

Evolution des pratiques de soins dans les services de psychiatrie publique

Lise Demailly
Héloïse Haliday
Pierre Hum

Rapport final de recherche, Janvier 2021

Fédération régionale de recherche en santé mentale
et psychiatrie des Hauts-de-France



Les auteurs

Lise Demailly

Professeur émérite de sociologie, Université de Lille, CLERSE UMR CNRS 8019

Lise.demailly@univ-lille.fr

Héloïse Haliday

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Université de Bourgogne, Laboratoire Psy-DREPI – EA 7458

Pierre Hum

Médecin Psychiatre, Hôpital Saint André –lez-Lille, responsable de l'espace éthique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France

Avec la collaboration de :

Massimo Massili, Psychiatre,

Pierre Thomas, Professeur de psychiatrie,

Linda de Zitter, Psychologue

Et des remerciements à Laurent Plancke et Alina Almarei pour l'accès aux données quantitatives concernant les pôles de psychiatrie des Hauts de France

Résumé

Le rapport propose un dispositif méthodologique et quelques pistes théoriques pour construire une sociologie des pratiques cliniques dans les « pôles » (unités territoriales de base territoriale) de la psychiatrie publique pour adultes en France, à partir d'une enquête exploratoire qualitative et quantitative dans sept sites. Il montre que l'offre territoriale de soins présente des aspects d'homogénéisation sur l'ensemble de la France : déclin des psychothérapies au profit d'une myriade d'« interventions psychiques», développement généralisé de l'éclectisme et du pragmatisme. L'offre de soin reste cependant diversifiée tant au plan technique qu'éthique. Ces différences sont rapportées, outre à l'histoire de chaque site et à l'idéologie de son chef, à la structure organisationnelle du pôle, à son environnement social et sanitaire et aux caractéristiques culturelles et psychopathologiques de sa patientèle.

Abstract

The document proposes a methodological device and some theoretical approaches to build a sociology of clinical practices in the "poles" (basic territorial units) of adult public psychiatry in France, based on a qualitative and quantitative exploratory survey in seven sites. It shows that the territorial offer of care presents aspects of homogenization throughout France: a decline of psychotherapies in favour of a myriad of "psychic interventions", the generalized development of eclecticism and pragmatism. However, the range of care on offer remains diversified both technically and ethically. In addition to the history of each site and the ideology of its leader, these differences are related to the organizational structure of the centre, its social and health and the cultural and psychopathological characteristics of its patients.

Mots-clés : Psychiatrie publique française ; interventions psychiques ; éclectisme ; philosophies du soin ; unités territoriales

Keywords : French public psychiatry ; psychic interventions ; eclecticism ; philosophies of care ; territorial units.

Table des matières

Avant propos.....	6
Introduction	8
I - Le contexte.....	10
II - Cadre d'analyse et dispositif méthodologique.....	12
2.1 - L'intérêt de l'échelle du secteur (ou du pôle).....	12
Les terrains.....	15
2.2 - Le soin comme travail à dimension éthico-politique.....	16
2.3 -Typologies et catégories pour approcher la pratique	17
Interventions biologiques et physiques, « interventions psychiques », interventions factuelles ».....	17
L' »intervention psychique », une catégorie centrale.....	18
Ambulatoire dans les murs / ambulatoire hors les murs.....	21
III - Les évolutions globales des pôles.....	21
3.1 - Une tendance à la classification de plus en plus fine des malades.	21
3.2 - La rotation plus rapide des prises en charge.	22
3.3 - La légitimité de la « réhabilitation psychosociale ».....	23
3.4 - Une tendance globale à la désépécification des psychothérapies : perte d'importance relative, hybridations.....	25
IV - Le maintien de différences dans les offres de soin des pôles.....	29
4.1 - La présence ou non d'activités collectives	29
4.2 - La réflexion ou non sur la pharmacopée	29
4.3 - Des conceptions différentes de la priorité à la réinsertion des soignés dans la vie ordinaire et des méthodologies diverses.	30
4.4 - Des conceptions nosographiques-anthropologiques et éthiques sous-jacentes à la pratique.	31
4.5 - Conclusion.....	32
V - La construction sociale des styles de pratiques	32
5.1 - Le rôle de l'histoire du pôle et des orientations du chef de pôle.	32
5.2 - Le lien fort entre management, caractéristiques organisationnelles et style clinique.....	33
5.3 - Les inégalités de ressources des pôles et de leur environnement.....	36
5.4 - Le rôle des caractéristiques de la patientèle.	37
5.5 - Conclusion : une certaine rationalité des pratiques.....	38

Conclusion générale : Recherche d'efficacité et éclectisme dans le cadre du maintien d'une juridiction institutionnelle large.	39
Perspectives	41
Annexes méthodologiques	43
Annexe 1. Dimensions factuelles générales pour l'étude d'un site.....	43
Annexe 2 : Données recueillies contribuant à l'analyse de la genèse des pratiques	44
Annexe 3. Plan type d'une monographie concernant le soin dans un site.....	45
Bibliographie.....	46

Avant propos

Nous présentons ici une recherche dont la production a été mouvementée. D'abord, des conflits scientifiques et budgétaires ont agité l'équipe de recherche initiale, ensuite l'épidémie de Covid-19 a interrompu le travail de terrain : la dernière interview a été réalisée par téléphone quelques jours après la mise en oeuvre du premier confinement.

L'équipe, composée de sociologues et de professionnels (psychiatres, psychologues membres de la Fédération régionale de recherche en santé mentale des hauts de France ou associés) a vu le départ de deux sociologues, N. Garnoussi (MCF) et Elsa Forner (salariée comme post-doc) qui ont continué à travailler sur le contrat IRESP, tandis que l'équipe actuelle obtenait un soutien institutionnel et financier de la part de la Fédération. Que son précédent directeur, Thierry Danel, en soit remercié.

L'équipe a maintenu les attendus initiaux du projet initial co-rédigé par Lise Demailly et Nadia Garnoussi :

- Se centrer empiriquement sur les pôles de psychiatrie, dans l'ensemble de leurs unités et de leurs activités (et ne pas donner une exclusivité à certaines unités, par exemple aux CMP)
- Investiguer l'ensemble des activités de soin, ne pas séparer dans l'investigation l'observation des « interventions psychiques » de celles des pratiques du médicament ou de l'accompagnement social, car le soin en santé mentale s'inscrit de fait, quelques soient les philosophies de soin, dans une prise en charge globale des personnes.
- Repérer l'ensemble des interventions psychiques, et pas seulement les méthodes psychothérapeutiques

Malgré le renforcement de l'équipe par le recrutement de Héloïse Haliday, alors ATER à l'Université Jules Vernes à Amiens, le départ de deux chercheurs et l'irruption de la pandémie ont diminué le temps qui pouvait être consacré aux enquêtes de terrain. De ce fait, au lieu des douze sites initialement prévus sur trois régions, sept sites ont pu être investigués (cinq pôles et deux unités intersectorielles, cinq par Lise Demailly, deux par Héloïse Haliday)

L'accueil sur les terrains fut excellent et nous remercions ici chaleureusement les soignants, les patients et les administratifs qui ont accepté de répondre à nos questions et surtout supporté de nous laisser observer le travail de soin dans sa quotidienneté. Nous n'avons rencontré quasiment aucun refus d'observation. Les données empiriques recueillies sont très riches.

De premiers résultats ont été publiés dans :

Demailly Lise, 2020, "Le travail relationnel à composante artistique dans les services psychiatriques". *Les mondes du travail* n 24-25, p191-107

Demailly L.(2021) « La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre » *L'information psychiatrique* n°1, janvier

D'autres articles sont en cours d'évaluation :

L. Demailly, H. Haliday, P. Hum, « Évolutions du soin dans les pôles de psychiatrie publique en France : les "interventions psychiques" »

H. Haliday, L. Demailly, « Clinique et matérialité en psychiatrie publique française : les interactions soignants/soignés »

L. Demailly, H. Haliday « La communication dans les pôles de psychiatrie publique »

Des valorisations sont également prévues, dans un ouvrage édité par les psychologues de l'université de Lille, au congrès de sociologie de l'Association française de sociologie (Juillet 2021) et au cours du colloque annuel de l'hôpital historique de Saint Alban (juin 2021) afin de discuter des résultats de la recherche avec des professionnels de terrain.

Le contexte de l'imminence de l'arrivée du COVID-19 dans lequel nous avons terminé notre recueil de données pourrait donner le sentiment que celles-ci sont déjà caduques. C'est tout le contraire que nous souhaitons ici affirmer : rares sont les chercheurs à posséder une photographie détaillée de ce qu'était le soin en psychiatrie avant l'arrivée de la pandémie. La pandémie a battu en brèche de nombreuses pratiques de soins psychiques des professionnels, a fait obstacle aux activités de groupe, a poussé les équipes à se réorganiser de façon brutale et pourtant durable. Les résultats que nous présentons sont ainsi à considérer non comme le vestige d'une époque révolue, mais comme un point essentiel de comparaison pour de prochaines recherches dans les services de soins de la région des Hauts de France et d'autres territoires français

Introduction

Il existe de nombreux travaux sociologiques sur les évolutions contemporaines de la politique publique française de psychiatrie, sur celle du droit sanitaire, sur les organisations du soin, et sur les grandes tendances de la politique des subjectivités qui se font jour à travers les transformations des pratiques psychothérapeutiques. Ces travaux, de façon convergente, font le constat de la diversité interne du système de soins, ainsi que de tensions et de contradictions traversant la psychiatrie française, jusqu'à des situations de crise. Plusieurs travaux quantitatifs ont essayé d'objectiver la diversité des « secteurs » ou des « pôles » psychiatriques. En revanche, malgré quelques recherches à caractère ethnographique et malgré une importante littérature professionnelle sur le sujet, la sociologie est quasi muette sur les pratiques cliniques de ces secteurs ou pôles, envisagés comme le travail produit par ces entités organisationnelles à dominante territoriale.

Un « secteur », rattaché à un hôpital spécialisé ou général, a longtemps été l'organisation de base de l'institution psychiatrique française, qui est depuis 1960 de type territorial. Un « pôle psychiatrique » (psychiatrie des adultes) correspond aujourd'hui à la réunion administrative de quelques « secteurs », mais souvent à un seul secteur. Il est sous la responsabilité d'un psychiatre « chef de pôle » et assure, avec des partenaires extérieurs (bailleurs sociaux, établissements médicosociaux, maisons de retraite...), une responsabilité territoriale en matière de psychiatrie et de santé mentale. Il assure aussi des missions publiques de prévention, d'accueil de l'urgence et d'hospitalisation sous contrainte.

