il y a des psychologues, ou des orthophonistes ... Ou des gens de ce genre... dans ton unité ? Ou dans ton hôpital psy ? »

**Rose :** « Chez nous non, on taffe avec des ergo [ergothérapeutes]. Quand ils [les patients] ont besoin d'orthophonistes, on les envoie à l'extérieur. »

**MS :** « Ah ! Vous avez des ergothérapeutes ? Ils font quoi avec les patients ? »

**Rose :** « On a une salle d'ergonomie avec plein d'activités... des fauteuils pour la relaxation thérapeutique... Y a des jeux de société aussi ! [...] »

**MS :** « Et vous n'avez aucun psychologue ? »

**Rose :** « Non... Par contre on a des assistantes sociales car là sur nos trente patients, y en a vingt-cinq qui ont des problèmes divers. Mais sinon non... Après on a déjà du mal à garder les sous pour nos ergo', alors obtenir des psys pour notre petit secteur ! [Rires] » (*Infirmière, 30 ans, hors des unités*)

Dans l'unité de Rose, les intervenants spécialisés sont donc uniquement des ergothérapeutes, mettant en place une prise en charge des patients dans une pièce dédiée et équipée spécifiquement pour ce travail.

Un fonctionnement par ailleurs assez similaire à celui de l'unité fermée du même secteur que notre unité 1, où sont employés principalement des ergothérapeutes, et où l'orthophoniste de l'unité 1 passe régulièrement pour des séances de rééducation courtes de la bouche et de la langue, dans le but d'éviter aux patients les « fausses routes ». Ces passages temporaires ne sont pas mis en place pour les autres intervenants spécialisés que nous avons vus dans l'unité 1, dont l'infirmier Quentin nous explique que « les psychiatres considèrent que les patients ne sont pas encore disponibles pour ces prises en charge ».

Ainsi, on peut imaginer que la liste d'acteurs que nous regroupons sous le terme d'intervenants spécialisés désigne un répertoire de groupes professionnels difficilement fini, réunissant les acteurs qui interviennent temporairement avec les patients, lors de prises en charge organisées par les unités psychiatriques. Mais à cet inventaire au contour mal défini s'ajoutent d'autres difficultés pour établir de façon systématique la catégorie des intervenants spécialisés dans les unités psychiatriques.

Tout d'abord, les groupements et les encadrements légaux de ces groupes professionnels diffèrent fortement entre eux. En effet, comme tous les groupes professionnels, ceux qui nous occupent sont pris dans des dynamiques professionnelles : entre autres, des processus visant à émerger par une reconnaissance sociale, à se légitimer administrativement, *et cætera* (Demazière et Gadéa, 2009, p. 24). Les groupes professionnels qui composent nos intervenants spécialisés ont des objectifs, des luttes, ainsi que des statuts obtenus nationalement qui les dispersent dans différentes catégories officielles et regroupements d'acteurs.

Certains de ces groupes ont ainsi obtenu la qualification d'auxiliaires médicaux, ou paramédicaux, au même titre que les infirmières et les aides-soignants. Ils sont listés par le code de la santé publique<sup>41</sup>, qui réunit les groupes professionnels de masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste et enfin diététiciens (cette liste est bien plus longue, mais les autres groupes nous intéressent moins dans le cadre de notre analyse circonscrite à la psychiatrie).

La constitution de cette liste fait suite à une volonté d'uniformiser ces « nouveaux métiers », principalement dans la mise en place d'un cursus de formations similaire, dénommé « LMD » (Licence-Master-Doctorat) installé à l'université, calqué sur le diplôme infirmier d'État. Une démarche pour homogénéiser ces groupes professionnels éclatés, qui démarre avec le décret du 29 juillet 2004<sup>42</sup>, et sera suivie par un rapport en 2008 abondant dans ce sens<sup>43</sup>. Par la suite, d'autres groupes professionnels sont ajoutés à cette liste. Car, les groupes professionnels désirent cette reconnaissance étatique et administrative qui leur offre un cadre d'exercice plus stable et régulé. L'intégration au système des paramédicaux permet la mise en place de reconnaissance de troubles par la sécurité sociale, dont la prise en charge est attribuée à ces

---

<sup>41</sup> Code de la santé publique, quatrième partie, Livre III : Auxiliaires médicaux [...]. Articles R4301-1 à D4393-17.

<sup>42</sup> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

<sup>43</sup> Rapport sur l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales (Morelle *et al.*, 2008).

groupes professionnels sous la forme de remboursement. De plus, cette catégorisation leur ouvre la porte des emplois au sein des hôpitaux, tant publics que privés.

Enfin, la reconnaissance juridique d'un groupe professionnel permet souvent de régler des querelles théoriques internes, comme ce fut le cas pour les orthophonistes (Ali et Wolf, 2016) ; dans d'autres situations, cela permet la victoire d'un groupe professionnel sur un autre, en attribuant un monopole sur certaines pathologies, comme pour la kinésithérapie, qui naît en tant que discipline à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne avant de s'en détacher sous la forme de deux groupes professionnels opposés, les psychomotriciens et les rééducateurs en psychomotricité. La reconnaissance gouvernementale, par le biais d'un diplôme spécifique, arbitre alors, et décide de la victoire d'un seul groupe, séparé de la médecine et effaçant les concurrents (Grabot, 2019).

Cette reconnaissance juridique et cette constitution en un groupe paramédical, calquées sur le groupe infirmier, ajoutent cependant une contrainte de taille à tous ces corps de métier : la nécessité de l'approbation médicale, avec une prescription obligatoire pour faire usage de ces soins. Ce dispositif permet certes un remboursement par la sécurité sociale, et donc l'assurance de plus nombreux clients, mais subordonne l'exercice de ces métiers au pouvoir médical.

Les psychanalystes et les psychologues (comprenant leurs sous-spécialités, comme les neuropsychologues par exemple) disposent de leur propre qualification, dans laquelle sont aussi inclus les psychothérapeutes. La plus ancienne d'entre elles, la psychanalyse, était une discipline qu'il n'était permis d'utiliser que conjointement à un diplôme de médecine, sans quoi il y avait pratique illégale de la médecine jusqu'en 1978. Une régulation pourtant distante de l'usage réel, puisque la majorité des analystes ne connaissaient pas cette législation (Moreau Ricaud, 2007).

Les deux autres groupements, psychologues et psychothérapeutes, émergèrent plus tardivement (Le Bianic, 2009, 2013), mais toutes trois avec la psychanalyse exprimaient le désir d'un meilleur encadrement législatif. Cependant, les différents groupes d'acteurs impliqués ne s'entendaient que sur la nécessité de l'existence d'un diplôme (Le Bianic, 2009) ; la disparité des points de vue, y compris interne à ces groupes, empêcha la mise en place d'une première loi, pourtant proposée, qui les reconnaît en trois entités séparées. Finalement, ce fut bien plus tard qu'une autre proposition fut approuvée sous la forme de la loi de juillet 1985<sup>44</sup>, dont l'objectif initial était de protéger le citoyen contre les dérives sectaires et le charlatanisme, et qui englobe alors tous ces « psys » — psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes —

---

<sup>44</sup> Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

sous une même bannière (Castel, 2004), disposant chacun d'un diplôme reconnu et protégé juridiquement.

Cette loi sera ultérieurement partiellement modifiée par le décret 2010-534 du 20 mai 2010 (lui-même précisé par le 2012-695, du 7 mai 2012), qui finit d'unir les psychothérapeutes avec les psychanalystes. Ces groupes professionnels disparaissent alors au profit d'un certain nombre de diplômes annexes, ajoutés à une formation initiale de psychologue ou de médecin. Être psychothérapeute ou psychanalyste devient un attribut : une spécialisation théorique, un engagement idéologique, pour des formations initiales plus généralisées de psychiatres et de psychologues.

Ces diverses législations permettent aux psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes, de prendre en charge des patients sans avoir besoin de prescription médicale, contrairement aux autres groupes professionnels que nous avons déjà abordés. Un sujet de luttes constantes censé lui offrir une plus grande liberté d'action, et qui fait la fierté du groupe en lui garantissant un plus grand prestige et une plus grande autonomie sur la prise en charge : une lutte de groupe professionnel pour s'octroyer une reconnaissance sociale (Demazière et Gadéa, 2009). Mais cette tentative de domination du milieu est déjà menacée, puisque la loi 2021-1754 du 23 décembre 2021, qui fait suite à la flambée des troubles d'ordre psychologiques liés à l'épidémie de Covid-19, permet le remboursement d'une partie des séances de suivi chez un psychologue s'il y a prescription médicale. Un changement qui remet partiellement les psychologues sous la domination des médecins sur les questions de santé mentale.

Enfin, on relève l'existence d'une troisième entité juridique, celle des « certifications professionnelles » reconnues par le gouvernement dans des arrêtés spécifiques. Il s'agit de groupes professionnels pour lesquels l'État reconnaît un (parfois plusieurs) diplôme spécifique, enseigné par des établissements agréés précis. Les usages de l'art en thérapie<sup>45</sup> entrent dans cette catégorie, dans lesquelles sont différenciés les art-thérapeutes qui utilisent les arts graphiques, les dramathérapeutes avec le théâtre, les musico-thérapeutes et les danse-thérapeutes (ces spécialités décrites par les chercheurs ayant mis en place le master à l'université de Paris (Lecourt et Lubart, 2020). C'est dans cette catégorie de certification que tombe aussi le groupe professionnel des zoo-thérapeutes par exemple, qu'on retrouve plutôt dans les textes juridiques sous la forme de « médiation animale » ou « d'activités associant l'animal » (AAA).

---

<sup>45</sup> Arrêté du 10 août 2012 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles.

Ces groupes professionnels inscrivent généralement leurs luttes pour la reconnaissance dans une volonté de différenciation d'avec les psychologues et les psychothérapies, et désirent ne pas être réunis avec les diplômés spécifiques des groupes professionnels précédents (Lecourt, 2010). Une recherche de différenciation qui permet de ne pas dépendre de la prescription médicale, même si l'encadrement par un médecin est toujours recherché. Cependant, la mise à la marge par la juridiction française pose un encadrement flou, avec une régulation moindre que dans d'autres pays européens qui les encadrent, comme l'Angleterre (Sens, 2007) ou l'Espagne (Lecourt, 2010).

Les différents acteurs dont nous observons le quotidien, et que nous regroupons sous la bannière des intervenants spécialisés dépendent donc d'au moins trois cadres juridiques différents. D'abord, celui des soignants paramédicaux, dépendants de prescriptions ; ensuite, celui des « psys » qui luttent pour leur reconnaissance différenciée, et enfin celui des certifications professionnelles, non-soignants, mais disposant d'une porte d'entrée à l'hôpital<sup>46</sup>. Cependant, ces cadres juridiques ne sont pas seuls à catégoriser les groupes professionnels, puisque ceux-ci disposent d'organisations et de reconnaissances spécifiques, ce qui complique encore le groupement.

En plus de cette diversité de qualification d'ordre juridique, un second point complique la mise en place d'une définition systématique, il s'agit de la quantité d'intervenants spécialisés que nous pouvons dénombrer au sein des unités de psychiatrie. En effet, l'ordre de grandeur de leur présence apparaît fluctuant selon les milieux de notre recherche. Si l'unité 1 et ses cinq intervenants spécialisés est difficilement comparable, de par la nature de sa prise en charge de jour, rappelons que l'unité d'hospitalisation qui lui est liée, dans la même structure, dispose de quatre intervenants différents, listés par l'infirmier Quentin. Il s'agit d'un nombre important comparé à l'Unité 3 qui n'a que deux acteurs de ce groupe, et plus encore lorsqu'on le compare à l'Unité 2 et son unique psychanalyste. On le constate, il s'agit là de nombres bien plus inconstants que pour les autres groupes professionnels, et qui manquent similairement d'un encadrement par une régulation.

La différence dans la quantité des intervenants spécialisés s'explique alors par le budget qui est alloué à l'unité, et dont dispose plus généralement le secteur ou la structure psychiatrique. C'est un élément qu'on devine à la fin de l'extrait d'entretien avec Rose, précédemment présenté.

---

<sup>46</sup> Précisons à nouveau que notre liste d'intervenants spécialisés ne se veut pas exhaustive, mais représentative de nos observations. Il reste donc possible que d'autres groupements puissent y être intégrés, et disposeraient de leurs propres encadrements juridiques.

Elle nous y indique que son équipe a « du mal à garder les sous pour [ses] ergo, alors obtenir des psys pour [son] petit secteur... ». Elle relie ici directement la taille du secteur de son unité avec l'enveloppe budgétaire allouée aux intervenants spécialisés : un facteur qui expliquerait l'opportunité à disposer de ces acteurs optionnels.

Cette fluctuation des postes est fondamentalement différenciée des nombres de psychiatres, infirmières et aides-soignants, nécessaires au maintien du quotidien de l'unité et donc en grand nombre pour entretenir un roulement ; ou bien aux assistants sociaux, dont la fonction perçue comme « essentielle » justifie la présence de l'un d'entre eux dans toutes les unités. Une disposition qui révèle la condition de parent pauvre qu'occupent les intervenants spécialisés face aux allocations budgétaires, derniers à être recrutés ou maintenus en cas de faibles moyens, et qui met en lumière le caractère optionnel de leur présence dans le travail psychiatrique. Cet éclairage nouveau rend nos trois terrains d'autant plus représentatifs de ces logiques économiques. Comme nous l'avons déjà explicité, l'Unité 1, localisée dans un secteur disposant de plus grandes ressources, s'enrichit d'un nombre élevé de groupes professionnels différents. À l'inverse, l'Unité 2 dépend d'un secteur parmi les plus mal lotis de la région parisienne ; il est donc peu étonnant qu'elle ne dispose que d'un seul intervenant.

Enfin, un troisième et dernier point complique lui aussi la taxinomie de ce groupe d'acteurs. Il s'agit de la nature des prises en charge avec les patients, qui présentent des divergences marquées selon le groupe professionnel qui les réalise, et selon le cadre offert par l'unité pour ces intervenants.

Ainsi, l'orthophoniste et les neuropsychologues de l'unité 1 mettent en place des entretiens individuels ; elles voient le patient seul. Lors des premières séances, elles cherchent à établir un score pour le patient à l'aide d'échelles et de tests, dont le but est de déterminer la durée et le contenu des exercices de la prise en charge à venir. Ces entretiens préliminaires sont au nombre de trois à cinq, et d'une durée de quarante-cinq minutes. Ils calibrent les entretiens qui suivent, allant d'une durée de quarante-cinq minutes à deux heures, sur un nombre de séances préétabli, une ou deux par semaine, sur une durée ne dépassant généralement pas deux mois. Il en résulte une file active d'un peu plus d'une dizaine de patients suivis à la fois.

Lors de ces entretiens, les intervenants spécialisés appliquent une batterie de tests et d'exercices de rééducation, suivie parfois de nouveaux tests d'évaluation pour observer les changements de score du patient sur les échelles. Il s'agit d'une approche extrêmement standardisée, et même si le contenu des exercices varie fortement en fonction du groupe professionnel, ils s'entendent tout de même pour souligner leur rapprochement :

**Amina :** « J'ai plus d'affinité, enfin pas de personne, mais de profession, avec la neuropsychologue, parce qu'on a un travail de rééducation. »

*(Orthophoniste, 55 ans, unité 1)*

En cela, ces intervenants spécialisés s'opposent aux méthodes de travail des psychologues de l'unité 1, ainsi que de la psychanalyste de l'unité 2. Si ces derniers réalisent aussi des entretiens seuls avec un patient, il s'agit de l'unique ressemblance dans le contenu de la prise en charge de l'usager. En effet, les entretiens durent ici entre trente minutes et une heure, et prennent place une fois par semaine ou toutes les deux semaines. Il arrive parfois que ces entretiens aient lieu de manière ponctuelle et unique, à la demande d'un psychiatre qui désire un « avis extérieur ». Les entretiens sont donc moins fréquents et moins longs ; cependant, cette prise en charge s'étend sur de nombreux mois, généralement plus de deux ou trois. Il est alors admis par les acteurs que ce type de prise en charge, ancré dans une idéologie par la psyché, doit se prolonger sur une longue durée pour être « utile ». Il résulte de ce fonctionnement une file active d'environ une quinzaine de patients pour chacun d'eux.

Lors de ces entretiens, les intervenants spécialisés cherchent à mettre en place une discussion libre avec le patient, où il aborde ses troubles, ses problèmes au quotidien, l'origine qu'il suppose à ceux-ci, et plus généralement son passé et l'interprétation qu'il en fait. Une approche bien moins systématisée, en comparaison de celle que nous avons décrite précédemment, comme le résume le psychologue clinicien de l'unité 1 :

**Thierry :** « C'est pas un outil précis, je le fais comme ça, c'est de l'expérience. De toute façon même dans mon travail je suis pas très synthétique ou organisé... ce qu'il faut c'est laisser de la place à "comment je me sens" pour le patient, parce que c'est ce qu'il manque à la psychiatrie. » *(Psychologue, 45 ans, unité 1)*

Dans l'unité 3, la prise en charge démarre par la demande de l'intervenant spécialisé à l'équipe de soignants pour obtenir une liste de patients qui ont la permission de se joindre à l'activité. Une fois cette liste obtenue, l'intervenant propose individuellement à chacun de ces patients de participer, en allant le chercher dans sa chambre ou dans les pièces communes. Ces patients sont libres de refuser de participer. Lorsque le groupe est constitué, il se réunit dans une salle dédiée le temps de l'activité.