Un pôle comprend en général :

- plusieurs « unités » (services) ou dispositifs sectorisés : une ou plusieurs unités hospitalières, dites « intra » dans la suite du texte, proposant une hospitalisation à temps complet (le pôle est adossé à un hôpital sur le plan gestionnaire, comptable et hiérarchique),
- plusieurs unités ambulatoires (centre médicopsychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), équipe mobile, hôpital de jour (HJ)...
- plusieurs unités qu'on appellera « intermédiaires » fournissant un hébergement de nuit hors hôpital (Centre d'accueil de de crise, Famille d'accueil thérapeutique, Maison thérapeutique, Centre de post cure...)
- des liens formalisés avec des partenaires externes : bailleurs sociaux, médico-sociaux, généralistes...

Un pôle peut aussi comprendre quelques unités ou dispositifs non sectorisés, unités transversales à plusieurs secteurs et fonctionnant donc selon une logique de spécialisation, de départementalisation : unités spécialisées dans le trauma, dans les personnes âgées, les détenus en prison, les personnes en situation de précarité, la prévention du suicide, la réhabilitation psychosociale etc.

C'est au pôle et à son organisation complexe que le patient (et sa famille éventuellement) ont affaire dans le parcours de soin.

L'ambition de ce rapport est de proposer quelques pistes théoriques et méthodologiques pour construire une sociologie des pratiques cliniques en psychiatrie des adultes, en les reliant à des données organisationnelles et socio-historiques.

Le cadre théorique d'approche de la pratique de soin est ici celui de la sociologie du travail. Le soin est un travail spécifique que l'on peut ranger dans la catégorie générale du travail de service et plus précisément du travail avec autrui, il met en jeu un registre d'action particulier, le registre thérapeutique (Demailly 2008), de manière non exclusive puisque qu'il mobilise aussi les registres éducatif, de l'assistantiel ou de l'aide-accompagnement.

Sur la base d'une enquête exploratoire qualitative et quantitative dans un certain nombre de pôles, on proposera des éléments de description et quelques hypothèses quant à la construction des pratiques. Il s'agira donc d'aller au-delà des constats de la complexité des pôles¹, et de cette diversité qui perdure, malgré l'existence d'une homogénéisation que l'on résume souvent par «le passage du paradigme de la psychiatrie vers celui de la santé mentale». Le projet de recherche est, sans définir le soin a priori, d'identifier ce qui fait soin pour les équipes, les ressemblances et les divergences, les évolutions et les immobilités des pratiques. Il s'agira aussi de proposer des hypothèses quant à la genèse de l'orientation globale de ces pratiques sur un pôle donné.

On commencera par préciser quelques éléments contextuels qui fournissent le cadre historique et politique de l'évolution de la psychiatrie française, puis les orientations théoriques qui ont guidé notre investigation. Après avoir explicité les difficultés de l'approche sociologique des pratiques cliniques des pôles, on proposera une méthodologie et quelques outils pour leur description. Enfin on présentera les résultats empiriques de l'étude

¹ Soulignée dans le récent rapport parlementaire, 2019, *Conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, Rapporteuses Caroline Fiat et Martine Wonner, Députés

menée, qui garde un caractère en partie exploratoire dans la mesure où l'enquête a porté sur sept sites.

I - Le contexte

L'institution psychiatrique est, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, engagée dans un processus continu de changements dont les plus notables sont, en résumé, l'apparition des psychotropes dans les années 50, la mise en place de la politique de secteur des années 1960 aux années 1990 (territorialisation), la déshospitalisation, appelée improprement «désinstitutionnalisation», autrement dit les fermetures de lit et le développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation, l'élargissement explicite des missions de la psychiatrie à celles de santé mentale, et enfin le changement du rapport des institutions de soins aux usagers avec les modifications législatives générales du droit sanitaire.

Les principaux apports de la sociologie des politiques et des organisations de soins en santé mentale France peuvent être trouvés en ce qui concerne l'objet de notre travail dans les écrits de Benamouzig et Ulrich 2016, Demailly et Autès (2012), Dodier et Rabeharisoa (2006), Ehraud et Velpry (2014), Ehrenberg (1998, 2018), Henckes (2007). On va en résumer les apports qui sont en lien avec l'objet de ce rapport, selon quatre thèmes : spécificité nationale, tensions entre plusieurs modèles, contradictions entre injonctions, diversité.

Les travaux insistent sur la spécificité de la psychiatrie française, même si certaines influences internationales sont évidentes, du côté des États-Unis, du Québec et de l'Italie. Cette spécificité tient à plusieurs facteurs : la coupure administrative entre le sanitaire et le médico-social (elle est plus forte en France qu'ailleurs), l'influence particulièrement forte de la psychanalyse sur la pratique psychothérapique, l'existence de missions sociales larges pour la psychiatrie dans le cadre de la philosophie du secteur (à la différence des États Unis ou l'Allemagne où la mission de la psychiatrie est strictement médicale et où la politique de santé mentale est prise en charge hors psychiatrie (Demailly 2011), et la non fermeture des hôpitaux psychiatriques (à la différence de l'Italie).

Les travaux montrent les tensions qui affectent les représentations du soin et les univers normatifs mis en jeu. Par exemple Jacqueline 2006 compare les pratiques pharmacologiques et psychanalytiques à l'hôpital. Chamak et Moutaud (2014) étudient la montée des neurosciences. Les philosophies du soin et les différents modèles conceptuels de la psychopathologie, sont parfois nommés, sur les terrains, des «chapelles», à cause de leur éventuel sectarisme. Ils font du groupe professionnel des psychiatres un groupe fort divisé et prompt aux polémiques, que ce soit en privé, dans les médias ou dans l'édition.

Au-delà des tensions entre modèles, les travaux sociologiques mettent en évidence de véritables contradictions concernant les missions de la psychiatrie publique : ouvrir le soin sur la ville, sur les projets des usagers, mais assurer des fonctions d'ordre public avec l'hospitalisation sans consentement, laquelle est en augmentation régulière dans le temps même où on enjoint à la psychiatrie de favoriser l'*empowerment* des usagers et où l'Etat ferme des lits (Velpry 2008). Les travaux du collectif Contrast (Eyraud Velpry 2014) autour de la contrainte et du consentement en santé mentale ont notamment permis de décrire les tensions morales ou «épreuves d'ethnicité» rencontrées par les acteurs dans le cours de l'activité professionnelle.

Enfin, la diversité des secteurs, quant à leurs ressources et leurs organisations ont bien été étudiées de manière quantitative par M. Codelfy. La disparité de moyens entre secteurs est ancienne et permanente (Coldefy, Bousquet, 2002, Codelfy et al 2009, Codelfy & Le Neindre 2014). Les niveaux de dotations en personnel non médical constituent le premier facteur de distinction entre les secteurs psychiatriques (psychologues, éducateurs) ainsi que la possibilité ou non d'ouvrir les équipements le soir et de développer l'ambulatoire. Les cartes détaillées de l'IGAS (2017) par département montrent aussi la grande diversité des organisations, notamment concernant la proportion lits d'hospitalisation/ambulatoire. D'autres travaux portent sur les inégalités de santé et d'équipements selon les territoires ou selon les groupes sociaux. Les travaux de la Fédération régionale de recherche en santé mentale des Hauts de France² proposent des cartographies détaillées des territoires de santé. Quelques chiffres significatifs : selon les territoires, pour 100.000 habitants, le nombre de psychiatres libéraux varie de 1,3 à 12, le taux de prise en charge des troubles de 4,5 à 0,6, les visites à domicile (part des actes) de 12,5 à 28, 3.

Enfin, de quelles connaissances disposons-nous dans la littérature sociologique concernant les pratiques de soin et ce qui favorise leur mise en place, leur persistance ou leur changement ? Il y a en fait deux séries de travaux.

D'un côté plusieurs monographies à composante ethnographique concernent des publics particuliers ou des dispositifs spécifiques. Citons par exemple – la liste n'est pas exhaustive- Lovell (2001) sur les SDF, Lézé (2008) sur un hôpital de jour, Brossard (2013) sur les thérapies institutionnelles, Forner (2019) sur les thérapies cognitivo-comportementales, Forner (2019) et Briffaut (2019) sur l'e-santé, Lemoigne (2003) sur les psychotropes, Demailly et al. (2015), Godrie (2016) sur les pairs en santé mentale, et, sur les équipes mobiles, Ana

² <https://www.f2rsmpsy.fr/cartopsy.html>

Marques (2010), Demailly et al 2014, Sarradon Farnarier 2014, etc. Ou encore sur des groupes professionnels spécifiques, par exemple Van Effenterre (2012), Guibet-Lafaye (2016) sur les psychiatres. Ces études nous apportent des connaissances précieuses quant aux logiques d'action propres à chaque dispositif ou chaque groupe.

Dans une autre série de travaux, la genèse globale de l'évolution des pratiques cliniques est rapportée à des données sociétales, dans le cadre donc d'une analyse macrosociologique. Plusieurs réfèrent les transformations de l'hôpital à la nouvelle gestion publique ou au néolibéralisme. Les travaux sociologiques qui envisagent les causes des évolutions spécifiques de la psychiatrie concernent prioritairement les psychothérapies, avec plusieurs ouvrages et articles de Françoise Champion et de ses collaborateurs (2014, 2016). Ils montrent la montée des exigences de la médecine des preuves, et, parallèlement, du paradigme capacitaire, valorisant l'autonomie du sujet. C'est aussi l'angle épistémologique des travaux d'Ehrenberg (o.c.), de Gauchet et Swain (1980), de Dodier Rabeharisoa (2006), Fassin (2006). Une autre tendance sociétale repérée est le processus de psychologisation, sanitarisation ou psychiatrisation des problèmes sociaux (Castel, 1978 ; Bresson, 2006), la médicalisation constituant alors une forme d'euphémisation, voire de censure, de la dimension proprement économique et sociopolitique des problèmes sociaux.

On peut donc en retenir ceci : les travaux existants qui abordent la construction sociale des pratiques de soin (mis à part les travaux quantitatifs), soit portent sur des techniques, des groupes ou des dispositifs particuliers, soit rapportent l'évolution globale du soin à des mutations sociétales globales. Ils laissent donc trois questions en suspens : quelle offre de service du pôle psychiatrique sur son territoire ? Quelle articulation concrète, dans les pôles, entre la pharmacopée (et les interventions physiques), les interventions psychiques et les interventions factuelles ? Quel est le lien entre les pratiques de soin dans un pôle et les données objectives, éventuellement quantifiables le concernant ? C'est l'originalité de notre travail.

II - Cadre d'analyse et dispositif méthodologique

2.1 - L'intérêt de l'échelle du secteur (ou du pôle)

En psychiatrie, d'après nos observations, il existe une certaine homogénéité des pratiques, dont nous préciserons la teneur, au sein d'un pôle. Celle-ci est due au jeu assez rapide des mutations (quelqu'un qui se sent isolé dans sa conception du soin change assez facilement de lieu de travail), au rôle d'animateur clinique du chef de service ou de pôle, et au caractère relativement public d'une partie des actes : de nombreux actes sont

accomplis à deux (un psychiatre + un infirmier, ou deux infirmiers) et leur présentation à l'équipe dans les « transmissions » et « réunions cliniques » contribue à construire des normes locales. Cette relative homogénéisation des manières de faire au sein d'un pôle, laisse parfois en marge certains dispositifs ou certaines unités et nous aurons à l'expliquer.

Lors de l'enquête, quand l'enquêteur expliquait l'objet de la recherche à ses interlocuteurs, un certain nombre d'hypothèses ont été spontanément proposées sur les orientations des pôles : « la psychanalyse, c'est pour les riches, les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), pour les pauvres » ou « Les pratiques néo-asilaires, c'est en milieu rural » ou « Les psychiatres d'une certaine génération utilisent toujours les mêmes antipsychotiques, on peut deviner l'âge des médecins-chefs de secteurs à leurs ordonnances ». Bref, les professionnels avaient des opinions sur notre objet de recherche, la construction sociale des pratiques de soin. Certaines de ces opinions se sont révélées pertinentes, d'autres, des préjugés.

Pour étudier les pratiques de soin et leur genèse, il est nécessaire de combiner une approche ethnographique et une approche quantitative centrées sur des pôles particuliers (données INSEE sur le territoire, données fabriquées par le pôle lui-même sur son activité³) et d'inclure dans l'échantillon de terrains un certain nombre de cas diversifiés, représentatifs de la diversité des secteurs, d'après nos enquêtes antérieures et notre connaissance de la psychiatrie française, d'une part en termes d'orientation, d'autre part en termes de caractéristiques sociodémographiques. Le choix de ces sites est présenté de manière détaillée ci-dessous.

Listons ici succinctement, uniquement en termes de philosophie du soin annoncée : un pôle A « psychothérapie institutionnelle », un pôle B « psychiatrie sociale et communautaire », un pôle C « psychiatrie biomédicale », un pôle D (psychiatrie citoyenne), un pôle E (qui se réclamait de la psychiatrie sociale, mais semble actuellement sans philosophie spécifique) et, pour compléter ce panel quant aux orientations théoriques, deux grosses unités intersectorielles : F (psychanalyse) appartenant à un pôle « neurosciences » et G (TCC) appartenant à un pôle « biomédical ».

L'observation des pôles implique d'investiguer de nombreuses unités et présente donc une certaine lourdeur. Il s'est agi de construire un dispositif méthodologique et théorique de comparaison : repérer les données utiles à la fois de manière qualitative et quantitative pour l'approche organisationnelle des pôles, et pour la formulation des hypothèses. Les grilles formalisées sont données en annexe 1 et 2. De la littérature que nous

³ Même si ces chiffres sont peu fiables, comme le reconnaissent les acteurs, ils donnent tout de même de grandes tendances.

avons précédemment évoquée, un certain nombre de déterminants ont pu être retenus :

- l'histoire du pôle,
- les orientations du chef de pôle en matière de philosophie du soin,
- la qualité de l'environnement médical (pauvre ou riche en médecins généralistes et en psychiatres et psychologues libéraux),
- l'environnement socioéconomique,
- la richesse du pôle en personnels,
- la politique de la direction de l'hôpital et celle de l'Agence régionale de santé (ARS) qui laissent exister une diversité de l'offre ou à l'inverse, essaient d'impulser voire d'imposer une homogénéité de l'offre sur le territoire régional.

Par ailleurs, en complément de l'enquête systématique qui n'a pu porter que sur 7 sites (dans les Hauts de France et dans une autre région française) d'autres connaissances ont pu être mobilisées sur d'autres sites, relevant d'enquêtes antérieures et de la connaissance qu'ont de plusieurs pôles de leur région les professionnels cosignataires de l'article.

Les terrains

	Philosophie du soin	Unités et services	Implantation et patientèle
Site A Pôle	Psychothérapie institutionnelle, Psychanalyse. Des références à la psychiatrie Sociale et communautaire	unités Intra (ouvertes), 2 P, hôpital de jour- CATTP, les d'accueil thérapeutique, une équipe mobile, CACC, un service travaillant avec le logement en ville, une consultation de thérapie familiale	Urbain. Classes moyennes et classes moyennes à 80 % et immigrants et SDF pour 20 %. Diagnostic dominant F2 (psychose) : 44,4 %
Site B Pôle	psychiatrie sociale et communautaire + Offre psychothérapeutique éclectique	Intra (unité ouverte), CMP, équipe mobile, CATTP, AFT, partenariats nombreux avec acteurs sociaux, équipements culturels et sportifs	Urbain. Classes moyennes, chômeurs Dominante : troubles anxieux-dépressif 53,2 %.. Durée moyenne des hospitalisations : 7 jours
Site C Pôle	Dominante : psychiatrie biomédicale. Grandes variations selon unités psychanalyse, féminisme, remédiation cognitive)	<i>Sectorisé</i> : intra avec consentement (ouverte), intra sans consentement (fermée), CMP, CATTP, hôpital de jour <i>Intersectoriel</i> : CACC, SMPR (person), UHSA (prison), suivi suicide, suivi trauma, suivi résistances, troubles du sommeil.	Urbain et rural. Classes moyennes et populations très précarisées dans certaines unités Dominante : troubles de la personnalité
Site D Pôle	psychiatrie citoyenne (consultations éclectiques).	Unités intra ouvertes, dont une de semaine, hôpital de jour, 2 CMP, une équipe mobile, une unité de médiation psychosociale, des interventions dans le médico-social, des antennes dans les villages	Rural. Villages et trois petites villes. Taux de chômage élevé. Dominante : troubles dépressifs et addictions
Site E Pôle	Orientation commune absente	Unité intra-hospitalière, un CMP, un HDJ, un CAC (centre d'accueil et de crise), une unité mobile gérontopsychiatrie (PG), une unité de thérapie familiale, un CATTP.	Urbain. Population précaire. Dominante : troubles psychotiques et addictions
Site F Unité	Référence : psychanalyse	Unité ambulatoire d'artthérapie sectorielle et intersectorielle, rattachée à un pôle orienté neurosciences	Urbain. Classes moyennes Dominante : troubles des conduites alimentaires et de l'humeur
Site G Unité	Référence TCC,	Unité de réhabilitation psychosociale sectorielle et intersectorielle rattachée à un pôle orienté biomédical	Urbain. Classes moyennes Dominante : Jeunes patients schizophrènes

2.2 - Le soin comme travail à dimension éthico-politique.

On peut considérer le travail soignant comme incluant une micro politique du rapport à autrui (Demailly 2008) engageant une conception éthique, une représentation du normal et du pathologique, une représentation de l'aller mieux, des émotions, et un rapport d'accord ou de résistance aux politiques publiques.

Il y a une difficulté spécifique d'approche sociologique des pratiques de soins (consultations du psychiatre, entretiens infirmiers, séances avec un psychologue, etc.). On ne parle pas ici de la difficulté d'accès, somme toute pas plus élevée que dans d'autres domaines du travail relationnel. Une première difficulté concerne les comptes-rendus, sous l'effet de la RGPD qui rend impossible la publication telle quelle des monographies de pôles (pourtant fort intéressantes). De ce fait, les exemples donnés dans ce rapport contiennent parfois des données modifiées ou censurées (le numéro du site sera parfois omis après une présentation d'observation *in situ* quand ce n'est pas essentiel à l'argumentation et que cela risque de dés-anonymer le pôle).

L'observation *in situ* par le sociologue d'interactions entre soignants et soignés est indispensable (combinée à des entretiens semi-directifs), mais, au-delà du récit-enregistrement simple du « drame social » (Hughes, 1996) qui se joue dans la relation de service, la question se pose de savoir comment décrire les interactions et comment ordonner et combiner les observations pour aboutir à une description des pratiques cliniques d'un pôle ou d'un service.

On peut noter ici une différence avec les pratiques pédagogiques, analysées sociologiquement depuis les années 60 (travaux de Viviane Isambert Amati par exemple) pour lesquelles il existe depuis longtemps des modalités de description (non sociologique) des pratiques individuelles par un observateur : comptes rendus d'inspection, comptes rendus de visites de classe par les formateurs, compte rendu d'observation des cours assurés par les stagiaires. Ces traditions descriptives et un lexique spécialisé qui, même si le sociologue ne les reprend pas tels quels, fournissent des repérages pour l'observation *in situ* de situations singulières, en fonction de normes éthiques, techniques, et de normes d'efficacité propres à l'institution scolaire. En somme le sociologue dispose là de modèles de compte rendu externes du travail disponibles dans la tradition professionnelle, qu'il peut (et doit) prendre en compte, et utiliser, transformer, ou critiquer.