Pour l'art-thérapeute, il s'agit de la pièce à disposition des patients, où ont lieu les goûters. Les usagers s'installent aux tables placées en rond, et réalisent des activités artistiques, généralement des dessins ou de la peinture. L'art-thérapeute encadre ces activités, et s'en sert

comme levier pour pousser les patients à l'expression d'émotions. Le recours aux formes artistiques comme cadre thérapeutique est récurrent dans les unités qui s'orientent vers la psychothérapie institutionnelle, pourtant, dans d'autres lieux, des pratiques identiques est perçu comme occupationnel et sans intérêts pour une optique de soin (Demailly, 2020).

Le responsable d'activité physique dispose pour sa part d'une partie du bâtiment de la même taille que l'unité 3, où se trouvent des machines d'exercice, des tables de ping-pong et d'autres matériels à utiliser. Les groupes qu'il constitue sont aussi plus conséquents, alliant parfois des patients de plusieurs unités en même temps. Enfin, il lui arrive d'organiser des activités en extérieur, des marches ou du basket. Les groupes sont là aussi mixtes dans les unités, et des paramédicaux sont détachés pour aider à l'encadrement.

L'orthophoniste et l'une des neuropsychologues de l'unité 1 mettent aussi en place des groupes d'activités, respectivement un groupe de lecture pour la première et des jeux de société pour la seconde. Lors de l'animation de ces groupes, ces intervenants spécialisés sont épaulés par un aide-soignant. Mais contrairement aux intervenants spécialisés de l'unité 3, la liste de patients de ces acteurs n'est pas établie au jour le jour, il s'agit de groupes de petite taille, de deux à cinq patients, qui doivent déjà faire partie de la liste des prises en charge de l'intervenant.

On réalise donc que ces acteurs mettent en place des prises en charge au quotidien fortement différenciées selon leur groupe professionnel et les spécialités auxquelles ils se rattachent ; et selon le cadre que constitue l'unité dans laquelle ils officient.

Le groupe d'acteurs que nous composons semble donc difficile à dénommer sous une appellation commune. D'abord, parce qu'il serait composé d'une longue liste de groupes professionnels que nous ne clôturons pas ; un ensemble de professions atomisées administrativement et légalement, mais aussi dans leurs pratiques de la prise en charge des patients. Enfin, le caractère optionnel de leur présence entraîne une répartition inégale entre les structures, ce qui participe aussi à compliquer l'unification des acteurs sous une appellation commune.

Cependant, toutes ces considérations d'ordre administratif sont la résultante d'une analyse externe aux unités, et à leur organisation au quotidien. La plongée sur les terrains, au contact de l'ordre négocié, offre un regard nouveau sur ces groupes professionnels atomisés, et permet de mieux comprendre la logique derrière leur réunion en un seul groupe d'acteurs.

## ... mais justifiée par des postes partagés et un quotidien identique

La nature polysémique des groupes professionnels réunis au sein de cette partie questionne notre choix de mettre en place une catégorie commune pour discuter leur place au sein du fonctionnement quotidien des unités d'hospitalisation de la psychiatrie. Pourquoi alors proposons-nous d'unifier ces acteurs dans un seul groupe à la dénomination commune ? Nous nous attacherons dans cette sous-partie à montrer comment les trois points de différences que nous avons précédemment dressés dissimulent en réalité une similarité dans l'organisation informelle et dans les tâches allouées, au sein des équipes, à ces intervenants spécialisés ; produisant finalement une similarité dans les rapports entre ces derniers et les autres acteurs des unités d'hospitalisation, qu'il s'agisse des soignants, mais aussi des patients, malgré les méthodes de prise en charge différenciées.

En premier lieu, il est essentiel de comprendre que tous ces groupes professionnels partagent en réalité les mêmes postes dans les unités psychiatriques. Nous l'avons explicité précédemment lorsque nous parlions de la place que la logique économique prend dans le nombre d'intervenants spécialisés. Or le nombre de postes, dépendant des moyens de l'unité, met finalement en concurrence tous les groupes professionnels qui composent nos intervenants. Par exemple, une unité dans laquelle seraient mis en place des postes de neuropsychologues et d'orthophonistes le fera au détriment de postes de psychanalystes ou d'art-thérapeutes. Cette interchangeabilité des groupes professionnels sur un même poste peut ne pas sembler évidente de prime abord, et il faut s'intéresser aux périodes de transformations d'une unité pour que le fait apparaisse plus clairement :

**MS :** « [...] Et du coup comme vous avez monté ce service-là, c'est vous qui avez décidé d'y ajouter des psychologues et des neuropsychologues ? Ce qui se faisait pas trop à l'époque si ? »

**Dr. Tréville :** « Oui. Les psychologues si, mais plutôt d'inspiration analytique ! »

**MS :** « Et justement parce que vous, vous aviez cette approche plus biologique... »

**Dr. Tréville :** « Oh bah, il y a pas eu un jour où on a tout mis en place comme ça, c'est le fruit d'une évolution. Il y avait un hôpital de jour avant où les patients étaient assez mélangés, donc petit à petit il a fallu renouveler toute l'équipe.

L'équipe qui était en place n'adhérait pas. Quand moi j'étais là, personne ne disait trop rien, mais quand j'avais le dos tourné... finalement les gens sont partis, petit à petit, et j'ai pu mettre en place les filles, les jeunes psychologues... »

*(Psychiatre cheffe de pôle, 65 ans, unité 1)*

S'il est difficile de se rendre compte de la compétition entre les groupes professionnels sur les postes de intervenants spécialisés, les périodes de changements, comme celle que met en lumière la cheffe du pôle de l'unité 1, la Dr. Tréville, permettent de réaliser cette interchangeabilité. Ici, la prise du poste de direction de la psychiatre s'accompagne de sa volonté de transformation idéologique. Un changement difficilement accepté par les intervenants présents avant son arrivée, psychanalystes et psychologues d'approche analytique, que la cheffe de pôle remplacera petit à petit par des neuropsychologues et une orthophoniste.

Pour tous les cas de notre corpus, ces postes partagés sont gérés par les cheffes de pôle, comme on le réalise dans l'extrait précédent : la psychiatre décide de la composition de son équipe. Mais sa gestion ne s'arrête pas là, puisque c'est aussi elle personnellement qui s'occupe du recrutement, faisant passer les entretiens et « mettant en place les filles ». Un fonctionnement généralisé sur nos trois terrains, car tous les intervenants spécialisés présents dans les unités, sans exception, avaient été recrutés personnellement par les psychiatres cheffes de pôles.

Ces constats rejoignent ceux que nous proposons dans la partie qui concerne spécifiquement l'implication des psychiatres cheffes de service (cf. le chapitre III.1), ces médecins cherchant la diffusion de leur idéologie psychiatrique par la mise en place des postes d'intervenants spécialisés dont elles gèrent le recrutement. À nouveau, nous pouvons sentir cette sélection par l'idéologie dans la démarche du docteur Tréville, sélectionnant des neuropsychologues, plus proches de sa vision « biologique », dans les thérapies *encéphalocentrées*. Une idéologie qui a débouté les intervenants spécialisés ancrés dans les thérapies par la psyché. On peut alors remarquer, de la même manière, une exclusion partielle des choix de méthodes à appliquer avec les patients. Certes, les intervenants exercent leur travail par l'emploi de méthodes qu'ils ont choisies et qu'ils maîtrisent, mais il faut bien réaliser que si ces méthodes n'étaient pas acceptées lors du recrutement par les psychiatres cheffes de pôle, alors le recrutement n'aurait pas eu lieu. En un sens, ce sont donc les psychiatres qui décident des méthodes employées par les intervenants spécialisés dans leurs services, et organisent un recrutement en adéquation. C'est par exemple le cas de l'art-thérapie, considéré comme thérapeutique et valorisé par la psychothérapie institutionnelle, mais dévalorisé et perçu comme occupationnel dans d'autres cadres (Demailly, 2020) : si une art-thérapeute a pu être recrutée dans l'unité 3 par la cheffe de pôle qui se revendique de cette orientations, son poste potentiel est

occupé par des psychologues au sein d'une unité qui dévalorisent l'art comme approche thérapeutique, comme l'unité 1. Le groupe occupant le poste est fondamentalement dépendant de l'orientation théorique des cheffes de pôle qui se chargent du recrutement.

Le second point commun qui justifie de réunir tous ces groupes professionnels en une seule catégorie d'acteurs tient à la similarité du déroulement de leur travail au quotidien. En effet, peu importe leurs formations et les méthodes avec lesquelles ils prennent en charge les patients psychiatriques, peu importe leurs luttes de groupes professionnels pour la reconnaissance juridique : l'organisation du quotidien intra-unitaire de ces acteurs reste similaire, dans un déroulé de mise en place du travail identique.

En premier lieu, l'accès à la prise en charge par un intervenant spécialisé est négocié de la même manière que d'autres micro-libertés. La discussion débute généralement lors d'un entretien où la psychiatre, une infirmière et le patient négocient l'accès à la prise en charge par l'intervenant spécialisé. Dans d'autres cas, les psychiatres et les infirmières discutent seules de cette prise en charge, de façon informelle ou au cours des réunions matinales, auxquelles les intervenants spécialisés n'assistent que très rarement. Ainsi, la prise en charge par l'intervenant fait suite à cette négociation dont il est exclu. Si la micro-liberté est accordée au patient, alors la décision est notifiée à celui qui devra la réaliser *a posteriori*. Une annonce informelle, hors des réunions, et généralement effectuée par le psychiatre : « tu veux bien t'occuper de ce patient ? », « tu as le temps de t'occuper de lui ? ». Des questions tout à fait rhétoriques, comme nous allons le montrer. Notons que dans le cas d'une idéologie plus axée vers les thérapies par la structure, comme nous l'avons illustré précédemment, ce sont les paramédicaux qui peuvent occuper ce rôle de décision et d'annonce à l'intervenant spécialisé (voir le chapitre III.3 sur les aides-soignants de l'unité 3).

On pourrait alors se questionner sur la liberté d'action de certains des groupes professionnels, refusant le contrôle médical, notamment au travers de la distance à la prescription. Une question que nous abordons avec la neuropsychologue de l'unité 1 :

**Emilie :** «Oui et après c'est euh... Par exemple, une orthophoniste, c'est une paramédicale, donc elle travaille sur prescription médicale. Ça se prescrit, on va voir un médecin traitant, il dit voilà dyslexique et hop on va chez l'orthophoniste avec une prescription. [...] Mais les psychologues, leurs statuts, font qu'ils ont une liberté d'action, une autonomie d'action, euh... Voilà, j'interviens à la demande du patient, à la demande de la famille, à la demande du médecin : mais pas sous autorité médicale. Mais dans les faits on va pas chipoter c'est quand même le médecin qui dit on s'occupe de tel patient. Mais c'est juste, c'est pas sur prescription... »  
*(Neuropsychologue, 30 ans, unité 1)*

Comme le souligne Émilie, corroborant nos observations, le fonctionnement quotidien des équipes voit tous les intervenants spécialisés se plier aux décisions de l'équipe lorsqu'il s'agit du choix des patients qui constituent leur fille active ; et ce même dans le cas des psychologues et des psychanalystes, qui ne dépendent effectivement pas des prescriptions médicales, et sont censément dotés d'une certaine liberté d'action par les textes qui encadrent l'exercice de leur fonction.

Par la suite, le maintien de cette prise en charge fait parfois l'objet de nouvelles négociations. En effet, il n'était pas rare que le psychiatre mette fin à la prise en charge d'un patient par un intervenant spécialisé. Soit que le médecin ne pense plus cette prise en charge nécessaire ou utile ; ou bien, plus généralement qu'il s'agissait de faire de la place dans l'emploi du temps du professionnel pour un autre patient que le psychiatre considérait comme prioritaire. La question « d'avoir le temps » pour un patient est donc rhétorique, car si l'intervenant en manque, le psychiatre pourra redessiner son emploi du temps pour permettre l'application de sa vision des patients prise en charge.

Il s'agit par ailleurs du seul moment où les intervenants spécialisés peuvent tenter de négocier la prise en charge d'un patient, et donc la micro-liberté pour le patient que représente l'accès à leur prise en charge. En effet, la nécessité d'ouvrir une place temporelle dans l'emploi du temps de l'intervenant nécessite la fin d'une autre prise en charge. On a pu observer dans de rares cas des tentatives de la part des intervenants pour se débarrasser de patients avec lequel ils considéraient que la prise en charge n'était pas pertinente.

Ces changements dans la liste des patients pris en charge sont d'autant plus flagrants dans l'Unité 3. En effet, d'une semaine à l'autre, un patient peut perdre la micro-liberté lui donnant accès à l'activité, auquel cas il ne se voit plus indiqué à l'intervenant spécialisé comme étant

acceptable. Si ce dernier s'était investi avec le patient dans un travail au long cours, son travail est interrompu.

Il résulte de ce fonctionnement quotidien, comparable pour tous les intervenants spécialisés, une agrégation des groupes professionnels que nous ne sommes pas les premiers à effectuer. En effet, nous avons pu par moments constater leur nomination par des appellations, spécifiques à chaque unité, mais réunissant l'ensemble des groupes professionnels :

**Amina :** « Les infirmières nous appellent “les professionnels” [rires]. C'est le terme ancien pour désigner les non-infirmiers et non-aides-soignants. »

*(Orthophoniste, 55 ans, unité 1)*

Effectivement, dans l'unité 1, les paramédicaux utilisent souvent ce terme de « professionnels » pour désigner le groupe que nous qualifions d'intervenants spécialisés. De la même manière, dans l'unité 3, nous avons pu entendre l'équipe annoncer l'entrée dans l'unité des acteurs : « Ça y est, l'activité est arrivée ». Une forme de nomination par l'amalgame entre le contenu du travail et l'acteur qui le réalise. Cette unification des groupes professionnels par une dénomination n'avait pas sa place dans l'unité 2, où la psychanalyste était la seule à occuper une position de ce type.

Nous venons donc de montrer comment la fonction d'intervenant spécialisé est exclue des processus décisionnels concernant le choix des patients avec lesquels effectuer le travail de prise en charge, de même que dans la mise en place et le recrutement des postes qui leur sont dédiés. Ils présentent unanimement une position dominée dans l'organisation informelle et dans les négociations des micro-libertés.

Il nous semble donc possible d'unifier les différents groupes professionnels sous une bannière commune, celle des intervenants spécialisés, puisqu'ils partagent tous une posture doublement instrumentalisée : ils ne participent pas aux négociations des micro-libertés, mais leur prise en charge en représente une, négociée par les autres acteurs, et qu'ils se verront contraints d'appliquer. Qui plus est, la forme de leur application est finalement une mise en pratique des théories sélectionnées par les médecins, ils sont un instrument de la théorie psychiatrique favorisé par les cheffes de pôles.

Cette posture dominée, instrumentalisée, produit par ailleurs un autre point de rapprochement pour cet ensemble hétérogène de groupes professionnels. Effectivement, nous avons pu assister à un discours commun à tous ces professionnels, indépendamment des unités ou des groupes professionnels d'origine des intervenants avec lesquels nous discutons. Discours que nous présenterons dans la suite de ce chapitre.

## **Un groupe d'acteurs critique envers l'équipe**

Nous présenterons pour commencer un extrait de notre journal de bord, obtenu lors d'un entretien informel avec Viviane, l'art-thérapeute de l'unité 3. Cet extrait illustre parfaitement un discours, tenu de manière similaire par tous les intervenants spécialisés que nous avons rencontrés :

Nous venons de terminer de déjeuner avec l'équipe. Tous les paramédicaux sont sortis, il ne reste que l'art-thérapeute et moi. On discute un peu de mon travail, puis du sien : « J'alterne, un jour en fermé, deux en ouvert. C'est pas vraiment moi qui ai décidé, c'est la cheffe de pôle qui a créé le poste : et pour faire l'ouvert, c'est obligé de faire un peu de fermé dans le poste... Sinon je fais autre chose dans d'autres hôpitaux. » Elle m'indique alors qu'elle n'apprécie que partiellement le travail en unité « fermée ». Je l'interroge plus avant, et elle explicite. Le « fermé » lui plaît moins, car les locaux sont « nuls » : la porte de la pièce qui lui est allouée est cassée donc elle ne peut pas la fermer pour s'isoler avec les patients. De plus, cette salle sert de passage vers le balcon où vont fumer les patients, ce qui réduit encore l'intimité. Elle ajoute ensuite, sans que je ne le lui demande : « de plus ici l'équipe ne réfléchit pas les soins, ils voient que le pratique. Quand ils font des activités, y a pas de réflexions. Je serais cheffe de l'unité, je dirais "bon là on prend une heure, et on réfléchit bien nos pratiques et nos actes !"... là les sorties [thérapeutiques] se font à l'arrache. Ici ils réfléchissent que le patient il fait bien caca, qu'il prend ses médocs, mais pas au-delà. ». À quoi elle ajoute plus tard « ici ils ne sont pas formés, c'est pas comme en ouvert, où vraiment les patients sont au long cours, y a une prise en charge, une rééducation... ici c'est occupationnel ! ». La discussion se poursuit sur sa vision de la rééducation. Finalement elle conclura :

« Je pourrais, je ne ferais que de l'ouvert, mais j'ai pas le choix... même avec l'équipe ça se passe moins bien ici, les infirmières s'intéressent pas... elles me demandent pas qui je suis, ni ce que je fais ! » (*Art-thérapeute, 30 ans, unité 3*)

Dans cet extrait, on perçoit la posture critique qu'entretient Viviane vis-à-vis de l'unité et des acteurs qui en composent l'équipe. Un discours construit sur une forme de gradation, dans laquelle elle montre en premier lieu les problèmes que lui posent les locaux de l'unité, avec les difficultés liées spécifiquement à la salle qui lui est allouée le temps de son atelier. Elle aborde ensuite les défauts qu'elle attribue à l'équipe. Une critique qu'elle axe sur le manque de réflexion vis-à-vis des pratiques de prise en charge des patients : elle décrit un travail occupationnel qui ne réclamerait aucune formation, une forme de gardiennage ne réclamant aucune expertise, que n'importe qui pourrait faire en somme.

Or, ce discours n'est pas isolé. Il est représentatif d'une posture critique que nous avons rencontrée sur l'ensemble de nos terrains et de nos discussions avec les intervenants spécialisés ; et qui se décline sur l'unité et les groupes professionnels soignants qui en composent l'équipe. La gradation précédemment évoquée est généralisée, se faisant de plus en plus spécifique quant aux tâches, aux logiques ou aux groupes professionnels incriminés. Le rapport conflictuel à l'équipe est alors toujours mis en avant ; suivi par une accusation directe des infirmières. Ce fut le cas, à nouveau, lors de l'entretien avec l'orthophoniste de l'unité 1, qui débute notre entretien par ces critiques :

**Amina :** « Ici ce qui était difficile pour moi au début, c'est que je travaillais donc dans des équipes, et c'est la première fois que j'étais en contact avec des infirmières. Et c'est vraiment un état d'esprit particulier les infirmières. [...] Comme elles sont près du corps des personnes, elles ont l'impression qu'elles savent plus de choses sur la personne. Alors que moi, j'ai une autre connaissance des personnes, parce que j'ai la chance : tous les patients, alors je les vois au moins une heure par semaine en face à face. » (*Orthophoniste, 55 ans, unité 1*)

Ici, Amina remet en question la capacité d'observation des infirmières, et ce en présentant le temps dont elle dispose avec les patients comme une source riche en informations que les infirmières ne valoriseraient pas. Par ailleurs, cette posture critique des intervenants spécialisés envers les infirmières est d'autant plus intéressante lorsqu'elle est observée chez le psychologue de l'unité 1, Thierry, lui-même ancien infirmier de psychiatrie :

**Thierry** : « Non, non franchement, non, je vois des collègues infirmiers, beaucoup sont à la ramasse, il y a quelque chose qui manque. Dans l'expérience, dans la compréhension du soin. En psychiatrie il y a quelque chose qui manque quoi, et ça se voit »

**MS** : « Il y a quelque chose qui manque ? Comme quoi ? »

**Thierry** : « Ça se voit dans la manière d'interagir avec le patient. C'est, comment dire. C'est efficace en termes d'action dans l'immédiat. En revanche, dans la manière de penser le soin en psychiatrie, il manque quelque chose, un soin en profondeur. Le patient en face de nous effectivement il a des symptômes, effectivement on va lui donner un traitement, mais ça lui fait quoi dans sa tête ? Ça lui fait quoi de tomber malade ? Ça a fait quoi dans sa vie toute entière ? Comment il va se représenter, lui, en tant que personne devenue malade ? [...] Le fait qu'il soit ancien, le fait qu'il soit déprimé. La réponse, bien sûr, de lui donner un traitement. Mais c'est pas suffisant. Il faut aussi l'amener à avoir cet espace, l'amener à parler de ce vécu, c'est ça qui manque. » (*Psychologue, 45 ans, unité 1*)

Pour Viviane, Amina et Thierry, comme pour tous les intervenants spécialisés que nous avons rencontrés, la critique du milieu suit une gradation jusqu'à se concentrer exclusivement sur les infirmières. Le travail de ces dernières est généralement critiqué pour son manque de réflexivité et de théorisation, il serait trop terre-à-terre, trop proche d'une prise en charge uniquement centrée sur le quotidien, avec l'état physique du patient *via* la surveillance de ses selles et la prise de son traitement. Pourtant, ces considérations sont nécessaires au fonctionnement quotidien de l'unité, où des troubles physiques (digestifs), ou bien les manques envers le traitement pourraient causer des soucis, aussi bien pour le patient que pour l'organisation informelle et l'ensemble des autres acteurs ; car un patient souffrant de troubles physiques ou manquant de contrôle de ses symptômes psychiatriques n'aurait plus l'option de voir l'intervenant : le travail même de ce groupe d'acteurs est déterminé par la bonne conduite de ce qu'ils considèrent comme une gestion trop terre-à-terre.

Qui plus est, lors de ces critiques, ces acteurs mettent en avant leur rapport particulier avec les patients, rapports obtenus par le contenu de leur prise en charge. Pourtant, ce temps privilégié avec les patients est généralement bien moindre que le temps passé par les infirmières avec les patients. D'une part, parce que le temps des intervenants spécialisés est cadré : les entretiens sont limités dans le temps et espacés dans les semaines. À l'inverse, les infirmières peuvent disposer de ces temps en entretien, mais bénéficient de tous les moments informels,

toutes les discussions et les interactions qui prennent place autour des négociations pour les micro-libertés. De plus, le système de transmission infirmier permet à ce groupe de disposer d'informations bien plus récentes, renouvelées quotidiennement, contrairement aux intervenants qui peuvent découvrir un patient tout à fait différent d'une semaine sur l'autre, notamment lors de changements de traitements.

Factuellement, cette critique se concentre sur la nature terre-à-terre du travail infirmier. Le manque d'observation que relève Amina ou d'analyse que pointe Thierry révèlent surtout une critique de la posture théorique des infirmières. En effet, nous avons ici présenté à dessein le point de vue de trois professionnels radicalement différenciés, que ce soit par leur inscription idéologique ou par leur méthodologie de prise en charge. Mais tous se retrouvent sur cette critique qui finalement cible les manquements théoriques du groupe infirmier : un groupe professionnel qui serait, selon les intervenants spécialisés, trop attaché à la prise en charge physiologique et qui n'intellectualiserait pas assez le rapport au patient ; actions qu'eux-mêmes semblent ériger en une « bonne pratique » qu'ils qualifient de nécessaire.

Cette posture critique de ceux que nous avons choisi de nommer les intervenants spécialisés est aisée à expliquer. En effet, comme on a pu le comprendre au travers des différents points que nous avons abordés à leur sujet, il s'agit d'un groupe d'acteurs fortement dominé dans le fonctionnement quotidien de l'unité psychiatrique ; et leurs marges de manœuvre sont très faibles au sein de l'organisation informelle et de la négociation des micro-libertés. Tout d'abord, les patients avec lesquels ils doivent mettre en place leur prise en charge sont choisis par les psychiatres de l'unité ; aussi bien dans le cadre légal et officiel, lorsque la prescription est nécessaire pour autoriser la prise en charge, que pour les intervenants spécialisés qui n'en dépendent pas. Cette absence de choix est d'autant plus ressentie que le psychiatre peut, dans les divers cas que nous avons déjà évoqués, mettre fin au travail entrepris par un intervenant avec un patient. Un événement qui peut être frustrant pour celui-ci, dont l'implication morale peut être noyée avant l'achèvement du projet, et sa potentielle réussite. De plus, la présence même de ces intervenants dans l'unité est dépendante de la volonté des psychiatres, et plus précisément des cheffes de pôle, qui en déterminent le recrutement selon l'idéologie qu'elles cherchent à appliquer, comme on l'a vu plus haut dans ce chapitre. Ces deux premières mécaniques sont révélatrices de la position dominée de ces groupes professionnels dans le cadre de l'hospitalisation, instrumentalisés comme des outils de prolongement et d'application des théories, et donc en soi de l'idéologie psychiatrique au sein des unités.

Cette domination du poste à l'hôpital s'accompagne aussi d'une absence ou d'un faible monopole sur les pratiques (Le Bianic, 2009) : les groupes professionnels qui composent les intervenants spécialisés se faisant concurrence entre eux, mais aussi avec les psychiatres, sur l'application des méthodologies de prise en charge propres aux théories suivies. Ces groupes professionnels ne parviennent donc pas à occuper une position légitime, ni endogène de par la situation dominée ; ni exogène, de par l'absence de monopole reconnu culturellement. Qui plus est, leur absence aux réunions d'équipe, et leur moindre présence temporelle dans l'unité, au contact des patients, ne leur offrent pas d'opportunités de prise de pouvoir, comme nous avons pu l'observer pour certains autres acteurs de l'unité. Ainsi leurs leviers d'influences sont bien moindres que pour les autres acteurs de l'équipe. Ils ne disposent d'aucun moyen de négocier, d'infléchir les décisions au sujet des micro-libertés : ils sont dominés dans l'ordre qui se négocie au quotidien, ce que souligne Sylvie, la psychanalyste de l'unité 2 :

**Sylvie :** « Nous [les psys] on a aucun pouvoir. Les patients peuvent rien obtenir de nous, pas de sortie, de médocs, de cigarettes... Mais ça nous donne plus de liberté dans les entretiens que les psychiatres. On peut parler de sujets plus personnels, comme là on a pu parler du fait que [la patiente] voulait se trouver un mari, on a pu parler de comment elle voulait qu'il soit. » (*Psychanalyste, 50 ans, unité 2*)

Cet extrait révèle la conscience qu'a Sylvie d'occuper une position dominée et démunie au sein de l'organisation quotidienne et des micro-libertés des patients. Elle n'est pas en capacité, contrairement aux autres acteurs, d'influencer les micros-libertés dont dispose le patient. Une position qui modifie son rapport avec celui-ci : il n'y a plus de négociations. Sylvie fait alors contre mauvaise fortune bon cœur, et trouve des aspects positifs à son rapport spécifique avec le patient, et à sa situation d'exclusion de la table des négociations. Un discours positif qu'elle sera la seule des intervenants spécialisés à entretenir.

La position et le comportement de ce groupe d'acteurs sont de parfaits exemples de ce que Crozier désigne comme l'un des schémas analytiques classiques des relations humaines : dépendance — frustration – agression – transfert (Crozier, 1963, p. 186). En effet, la situation de dépendance vis-à-vis des psychiatres est maintenant tout à fait apparente, que ce soit au travers du recrutement ou dans le choix des patients pour le travail au quotidien. Cette situation entraîne des sentiments de frustration, compréhensibles, chez les intervenants spécialisés, qui les extériorisent par un discours critique (*agressif*) envers l'unité, son fonctionnement et ses

membres. Enfin, nous avons pu effectivement observer la dernière étape relevée par Crozier : celle d'un transfert de l'agressivité vers d'autres acteurs que ceux qui disposent de la position dominante. Dans notre cas, cette cible détournée des critiques devient le groupe des infirmières, comme nous avons pu le montrer dans nos multiples extraits précédents.

En effet, le transfert de la critique est un comportement attendu par l'analyse en termes de relations humaines. Le groupe des intervenants spécialisés, en situation de dépendance vis-à-vis de celui des psychiatres, ne peut cependant se montrer trop critique envers ces derniers. Non pas qu'ils soient dans une situation aussi comparable à l'alliance entre les ouvriers de production et ceux d'entretien décrits par Crozier. Ici, il s'agirait surtout du risque encouru à critiquer ouvertement les unités, leurs fonctionnements et les psychiatres qui y jouent un rôle central. En effet, le risque est celui de la perte du poste, du remplacement par un autre intervenant de même formation, ou pire, du remplacement complet de la spécialité du groupe professionnel par une autre.

Le transfert de la critique vers un autre acteur de l'organisation, se cristallisant alors autour des infirmières, s'explique par deux logiques. Tout d'abord, l'hyper spécialisation de ces acteurs, encore plus marquée qu'elle n'est généralisée dans l'hôpital, pousse ces derniers dans des « hyper applications » idéologiques : ils sont alors bien plus inscrits dans les mouvances théoriques qui soutiennent l'idéologie de leur unité. Plus que les médecins psychiatres, puisque leur gestion se circonscrit à l'application de méthodes spécifiques à ces théories. Aussi, leur vision du travail dans l'unité est biaisée par une vision « extrémiste » de la philosophie de la bonne prise en charge. Cette vision entre en contradiction avec les compromis qu'exigent le quotidien, et les prises en charge moins glorieuses et moins ancrées dans la théorie, pourtant nécessaires, que sont le nettoyage, la mise en place des repas, *et cætera*. Rôle dont se charge principalement le groupe des paramédicaux, infirmières et aides-soignants. Ces groupes sont donc plus facilement la cible de critique, puisque plus distants des questions théoriques et de leurs méthodes d'application.

Qui plus est, nous avons montré comment les infirmières s'arrogent une position influente dans l'ordre négocié autour des micro-libertés des patients, *via* le pouvoir de l'expert garanti par leur présence prolongée, qui leur offre des opportunités et des marges de manœuvre pour braconner et peser sur les micros-libertés des patients (Mougeot, 2022, 2019a, 2019b), souvent en outrepassant les négociations. Ainsi, pour les intervenants spécialisés, l'infirmière est un acteur moins formé dans le milieu théorique de la psychiatrie, un enseignement qui ne fait pas partie de leur diplôme ; et pourtant ces acteurs sont bien plus capables de décision, et moins dominés dans l'ordre négocié. Ces raisons peuvent provoquer un ressenti chez les

intervenants, qui facilite là aussi le transfert de leurs critiques vers les paramédicales plutôt que les psychiatres en position dominante sur la gestion des postes des spécialistes.

Ainsi, nous pouvons conclure ce chapitre en réaffirmant la nécessaire union de l'ensemble des groupes professionnels, hétérogènes et secondaires, sous une appellation commune d'intervenants spécialisés. Si effectivement il serait possible d'en douter, de par les différences de leurs méthodes, mais aussi dans les reconnaissances officielles dont disposent ces groupes ; la position similaire qu'ils partagent dans l'ordre négocié balaye finalement ces doutes. En effet, tous partagent des mêmes postes au sein des unités, et tous sont exclus de la négociation des micro-libertés des patients. Plutôt, ils se retrouvent à occuper une position partagée et instrumentalisée, leur prise en charge constituant une micro-liberté sur laquelle ils n'ont pas de contrôle, et qui se trouve prendre la forme d'une méthode qui suit les théories vers lesquelles s'orientent les cheffes de pôles, gérantes de leurs recrutements.

Leur similarité se prolonge alors dans la construction d'un discours commun, qu'explique leur position instrumentalisée : un discours critique des unités qui les hébergent, né dans la frustration, mais qui se transfère des médecins vers les infirmiers. En somme, vers un groupe qu'il est moins risqué de critiquer, et dont la position importante dans l'ordre négociée, acquise par le levier du pouvoir de l'expert plutôt que la légitimité de leur formation, peut provoquer des jalousies chez les intervenants spécialisés, aux cursus plus longs et que les textes judiciaires désignent comme théoriquement plus autonomes de la tutelle médicale.

# Conclusion de la partie

Cette cinquième et dernière partie s'est intéressée aux groupes professionnels qui interviennent avec une fraction des patients, sur des prises en charge précises. Si nous les désignons sous le terme d'acteurs subsidiaires en ce que leurs entrées au sein des unités ne concernent pas l'ensemble des patients, nous avons tout de même pu constater au long des chapitres le poids dont certains de ces groupes disposaient sur les interactions et pour les prises en charge de ceux des patients pour lesquels ils interviennent.

En premier lieu nous avons discuté la place des acteurs judiciaires dans les prises en charge sous contrainte. Au sein des équipes des unités d'hospitalisation, il s'agit d'un acteur spécifique qui s'occupe de la gestion des documents liés aux prises en charge sous contrainte, les secrétaires médicales. Nous avons montré comment ces acteurs constituent au sein des équipes des expertes de la gestion de ces documents, dont elles maîtrisent les contenus et les modalités. Elles soutiennent les équipes et surtout les psychiatres dans la création et l'aboutissement de ces documents, y compris en rattrapant des potentiels vices de formes ou de procédures *via* un ensemble de tactiques traversières, de multiples coups à jouer pour s'assurer que le document puisse être accepté malgré les erreurs, en antidatant, en modifiant le contenu du document, ou en faignant l'étourderie.