La situation est différente pour les pratiques cliniques psychiatriques. Les outils d'interactions peuvent être protocolisés (par exemple « l'entretien de première demande » donne lieu à une grille de questions que doit poser le soignant), mais la reprise de l'outil n'est pas adaptée à la saisie de la

singularité des prestations (car chaque intervenant utilise finalement le protocole à sa manière). La description des interactions est assurée par les prestataires eux-mêmes, autrefois sur des fiches papier, le plus souvent maintenant sur informatique, parfois encore sur des cahiers personnels, ou encore dans des articles publiés. Ils reconnaissent que les comptes rendus sur ordinateur censurent des volets importants de la relation, notamment les émotions des soignants.⁴

C'est dans la littérature, dans les discours ou les ouvrages des usagers que l'on pourrait trouver les seules descriptions d'interactions usagers-soignants qui ne soient pas celles du soignant. Ces descriptions sont souvent passionnantes, précises, vivantes, mais lacunaires et forcément partielles et partiales puisque le soigné est un acteur du « drame social » de l'interaction soignante. Les soignants, assez souvent d'ailleurs, ne se reconnaissent pas dans ces récits. Notamment - cas rencontré plusieurs fois - quand l'utilisateur raconte la consultation avec le psychiatre, en concluant : « Il m'a fait la morale », ce résumé est dénié par le soignant, expliquant que si le soigné a interprété ses paroles de manière normative, c'est en fonction de sa propre problématique psychique. Ou, pour raconter les visites à domicile d'infirmier : « Non, je n'ai pas aussi osé lui parler de la télé qui ne marchait plus parce que, ce n'est pas dans ses questions. À chaque fois, il pose toujours les mêmes questions et en 10 min, c'est fini ». Nous avons dû, en somme, nous engager dans la description ethnographique de l'interaction soignante en sachant que nous même nous embarquions dans ces descriptions nos émotions (certaines situations étaient émouvantes, d'autres difficiles à supporter) ainsi que notre éthique, nos représentations du soin, de l'aller mieux.

2.3 -Typologies et catégories pour approcher la pratique

Interventions biologiques et physiques, « interventions psychiques », interventions factuelles »

On peut repérer trois sortes de services offerts par un pôle : les interventions biologiques et physiques⁵, les « interventions psychiques » et les « interventions factuelles » considérées comme hors soin ou bien comme ayant un effet thérapeutique indirect (ateliers occupationnels, aide pour trouver un logement, un emploi, résolution de problèmes administratifs...) On postulera que ces trois types d'interventions agissent, chacun et en

⁴ Ces émotions, joie, colère, lassitude, dégoût, peur, ressortent à l'oral, dans le non verbal, quand le soignant relit en réunion son compte rendu rédigé dans le logiciel.

⁵ Nous nous limiterons à la pharmacopée et laisserons tomber les pratiques moins fréquentes : convulso-thérapie, stimulation crânienne...

interaction avec les deux autres, à la fois sur le corps, sur le psychisme, et sur la situation sociale du patient.

En ce qui concerne les soins médicamenteux, ils sont observables *in situ* lors de consultations d'un soigné avec un psychiatre, ou avec un psychiatre et un infirmier, et dans les lieux et lors des réunions cliniques où les prescriptions peuvent être (ou non) discutées. Nous n'avons pas mené de travail spécifique sur le contenu propre des prescriptions qui demanderait une étude à soi seul, mais cependant repéré si elles étaient plutôt réfléchies et discutées en réunion ou pas du tout, et modernes (viser moins de psychotropes, les ajuster précisément) ou « traditionnelles ». On entendra par « traditionnelles » les prescriptions que connaissent de très nombreux patients, avec une ordonnance à quatre médicaments : un neuroleptique, un régulateur de l'humeur, un anxiolytique et un antidépresseur ou un hypnotique. Enfin la prescription donne lieu ou non à travail spécifique formalisé avec le patient (« éducation thérapeutique », « guidance médicamenteuse »). Elle peut ou non être discutée par le patient.

L' «intervention psychique », une catégorie centrale

Dans le terme d'« intervention psychique » (IP dans la suite du texte) que, nous avons construit après plusieurs observations exploratoires – et qui constitue donc non seulement un élément méthodologique, mais aussi un résultat de recherche, « psychique » est un adjectif à prendre comme qualifiant la méthode, le média. L'IP agit sur le psychisme pour le soigner, et celui-ci peut être pensé en termes de comportements, de cognition, de représentations, d'habitudes, d'affectivité, d'inconscient, de mémoire, de « réalité psychique » etc., mais le psychique ne peut être séparé du somatique, l'IP inclut une action sur les corps. Corrélativement l'intervention biologique, pharmacologique a des effets sur le psychisme.

En tant que méthode, le domaine de l'IP exclut donc l'action sur la situation administrative du patient (travail social), même si celle-ci a des effets indirects sur la situation psychique, l'action directe sur la biologie du patient (médicaments, électrochocs...), ainsi que les actions qui ne sont pas pensées comme thérapeutiques, mais de communication ordinaire. L'IP agit thérapeutiquement par le média de la communication verbale (avec, selon les cas, des composantes gestuelles, corporelles, écrites, iconiques, informatiques, des outils divers, des activités). En résumé, l'IP est donc bordée d'un côté par le travail social au sens étroit du terme, de l'autre par les interventions directement biologiques, d'un troisième par la communication ordinaire. Elle englobe les psychothérapies sans s'y résumer, car le champ des IP est constitué de nombreuses méthodes, techniques et outils que nous détaillons ci-dessous. C'est précisément la mise au jour de cette catégorie d'interventions qui nous permet de parler, comme nous le ferons plus loin, de la désépification des psychothérapies

au profit d'un éclectisme des techniques et outils employés par les soignants.

L'opérationnalisation du concept doit être envisagée de manière constructiviste. Les bornes sont en effet des enjeux et peuvent différer d'un lieu à l'autre. Dans un site, ne sera considéré comme thérapeutique que ce qui est formalisé par rapport à une méthode estampillée et validée par l'HAS. Dans l'autre, une bonne partie de ce qui serait ailleurs considéré comme communication ordinaire sera investie comme communication thérapeutique : par exemple le repas ou le moment où l'on distribue les médicaments peuvent être pensés hors IP ou au contraire comme moments potentiellement thérapeutiques, au nom d'un « informel » qui est aussi une relation avec le patient (Lanquetin, 2013). De même, dans un site, une assistante sociale peut ne faire autour d'un patient que du travail administratif qui n'est pas pensé comme intervention sur le psychisme, dans un autre site, elle travaille avec le patient envisage avec lui les différents aspects concrets et psychiques du retour en ville, et cette pratique est comptée par les professionnels du pôle comme intervention psychique. On peut émettre l'hypothèse⁶ que la psychiatrie se référant à la psychothérapie institutionnelle a tendance à avoir une définition du « thérapeutique » très extensive, plus large que celle de la psychiatrie biomédicale ou citoyenne, dans lesquels nos interlocuteurs identifient des « activités non thérapeutiques ».

Le travail de recueil de données spécifiant les pratiques de pôle implique donc entre autres de lister et décrire ce qui peut être compté comme IP dans un lieu donné, selon la définition donnée ci-dessus : action thérapeutique sur le psychisme par le biais de la communication verbale (au sens large), ainsi que les autres éléments de l'offre.

Exemple : offre totale de service d'un des pôles enquêtés

Activités thérapeutiques

1) Médication

2) Interventions psychiques

- Entretiens de première demande (infirmiers) (outil : guide d'entretien formalisé, mini-DSM)

- Entretiens de suivi (infirmiers, éducateurs, médiateur de santé pairs) : suivi ordinaire, « suivi attentif » (2 fois par semaine), « suivi intensif » (tous les jours). Outils : un logiciel, un outil protocolisé « Plan de prévention et gestion de crise »

⁶ Cette hypothèse a été validée par l'observation du site A.

- Psychothérapies d'orientation diverses, déclinées en fonction des compétences de chaque psychologue :

Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles (TCCE), clinique transculturelle
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles. Interventions Educatives et Sociales - Approche communautaire centrée sur le rétablissement
Thérapie psychodynamique
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles Interventions éducatives et sociales – Thérapie Brève
Psychothérapie intégrative (psychodynamique - thérapies cognitivo-comportementales - Thérapie des schémas). Psychothérapie interculturelle (ethnopsychiatrie). Approche communautaire centrée sur le rétablissement.
Thérapie psychodynamique - Hypnose
Thérapie psychodynamique - Thérapie systémique
Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles, PEC du PTSD
Thérapie systémique
Psychothérapie intégrative (Thérapies cognitivo-comportementales et émotionnelles - Thérapie systémique - Psychodynamique)
Thérapie psychodynamique
Thérapie systémique

- Thérapies psychocorporelles (notamment pratiquée par les psychomotriciens) : relaxation, sophrologie, activités physiques, aquarelax, hydrothérapie, balnéothérapie

Activités indirectement thérapeutiques, favorisant l'aller mieux, centrales pour le projet du pôle : une partie des activités en ambulatoire ou en ville (activités socio-éducatives, administratives, artistiques, sportives, accompagnement des questions de logement et de travail) par ergothérapeute, assistante sociale, infirmier, artistes, animateurs sportifs de l'établissement ou de la ville.

Remarque : Activités considérées comme non thérapeutiques : la contrainte (contention, isolement...)

Dans notre enquête, outre celles mentionnées dans l'exemple, les IP sont nombreuses - chaque technique d'intervention psychique mériterait description ethnographique - : la réhabilitation psychosociale, le mindfulness, la cohérence cardiaque, le psychodrame, l'art-thérapie, les ateliers thérapeutiques, les clubs, l'accueil aux urgences, les bilans somatiques, l'éducation thérapeutique, la guidance médicamenteuse, la remédiation cognitive, la thérapie familiale et de couple, la psychothérapie dialectique comportementale, le rappel téléphonique, les consultations pour troubles du sommeil, les ateliers sur le sommeil, la cynothérapie, les consultations neuropsychologiques (diagnostic ou suivi), la relaxation, le shiatsu, la sophrologie, le Snoezelen, la « cognitivothérapie », les séances de

cartes *ELADEB*. Ce sont souvent des innovations, locales ou parfois d'ampleur nationale.

Ambulatoire dans les murs / ambulatoire hors les murs

Une autre distinction notionnelle nous a paru utile à mettre en place. Au-delà de l'opposition classique intra/ambulatoire, il est utile d'opposer un « ambulatoire dans les murs » et un « ambulatoire hors les murs ». Le premier concerne les activités en CMP, CATTP, HJ, maison thérapeutique... Le second des activités dans la ville, dans lesquelles les soignés ne sont pas ségrégués par rapport à des publics ordinaires.

Dans le cadre de l'enquête, nous avons mené des observations systématiques en immersion dans toutes les unités. Les observations *in situ* sur les pratiques de soin (consultations de psychiatres, de psychologues, entretiens infirmiers, séances avec d'autres professionnels comme l'assistante sociale ou un psychomotricien), les observations des réunions institutionnelles ou cliniques et de la communication informelle entre soignants lors des pauses déjeuner par exemple ou de trajets en voiture, suivies et complétées par les interviews enregistrées, permettent d'identifier l'éthique des soignants, leurs représentations du normal et du pathologique, leurs représentations de leur rôle et de « qu'est ce qui soigne »⁷. Nous présenterons les résultats de cette recherche en distinguant d'abord les évolutions globales, puis le maintien d'une certaine diversité, enfin quelques éléments de causalité explicative.