Mais la posture d'experte des secrétaires médicales sur les documents judiciaires entérine cependant la position distanciée des autres acteurs : parce qu'elles occupent cette position reconnue, cela permet aux autres membres de l'équipe de mettre à distance un sale boulot « de paperasse », que les soignants opposent à leur rôle auprès du patient. Pourtant cette mise à distance de la gestion des documents est à l'origine de nombreux problèmes et erreurs de gestion, car leur production demande l'implication des soignants eux-mêmes ou auprès du patient pour obtenir ses signatures.

Les acteurs qui reçoivent ces documents sont les juges de la détention et des libertés (JDL) ainsi que les avocats, principalement commis d'office, des patients. La régulation des soins sous contrainte n'est pas une nouveauté en psychiatrie, qui bénéficie de ce recours légal comme un outil de prise en charge de longue date (Moreau, 2015). C'est l'entrée de ces acteurs entre les murs des structures psychiatriques qui est récente (Tartour, 2021). Ils s'appuient sur la tenue du dossier et des documents pour s'assurer de la bonne conduite de la prise en charge sous contrainte du patient.

Ces acteurs sont majoritairement critiqués par l'équipe soignante, dans ce que nous avons révélé être une peur issue de l'incompréhension des soignants vis-à-vis de la différence dans le régime de justification mobilisé pour lever les contraintes. Si ces événements sont rares, ils sont dramatisés par les équipes, qui en font des discours épiques dans les unités, tournant en ridicule la levée pour des raisons absurdes, comme la couleur de l'encre, ou montrant comment la levée a été suivie d'actes graves qu'aurait évités la tenue de l'hospitalisation. En somme, ils cherchent à revaloriser leur position et leurs choix dans des situations dont ils ne comprennent pas les valeurs.

De leur côté, les professionnels du judiciaire entretiennent à l'inverse des discours de confiance envers l'équipe et les psychiatres : ils s'opposent peu aux demandes de soin sous contrainte, et valorisent le discours d'expert des psychiatres et des groupes professionnels soignants. Pourtant, s'ils agissent peu sur les procédures légales de contrainte, nous avons montré que ces acteurs pouvaient agir sur les modalités dans lesquelles elles se déroulent. Ils peuvent argumenter et négocier des micro-libertés avec le patient, au même titre que les membres de l'équipe soignante. Finalement, le JDL se place en arbitre entre le psychiatre et le patient sur certaines expressions des conditions de vie des patients en soins sous contrainte dans l'unité, dictant certaines micro-libertés dans l'unité, qui seront respectées par l'équipe.

Pourtant les juges n'auront pas d'autres liens avec le patient après le rendez-vous des 21 jours, et ils ne disposent d'aucun moyen de vérifier l'effectivité de leur demande. En somme l'équipe soignante pourrait faire usage du pouvoir de l'expert face à ces demandes, et dénier les micro-libertés que la juge a négociées avec le patient. Dans nos observations, il nous semble que les équipes appliquent ces demandes, même s'ils construisent des discours critiques vis-à-vis de professionnels du judiciaire. Il nous semble donc observer l'expression d'une légitimité symbolique exogène : c'est la posture socialement perçue des juges et des avocats qui pousse l'équipe à suivre leurs décisions même lorsqu'elle y est opposée, de la même manière que nous l'observons pour les infirmières et les psychiatres qui ne sont pas à l'écoute.

Dans la suite de ce chapitre, nous avons abordé la place des assistants sociaux au sein des équipes. Nous avons d'abord révélé comment l'équipe et parfois les patients les qualifient d'essentiels dans les prises en charge. Cette qualification s'explique aisément, car les assistants sociaux sont les seuls acteurs des équipes à prendre en charge, pour une partie des patients, le volet socio-administratif, ce qui permet l'accès à des moyens économiques pour des patients qui en manquent. La réussite de cette prise en charge détermine alors une partie des micro-libertés des patients, tels l'accès aux cigarettes ou d'autres sujets pécuniaires. Lorsqu'ils

débloquent ces potentielles micro-libertés, ils en rendent possible la négociation pour les acteurs : ils capacitent donc le jeu des négociations, en ajoutant des sujets négociables dans les conditions de vie, un avantage pour les soignants comme les patients, qui y gagnent tous deux. Cette position appréciée de l'équipe donne au groupe des assistants sociaux une légitimité symbolique forte, en ce qu'ils sont souvent écoutés et suivis par les équipes sur la suggestion de prise en charge socio-administrative. Elle s'étend d'ailleurs en dehors du cas des patients, les autres acteurs de l'équipe faisant souvent appel à cette expertise pour des sujets personnels, hors du cadre des unités. Mais nous avons montré que cette légitimité est endogène, elle ne s'exprime pas dans la culture française, où le rôle de l'assistant social semble au contraire plutôt dévalorisé par les visions politiques sur le coût des aides sociales et la place de la population qui les reçoit. Il nous semble alors que la position d'assistance et de fournisseur de ressources à une population en difficulté est plus valorisée dans le milieu médical qui partage ces valeurs, moins mobilisées dans d'autres registres de justifications et dans d'autres sphères sociales (Boltanski et Thévenot, 1991).

En outre, nous avons aussi montré que les assistants sociaux disposaient aussi du pouvoir comme levier dans les négociations pour les micro-libertés. Parce qu'ils sont seuls à gérer ces questions dans l'équipe, et qu'ils peuvent maintenir cette dernière à distance du contenu réel de leurs tâches en mobilisant le secret professionnel, ils produisent une zone d'incertitude sur le contenu réel de leur prise en charge, dont ils peuvent faire usage à plusieurs niveaux. D'abord auprès de l'équipe, en s'investissant moins, voire en ne s'investissant pas dans certaines démarches qu'ils trouvent vaines, mais sur lesquelles ils diront l'inverse à l'équipe. Cet usage du pouvoir se prolonge avec les administrations auquel les assistants sociaux sont confrontés, et nous avons montré comment ils pouvaient modifier le contenu réel des documents pour voir des démarches aboutir, par exemple en signant à la place des patients.

En somme, les assistants sociaux, bien que dévalués socialement, représentent au sein de l'ordre négocié des unités d'hospitalisation une figure de poids. Pour la fraction des patients qui les concernent, ils disposent de nombreux outils dans le jeu des négociations pour les micro-libertés, ce qui leur permet de peser fortement sur les compositions de ces dernières.

Nous avons terminé ce chapitre en abordant les différents groupes professionnels spécialisés qui peuvent intervenir auprès des patients dans des prises en charge mobilisant des approches et des outils différenciés. Dans un premier temps, nous avons appuyé la nature différenciée de ces groupes, par exemple dans les outils de prise en charge qu'ils emploient, fortement différenciés entre eux. En montrant comment leurs luttes pour la reconnaissance sociale leur ont fait accéder à des reconnaissances juridiques extrêmes différenciées, entre les

psychologues qui se sont construits hors de la tutelle médicale et qui revendiquent cette distance, par exemple dans l'absence de prescription pour leur prise en charge. À l'inverse, les groupes professionnels qui ont acquis la caractérisation en paramédicale sont devenus dépendants de ces prescriptions, mais cela leur a garanti une existence et des postes dans les structures hospitalières. Les professionnels qui ont recours à des thérapies moins instituées n'ayant pas encore tout à fait émergé, et sont dans un entre-deux, entre poste au sein des équipes et tentatives d'éviter la régulation par les médecins.

Cependant, nous avons ensuite justifié notre démarche de réunir ces professionnels sous une seule dénomination « d'intervenants spécialisés » au regard des similitudes dans lesquelles prend place leur travail dans les unités d'hospitalisation. Ainsi, nous avons montré que si les outils qu'ils mobilisent sont différents, leurs postes sont, de fait, partagés entre l'ensemble de ces groupes professionnels, et le recrutement d'une profession plutôt qu'une autre dépend de l'affinité des cheffes de pôle et des idéologies qu'elles cherchent à homogénéiser sur leurs structures. À ce partage des postes s'ajoute un partage dans la nature de leur prise en charge, décidée par les psychiatres de l'équipe, et ce même lorsqu'une prescription n'est pas nécessaire, pour les psychologues. Enfin, leur incapacité à peser sur les micro-libertés, y compris avec les patients qu'ils ont à charge, produit chez tous ces groupes professionnels un discours commun, critique, vis-à-vis de l'équipe et plus précisément des infirmières, ce que nous avons révélé comme étant un glissement de la critique due au risque qu'il y aurait à se montrer péjoratif sur les psychiatres qui régulent leur poste. Finalement, ce qui unit ces différents groupes professionnels au sein des unités d'hospitalisation, c'est leur caractère dominé dans l'ordre qui se négocie. En effet, leur prise en charge représente finalement une micro-liberté sur laquelle ils n'ont pas la main, et qui se négocie entre les patients et les soignants.

La présence de ces trois nouveaux groupes d'acteurs étoffe l'organisation informelle que nous dressons autour des micro-libertés des patients au sein des unités d'hospitalisation. Chacun d'entre eux va intervenir pour une fraction des patients, et peser sur la composition des micro-libertés de ces derniers, ou non, dans le cas des intervenants spécialisés. L'existence de ces groupes montre à nouveau les processus qui individualisent les conditions de vie de chaque patient. Ainsi, les juges des libertés et les avocats bénéficient d'une *légitimité symbolique exogène* qui leur permet d'arbitrer sur certaines micro-libertés de patients pris en charge sous contrainte, malgré les postures critiques des acteurs des unités qui appliqueront tout de même les décisions. Les secrétaires médicales et les assistants sociaux apparaissent comme des groupes qui disposent d'une place importante au sein des équipes, une *légitimité symbolique endogène* due au caractère d'expert qui leur est accordé sur des gestions de « paperasse »

dédaignées par les soignants. Cette posture leur permet d'influer sur les prises en charge de patients concernés ; ainsi à cela s'ajoute un deuxième levier dans les négociations, le *pouvoir*, qui permet à ces deux groupes de voir émerger leurs visions de la prise en charge : soit pour assurer la contrainte, soit pour décider des aides sociales dont bénéficie un patient. Ces deux groupes jouent donc un rôle important dans les conditions de vie des patients pour lesquels ils entrent en jeu. Enfin, nous avons montré que les intervenants spécialisés constituent un groupe largement dominé, illégitime sur les questions de micro-libertés, alors que leur prise en charge finit par en constituer une, dont la négociation le voit exclu et ne se déroule qu'entre les soignants et les patients.



# Conclusion générale

Ce travail de thèse montre finalement comment la contrainte au sein des unités d'hospitalisation, fondement des conditions de vie des patients qui y vivent, est loin de s'exprimer d'une manière uniformisée, avec une probité totale et dans un rapport de domination absolu entre le groupe soignant et ceux qu'il prend en charge. Au contraire, la contrainte se singularise sur tous ses aspects, pour les patients entre eux, puis même pour un patient donné entre plusieurs sujets de coercition. Ses modalités sont révisées quotidiennement, au cas par cas, dans des implications morales personnelles et dans les relations interpersonnelles qui se tissent et évoluent au fil des jours. L'exceptionnalité de la contrainte émerge alors dans des mécaniques sociales entre les groupes et entre les acteurs, sur lesquels pèsent une variété de contextes, qu'ils soient macrosociaux, lointain de l'action, ou microsociaux, au plus proche de celle-ci.

## **Le centre de toutes les préoccupations : les micro-libertés**

Les unités d'hospitalisation psychiatrique constituent l'une des réponses les plus contraignantes de la psychiatrie. D'abord parce que le mélange des patients en soins libres et sous contrainte en leur sein soumet les deux groupes à des limitations dans les mouvements et la sortie. Ensuite, parce que la nature de l'hospitalisation à temps complet réclame la mise en place de règles pour permettre la vie en communauté, avec l'encadrement entre autres des horaires de sommeil, de repas, de distractions, d'intimité... mais aussi dans la gestion de l'accès aux objets pour éviter les vols par d'autres patients par exemple. Qui plus est, la privation des usages habituels est parfois mobilisée dans la prise en charge pour ses bienfaits thérapeutiques supposés : l'éloignement à la vie normale, la cité, la famille et le téléphone portable pour se recentrer sur soi et ses problèmes. Dans d'autres cas, le processus de contrôle à ces accès permet aux équipes de s'assurer de l'affiliation des patients, par un jeu de récompenses et de privations ; la coercition n'est pas thérapeutique en soi, mais permet l'éducation du patient dans des comportements qui sont perçus comme étant plus sains. À cela s'ajoute la volonté de la part soignante des équipes de voir se réaliser leur vision dogmatique de la bonne santé de leurs patients : contrôler l'accès aux cigarettes, aux toxiques, à des comportements perçus comme déviants ou maladroits dans un contrôle pour autrui, parentaliste,

où les équipes se supposent plus à même de déterminer les comportements bénéfiques pour le patient plutôt que lui-même.

La mise en place de cette prise en charge coercitive se cristallise lors de l'entrée dans l'unité qui se construit sous la forme d'un rituel où les libertés de mouvement sont abandonnées sur la signature des chartes d'établissements, et la jouissance des affaires personnelles délaissées dans la création de la liste et de la boîte qui les conserve dans la salle de réunion de l'équipe.

La suite du séjour de l'hospitalisation se construit autour de la reprise progressive de ces accès, dans des successions de « petits droits », de « dé-enfermements ». Il s'agit de ce que nous avons qualifié de micro-liberté : des petites exceptions à la règle, des options pour remplir sa journée, des accès à des lieux et à des objets ; en somme, des petits avantages négociés. Elles s'expriment sur une large gamme de sujets, de l'accès à une cigarette à la sortie d'une chambre d'isolement, en passant par le contenu du traitement chimique ; et révèlent à quel point les cadres qui structurent les listes des conditions de vie dans les unités sont malléables et extensibles. Ces micro-libertés sont majoritairement positives : elles se reçoivent plus qu'elles ne se perdent. Elles constituent des listes individualisées pour chaque patient, actualisées quotidiennement, ce qui fait apparaître une forme de parcours de patient interne aux unités d'hospitalisation. Le patient entre dans une situation fortement contrainte, puis acquiert successivement un ensemble de micro-libertés jusqu'à ce qu'il quitte l'unité. Cela est d'autant plus observable que certaines d'entre elles s'expriment dans une forme incrémentale : leur acquisition est successive, comme un escalier de micro-libertés qui nécessite que la marche précédente ait été validée pour obtenir la suivante.

Ces micro-libertés sont le centre d'intérêt partagé de l'entière des acteurs présents entre les murs des unités d'hospitalisation. On les discute, on les réclame, on les distribue, on les négocie à longueur de journée : parmi l'équipe, entre celle-ci et les patients, de même que ceux-ci entrent eux. Elles représentent pour tous un investissement temporel considérable, bien supérieur à n'importe quelle autre activité, y compris l'orientation du patient pour après la sortie, pourtant l'objectif formel que fixent les structures aux unités d'hospitalisation. Elles sont au centre des différents travaux psychiatriques de chaque groupe d'acteurs qui évolue au sein des unités, soit qu'il s'agisse d'en décider le contenu, soit en les distribuant.

## **Comment les micro-libertés font émerger l'ordre négocié**

Parce qu'elles sont au cœur de toutes les interactions, ces micro-libertés déterminent l'ordre qui se négocie dans l'unité. Chacun cherche à peser sur leur contenu, et sa capacité à y parvenir révèle sa position dans l'organisation informelle.

Ainsi, les médecins psychiatres, dont on aurait pu s'attendre à une position hégémonique sur les questions de micro-libertés, occupent une place bien moins assurée pour des raisons liées au contexte culturel occidental qui fragilise la posture d'expert de leur profession. Elles doivent composer avec les opinions de leur équipe, et se montrer « à l'écoute » pour être suivies en retour. Les infirmières quant à elles montrent la place d'importance qu'elles occupent, liée à leur présence continue, qui leur permet de s'investir dans les prises en charge de certains patients et de peser sur les micro-libertés, soit dans les transmissions d'informations qui conduisent aux prises de décisions, soit en modifiant les modalités de prise en charge lorsqu'elles doivent les appliquer : elles débordent de leurs tâches attribuées pour voir leur vision émerger sur la prise en charge des patients qui leur importent le plus. À l'inverse de ces deux groupes qui pèsent fortement sur les conditions de vie de chaque patient, les assistants sociaux sont exclus de ces questions par les autres acteurs et de leur propre fait, dans une autocensure qui trouve sa source dans le caractère dominé de leur groupe-professionnel, à un niveau culturel.