III - Les évolutions globales des pôles

Quelques évolutions sont communes aujourd'hui à l'ensemble des pôles observés, sans être forcément d'une totale homogénéité.

3.1 - Une tendance à la classification de plus en plus fine des malades.

Nous avons observé une tendance à la classification de plus en plus fine des malades. Ce qui pousse à la création d'unités intersectorielles, voire à la création de sous-unités à l'intérieur d'une unité déjà intersectorielle.

Le moteur n'en est pas le diagnostic (en termes de CIM-10), contrainte administrative le plus souvent mise à distance, remplie tardivement dans le logiciel de gestion, au contenu la plupart du temps ignoré par les non-psychiatres, mais plutôt l'évaluation du patient, quant à ses émotions, son délire éventuel, son humeur, son comportement, son potentiel intellectuel,

⁷ Cette question, à visée exploratoire, était souvent posée ainsi dans nos entretiens.

le plan thérapeutique envisageable. Il s'agit d'une évaluation intuitive ou armée. L'évaluation prend un certain temps et est le plus souvent pluridisciplinaire. De l'évaluation se déduit le diagnostic et la stratégie de soins.

La tendance est à vouloir regrouper les patients donnant lieu à évaluations proches.

Exemples :

Site B : la création déjà ancienne d'un CAC, la création récente d'une unité vouée au psychotraumatisme

Site F et G : les unités intersectorielles recrutent sur dossier des patients accessibles à une technique particulière⁸

Site C : L'UHSA (prison), intersectorielle, envisage de créer une sous-unité, qui serait une sorte de CAC

Pourquoi cette tendance au développement d'unités intersectorielles, qui contreviennent en partie à la logique territoriale ? On peut penser qu'elle a plusieurs causes qui convergent. D'abord elle correspond à une forme de rationalisation gestionnaire (économie d'échelle). De plus, c'est une technicisation de l'offre qui peut être valorisante pour les soignants, notamment ceux qui publient. Elle peut se prêter plus facilement aux opérations d'évaluation. Ensuite, elle emprunte au modèle de la psychiatrie privée : les cliniques privées « recrutent » (sur dossier) des ensembles homogènes de malades (par exemple des malades anxieux dépressifs capables de guérir en quatre semaines d'hospitalisation). Enfin elle répond à une certaine demande des usagers et des familles qui supportent souvent mal le mélange des pathologies dans un même lieu de soin. Cette tendance est d'autant plus forte qu'on se situe en zone métropolitaine.

Cette tendance conduit en parallèle à une spécialisation plus grande des soignants.

3.2 - La rotation plus rapide des prises en charge.

Les injonctions étatiques et sociétales d'un accès rapide pour les nouvelles demandes ont un certain effet de convergence sur les pratiques : l'injonction concerne tout le monde, mais elle est interprétée de façon diverse par les sites. Certains l'acceptent en la limitant :

Pôle D : « Il faudrait (pour la direction de l'hôpital) que les gens restent moins longtemps. Mais moi je crois aux prises en charge longues. Par

⁸ Il s'agit d'éviter « les demandes pourries » pour ne pas « avoir beaucoup de pertes en cours de route » (unité G).

exemple une dame, qui est venue sept ans, a arrêté d'avoir des rechutes et des réhospitalisations » (Psychologue)

Certaines directions de pôle pensent qu'ils satisfont à l'injonction en accueillant les patients au CMP dans le mois, ou les deux mois, d'autres (pôle B) pensent qu'il ne faut pas plus de 24h d'attente pour ceux qui appellent, mais exigent le filtre d'une lettre d'un généraliste.

Pôle B. L'injonction à l'accès rapide, quand elle est suivie avec conviction, implique un taux de rotation élevé des places en ambulatoire (et bien sûr pour les lits) qui se lit dans les statistiques du site B. Durée occupation moyenne des lits : 7 jours (contre un mois pour la plupart de autres sites), prise en charge ambulatoire limitée à un ou deux ans, avec accroissement de la file active par rapport à à la population du territoire.

Le Chef de pôle : « Et si on veut améliorer notre accès, eh bien il va falloir plus de sorties ; Il faut que je fasse comprendre cela aux professionnels, certains renâclent un peu »

Certains sites , enfin, prévoient des permanences d'accueil sans rendez-vous (pôles D et E).

3.3 - La légitimité de la « réhabilitation psychosociale ».

L'injonction étatique à la généralisation de la réhabilitation psychosociale, son succès comme méthode à la mode, peuvent s'entendre comme l'expression au sein du monde psychiatrique de ce que Ehrenberg (o.c.) a qualifié de « norme d'autonomie ». La RPS peut être comprise en effet comme l'ensemble des actions, des techniques et des dispositifs mis en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Au site C, l'interprétation de l'injonction consiste à penser à mettre en place une équipe mobile intervenant à domicile, mais cela semble compliqué. Au site F, l'injonction est peu ressentie dans l'unité enquêtée, tout en étant présente dans le reste du pôle. Au site D, une unité mobile de remédiation psychosociale vise la réinsertion des soignés de façon très articulée à leur projet de vie, lui-même considéré comme susceptible de transformations (avec une certaine distance donc à la notion « à la mode » de « projet »).

Le mot réhabilitation psychosociale n'est pas employé ni au site B ni au Site A, qui considèrent, avec une pointe d'agacement, qu'ils n'ont pas attendu l'injonction pour en faire concrètement, et de manière intelligente, les premiers étant depuis longtemps centrés sur le « rétablissement », les

seconds sur le « projet de vie », et donc, forcément, sur le développement des habiletés psychosociales.⁹

La différence entre la philosophie du rétablissement et les techniques de la « réhabilitation psychosociale » est que ces dernières sont souvent beaucoup plus protocolisées.

Un « plan de réhabilitation » peut par exemple s'énoncer ainsi :

- évaluation fonctionnelle des capacités de la personne (autonomie, habiletés sociales...);
- évaluation fonctionnelle des ressources personnelles disponibles ;
- bilan des soutiens ou aides à rechercher ou à développer (dans l'entourage, en particulier familial) ;
- définition des buts à atteindre (sociaux, résidentiels, éducationnels, professionnels...);
- mise au point des programmes d'intervention ;

Les deux principales techniques sont l'entraînement aux habiletés sociales (se faire à manger, prendre le bus, se faire sa toilette...) et la remédiation cognitive.

La protocolisation que peut opérer la « réhabilitation psychosociale » par rapport à la philosophie du « rétablissement » est conforme au mouvement général de protocolisation qui affecte non seulement le soin, mais l'ensemble des métiers relationnels (Demailly 2008, oc). Il faut lire dans cette tendance et dans cette injonction un effort managérial pour assurer la qualité moyenne des prestations et un mode de contrôle de la subjectivité des professionnels¹⁰. On peut penser aussi à une préparation au développement de l'e-santé. La mise en écrit, et – encore plus - en algorithmes des interactions soignantes, comme nous avons pu le remarquer lors de l'observation *in situ* de l'utilisation du logiciel *Baromètre*, contribue à hyper-rationaliser non seulement la démarche du soignant, mais aussi la démarche de projet de vie pour le patient. Il y a là un certain isomorphisme, autrement dit une similitude structurelle des processus de montée en rationalisation des apports des patients et des manières de faire des soignants. Les patients peuvent cependant y résister en pratique : revendication de changements d'idées et assomption de l'incohérence personnelle, pour le logiciel *Baromètre*, expression de l'ennui et abandon, pour des séances de remédiation cognitive de type scolaire. La réhabilitation

⁹ Même agacement au CATTP du site E. Au site A, les quelques cas de remédiation cognitive sont délégués à un autre pôle voisin.

¹⁰ Cette prévisibilité peut être valorisée y compris par le management de première ligne : « Je préfère les neuropsychologues aux psychologues, parce que je sais ce qu'ils font » (psychiatre, responsable d'unité, entretien)

psychosociale, même identifiée formellement, peut cependant aussi être peu protocolisée : « L'important, c'est la posture, ce n'est pas les techniques » (soignants, site D).

3.4 - Une tendance globale à la déspécification des psychothérapies : perte d'importance relative, hybridations.

Ce que l'on appellera la déspécification des psychothérapies se manifeste de deux façons : 1) l'inclusion des psychothérapies dans l'ensemble continu des interventions psychiques au milieu desquelles elles perdent leur spécificité et leur importance, 2) un relatif effacement des guerres de chapelles au niveau de ce qui subsiste de psychothérapies sous forme d'une hybridation, même si les conflits sur les orientations philosophiques se poursuivent au niveau de l'espace médiatique et concernant les prestations en libéral, et si d'autre part elles restent plus marquées en région parisienne. La première déspécification est une des surprises de l'enquête.

Entretien Chef de pôle, site B

“Oh on ne fait pas beaucoup de psychothérapies/.../

‘oh la psychothérapie on en fait de moins en moins, et d'ailleurs je ne sais pas si c'est utile. C'est peut-être moins utile que ce qu'on fait par ailleurs/.../je pense que, quel que soit la psychothérapie, ce qui compte c'est le soutien’

Observation de terrain site C

Il n'y aucune psychothérapie dans les deux unités intra. Les psychiatres n'ont pas le temps et il n'y a pas de psychologue. Ce n'est pas non plus jugé essentiel, à la différence du ‘relationnel’, du lien », jugé essentiel à côté de la pharmacopée, mais qui relève de l'informel.

Entretien Psychologue site B

« On ne fait pas que des psychothérapies en clinique/.../On en parlait encore ce matin : est-ce qu'on a le temps de faire des psychothérapies, parce qu'on voit les gens parfois tous les deux mois, parce que pour certains psy on ne peut pas faire de la psychothérapie si on voit les gens seulement tous les deux mois, moi je suis plutôt à penser qu'il y a certaines actions ou certaines interventions qui sont psychothérapeutiques, et des fois on fait de la psychothérapie alors qu'on pense pas en faire et inversement ; Donc j'ai pas envie de m'enfermer dans “j'en fais j'en fais pas”, c'est pour ça que je parle de clinique, c'est plus large que la psychothérapie ; La clinique peut être thérapeutique, c'est mon avis.»