Au cours de leur hospitalisation, les patients s'affilient au milieu : ils apprennent les règles informelles qui encadrent les négociations des micro-libertés, les places des différents professionnels, les comportements perçus positivement ou négativement par l'équipe (Ogien, 1989 ; Velpry, 2008). Un apprentissage qui n'est pas automatique, mais très dépendant des capacités et des situations personnelles. Si cette affiliation ne réclame pas que le patient partage la croyance dans le caractère thérapeutique des modalités de la prise en charge, c'est tout de même son existence qui produira le rapport avec les professionnels. Effectivement, les patients et les soignants évaluent réciproquement leurs engagements. D'abord sur les implications dans le travail psychiatrique pour déterminer le registre de prise en charge (Velpry, 2008), mais aussi sur des affinités et des considérations empathiques (Mougeot, 2019a). Ce travail d'évaluation produit des alliances basées sur les confiances réciproques, qui peuvent se singulariser entre un professionnel et son « chouchou » ou son « favori » avec qui il crée une relation d'engagement qui modifie les micro-libertés. Mais ces alliances peuvent aussi prendre place entre un patient

et l'équipe entière. Basés sur celles-ci, les patients vétérans qui fréquentent le milieu psychiatrique depuis de longues périodes peuvent construire avec l'équipe des coopérations spécifiques, soit distanciées en se servant de l'hospitalisation comme d'une béquille temporaire et contrôlée en cas de difficultés ; ou à l'inverse en s'installant pour de longues périodes de vie dans les unités d'hospitalisation.

D'autres groupes agissent plus partiellement sur les questions de micro-libertés parce qu'ils n'entrent en jeu que pour une fraction de l'ensemble des patients qui circulent dans les unités. Ainsi, si les familles sont de plus en plus régulièrement impliquées dans les prises en charge ambulatoires des patients, dans les unités d'hospitalisations, les professionnels maintiennent une forme de méfiance vis-à-vis des proches et cherchent à les éloigner des prises en charge. Cela s'explique par leur maîtrise moindre des codes informels pour négocier les micro-libertés attendues par les soignants, et l'accroissement de travail que leurs implications provoquent pour ces derniers. Cependant, les familles ont la main sur certaines des micro-libertés de leurs proches, ce qui pousse à la mise en place de triangles relationnels ambigus. L'exclusion que cherchent à mettre en place les équipes provoquent finalement les comportements qu'ils jugent péjorativement.

Autour des prises en charge sous contrainte, qui représentent environ la moitié des patients au sein des unités, entrent en jeu de nouveaux acteurs. Dans l'équipe, il s'agit des secrétaires médicales, des acteurs subordonnés aux médecins, mais dont la maîtrise de leur sale boulot de « papperasse » leur confère une position d'expertes parmi les professionnels. Fortes de cette maîtrise, elles s'impliquent personnellement pour dissimuler les nombreuses erreurs des équipes et faire aboutir les procédures de contrainte qui présentent des vices invalidants. Les documents qu'elles gèrent sont transmis aux juges de la détention et des libertés et aux avocats des patients. Ces derniers déterminent la poursuite de la prise en charge sous contrainte, qu'ils peuvent lever. Un fait rare, car les professionnels du juridique se rangent derrière les avis d'expertises des psychiatres (Tartour, 2021). Cependant, ces juges et avocats s'immiscent dans les questions des micro-libertés des patients pour lesquels ils entrent en jeu. Les avocats défendant les demandes de leurs clients, et les juges arbitrant entre ces demandes et les cadres fixés par les psychiatres. Finalement, ils pèsent aussi sur les compositions qui déterminent les conditions de vie des patients.

Les assistants sociaux pèsent eux aussi fortement sur les compositions de micro-libertés des patients qui nécessitent leurs interventions, généralement sur des questions de ressources économiques. Ils sont unanimement loués par tous les acteurs, principalement parce que la réussite de leur prise en charge socio-administrative offre aux patients dans le besoin de

nouvelles micro-libertés à négocier. Autrement dit, les succès des assistants sociaux augmentent le jeu de négociations des autres acteurs présents. Par ailleurs, les assistants sociaux eux-mêmes disposent de nombreux outils pour peser sur les micro-libertés que leurs prises en charge offrent.

Pour finir, les différents groupes professionnels spécialisés qui interviennent auprès des patients dans des prises en charge sont marqués par leur posture dominée sur les questions de micro-libertés. Ils ne peuvent peser sur les compositions de ces dernières, mais au contraire leur travail constitue l'une d'elles, négociée entre les soignants et les patients, dictée par les psychiatres, ce qui provoque chez les intervenants spécialisés des sentiments et des discours péjoratifs.

Une fois qu'il apparaît clairement comment les micro-libertés sont au centre de toutes les interactions et du travail de tous les acteurs entre les murs des unités, reste à comprendre comment leur composition se construit. Comment les acteurs l'emportent dans leurs négociations pour décider de leurs contenus. Pour cela, deux outils se révèlent éclairant des moyens qui font triompher les visions d'un individu plutôt qu'un autre.

La *légitimité symbolique* de chaque acteur, d'abord, constitue le degré de confiance qui lui est accordé par l'ensemble des autres acteurs au sein de l'unité. Cette légitimité se décline dans plusieurs strates qui encadrent l'action. D'abord, elle émerge dans le contexte culturel, *exogène* au lieu propre de l'action, où chaque groupe d'acteurs, qu'il s'agisse des professionnels, des patients ou de leur famille, dispose d'une posture perçue sur les questions de santé mentale, qui accorde à ses actions l'idée qu'elles sont appropriées et désirables. Ce premier levier d'influence n'a pas une expression dichotomique, selon que l'on est ou non légitime. Il s'agit d'un continuum, certains groupes étant placés plus haut dans l'échelle de la légitimité perçue par le milieu où elle s'exprime. Ainsi, la profession médicale et celle des juges de la détention et de libertés apparaissent comme particulièrement légitimes sur les questions des micro-libertés, et leurs décisions sur le sujet triomphent plus généralement. Les infirmières et les assistants sociaux le sont aussi dans une moindre mesure ; à l'inverse, les aides-soignants, les familles ou les intervenants spécialisés y sont illégitimes.

Par la suite, la posture dans les interactions de chaque acteur individuellement se précise dans les relations interpersonnelles qu'il tisse au long cours, avec les autres acteurs. Sa posture de légitimité se précise, pour devenir *endogène*, se forgeant au plus près de l'action. Deux psychiatres ne disposent pas de la même *légitimité symbolique endogène* au sein de leurs unités, et ne triomphent pas autant dans les négociations qui encadrent les micro-libertés. C'est d'autant plus vrai pour les patients, dont le groupe éclaté révèle la disparité des légitimités symboliques

endogènes entre l'un d'entre eux hospitalisé pour la première fois et un patient vétérinaire qui a construit une relation d'alliance avec l'équipe, et qui dispose d'une place importante dans les négociations autour de ses micro-libertés.

À ce premier levier d'influence s'ajoute un second dans la capacité à user des moments d'absence des autres acteurs ou à jouer avec les informations dont ils ne disposent pas. Le *pouvoir* (de Certeau, 1990 ; Crozier, 1963 ; Mougeot, 2019a) permet ainsi aux acteurs à la présence la plus prolongée dans l'unité, ou qui sont seuls à prendre en charge certaines tâches, de peser sur le contenu des micro-libertés des patients. Nous en avons montré l'usage récurrent, par les infirmières mais aussi les patients, les assistants sociaux et les secrétaires médicales. Pour tous ces groupes, la mobilisation du pouvoir dans leurs contextes particuliers permet à des individus membres de ces groupes de faire émerger leur vision des micro-libertés.

Ces deux leviers de l'interaction sociale, la légitimité et le contre-pouvoir, constituent un soutien théorique pour les analyses en termes d'organisations informelles et d'ordre négocié, elles permettent de raisonner les interactions des acteurs et les résultats des négociations dans la majorité ou la répétitivité des résultats des négociations.

## **Les idéologies de la psychiatrie pour expliquer les différences localement situées**

Les recherches comparatives des pratiques localement situées dans le champ de la psychiatrie sont rares. Pourtant, en mobilisant cette bibliographie éparse, nous avons montré comment la comparaison était nécessaire pour appréhender les usages factuels de la prise en charge de la santé mentale en France. Parce que le champ théorique en est riche et éclaté, sans qu'une vision ne le domine (Lantéri-Laura, 2002) ; parce que les acteurs se rattachent partiellement à ces théories, mais aussi, se les réapproprient et les modifient, composant finalement des philosophies de soins hétérogènes et difficilement qualifiables (Demailly, Haliday et Hum, 2021). Ces orientations, ces ensembles de pratiques localement situés constituant des « mondes de soins » spécifiques et différenciés, chacun disposant de son propre régime de justification, de ses propres modalités de prises en charge (Jacqueline, 2006). Qui plus est, les acteurs en leur sein peuvent en appliquer les modalités sans en comprendre les rattachements théoriques, voire en particularisant leur application selon leur groupe professionnel (Strauss *et al.*, 1964).

Pour comprendre les différences qui régnaient entre nos terrains, et se cristallisaient sur certains points précis plutôt que sur l'entièreté du quotidien, nous avons proposé un outil analytique pour permettre de systématiser la comparaison entre les lieux de prise en charge psychiatrique : une typologie des idéologies de la psychiatrie. Cet outil permet de se distancier des vocabulaires indigènes, en se concentrant sur les pratiques et les régimes de justifications mobilisés.

Notre typologie se constitue pour cela de quatre formes d'idéologies psychiatriques : *les thérapies encéphalocentrées* dont l'ordre négocié se structure autour de la rééducation des patients, dont le parcours et les prises en charge sont généralement standardisés, raccourcis, et le psychiatre occupe une position distanciée de coordinateur.

*Les thérapies par la structure*, où le cadre hiérarchique est moindre entre les différents groupes professionnels, ce qui permet aux paramédicaux un plus grand poids dans l'ordre négocié et sur les décisions qui encadrent les conditions de vie des patients.

*Les thérapies par la psyché*, où le rapport individuel entre le thérapeute et le patient est privilégié, et les entretiens prennent une place plus importante, mais peuvent aussi exclure des acteurs pour une relation plus personnelle : notamment une exclusion des paramédicaux lors des entretiens. Les séjours dans ces structures peuvent être rallongés, ce qui se justifie dans la relation interpersonnelle avec le patient.

Enfin *les thérapies par l'interaction*, qui mettent en avant la présence d'autres acteurs, professionnels ou non, qui bénéficient d'une place importante dans l'ordre négocié, de par leur rapport au patient considéré comme thérapeutique.

Au fil de la thèse, nous avons mobilisé ces idéologies psychiatriques de façon récurrente pour expliciter des différences constatées dans la position des acteurs lors des négociations pour les micro-libertés. Aussi, la typologie que nous proposons permet finalement elle aussi d'expliquer l'individualisation des conditions de vie de chaque patient qui circule dans les unités d'hospitalisation. En effet, la composition de la liste de ses micro-libertés sera dépendante du contexte idéologique où les négociations prennent place, puisque ces idéologies produisent des postures différenciées pour certains acteurs. Dans nos cas, elles offrent une *légitimité symbolique endogène* des groupes généralement exclus des négociations autour des micro-libertés — les aides-soignants ou les familles de patients — qui vont pouvoir participer aux négociations, et en modifier le résultat final.

## Élargir les composantes de l'ordre négocié

Nous avons eu à cœur de rendre compte le plus fidèlement possible de l'ordre négocié qui se construit autour des micro-libertés et qui détermine la position de chaque groupe professionnel et de chaque acteur dans les négociations sur ces questions, déterminant conjointement les conditions de vie en unité d'hospitalisation psychiatrique. Pour cela, nous avons voulu aborder le plus grand nombre de groupes d'acteurs pénétrant dans les unités d'hospitalisation, y compris ceux qui pesaient sur un nombre moindre de patients ou de sujets de micro-libertés, car il nous semblait que même une présence ou un impact partiel influençait la vie au sein des murs de quelques-uns des patients. Cependant, il nous semble qu'en l'analyse que nous proposons subsistent quelques zones d'ombre, sous la forme de certains groupes professionnels que nous n'abordons pas, ou bien des mouvances plus générales qui semblent peser sur les acteurs et les négociations et que nous n'explorons pas assez.

Ainsi, nous avons explicité la présence d'un médecin généraliste dans chaque équipe. Ce dernier est peu présent temporellement dans l'unité, et dans nos observations, il s'occupe uniquement des troubles physiologiques des patients, souvent sous la direction de l'une des psychiatres. Lors de nos observations, nous n'avons pas réalisé d'observation prolongée des journées de ces acteurs seuls, de même que nous n'avons pas réussi à obtenir d'entretiens de leur part. Aussi, il nous semble possible que ce groupe joue certains rôles sur les micro-libertés. L'obtention et la négociation de médicaments en dehors des traitements psychiatriques sont déjà apparus centraux pour certains patients, constituant en soi une micro-liberté : les patients ne peuvent s'automédiquer comme ils pourraient le faire habituellement hors du cadre des structures psychiatriques. Ce rapport aux médicaments somatiques est apparu comme au cœur des négociations de conditions de vie pour quelques-uns des patients que nous avons observés, où nous avons pu voir la volonté d'encadrement que cherchaient les infirmières, par exemple lorsqu'il s'agissait de déterminer la nature de troubles physiques (ces maux de ventre sont-ils d'origine somatique ou psychologique ?). Il nous semble donc que la place du médecin généraliste en unité psychiatrique constitue une zone d'ombre de notre recherche.

De même, nous avons exclu les cadres de santé de nos réflexions après avoir constaté leur absence sur les questions de micro-libertés. Cependant, impactant les entrées et les sorties des patients de l'unité, elles jouent sur les trajectoires de ces derniers, y compris au sein des unités. Elles produisent alors des moments de négociations pour maintenir le patient dans l'unité ou l'en sortir, ce qui en soi constitue, nous l'avons montré avec les patients « piliers » et « meubles », une forme de micro-liberté désirée par certains patients. Si la durée du séjour constitue une micro-liberté, alors les cadres de santé jouent dans ces négociations qui les

concernent. De même, elles pèsent probablement au moins partiellement sur le parcours de micro-liberté en incrémentation que nous avons révélé au cours de la thèse, puisqu'elles précipitent parfois des sorties de patients. Qui plus est, il aurait été intéressant de relever ces moments d'opposition entre logiques soignantes, thérapeutiques, et les logiques gestionnaires de turn-over des lits. Qui plus est, nous avons souligné comment certaines idéologies psychiatriques modifiaient les durées de séjours des patients : créant un point de discussion entre l'idéologie de l'unité et la place qu'y occupe la cadre avec ses interventions sur les séjours de patients.

Il apparaît que les pharmacies des structures psychiatriques occupent progressivement de plus en plus d'espace sur les questions des traitements médicamenteux et les prescriptions, comme le montrent les recherches qui se penchent sur les rôles de ce groupe d'acteurs au sein des structures psychiatriques (Lancelevée *et al.*, 2022 ; Tartour, 2021). *via* la mise en place de nouvelles activités qui leur permettent « d'empiéter » sur l'un des attributs des médecins et des psychiatres, les prescriptions des traitements médicamenteux. Aussi, en limitant nos observations et nos analyses à ce qui prend place entre les murs des unités uniquement, nous n'avons que très peu été confrontés au groupe des pharmaciens, dont un seul membre passait irrégulièrement dans nos unités. Il nous semble donc qu'il est possible que d'autres groupes d'acteurs pèsent sur les conditions de vie de patients : sur les négociations qui déterminent leurs micro-libertés, sans pénétrer au sein des unités d'hospitalisation à proprement parler. On en viendra aussi à se demander si d'autres groupes professionnels extérieurs aux unités elles-mêmes peuvent peser sur les micro-libertés.

Enfin, d'un point de vue plus général, il nous semble que la place du genre dans les négociations qui entourent les micro-libertés gagnerait à être plus approfondie. En effet, ce sujet transparait régulièrement au cours de notre analyse. D'abord, on constate que nos terrains révèlent des milieux majoritairement féminisés, où la quasi-totalité des psychiatres et infirmières sont des femmes, de même que les juges ou les intervenants spécialisés : psychologues, psychanalystes, orthophonistes... Ainsi, nos groupes professionnels sont homogènes et en majorité féminins, exception faite des assistants sociaux et des avocats qui sont relativement paritaires dans nos observations. Le seul groupe à dominante masculine est celui des aides-soignants, et nous avons rapidement montré comment cette constitution du groupe s'articulait souvent autour de la gestion de la violence physique des patients, un sale boulot dans l'usage de la force directe qu'on réclame plutôt à des acteurs masculins et des groupes professionnels dominés.

Le genre semble avoir un rôle à jouer dans les négociations internes aux équipes, pour la distribution de certaines tâches perçues péjorativement et qui impliquent une perte de micro-liberté chez le patient concerné. Nous avons aussi esquissé le rôle que le genre pouvait jouer dans la relation entre les patients et les équipes : nous avons montré comment certains patients cherchaient à favoriser ou à évincer les soignants de certains genres de leurs prises en charge. Ces deux implications des questions de genre apparaissent succinctement dans notre thèse, mais elles soulèvent des questions d'autant plus importantes, comment le genre interfère-t-il dans les négociations et les micro-libertés des acteurs ? Cela peut-il impacter plus profondément l'ordre négocié, si l'un des groupes d'acteurs en présence se trouve en majorité d'un autre genre que celui que nous avons observé, par exemple dans des unités où les psychiatres seraient tous masculins, ou bien les aides-soignantes toutes féminines ? Qui plus est, relié à nos constats au sujet de la place des idéologies psychiatriques, cela nous conduit à nous demander si l'idéologie d'une unité ou d'un pôle peut varier selon la composition genrée de ses équipes ou si son chef de pôle est masculin ?

Nous détachons ainsi trois sujets qui constituent à notre sens des zones d'ombre à notre travail de thèse, et des pistes pour de futures recherches. D'abord avec les groupes professionnels présents au sein de l'unité et que nous avons mis de côté pour le faible nombre de patients avec lesquels ils entraînent en relation, mais dont la présence pourra sûrement se révéler impactante pour ces derniers, même peu nombreux : les médecins généralistes et les cadres de santé. Ensuite, les groupes professionnels extérieurs aux unités elles-mêmes, mais présents dans la structure psychiatrique et qui pèsent probablement sur les micro-libertés des patients au sein des unités, comme les pharmaciens des structures psychiatriques. Enfin, certains autres biais macrosociaux comme le genre que nous n'avons que très partiellement abordé et qui pèsent probablement eux aussi sur l'action.

Ces trois zones d'ombre, parce qu'elles constituent des limites à notre travail, offrent aussi des opportunités d'approfondissement et de prolongation de nos recherches. Tout d'abord, nous espérons mobiliser une partie des matériaux que nous avons laissé de côté lors de la rédaction de cette thèse pour rédiger un article à propos des cadres de santé et leurs rapports conflictuels avec les équipes autour de la circulation des patients, entre autres sujets de discordes. Ensuite, il nous semble que les autres sujets pourraient constituer les objets de recherches additionnels, avec des observations de terrains autour des unités d'hospitalisation dans les pôles, ou bien plus centrés sur les questions du genre, en ajoutant des unités aux équipes plus masculines pour permettre la comparaison. Autant d'opportunités qui montrent l'absence d'un point final à notre recherche de thèse et au contraire les nouvelles questions qu'elle soulève pour décrire ce qu'il se passe entre les murs des unités d'hospitalisation psychiatrique.





# Annexes

## Annexe 1 : Statistiques sur les patients hospitalisés en France

Tableau des résultats de calculs sur les statistiques produites par ScanSanté de l'ATIH dans le but d'obtenir les résultats uniquement pour les adultes. Nous avons effectué la date de 2018 qui correspond à la moyenne des années de réalisation de nos terrains, mais aussi qui est la date de parution du document d'analyse de l'ATIH. Nous l'avons aussi réalisé sur 2021 à titre comparatif.

Les nombres d'établissements et scores d'AVQ ne nous intéressent pas dans ce travail de thèse, le nombre de séjours moyens complets est le nombre de séjours entiers compris dans l'année du tableau, c'est à dire qui n'ont pas commencé l'année précédente ou ne se sont pas fini l'année suivante.

Nous avons aussi ajouté le calcul du nombre moyen de séjours que l'ATIH n'effectue pas.

Données obtenues sur l'outil ScanSanté utilisé par l'ATIH. Nos réglages pour 2018 sont disponibles aux adresses suivantes :

[https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-PSY/submit?snatnav=&annee=2018&tgeo=fe&codegeo=99&cat\\_etab=0&taille\\_etab=0&Age=0&nat\\_pec=93&form\\_act=01&cat\\_diag=](https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-PSY/submit?snatnav=&annee=2018&tgeo=fe&codegeo=99&cat_etab=0&taille_etab=0&Age=0&nat_pec=93&form_act=01&cat_diag=)

[https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-PSY/submit?snatnav=&annee=2018&tgeo=fe&codegeo=99&cat\\_etab=0&taille\\_etab=0&Age=1&nat\\_pec=93&form\\_act=01&cat\\_diag=](https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-PSY/submit?snatnav=&annee=2018&tgeo=fe&codegeo=99&cat_etab=0&taille_etab=0&Age=1&nat_pec=93&form_act=01&cat_diag=)

<b>Patients en hospitalisation code 01 en 2018</b>			
	<b>Total</b>	<b>mineurs</b>	<b>adultes</b>
Nombre d'établissements	469	426	-
Nombre d'établissements géographiques	873	600	-
Nombre de secteurs distincts	1 098	977	-
Nombre de journées de présence	17 777 983	842 674	16 935 309
Nombre de séjours	593 927	52 225	541 702
Âge moyen des patients hospitalisés, années	47,34	15,43	49,56
Patients de sexe masculin en hospitalisation, %	53,12	45,71	53,64
Score AVQ physique moyen, points	5,87	5,67	-
Score AVQ psychologique moyen, points	4,69	4,73	-
Nombre de séjours complets	503 637	48 388	455 249
Durée moyenne de ces séjours, jours	21,47	13,56	22,02
Nombre de séjours sous contrainte	116 995	2 391	114 604
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	37 015	3 283	33 732
Nombre total de patients distincts	365 994	23 817	342 177
Nombre moyen de séjours	1,62	2,19	1,58

<b>Patients en hospitalisation code 01 en 2021</b>			
	<b>Total</b>	<b>mineurs</b>	<b>adultes</b>
Nombre d'établissements	467	435	-
Nombre d'établissements géographiques	726	588	-
Nombre de secteurs distincts	1 075	956	-
Nombre de journées de présence	16 474 978	920 563	15 554 415
Nombre de séjours	521 009	56 409	464 600
Âge moyen des patients hospitalisés, années	46,84	15,51	49,58
Patients de sexe masculin en hospitalisation, %	52,13	34,1	53,77
Score AVQ physique moyen, points	5,81	5,53	-
Score AVQ psychologique moyen, points	4,6	4,53	-
Nombre de séjours complets	438 972	52 539	386 433
Durée moyenne de ces séjours, jours	22,82	14,19	23,57
Nombre de séjours sous contrainte	110 127	2 283	107 844
Nombre de séjours avec isolement thérapeutique	36 118	3 142	32 976
Nombre total de patients distincts	338 698	27 241	311 457
Nombre moyen de séjours	1,54	2,07	1,49

## Annexe 2 : Tableaux d’anonymisation des enquêtés

Les différents tableaux ci-après présentent sous forme anonymisée les acteurs qui apparaissent dans la thèse, mais ne regroupent pas l’ensemble des acteurs rencontrés au sein des terrains ou dans les entretiens : seuls les acteurs dont les propos ou les situations ont été repris y sont listés. De plus, par souci d’anonymisation, certains acteurs ont été modifiés lorsque cela n’influait pas l’analyse, soit des acteurs différents ont été construits en partant d’actes ou de propos d’un seul acteur, ou inversement certains sont la fusion de plusieurs situations ou comportements, et ce aussi bien au sein des équipes que parmi les patients. Enfin, les âges sont approximatifs et donnés à titre indicatif.

Pour rappel, nous suivons un code d’anonymisation imitant la manière dont les acteurs se désignent. Les psychiatres cheffes de pôle avec la particule de docteur qui souligne le respect que les acteurs ont pour la fonction. Les membres d’équipes par leur prénom, puisqu’ils se désignent ainsi entre eux et parfois par les patients. Ces derniers sont nommés par des noms de famille, car l’équipe les appelle ainsi ; entre eux ils n’utilisent ni leurs noms ni leurs prénoms. Enfin, les acteurs liés au volet judiciaire, extérieurs à l’équipe, sont signalés par l’appellation que leur offre leur fonction :

<b>Code d’anonymisation</b>	
Patient	M. ou Mme [nom de famille fictif]
Psychiatre cheffe de pôle	Dr. [nom de famille fictif]
Autres membres de l’équipe au sein de l’unité : psychiatres, médecins, infirmières, aides-soignants, assistants sociaux, intervenants spécialisés, secrétaires médicales	[Prénom fictif]
Juge de la détention et des libertés	Mme Le juge [nom de famille fictif]
Avocat de patient	Maître [nom de famille fictif]

## Tableau des acteurs de l'unité 2

Professionnels affiliés à l'unité 2			
Position hiérarchique	Équipe médicale		
Cheffe de pôle	Dr. Eilechir	F	55 ans
Cheffe de l'unité 2	Amel	F	40 ans
Psychiatre	Valérie	F	40 ans
Internes	Élodie	F	25 ans
	Thomas	H	25 ans
Psychiatre du CMP de garde dans l'unité 2	Gérard	H	50 ans
Groupe professionnel	Équipe paramédicale		
Cadre	Zahira	F	40 ans
Infirmières	Karine	F	50 ans
	Laura	F	25 ans
	Patrick	H	55 ans
	Ness	F	45 ans
	Karine	F	35 ans
	Léna	F	25 ans
	Naëlla	F	50 ans
	Ascléa	F	35 ans
Aides-soignants	Timea	H	40 ans
	Bintou	H	40 ans
Groupe professionnel	Autres membres de l'équipe		
Assistant social	David	H	35 ans
Secrétaires médicales	Dehbia	F	35 ans
	Isabelle	F	45 ans
	Sophie	F	45 ans
Psychologue psychanalyste	Sylvie	F	50 ans
Chauffeur	Hurley	H	40 ans

Groupe professionnel	Acteurs judiciaires intervenants dans l'unité 2		
Avocats	Maître Pavot	F	40 ans
	Maître Orle	H	40 ans

	Patients traversant l'unité 2		
	M. Cipse	H	30 ans
	Mme Juanne	F	40 ans
	M. Wisz	H	30 ans
	M. Beaumari	H	40 ans
	Mme Corana	F	45 ans
	M. Vladimir	H	35 ans
	M. Estragon	H	35 ans
	Mme Shayr	F	50 ans
	M. Lenez	H	45 ans
	M. Ocelot	H	40 ans
	M. Alleas	H	50 ans
	M. Diouf	H	25 ans
	Mme d'Étignes	F	40 ans
	M. Niza	H	40 ans

## Tableau des acteurs de l'unité 3

Professionnels affiliés à l'unité 3			
Position hiérarchique	Équipe médicale		
Cheffe de pôle	Dr. Gershon	F	60 ans
Cheffe de l'unité 3	Noûr	F	40 ans
Psychiatres	Selma	F	40 ans
	Aloïse	F	35 ans
Interne	Julien	H	30 ans
Psychiatre lié au pôle	Dr. Armitage	H	65 ans
Groupe professionnel	Équipe paramédicale		
Cadre	Stéphanie	F	45 ans
Infirmières	Elise	F	25 ans
	Lou	F	25 ans
	Erika	F	25 ans
	Kiara	F	30 ans
	Ascléa	F	40 ans
	Nathalie	F	40 ans
	Grâce	F	30 ans
	Céline	F	30 ans
Aides-soignants	Sid	H	45 ans
	Antonin	H	30 ans
	Gabriel	H	45 ans
	Mathis	H	30 ans
	Apolline	F	25 ans
Aide-soignant en renfort	Raphaël	H	35 ans
Groupe professionnel	Autres membres de l'équipe		
Assistant social	Nicolas	H	30 ans
Secrétaires médicales	Carole	F	40 ans
	Gilberte	F	45 ans
	Clotilde	F	40 ans
Art-thérapeute	Viviane	F	30 ans
Éducateur sportif	Enzo	H	35 ans
Psychologue de l'unité voisine	Cristina	F	25 ans

Groupe professionnel	Acteurs judiciaires intervenants dans l'unité 3		
JDL	Mme Pérra	F	55 ans
	Mme Dumont	F	55 ans
Avocats	Maitre Lebon	H	40 ans
	Maitre Ménos	F	40 ans

	Patients traversant l'unité 3		
	M. Léotard	H	60 ans
	M. Lupin	H	45 ans
	Mme Capule	F	20 ans
	M. Keating	H	45 ans
	Mme Thawr	F	40 ans
	M. Javert	H	45 ans
	M. Altakhy	H	30 ans
	Mme Tréphine	F	40 ans
	Mme Guillevic	F	35 ans
	Mme Daudet	F	40 ans
	M. Bartoli	H	45 ans
	M. Hakkar	H	35 ans
	M. Bouhanni	H	30 ans
	M. Sereya	H	25 ans
	Mme Lejeune	F	20 ans
	M. Swann	H	40 ans
	Mme Ramdo	F	40 ans
	M. Cigale	H	35 ans

## Tableau des acteurs supplémentaires

<b>Professionnels affiliés à l'unité 1</b>			
Position hiérarchique	Équipe médicale		
Cheffe de pôle	Dr. Tréville	F	65 ans
Chef de l'unité 1	Éric	H	40 ans
Groupe professionnel	Équipe paramédicale		
Cadre	Aurélie	F	30 ans
Infirmières	Chantal	F	55 ans
	Corinne	F	50 ans
	Annie	F	45 ans
	Virginie	F	35 ans
Aides-soignants	Yasin	H	40 ans
	Olivier	H	50 ans
Groupe professionnel	Autres membres de l'équipe		
Assistante sociale	Céline	F	30 ans
Neuropsychologue	Émilie	F	30 ans
Orthophoniste	Amina	F	55 ans
Psychologue	Thierry	H	45 ans

Groupe professionnel	<b>Professionnels hors des unités enquêtées</b>		
Infirmières de l'unité d'hospitalisation du pôle de l'unité 1	Roxanne	F	25 ans
	Quentin	H	30 ans
Infirmière d'une autre unité	Rose	F	30 ans
Psychiatre d'une autre unité	Loïc	H	40 ans
Médecin psychanalyste	Louise	F	70 ans

## Annexe 3 : Reproduction d'une « liste des patients » de l'unité 3

Unité 3 (xxGxx), le 26/02				
1	Mme [redacted] HS [secteur X] SPI	42 ans Dr Aloïse Admis le 24/02/1019	Normal	<i>Mange à l'étage</i>
2	Mme [redacted] ville 1 SL	49 ans Dr Aloïse Admis le 05/022019	Normal	
3	M. [redacted] ville 2 SL	35 ans Dr Admis le 20/02/2019	S/ Porc	<i>Pas de patio</i>
4	M. [redacted] ville 3 SPI	63 ans Dr Selma Admis le 06/12/2018	S/ Sucre	
5	M. [redacted] ville 3 SDT	35 ans Dr Noûr Admis le 20/01/2019	Kasher	
6	M. [redacted] ville 3 SDT	49 ans Dr Selma Admis le 14/11/2018	S/ Porc	
7	M. [redacted] - SL	43 ans Dr Noûr Admis le /12/2018	Normal	
8	M. [redacted] ville 1 SDTU	38 ans Dr Gershon Admis le 25/01/2018	Normal	<i>Mange à l'étage</i>
[...]				
15	Mme [redacted] ville 3 SDRE	50 ans Dr Noûr Admis le 14/02/2019	S/ Sucre /Mixe	
16	Mme [redacted] ville 1 SL	56 ans Dr Noûr Admis le 27/11/2018	Normal	
17	M. [redacted] ville 4 SDT	23 ans Dr Aloïse /Dr Noûr Admis le 05/01/2019	Kasher	
18	M. [redacted] ville 1 SL	73 ans Dr Noûr Admis le 28/11/2018	Mixe	<i>Mange à l'étage</i>
19	M. [redacted] SDF SL	54 ans Dr Selma Admis le 07/09/2019	S/ Sel	<i>Mange à l'étage</i>
20	M. [redacted]	56 ans Dr Noûr Admis le 09/02/2019	Normal	
Iso 1	M. [redacted] HS [Secteur Y] SDRE	38 ans Dr		
Iso 2	M. [redacted] HS [Secteur X] SDTU	32 ans Dr Admis le 23/02/2019		

Le document ci-dessus est une reproduction d'une liste de patients qu'imprime tous les jours l'équipe. Par souci d'anonymisation, nous avons modifié les noms, les dates, l'ordre ou les informations personnelles liés à ces patients. Aussi, nous n'en proposons pas une version totale pour ne pas excéder une page, les listes de patients utilisées par les équipes rognant les marges.

Comme on peut le voir, chaque ligne présente un patient. La première colonne indique sa chambre. La seconde son nom de famille, son secteur de rattachement s'il est hors du secteur de l'unité 3 (« **HS** ») ou sa ville de rattachement s'il est dans le secteur de l'unité 3, puis son mode de soins :

- **SL** pour soin libre,
- **SPI** pour soin sous contrainte en péril imminent,
- **SDT** pour soin sous contrainte à la demande d'un tiers,
- **SDTU** pour soin sous contrainte à la demande d'un tiers en urgence,
- **SDRE** pour soin sous contrainte à la demande d'un représentant de l'État.

La troisième colonne indique son âge, son psychiatre référent et sa date d'admission. La colonne suivante indique son type de repas. La dernière colonne contient des annotations relatives à la prise en charge, mais elle est majoritairement laissée vide pour que les soignants puissent y annoter des observations de la journée ou des modalités spécifiques de prise en charge ou d'objectif pour le jour : tel document à signer, tel rendez-vous au sein de l'unité ou avec le juge des libertés, *et cætera* ...