Observation de terrain, Site A

La référence à la psychanalyse et à la psychiatrie communautaire donne une place importante au «projet de vie dans la vie ordinaire dans la ville» (et au désir», en terme analytique) dans l'ensemble des interventions psychiques, qui forment un continuum à tonalité psychothérapeutique orienté par ce projet de vie, dans lequel les entretiens de l'Assistante sociale se distinguent peu des entretiens infirmiers, des ergothérapeutes, voire des psychiatres.

Entretien Psychologue site D

« Non je ne fais pas de psychothérapie, au sens où cela impliquerait le recours à une méthode. Je fais des consultations ».

Cette fusion des psychothérapies dans les interventions psychiques au sens large se manifeste aussi dans le fait qu'elles ne sont plus réservées aux psychiatres et aux psychologues. Aussi bien au site A qu'au site B, les infirmiers et psychomotriciens sont considérés comme faisant des psychothérapies.

Site B chef de pôle : « la psychothérapie est aussi portée par les infirmiers parce que les infirmiers défendent mieux le projet de l'établissement de santé que les psychos, parce que les infirmiers s'adaptent aux situations alors que les psychos sont parfois un peu à côté »

La deuxième forme de désépécification des psychothérapies est la forte montée des psychothérapies éclectiques, hybrides. Elles manifestent la différence entre la psychiatrie publique et les conflits médiatiques entretenus par la question de l'évaluation et de l'efficacité des méthodes thérapeutiques, qui concernent sans doute plus les psychothérapeutes libéraux et les universitaires, ainsi que les rivalités de juridictions professionnelles.

Voici le discours d'une psychologue présentée comme faisant des TCC

Soc – Sur le tableau vous êtes marqué TCC...

Psy – « Oui parce que j'en pratique, je pratique les TCC, mais je réponds aussi aux représentations qui peuvent être véhiculées par les collègues, ou par la population générale par rapport à ça, oui j'en pratique, maintenant quand la personne vient pour une TCC des fois je fais purement de la TCC et des fois j'utilise des outils TCC et on travaille autre chose en même temps, on se rend compte que la thérapie n'est pas possible parce que la personne n'est pas suffisamment prête à la thérapie, je fais de l'entretien motivationnel, je réévalue la demande. Y

a énormément de temps qu'on passe à préciser certaines demandes qui paraissent claires pour le médecin, qui paraissent claires pour les personnes, mais sauf qu'elle a mal identifié le problème, donc pour moi c'est de la clinique, c'est un début de psychothérapie, mais ce n'est pas de la TCC. /.../Comme je vous le disais tout à l'heure, je suis persuadée que ce n'est pas tant nos spécificités qui font la réussite d'une thérapie. Y a une question de rencontre..., l'authenticité, la congruence des sentiments l'autorité empathique... oui le niveau d'investissement, le niveau d'écoute est plus important. /... /Les TCC ont bien évolué, la thérapie des schémas de Jeffrey Young, qui s'en s'inspire, trouve une complémentarité entre les thérapies psychodynamiques et les thérapies cognitivo comportementales».

De fait, l'observation d'une séance de « psychothérapie intégrative » menée par un psychologue formé à la psychanalyse, mais incluant des éléments de coaching comportementaliste dans la séance, une séance de TCC troisième génération où l'on travaille aussi sur les émotions et un certain «inconscient», révèle à l'observateur peu de différences, au moins à l'échelle d'une séance. De même entre un atelier théâtre thérapeutique de PI et une séance de « remédiation en cognition sociale » à l'unité G. Dans les deux cas, les professionnels valorisent « l'alliance thérapeutique » ou le « transfert », disent que le soin est une question de « rencontre » et de « confiance », admettent que ces mots sont équivalents et certains soignants disent même que toutes les méthodes marchent du moment qu'il y a « alliance thérapeutique »¹¹.

Nous décrivons là une tendance globale. Bien sûr, il reste des différences. Par exemple, pour prendre des extrêmes, il y a un fossé entre une séance (observée) de psychothérapie individuelle purement TCC ancienne génération où le patient se fait critiquer pied à pied de manière plutôt scolaire quant à ses formulations maladroitement et ses représentations erronées ou confuses (il s'agit d'« ouvrir l'esprit », dit ensuite le soignant [entretien, site B]), et la circulation de la parole propre au site A : du fait qu'un grand nombre d'infirmiers et autres soignants ont fait une psychanalyse ou sont en cours d'analyse personnelle, ils développent en continu, en collectif, à l'hôpital de jour ou au CAC, ce qu'on pourrait appeler un « art de la conversation » soignant/soigné spécifique.

¹¹ Cette assertion a d'ailleurs été vérifiée par l'abondante littérature scientifique, en psychologie, sur les « facteurs communs » d'efficacité des psychothérapies. L'alliance thérapeutique est le facteur déterminant le plus fortement l'*outcome*, c'est-à-dire la réussite des objectifs fixée en amont de la psychothérapie, notamment l'amélioration de l'état clinique du patient.

Mais la tendance globale à la désépécification existe bien, car, même quand l'hybridation ne se fait pas au niveau de la pratique individuelle, l'éclectisme joue au niveau de l'organisation : la coexistence des écoles est au minimum pacifique, voire s'accompagne le plus souvent d'un sentiment de complémentarité des approches (excepté au pôle E où l'éclectisme n'est pas un choix mais un effet de fragmentation, cf. infra).

Le systémisme a sa place partout, dans tous les sites observés. Au site F, le responsable d'unité, d'obédience TCC, manage en bonne intelligence une équipe d'art-thérapeutes qui se réfèrent à la psychothérapie psychanalytique. Au site G, certains psychologues identifient une convergence entre TCC 3e génération et psychanalyse. Le pôle B est explicitement éclectique quant aux thérapies proposées. Le site C, plutôt « psychiatrie bio médicale », fait coexister psychanalyse, systémisme et un peu de TCC 3e génération, comme adjuvants de la pharmacopée et de divers soins physiques. Lors d'une réunion clinique, la conclusion du psychiatre responsable à propos d'un patient est : « Bon, pour elle, on commence par travail et logement et on voit après », ce qui est très proche d'une philosophie du rétablissement. Dans le même site, en ambulatoire, un patient suivi en psychothérapie intégrative (psychodynamique) est confié par le psychologue au neuropsychologue qui, après quelques séances, en accord avec le patient, va le lui renvoyer, car il ne lui semble pas y avoir de trouble cognitif majeur. Psychologue intégratif et neuropsychologue ont tous deux le sentiment de leur complémentarité. Une psychiatre, en charge de la remédiation sociale et qui développe les activités de remédiation cognitive, dit avoir développé des capacités d'écoute des patients et de leur famille et de respect de leurs besoins grâce à la psychanalyse. Dans le site D, la référence à la « psychiatrie citoyenne », la rupture affichée avec la psychothérapie institutionnelle et la mise en place de la remédiation psychosociale, n'empêchent pas le chef de pôle d'emprunter à la PI les activités collectives en intra et une partie de la psychopathologie analytique ; les références théoriques des soignants sont variées (phénoménologie, psychanalyse, thérapie intégrative, remédiation cognitive) et le psychologue formé à la psychanalyse s'entend très bien avec l'équipe réhabilitation sur la priorité à donner à la posture de soin.

Globalement, il semble que, quant aux interventions psychiques, la forme psychothérapie soit en perte de vitesse et que d'autre part la clinique de terrain fasse coexister pacifiquement ce qui dans l'espace disciplinaire théorique est polémique.

IV - Le maintien de différences dans les offres de soin des pôles.

La diversité des pratiques de pôles est fortement visible sur un certain nombre de dimensions factuelles.

4.1 - La présence ou non d'activités collectives

C'est un marqueur éthique, philosophique et qui clive les conceptions de l'aller mieux.

Unité Intra, entretien

Sociologue. « Il n'y a pas d'activités organisées ici ? »

Cadre de santé : « Ah non, ce n'est pas le Club Med ici. ! Ils sont là pour se sortir d'une crise ! »

Unité intra d'un autre site.

Sociologue : il semble y avoir beaucoup d'activités thérapeutiques organisées ici ?

Infirmier : « Oui, on y tient. Y en a qui trouvent qu'on devrait en faire moins. Parce qu'ils trouvent que les patients devraient s'ennuyer pour rester à l'Hôpital moins longtemps. Je ne suis pas d'accord. Ça leur permet d'aller mieux, les ateliers. C'est un soin essentiel ! »

La conception du rôle des activités est assez binaire, oscillant entre l'idée que les activités ne peuvent être qu'occupationnelles, puisque pas explicitement dirigées vers la résolution soignante d'un problème, et l'argument selon lequel les activités peuvent avoir un effet thérapeutique direct ou indirect (l'art-thérapie étant à la fois une thérapie par l'art, mais ayant aussi des effets thérapeutiques/d'aller mieux grâce à la dimension groupale des ateliers). Une troisième position repérable, qui tient plus du discours contraint que choisi, renvoie au prix des ateliers en termes de temps soignant, justifiant leur inexistence par le manque de moyens alloués aux unités concernées et qui ne permettent pas de « détacher » du personnel soignant. Ainsi, dans l'intra du site E, la psychologue du service déplorait-elle sa difficulté à « faire venir » des infirmiers à l'atelier journal qu'elle animait pourtant toutes les semaines.

4.2 - La réflexion ou non sur la pharmacopée

La pharmacopée donne lieu à des pratiques fort diverses : routinière et sédative, sophistiquée, ou sans expertise spécifique (déléguée au médecin traitant, faute de psychiatre. Site D :

Patient, unité intra, parlant d'une autre unité intra :

Là c'est bien, ils ne nous assomment pas de médicaments. Alors que, à X, on est abrutis. Ils veulent nous abrutir

Sociologue : Il y a moins de médicaments ici ?

Patient : Non, c'est les mêmes, mais à des doses plus faibles, c'est beaucoup mieux.

+Observation d'une réunion de transmission, unité Intra site C

L'essentiel des informations porte sur les problèmes somatiques des patients, qui vont nécessiter des consultations externes sur les prescriptions. Leurs dernières modifications sont explicitées par le médecin prescripteur et donnent lieu à discussion. Par exemple pour un patient, il y a une discussion collective concernant l'hésitation entre deux médicaments possibles pour un patient, le dosage, et un plan d'observation est défini.

4.3 - Des conceptions différentes de la priorité à la réinsertion des soignés dans la vie ordinaire et des méthodologies diverses.