Nous avons volontairement laissé certaines informations vides, de manière à imiter ces listes qui sont rarement complètes : certaines informations manquent, ou ne sont pas collectées de la même manière (la date d'admission est parfois collectée à l'entrée dans l'unité 3, parfois à l'entrée dans le secteur, souvent de manière différencié dans une même liste). Qui plus est, ce sont souvent les mêmes membres de l'équipe qui s'occupent d'imprimer la liste ; aussi, en leur absence, il n'est pas rare qu'on réimprime la liste de la veille, actualisée au stylo selon la volonté de son propriétaire.

## Annexe 4 : photo de l'emploi du temps infirmier

Cette photographie représente une grille d'emploi du temps d'une équipe infirmière pour un mois donné. Par souci d'anonymisation, les noms n'apparaissent pas, et nous avons pris un tableau qui n'est pas lié aux acteurs de notre corpus.

Chaque ligne représente une infirmière. Les cases M en rose sont des jours de matin, les S en bleu sont des soirs, les RH en beige sont des jours de repos.

Les autres sigles et couleurs représentent des particularités : RT (Rtt), Fo, D, ZT ... Ces sigles et couleurs changent d'une équipe à l'autre selon les pratiques et les habitudes. Qui plus est, on peut voir sur ce tableau certaines assignations qui ont été modifiées à la dernière minute, modifiées à coup de Blanco pour indiquer un changement d'assignation.

# Bibliographie

Abbott A.D. 1988 *The system of professions: an essay on the division of expert labor*, Chicago London, The University of Chicago press, xvi+435 p.

Acker F., 1991, « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. », *Sciences Sociales et Santé*, 9, 2, p. 123-143.

Acker F., 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 161-181.

Akers R.L., Hayner N.S., Gruninger W., 1977, « Prisonization in five countries, Type of Prison and Inmate Characteristics », *Criminology*, 14, 4, p. 527-554.

Ali I., Wolf C., 2016, « Profession, orthophoniste », dans *Entre langue et parole, le métier d'orthophoniste*, Toulouse, Érès (Trames), p. 13-24.

Arborio A.-M., 1995, « Quand le "sale boulot" fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, 13, 3, p. 93-126.

Arborio A.-M. 2001 *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 1 Ed.

Arborio A.-M., 2009, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », dans *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte.

Armor D.J., Klerman G.L., 1968, « Psychiatric Treatment Orientations and Professional Ideology », *Journal of Health and Social Behavior*, 9, 3, p. 243.

ATIH, 2018, « Guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (version provisoire 2018) ».

ATIH, 2019, « Synthèse - analyse de l'activité hospitalière 2018 ».

Barrett R.J. 1998 *La traite des fous: la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, [Nouvelle édition], 349 p.

Beaud S., Weber F. 2010, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 4e édition, 336 p.

Becker H.S., 1952, « The Career of the Chicago Public Schoolteacher », *American Journal of Sociology*, 57, 5, p. 470-477.

Becker H.S. 2002 *Les ficelles du métier*, Paris, La Découverte, 360 p.

Béart C., Dembinski O., 2012, « 6 - Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie », dans *La politique de santé mentale en France*, Paris, Armand Colin (Recherches), p. 87-100.

Béliard A., 2008, « Théories diagnostiques et prise en charge : le recours à une consultation mémoire », *Retraite et société*, 53, 1, p. 147-165.

Béliard A., Damamme A., Eideliman J.-S., Moreau D., 2015, « C'est pour son bien ». La décision pour autrui comme enjeu micro-politique », *Sciences sociales et santé*, 33, 3, p. 5-14.

Béliard A., Eideliman J.-S., 2009, « Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, p. 99-117.

Bell D. 1960 *The end of ideology; on the exhaustion of political ideas in the fifties*, Glencoe, Ill., Free Press, 426 p.

Benarosch J., Bonnet C., 2020, « Avant-propos », *Pratiques en santé mentale*, 66e année, 4, p. 2-5.

Binst M. 1990 *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, Editions L'Harmattan, 267 p.

Blum P., 2012, « Le médecin, le patient et son proche. Enjeux conjugaux et arrangements médicaux », *ALTER, European Journal of Disability Research*, 6.

Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26, 1, p. 205-233.

Boltanski L., Thévenot L. 1991 *De la justification: les économies de la grandeur*, Paris, Editions Gallimard, 483 p.

Boudier F., Bensebaa F., Jablanczy A., 2012, « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante », *Innovations*, n°39, 3, p. 13-25.

Bouquet B., 2014, « La complexité de la légitimité », *Vie sociale*, n° 8, 4, p. 13-23.

Bourret P. 2006 *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Paris, S. Arslan, 284 p.

Carpentier N., 2001, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle », *Sciences Sociales et Santé*, 19, 1, p. 79-106.

Carricaburu D., 1993, « L'Association Française des Hémophiles face au danger de contamination par le virus du sida : stratégie de normalisation de la maladie et définition collective du risque », *Sciences Sociales et Santé*, 11, 3, p. 55-81.

Carricaburu D., 1999, « Les hommes hémophiles face à la médecine : Mise en acte d'une recherche », *Socio-anthropologie*, 5.

Carricaburu D., Ménoret M. 2004 *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 240 p.

Cases C., Salines E., 2004, « Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 181-204.

Castel P.-H., 2004, « Psychanalyse et psychothérapies : que sait-on des professions sur lesquelles on veut légiférer? », p. 20.

Cattin D., 2018, « Une double peine ? », *Le Sociographe*, 64, 4, p. 7-9.

Certeau M. de 1990 *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire*, Paris, FOLIO ESSAIS.

Chauvenet A., Orlic F., Benguigui G. 1994 *Le monde des surveillants de prison*, Presses Universitaires de France - PUF, 232 p.

Chauvenet A., Rostaing C., Orlic F. 2008 *La violence carcérale en question*, Presses Universitaires de France, 347 p.

Cicourel A.V. 2002 *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Seuil.

circulaire, 2008, « Circulaire DGS/MC4 n 2008-140 du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005 – Transmission du rapport d'activité pour 2007 »,.

Coenen-Huther J., 2003, « Le type idéal comme instrument de la recherche sociologique », *Revue française de sociologie*, 44, 3, p. 531-547.

Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C., 2011, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 »,.

Combessie P. 2009 *Sociologie de la prison*, Paris, La Découverte, 3e édition, 128 p.

Condamine-Ducreux I., à paraître, *Réseaux de sociabilités et supports sociaux dans l'exposition au risque de transmission de l'hépatite C et du VIH chez les usagers de drogues injecteurs*, Thèse de doctorat.

Crewe B., 2007, « Power, Adaptation and Resistance in a Late-Modern Men's Prison », *The British Journal of Criminology*, 47, 2, p. 256-275.

Crewe B., 2011, « Prison culture and the prisoner society », dans *The Prisoner*, Routledge.

Crozier M. 1963 *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil, 382 p.

Crozier M., Friedberg E. 1977 *L'Acteur et le système. Les Contraintes de l'action collective*, Paris, Points, 512 p.

Darmon M., 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, no 58, 1, p. 98-112.

Darmon M. 2021 *Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte, 328 p.

Davtian H., Scelles R., 2013, « La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ? », *L'information psychiatrique*, 89, 1, p. 73-82.

Demailly L., 2020, « Le travail relationnel à composante artistique dans les services psychiatriques », *Les mondes du travail*, 24-25, p. 191-207.

Demailly L., 2021, « Obstacles et points d'appui pour le redéploiement de la Psychothérapie institutionnelle », *Revue Française de Phénoménologie et de Psychanalyse*, Devenir.s Institutionnels, spécial dirigé par Rosa Caron, Lise Demailly et Héloïse Haliday, p. 159-179.

Demailly L., 2022, « La procéduralisation du travail relationnel », *Revue d'anthropologie*

*des connaissances*, 16, 4.

Demailly L., Desmons P., Roelandt J.-L., 2000, « Usagers et mésusagers en santé mentale », dans *Les usagers du système de soins*, Rennes, Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social).

Demailly L., Haliday H., Hum P., 2021, « Evolution des pratiques de soins dans les services de psychiatrie publique », Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-france.

Demazière D., Gadéa C. 2009 *Sociologie des groupes professionnels, Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.

Dembinski O., 2000, « 2. Espace vécu et territoire investi par les usagers ou comment s'organise la vie des patients à l'hôpital », dans *Les usagers du système de soins*, Rennes, Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social), p. 109-123.

Despland J.-N., Roten Y. de, Kramer U., Falissard B., Barber J. 2018 *L'évaluation des psychothérapies*, Paris, Médecine Sciences Publications, 250 p.

Dodier N. 2003 *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 359 p.

Domin J.-P., 2011, « 7. La "gouvernance" Canada dry ou la reprise en main de l'hôpital par une nouvelle bureaucratie gestionnaire », dans *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant.

DREES, 2020, « 16 - Les patients suivis en psychiatrie ».

Durand C., 2019, *Les reconfigurations de la relation carcérale. Sociologie des espaces de communication entre prisonnières et autorités pénitentiaires*, Thèse de doctorat.

Emerson R.M., Pollner M., 1976, « Dirty Work Designations: Their Features and Consequences in a Psychiatric Setting », *Social Problems*, 23, 3 (Feb., 1976), p. 13.

Eyraud B., Velpry L., 2012, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas », *Socio-logos . Revue de l'association française de sociologie*, 7.

Eyraud B., Velpry L., 2014, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? », *Revue française d'administration publique*, 149, 1, p. 207-222.

Feroni I., Kober A., 1995, « L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne », *Sciences Sociales et Santé*, 13, 3, p. 35-68.

Fornier-Ordioni E., 2019, « *Whatever works* » *Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*, Thèse de doctorat, 580 p.

Foucault M. 1976 *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 688 p.

Foucault M. 2015 *Naissance de la clinique*, Puf.

- Fourdrignier M., 2015, « La construction de deux groupes professionnels : l'assistant de service social et l'infirmier. », *Revue Sociologie Santé*, 37.
- Fourquet F., Murard L. 1975 *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible*, Revue Recherches.
- Freidson E. 1988 *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, Univ of Chicago PR ed. édition, 440 p.
- Galifret Y., 2003, « Édouard Toulouse, un biocrate respectable », *Raison présente*, 145, 1, p. 91-101.
- Gilbert D.C., Levinson D.J., 1957, « 3. "Custodialism" and "humanism" in Staff Ideology », dans *The patient and the mental hospital*, The free press, Glencoe, Illinois, USA.
- Glaser B.G., Strauss A.L. 1979 *Awareness Of Dying*, Transaction Publishers, 324 p.
- Goffman E. 1968 *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Editions de Minuit, 452 p.
- Goffman E. 1973 *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. les relations en public*, Les Editions de Minuit.
- Grobot D., 2019, « 1. Deux cents ans d'histoire », dans *Être psychomotricien*, Toulouse, Érès (Trames), p. 25-48.
- Grimaldi A., 2010, « Les différents habits de l'« expert profane » », *Les Tribunes de la sante*, n° 27, 2, p. 91-100.
- Gurman A.S., Razin A.M. 1977 *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*, Pergamon Press, 652 p.
- Guy R., 1993, « Type idéal », dans *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, p. 628-630.
- Henckes N., 2005, « Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans « l'expérience du treizième arrondissement » », rapport de recherche, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Société, Santé.
- Henckes N., 2015, « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, Mars-avril, 3, p. 28-40.
- Henckes N., 2009a, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 », *Genèses*, 76, 3, p. 76-98.
- Henckes N., 2009b, « Les psychiatres et le handicap psychique. De l'après guerre aux années 1980 », *Revue française des affaires sociales*, 1-2, p. 25-40.
- Henckes N., Majerus B. 2022 *Maladies mentales et sociétés, XIXe-XXIe siècle*, Paris, La Découverte.

Hochmann J. 2013 *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 3e éd. e éd., 128 p.

Hodé Y., Willard M., 2012, « Les thérapies de remédiation cognitive font-elles partie des thérapies cognitivo-comportementales ? », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 22, 3, p. 92-96.

Hollingshead A.B., Redlich F.C., 1959, « Review of Social Class and Mental Illness: A Community Study », *Review of Social Class and Mental Illness*, 26, 2.

Honigfeld G., 1962, « Relationships among Physicians' Attitudes and Response to Drugs », *Psychological Reports*, 11, 3, p. 683-690.

Hughes E.C., 1951, « Studying the Nurse's Work », *AJN The American Journal of Nursing*, 51, 5, p. 294.

Hughes E.C., 1961, « Education for a Profession », *The Library Quarterly: Information, Community, Policy*, 31, 4, p. 9.

Hughes E.C. 1996 *Le regard sociologique: essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 344 p.

Hughes E.C., MacGill Hughes H., 1952, « 9. What's in a Name », dans *Where Peoples Meet. Racial and Ethnic Frontiers*, USA, Free Press of Glencoe.

Iori R., 2017, « Entre universitarisation et « professionnalisation » : la formation des assistant-e-s de service social, en France et en Italie », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, 138, p. 39-58.

Jacqueline S., 2006, « Les politiques du patient en pratique, Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital », *Politix*, 73, 1, p. 83-108.

Jaeger M., 2020, « Assistant de service social : quel avenir ? », *Pratiques en santé mentale*, 66e année, 4, p. 6-12.

Jaeken M., Verhofstadt L.L., Van Broeck N., 2015, « Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie ? Brève mise à jour scientifique », *Bulletin de psychologie*, Numéro 537, 3, p. 237-242.

Kahn R.L., 1961, « Staff attitude toward psychiatric treatment in a voluntary mental hospital. », *Journal of the Hillside Hospital*, 10.

Kervasdoué J.D., Acker F., Hassenteufel P., Pellet R., Pierru F., Robelet M., Schweyer F.-X., Ulmann P. 2003 *La crise des professions de santé.*, Dunod.

Kramer M., 1957, « 9. Problems of Research on the Population Dynamics and Therapeutic Effectiveness of Mental Hospitals », dans *The patient and the mental hospital*, The free press, Glencoe, Illinois, USA.

Lancelevée C., Moreau D., Noguez E., Tartour T., 2022, « Quand le pharmacien s'intéresse à la clinique : savoirs, coordination et responsabilité dans les activités de prescription », dans *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, IRDES.

- Lantéri-Laura G., 2004, « Principales théories dans la psychiatrie contemporaine (2004) », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-006-A-10, p. 14.
- Lantéri-Laura G., 2002, « Regards sur la psychiatrie contemporaine. Esquisse d'une rétrospection », *Raison présente*, 144, 1, p. 21-36.
- Le Bianic T., 2009, « 7. Les professions face à l'Europe : les psychologues », dans *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 97-107.
- Le Bianic T., 2013, « Une profession balkanisée : les psychologues face à l'État en France (1945-1985) », *Politix*, 102, 2, p. 175-207.
- Le Bras A. 2018 *Un enfant à l'asile. Vie de Paul Taesch (1874-1914)*, Paris, CNRS.
- Lechevalier Hurard L., 2013, « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du Travail*, 55, 3, p. 279-301.
- Lecourt É., 2010, « L'art thérapeute, un soignant pas comme les autres », *L'Autre*, 11, 2, p. 150-155.
- Lecourt É., Lubart T. 2020 *Les art-thérapies*, Malakoff, Dunod, 2nd édition, 320 p.
- Lemieux C. 2018 *La sociologie pragmatique*, Paris, La Découverte, 128 p.
- Lopez A., Turan-Pelletier G., 2017a, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 1 », Inspection générale des affaires sociales.
- Lopez A., Turan-Pelletier G., 2017b, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Tome 2 (Annexes) », Inspection générale des affaires sociales.
- Lovell A., 1996a, « Coercion and Social Control », dans DENNIS D.L., MONAHAN J. (dirs.), *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, p. 147-166.
- Lovell A.M., 1996b, « Mobilité des cadres et psychiatrie "hors les murs" », dans JOSEPH I., PROUST J. (dirs.), *La folie dans la place : Pathologies de l'interaction*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (Raisons pratiques), p. 55-81.
- Luhrmann T.M. 2001 *Of Two Minds: The growing disorder in american psychiatry*, Great Britain, Picador, 352 p.
- Marques A., 2010, *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, Thèse de doctorat.
- Marques A., 2013, « Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité, Psychiatry-precariousness mobile Teams », *Le sociographe*, 42, p. 67-77.
- Marques A., 2015, « Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité, Can we legitimately not decide for another ? Political work around a mobile psychiatry team (EMPP) », *Sciences sociales et santé*, 33, 3, p. 91-114.