Pour rendre sensibles les styles de pratiques, prenons un exemple concret, en partie imaginaire :

Un monsieur, la cinquantaine, sous tutelle, bi polaire et ex-toxicomane, stabilisé, a été hospitalisé, et, présentement, consulte au CMP. Il désirerait aller au CATTP pour reprendre une activité manuelle parce que dans le temps il était animateur, parce qu'il savait faire des origamis et qu'il a oublié comment faire, parce qu'il voudrait entrer en relation avec d'autres personnes, et parce qu'il voudrait pouvoir reprendre une activité au moins bénévole pour se sentir utile.

Au site A, il est probable¹² qu'on aurait acquiescé à sa demande d'accès à l'hôpital de jour/CATTP, parce que le «faire avec d'autres» est important, avec un soutien et un bilan dans la quinzaine ou le mois pour savoir comment cela se passe, dans quelles activités il s'engage.

Au site B, il est probable qu'on lui conseillerait d'aller dans le GEM voisin pour trouver activités et relations, et qu'on l'aide à trouver en ville un cours d'origami (ou un autre cours, si pas d'origami), qu'un infirmier l'y accompagne si nécessaire.

Au site C, on a programmé trois rencontres avec l'infirmière pour affiner et concrétiser un projet jugé trop flou et avec la neuropsychologue pour travailler les compétences manquantes pour poursuivre une telle formation et un tel projet d'activité.

¹² C'est ce qui semble déductible de l'enquête à A et B. Pour D, il s'agit d'une observation effective de la réunion pluridisciplinaire avec le patient

Ces réponses s'inscrivent toutes trois dans la philosophie du rétablissement et sont convergentes sur un point éthique : on est à l'écoute du patient, de ses désirs, de ses besoins, de son projet de vie. Mais leur style anthropologique et leurs priorités politiques sont différents. La première et la deuxième méthode donnent la priorité à l'action, la troisième à la pensée, à la visualisation claire. La seconde cherche à faire sortir le plus vite possible le patient du circuit de l'ambulatoire, contrairement à la première et à la troisième, qui l'y maintiennent.

Autre conception de la réhabilitation, au site G, la finalisation par l'embauche dans un ESAT est explicite et sa possibilité fait partie des critères de recrutement de l'unité (patients jeunes, stabilisés après un premier épisode psychotique).

Sur la question de la réinsertion, il faudrait ajouter (observation de sites hors échantillon) la conception techniciste de la remédiation psychosociale, proposée systématiquement à tous comme forme principale d'intervention psychique (ou à l'inverse proposée sur dossier de sélection). La remédiation est alors davantage adossée aux normes cognitives socialement reconnues qu'à une aide apportée des projets personnels. Les séances de remédiation sont plutôt collectives et de forme scolaire.

Enfin, dans les conceptions « néo-asilaires » (ségréгатives) du soin telles par exemple celles qui ont été dénoncées par la Contrôleur Générale des lieux de détention et de privation des libertés et ont donné lieu à des « recommandations en urgence », la réinsertion des soignés ne fait pas partie des objectifs de l'institution¹³.

4.4 - Des conceptions nosographiques-anthropologiques et éthiques sous-jacentes à la pratique.

La personne objet du soin est représentée de différentes façons. On en a repéré plusieurs, mais la liste n'est sans doute pas exhaustive :

- un citoyen ordinaire en proie à des difficultés particulières et qui a besoin d'aides (B, E)
- un « aliéné » qui redevient sujet grâce au soin (F)
- un individu marginal envers qui il faut être tolérant et qu'il faut aider à aménager ses conditions de vie particulières (site A)
- un individu avec une partie saine et une partie malade qu'il faut soigner (F, C, E)

¹³ <https://www.cgjpl.fr/rapports-et-recommandations/dernieres-recommandations/>

- un individu provisoirement dangereux pour lui-même et pour les soignants (intra site C, intra site E)
- un handicapé qui a besoin d'un apprentissage médiatisé de la normalité (G)

4.5 - Conclusion

On pourrait résumer ainsi les différences, sous forme de quatre polarités indépendantes (des états intermédiaires existent entre les deux extrêmes d'une polarité) , autour quatre enjeux éthiques et professionnels.

Ce tableau opère une simplification forte, mais il montre l'étendue des débats et l'ampleur des choix possibles dans le champ contemporain de la psychiatrie publique.

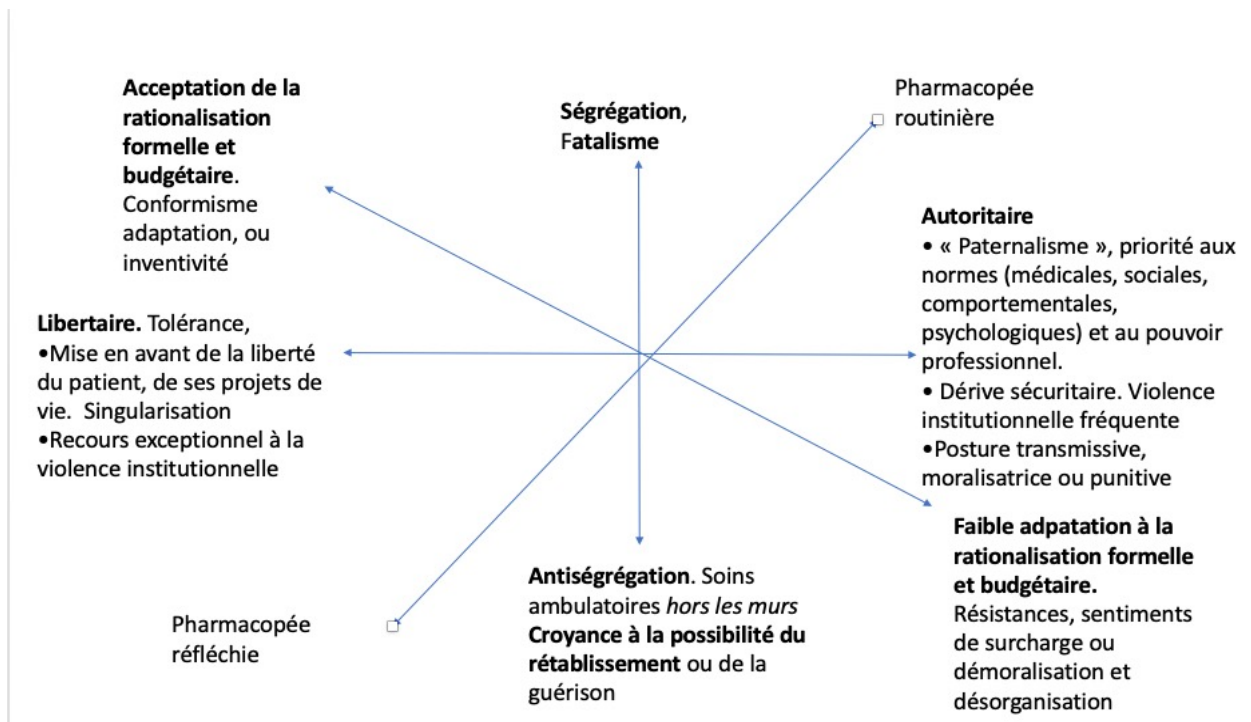


Schéma : Axes principaux de différenciation des postures et des pratiques.

V - La construction sociale des styles de pratiques

5.1 - Le rôle de l'histoire du pôle et des orientations du chef de pôle.

Les orientations théoriques, éthiques et politiques du chef de pôle, s'il est bien installé dans son rôle (ce qui n'est pas le cas au site E) sont

déterminantes dans la construction des pratiques de soins (Haliday, 2019). Et elles-mêmes s'inscrivent en continuité avec l'histoire du pôle. Le Site A se caractérise par une continuité de la « psychothérapie institutionnelle », de l'humanisme et de l'orientation « rétablissement ». Bien avant le chef de pôle actuel, c'étaient déjà les références des différents chefs de secteurs qui l'avaient précédé.

Le chef de secteur du pôle B se référait déjà à la psychiatrie sociale et communautaire avant le chef de pôle actuel. Au site F, la tradition psychanalytique est ancienne. Au site D, s'il y a eu une rupture entre l'actuel chef de pôle et l'ancien chef de secteur, et un éloignement par rapport à la forme de psychothérapie institutionnelle que ce dernier pratiquait, néanmoins, l'actuel chef en garde l'égalitarisme dans les rapports entre professionnels, l'importance des activités collectives et une partie de la psychopathologie psychanalytique. Sur le site E, l'état de fragmentation entre les unités est imputé par les soignants à l'incapacité du chef de pôle, qui se situe pourtant dans le même courant que ses deux prédécesseurs, à perpétuer la tradition de psychiatrie sociale du pôle sans la déformer ou céder sur ses principes.

5.2 - Le lien fort entre management, caractéristiques organisationnelles et style clinique.

On peut observer le lien entre, d'une part, les caractéristiques des pratiques cliniques (normes, techniques, méthodes, manières de faire, style, modalités d'engagement de la subjectivité) et, d'autre part, la structuration des organisations : mode de management, circulation de l'information à propos des patients, technologies sociales, modalités de mise en œuvre d'une réflexivité individuelle ou collective sur les pratiques. Ce lien serait parfois de l'ordre d'un isomorphisme qui ferait jouer au niveau managérial/inter-professionnel les mêmes principes que ceux qui régissent les relations soignants-soignés¹⁴.

Le mode de management et le mode de circulation de l'information sont en partie liés à la taille du pôle. La taille du pôle peut être objectivée par exemple par le nombre de psychiatres. Le Pôle D par exemple ne compte que 5 psychiatres (3 ETP) et 39 infirmiers alors que le pôle A compte 12 psychiatres et 69 infirmiers...

¹⁴ La notion de qualité de vie au travail à l'hôpital et l'idée qu'il faut « prendre soin de ceux qui nous soignent », pour reprendre les termes de la stratégie nationale de santé lancée par Marisol Touraine en 2016, s'appuient et encouragent cet isomorphisme qui lie fortement qualité des relations d'équipe et qualité des soins.

« Là tout le monde est en interconnaissance. Au-delà de cinq psychiatres, cela changerait tout ; déjà ! » (chef de pôle, site D).

On peut opposer deux types-idéaux de configuration. D'un côté une très forte protocolisation des pratiques, l'usage de l'écrit informatisé comme moyen de communication dominant, des réunions surtout informationnelles et organisationnelles avec un temps faible consacré à chaque patient (parfois quelques secondes) et très peu de discussions cliniques. De l'autre, une pratique non protocolisée, l'usage dominant de l'oral et des discussions cliniques entre soignants approfondies et incessantes, prenant beaucoup de temps. Ces deux modèles fonctionnent, sont ressentis comme fonctionnels et à peu près satisfaisants par la grande majorité des participants et ont tous les deux bonnes réputations, car ils sont attractifs lors des demandes de mutation. Ils représentent deux équilibres différents.