- Marquis N., Pesesse S., 2021, « De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques », *Sciences sociales et santé*, 39, 1, p. 43-67.
- Mas B., Pierru F., Smolski N., Torrielli R. 2011 *L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 366 p.
- Mason A.S., Sacks J.M., 1959, « Measurement of attitudes toward the tranquilizing drugs », *Diseases of the Nervous System*, 20, p. 457-459.
- Mathiesen T. 1965 *The Defences of the Weak: A Sociological Study of a Norwegian Correctional Institution*, Tavistock Publications, 280 p.
- Mathiesen T., 1974, « The Prison Movement in Scandinavia », *Crime and Social Justice*, 1, p. 45-50.
- Michael L., Barley D., 2001, « Research Summary of the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, p. 357-361.
- Moreau D., 2015, *Contraindre pour soigner ? : les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, Thèse de doctorat.
- Moreau D., 2017, « Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse », *L'information psychiatrique*, 93, 7, p. 551-557.
- Moreau Ricaud M., 2007, « Profession psychanalyste ? », *Topique*, 101, 4, p. 51-59.
- Morelle A., Veyret J., Lesage G., Acker D., Noire D., 2008, « Evaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales ».
- Morris T., Morris P. 1963 *Pentonville : a sociological study of an English prison*, London, Routledge & K. Paul.
- Mougeot F., 2022, « Résister à l'emprise managériale », dans *Croiser les aspérités du terrain aux défis de la pensée*, Nîmes, Champ social (Mouvement pour l'Accompagnement et l'Insertion Sociale), p. 129-147.
- Mougeot F. 2019a *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse, ERES, 248 p.
- Mougeot F., 2019b, « Les dominations à l'épreuve du quotidien psychiatrique : infirmiers, patients, gestionnaires », dans *Dominations, résistances, solidarités au travail et dans l'emploi*, Octarès, Paris.
- Ogien A. 1989 *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1er édition.
- Orlinsky D.E., Grave K., Parks B.K., 1994, « Process and outcome in psychotherapy », dans *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed*, Oxford, England, John Wiley & Sons (Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed), p. xvi, 864.
- Paillet A. 2007 *Sauver la vie, donner la mort : Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute.

- Parsons T., 1975, « The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered », *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53, 3, p. 257-278.
- Peneff J. 1992 *L'hôpital en urgence, étude par observation participante*, Paris, Métaillié, 257 p.
- Pennec S., 2000, « 1. Les rapports sociaux d'usage entre les personnes dépendantes vivant à domicile, leurs proches et les services professionnels », dans *Les usagers du système de soins*, Rennes, Presses de l'EHESP (Recherche, santé, social), p. 91-107.
- Pierru F., 2012, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194, 4, p. 32-51.
- Pierru F., 2013, « 8. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans *La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 203-230.
- Pierru F., 2022, « 5. Le "système de santé" français ou la réforme par la crise », dans *Politiques sociales : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 79-96.
- Pine F., Levinson D.J., 1957, « 11. Two patterns of Ideology, Role Conception, and Personality among Hospital Aides », dans *The patient and the mental hospital*, The free press, Glencoe, Illinois, USA.
- Pratt J., 2008, « Scandinavian Exceptionalism in an Era of Penal Excess: Part I: The Nature and Roots of Scandinavian Exceptionalism », *The British Journal of Criminology*, 48, 2, p. 119-137.
- Rapoport R. 1961 *Community as doctor: New perspectives on a therapeutic community*, Oxford, England, Charles C Thomas, x, 325 p.
- Rhodes L.A. 1991 *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*, University of California Press, 1<sup>re</sup> édition, 199 p.
- Robicquet P., à paraître, *Enjeux de rôle et de frontières en psychiatrie de secteur. L'hôpital sur la trajectoire des usagers*, Thèse de doctorat.
- Salgado Hansen M., à paraître, « Des Aides-soignants légitimes, Prises de décision d'équipe et idéologies psychiatriques », *Anthropologie & Santé*.
- Saliba J., Bon-Saliba B., Ouvry-Vial B. 1993 *Les infirmières. Ni nonnes, ni bonnes - Jacques Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, Brigitte Bon-Saliba*.
- Santorso S., 2015, « La perception de la peine d'emprisonnement entre privation et solidarité. Une analyse des conditions matérielles de vie des détenus », *Déviance et Société*, 39, 2, p. 171-188.
- Sarzier M., 2020, « Des déclassé-es immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier », *Sociologie du travail*, 62, 4.
- Schwartz M.S., 1957, « 8. What is Therapeutic Milieu? », dans *The patient and the mental hospital*, The free press, Glencoe, Illinois, USA.

Schwartz O., 2011, « La pénétration de la “culture psychologique de masse” dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, 2, 4, p. 345-361.

Sens D., 2007, « La construction de l'identité professionnelle de l'art thérapeute », *Le Journal des psychologues*, 247, 4, p. 58-61.

Sharaf M.R., Levinson D.J., 1957, « 15. Patterns of Ideology and Role Definition among psychiatric residents », dans *The patient and the mental hospital*, The free press, Glencoe, Illinois, USA.

Sicot F., Touhami S., 2015, « Des dispositifs de soin spécifiques pour les patients d'origine étrangère ? », *Empan*, 98, 2, p. 101-108.

Sicot F., Touhami S., 2018, « Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives », *Revue européenne des migrations internationales*, 34, 2-3, p. 101-130.

Singly F. de, Giraud C., Martin O. 2016 *Apprendre la sociologie par l'exemple*, Paris, Armand Colin.

Strauss A., Corbin J.M. 1991 *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Newbury Park, Calif, SAGE Publications Inc, 2nd Revised edition, 272 p.

Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C. 1985 *Social Organization of Medical Work*, USA, The University of Chicago, The University of Chicago.

Strauss A.L. 1992 *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan, 319 p.

Strauss A.L., Schatzman L., Bucher R., Ehrlich D., Sabshin M. 1964 *Psychiatric Ideologies and Institutions*, USA, The Free Press of Glencoe, Revised edition, 418 p.

Strupp H.H., Fox R.E., Lessler K. 1969 *Patients view their psychotherapy*, Oxford, England, Johns Hopkins Press, 220 p.

Suchman M.C., 1995, « Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches », *The Academy of Management Review*, 20, 3, p. 571-610.

Sykes G.M. 1958 *The society of captives : a study of a maximum security prison*, Princeton, N.J, Princeton University Press.

Tartour T., 2021, *L'administration du désordre Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980*, Thèse de doctorat.

Théron S. 2017 *Aide-mémoire - Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod.

Tourrilhes C., Veyrié N., 2014, « Travail social, recherche et formation. Penser les tensions et les articulations », *Le Sociographe*, Hors-série 7, 5, p. 15-18.

Van Dogen E. 2002 *Walking stories. An oddnography of mad people's work with culture*, Amsterdam, Rozenberg Publishers.

Van Effenterre A., Azoulay M., Briffault X., Champion F., 2012, « Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 88, 4, p. 305-313.

Vega A. 2000 *Une ethnologue à l'hôpital : L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Editions des archives contemporaines.

Vega A. 2001 *Soignants/Soignés: Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Belgique, De Boeck, 1ere edition.

Velpry L. 2008 *Le quotidien de la psychiatrie: Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 332 p.

Velpry L., 2019, « Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie: », *Empan*, n° 114, 2, p. 44-50.

Velpry L., Vidal-Naquet P.A., Eyraud B. 2018 *Contrainte et consentement en santé mentale: Forcer, influencer, coopérer*, Presses universitaires de Rennes.

Veziat N. 2016 *Sociologie des groupes professionnels*, Armand Colin.

Vianello F., 2015, « Communauté carcérale et transformations de la prison », *Déviance et Société*, 39, 2, p. 151-169.

Weber M. 1904 *Essais sur la théorie de la science. Premier essai : "L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales" (1904)*, numérique.



# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
LA DIMENSION COERCITIVE DE LA PSYCHIATRIE .....	17
L'ENCHEVETREMENT INSTITUTIONNEL.....	20
LES THEORIES DE LA PSYCHIATRIE .....	21
LA PLURALITE PROFESSIONNELLE.....	23
LES DIVERSITES DES PARCOURS DE PATIENTS .....	24
LES MULTIPLES MODALITES D'APPLICATION DE LA CONTRAINTE .....	26
POUR UNE SOCIOLOGIE DES TRAVAUX PSYCHIATRIQUES .....	27
<b>PARTIE I : CONTEXTUALISER LA RECHERCHE</b> .....	<b>31</b>
<b>CHAPITRE 1 : L'USAGE DES UNITES D'HOSPITALISATION PAR LE SERVICE PSYCHIATRIQUE</b> .....	<b>33</b>
LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE : UNE HISTOIRE DE DESENFERMEMENT ?.....	34
LES « UNITES FERMEES », OU L'EXPRESSION DE LA CONTRAINTE DANS LES UNITES D'HOSPITALISATION .....	44
QUI SONT LES PATIENTS HOSPITALISES, « PARCOURS COMPLEXES » ET « CODE 01 » ?.....	52
<b>CHAPITRE 2 : THEORIES, ORIENTATIONS OU IDEOLOGIES DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE</b> .....	<b>61</b>
LES « THEORIES PSYCHIATRIQUES » DE LANTERI-LAURA.....	63
« ORIENTATIONS » ET « REFERENCES », LE POINT DE VUE DU TERRAIN... REPRIS DANS LA SOCIOLOGIE CONTEMPORAINE .....	67
LES ETUDES AMERICAINES DE 1960 ET LES « IDEOLOGIES ».....	72
UN VOCABULAIRE QUI A DU SENS.....	77
NOTRE TYPOLOGIE .....	79
<b>CHAPITRE 3 : LES METHODES DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>86</b>
METHODE DE COLLECTE DES DONNEES.....	86
METHODE D'ECRITURE.....	95
<b>CONCLUSION DE LA PARTIE</b> .....	<b>100</b>
<b>PARTIE II : VIVRE ET TRAVAILLER EN PSYCHIATRIE</b> .....	<b>107</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES UNITES, LEURS EQUIPES ET LEURS PATIENTS</b> .....	<b>109</b>
L'UNITE 2, D'HOSPITALISATION.....	109
L'UNITE 3, D'HOSPITALISATION.....	114
DES DONNEES SUBSIDIAIRES, L'UNITE 1 DE JOUR .....	119
LES ENTRETIENS HORS DES TERRAINS .....	124
<b>CHAPITRE 2 : UNE SEMAINE TYPIQUE</b> .....	<b>127</b>
DEBUT DE MATINEE .....	128
LE « STAFF » : LA REUNION D'EQUIPE.....	132
LA FIN DE MATINEE.....	135
LE DEBUT D'APRES-MIDI .....	137
LA FIN D'APRES-MIDI ET LA SOREE .....	141
LE JOUR DES AUDIENCES AVEC LE JUGE .....	144
LES WEEK-ENDS .....	144
<b>CHAPITRE 3 : QUEL QUOTIDIEN POUR LES UNITES : ETABLIR ET GERER LES MICRO-LIBERTES DES PATIENTS</b> .....	<b>146</b>
LA GESTION DES CONDITIONS DE VIE DANS L'UNITE : LES MICRO-LIBERTES.....	148
LES MICRO-LIBERTES : UN PARCOURS INTERNE A L'UNITE D'HOSPITALISATION.....	156
<b>CONCLUSION DE LA PARTIE</b> .....	<b>163</b>

**PARTIE III : COMMENT LE VISAGE UNI DU GROUPE DES SOIGNANTS DISSIMULE DES AVIS ET DES PRATIQUES DESACCORDES .....167**

**CHAPITRE 1 : LES PSYCHIATRES, DES ACTEURS DONT LA POSITION DE LEGITIMITE N'EST PAS TOUT A FAIT ACQUISE AU SEIN DES UNITES .....170**  
ÊTRE, OU NE PAS ÊTRE, « A L'ÉCOUTE » DE SON ÉQUIPE..... 171  
UNE FIGURE HISTORIQUEMENT DOMINANTE AUX POSITIONS VACILLANTES ..... 186  
ÉVITER LES DISSENSIONS ENTRE PAIRS ..... 196  
L'IDÉOLOGIE CHEZ LES PSYCHIATRES, AVEC LES CHEFFES DE POLE POUR DEPOSITAIRES ..... 199  
**CHAPITRE 2 : LES INFIRMIERES, PREPONDERANTES DANS L'ORDRE NEGOCIE.....215**  
UN GROUPE A LA PRESENCE CONTINUE ..... 216  
LA PRESENCE CONTINUE, SOURCE DE CONTRE-POUVOIR POUR LES INFIRMIERES ..... 224  
TACTIQUES INDIVIDUELLES, MAIS PROTECTION DE GROUPE..... 233  
**CHAPITRE 3 : LES AIDES-SOIGNANTS, UN « PERSONNEL INVISIBLE » CAR ILLEGITIME .....245**  
UNE DOUBLE EXCLUSION DES NEGOCIATIONS ..... 246  
UN GROUPE A L'ILLEGITIMITE INSTITUTIONNALISEE ..... 257  
L'IDÉOLOGIE DES *THERAPIES PAR LA STRUCTURE* : UN CADRE DIFFERENT QUI LEGITIME LES AIDES-SOIGNANTS ..... 264  
**CONCLUSION DE LA PARTIE.....281**

**PARTIE IV : LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES .....289**

**CHAPITRE 1 : LES PATIENTS DES UNITES D'HOSPITALISATION, UN ENSEMBLE HETEROCLITE D'ACTEURS .....292**  
UN ENSEMBLE D'ACTEURS ATOMISE PLUTOT QU'UN GROUPE UNI ..... 293  
LES ENGAGEMENTS ET LES AFFILIATIONS DIFFERENCIEES DES PATIENTS ..... 302  
JAUGER LE TRAVAIL DES PATIENTS, ET ÊTRE JAUGE EN RETOUR ..... 311  
**CHAPITRE 2 : LES PATIENTS VETERANS .....332**  
CONTROLLER SES HOSPITALISATIONS COMME M. BARTOLI ..... 332  
PROLONGER SON SEJOUR, MME SHAYR ET M. LENEZ..... 340  
**CHAPITRE 3 : LES FAMILLES DE PATIENTS, ENCORE PEU PRESENTES ET ILLEGITIMES.....351**  
LE TRIANGLE RELATIONNEL ENTRE LE PATIENT, SA FAMILLE ET L'ÉQUIPE ..... 353  
L'IDÉOLOGIE DES *THERAPIES PAR L'INTERACTION* : LA FAMILLE INVITEE A LA TABLE DES NEGOCIATIONS ..... 369  
**CONCLUSION DE LA PARTIE.....375**

**PARTIE V : LES ACTEURS SUBSIDIAIRES.....383**

**CHAPITRE 1 : LES ACTEURS DU VOLET JUDICIAIRE .....386**  
LES ÉQUIPES DE LA PSYCHIATRIE FACE AU VOLET JUDICIAIRE ..... 389  
LES ACTEURS JUDICIAIRES, EXTERIEURS AUX ÉQUIPES DES UNITES..... 401  
**CHAPITRE 2 : LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL, « ESSENTIELS » POUR LES ÉQUIPES .....414**  
UN ACTEUR AUX MULTIPLES CARACTERES UNIQUES..... 415  
UN ACTEUR QUALIFIE « D'ESSENTIEL » PAR LES ÉQUIPES ..... 424  
**CHAPITRE 3 : LES INTERVENANTS SPECIALISES : DES ACTEURS INSTRUMENTALISES .....430**  
UNE CATEGORIE D'ACTEURS UNIFIEE QUI SEMBLE IMPARFAITE, CAR POLYCEPHALE..... 430  
... MAIS JUSTIFIEE PAR DES POSTES PARTAGES ET UN QUOTIDIEN IDENTIQUE ..... 439  
UN GROUPE D'ACTEURS CRITIQUE ENVERS L'ÉQUIPE..... 444  
**CONCLUSION DE LA PARTIE.....451**

**CONCLUSION GENERALE .....457**

LE CENTRE DE TOUTES LES PREOCCUPATIONS : LES MICRO-LIBERTES ..... 457  
COMMENT LES MICRO-LIBERTES FONT EMERGER L'ORDRE NEGOCIE ..... 459

LES IDEOLOGIES DE LA PSYCHIATRIE POUR EXPLIQUER LES DIFFERENCES LOCALEMENT SITUEES .....	462
ÉLARGIR LES COMPOSANTES DE L'ORDRE NEGOCIE .....	464
<b><u>ANNEXES .....</u></b>	<b><u>469</u></b>
<b>ANNEXE 1 : STATISTIQUES SUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN FRANCE .....</b>	<b>469</b>
<b>ANNEXE 2 : TABLEAUX D'ANONYMISATION DES ENQUETES .....</b>	<b>472</b>
TABLEAU DES ACTEURS DE L'UNITE 2 .....	473
TABLEAU DES ACTEURS DE L'UNITE 3 .....	475
TABLEAU DES ACTEURS SUPPLEMENTAIRES .....	477
<b>ANNEXE 3 : REPRODUCTION D'UNE « LISTE DES PATIENTS » DE L'UNITE 3.....</b>	<b>478</b>
<b>ANNEXE 4 : PHOTO DE L'EMPLOI DU TEMPS INFIRMIER.....</b>	<b>480</b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b><u>481</u></b>
<b><u>TABLE DES MATIERES .....</u></b>	<b><u>493</u></b>