Dans un site (observation *in situ*), l'articulation entre dispositifs est assurée par la « transversalité » des personnels et par le maillage de réunions. Un quart des soignants non-médecins, par exemple les infirmiers, travaillent à temps partagé sur deux, voire trois structures, ce qui favorise le redoublement de la communication formelle par de la communication informelle. Les nouvelles sur le dernier entretien réalisé avec un patient circulent ainsi dans tout le pôle. Les réunions cliniques, nombreuses (de « premières demandes », de « guidance médicamenteuses », etc. sont *croisées* : des soignants se déplacent pour les réunions dans une autre structure que leur principale structure de rattachement ainsi que pour les réunions de synthèse, ouvertes aux partenaires extérieurs).

Ces réunions sont longues (souvent une heure et demie) et le temps consacré à chaque patient peut atteindre un quart d'heure ou plus, selon les cas.

La transmission entre soignants des dernières informations sur le patient est continue. De fait, elle est incessante, soit formellement soit informellement dans les salles d'équipes. Elle permet l'élaboration des émotions et l'entraide entre soignants. La norme est de ne pas rester avec des interrogations ou un malaise quant à ce qui s'est passé avec un patient, mais d'en discuter aussitôt avec le groupe (avec les présents dans le bureau d'équipe). Nous avons pu observer que la répétition d'un récit d'entretien aboutit à un affinement des propositions faites au patient.

Dans un autre site, les outils sont fortement protocolisés. Quand l'équipe rencontre un problème, elle crée un nouveau protocole ou améliore les outils existants. Les réunions en revanche sont pauvres en discussions cliniques, procèdent surtout à un échange d'information, voire de lecture du compte rendu écrit, et le temps de parole collective consacré à un patient

peut descendre à quelques secondes. Les unités sont par ailleurs plutôt cloisonnées.

Nous faisons l'hypothèse que, pour penser le lien entre les deux séries de faits sociologiques, les caractéristiques de l'offre clinique dans les services de santé mentale d'un côté et les structurations organisationnelles de l'autre, il faut faire intervenir un processus social à effet psychique : la gestion de l'angoisse¹⁵. Le traitement social de l'angoisse des soignants et indissolublement, son destin psychique se font, dans les deux cas proches d'idéaux types, pour l'un sur le mode de la réduction de la responsabilité personnelle par les techniques et les protocoles et pour l'autre sur celui de l'élaboration par la parole.¹⁶ Il faudrait aussi analyser la manière dont le système des choix disponibles en manière de gestion sociale de l'angoisse est par ailleurs déterminé par des données politiques et sociales macrosociologiques. Dans les deux cas, même si quelques critiques s'expriment, il y a une forme d'équilibre qui se manifeste par le fait que les deux pôles ont bonne réputation chez les professionnels, qu'ils sont demandés lors des mutations et ont relativement peu de postes vacants.

Une autre caractéristique différentielle des organisations de pôles est qu'il peut s'agir de pôles intégrés : management bien présent (qu'il soit de style autoritaire ou démocratique), autonomie limitée des unités, circulation forte des personnels dont le temps de service peut être à cheval sur deux unités, communication clinique interne importante et organisée. Ou de pôles compartimentés (management souple, autonomie des unités, communication clinique seulement informelle et laissée à l'initiative des soignants), voire fragmentés jusqu'à la désorganisation et la perte de vision commune.

Contrairement aux sites A et B qui sont intégrés, les sites C, D et E sont compartimentés ou fragmentés. Ils présentent une coupure fortement représentée en France entre culture de l'intra et culture d'au moins une unité de l'ambulatoire, plus orientée rétablissement. C'est dans les unités intra des sites C et E, dépourvues d'activités collectives, que nous avons pu observer une peur des soignants à l'égard des patients.

Entretien dans une unité ambulatoire, à propos du reste du pôle «Chez nos collègues, il y a une espèce de fatalisme quand il y a un trouble psychique. Ils ne nourrissent pas l'espoir que les gens puissent récupérer de ça (la maladie), et on ne vise pas la qualité de vie. ce que nous on essaie de travailler/.. /On est trop dans cette histoire du

¹⁵ L'inverse de l'angoisse pourrait être un certain confort au travail. Ce qu'on pourrait appeler « traitement social de l'angoisse » est proche du concept de « mécanisme de défense » proposés par Jacques (1955) et Menzies (1960).

¹⁶ En poussant la logique idéal-typique jusqu'au bout (qui ne s'applique pas au Site B), il y aurait aussi un isomorphisme avec les modes de gestion de l'angoisse des patients..

symptôme qui va déborder, de gens qui vont déconner, de maladie chronique. Nourrir l'espoir que les gens vont retrouver une vie normale, c'est pas trop ans l'esprit des soignants. C'est le fatalisme. On stabilise, on arrête le feu et c'est tout »

Le site C est plus précisément caractérisé par la culture de l'innovation organisationnelle, la création de dispositifs, la participation à des réseaux externes (régionaux ou nationaux) où ces innovations sont régulièrement discutées et publiées, une fragmentation forte entre unités et même au sein des unités, parfois « gérées par de jeunes médecins pressés » (soignant, entretien).

Finalement les « ambiances de pôles » doivent autant à des contraintes organisationnelles, au style de management de l'équipe, aux dispositifs concrets de ce management et à l'éthique qu'il implique, qu'aux orientations théoriques officielles de la psychopathologie.

5.3 - Les inégalités de ressources des pôles et de leur environnement.

On sait que la pauvreté de certains pôles entraîne de mauvaises conditions de soin, voire des maltraitances, comme l'ont dénoncé plusieurs médias. Cette inégalité est sous-estimée dans notre enquête, puisque, pour des raisons d'aléas des acceptations, nous avons enquêté des pôles plutôt bien dotés.

Même ainsi, sans aller jusqu'aux extrêmes, décrits par un certain nombre de rapports, la tension sur les moyens soit au niveau du pôle soit au niveau d'une unité se ressent sur le moral des soignants, leur sentiment de bien faire leur travail ou d'avoir un travail empêché, le ressenti des patients qui perçoivent cette tension.

Psychiatre : « non je n'ai pas le temps de faire de psychothérapies. Pourtant je considère que cela fait partie de mon métier. Mais actuellement je fais le travail du cadre de santé, dont le poste est vacant. Donc je cours... et je fais des ordonnances. C'est nul ».

Dans plusieurs pôles, les psychologues ne travaillent qu'à temps partiel pour pouvoir faire des psychothérapies en libéral, car ils voient leurs patients, selon les sites, seulement tous les deux mois, tous les mois, ou tous les quinze jours, ce qui ne les satisfait pas.

Au site F, l'hôpital fait pression pour que les séances d'art thérapie individuelles soient remplacées par des séances collectives.

Soc : C'est quoi la raison ?

Psychiatre : « Ah c'est uniquement pour économiser du budget - Et le poste du chef d'unité a été réduit de moitié, l'hôpital a récupéré un mi-temps. Alors on doit se débrouiller, on essaie de faire de l'individuel

dans les séances collectives, car on a besoin du travail individuel ! Alors on bricole.»

A l'inverse, dans les pôles où les patients sont considérés avec attention dans leurs projets, désirs, et besoins, où les imprévus de leur vie matérielle et relationnelle quotidienne sont pris en compte, où l'on prend le temps de la construction de la confiance, les consultations et suivis sont plus longs, facilement une heure (site A, site D), et relativement fréquents (deux fois par semaine au site D en remédiation cognitive). Cela n'est possible que s'il n'y pas de tension sur les temps de travail. Les soignants sont alors conscients que c'est « un luxe, une chance, la possibilité de faire correctement le métier » (infirmier, site D).

En dehors des moyens propres au pôle, les moyens de l'environnement comptent également. Les inégalités de santé sont fortes en France, à commencer par celles de la médecine de ville. Une forte présence de généralistes, psychiatres libéraux et cliniques privées psychiatriques diminue dans la file active la proportion de troubles anxieux dépressifs et augmente mécaniquement celle des psychoses. Il semble qu'un désert médical favorise les hospitalisations de plus longue durée en psychiatrie, la proportion élevée de soin sans consentement, les pratiques hospitalo-centrées.

Le manque de temps de travail psychiatrique peut être plus ou moins « compensé par le recours au généraliste du patient, qui peut faire les prescriptions » (site D), mais quand le patient en a un, ce qui est « parfois difficile, car dans certains endroits on ne trouve plus de généraliste ».

En revanche, le manque de temps de travail paramédical (infirmiers, éducateurs, psychomotricien)¹⁷, lui, est peu compensable et peut entraîner une démoralisation de l'équipe soignante au double sens de ce terme (perte de moral et perte des repères éthiques), autrement dit l'entrée en crise aiguë (que nous n'avons pas récemment investigué).

5.4 - Le rôle des caractéristiques de la patientèle.

Les caractéristiques socioculturelles de la patientèle jouent sur les activités proposées et notamment le type de sorties (sortie au théâtre et à l'opéra/sorties à une fête populaire), mais elles ne sont pas corrélées à l'orientation philosophique des psychothérapies. Les caractéristiques économiques de la patientèle jouent aussi sur la durée des

¹⁷ Observation auteur 2, hors échantillon.

hospitalisations, comme au site E où certaines hospitalisations sont prolongées pour des problèmes d'hébergement.

Il semble en revanche que les caractéristiques psychopathologiques de la patientèle et son mode d'accès au pôle soient une variable pertinente plus d'ailleurs pour les unités du pôle que pour le pôle lui-même. C'est le cas pour les CAC où, dans notre échantillon, quelle que soit la philosophie annoncée globale du pôle, les soignants se réfèrent au « systémisme ». On peut comprendre la raison de ce choix. Les patients admis en CACC le sont sur indication de crise, et surtout crise suicidaire. Le rôle de l'environnement familial et professionnel est important et il est souvent utile d'impliquer la famille. La pharmacopée n'est pas l'outil de soin essentiel.

Certains types d'unités appellent donc une philosophie spécifique. Le cas est particulièrement net au site C où les soignants de l'ambulatorie aimeraient l'insertion dans l'équipe d'un « médiateur de santé pair » (ancien usager de la psychiatrie), ce que refusent vigoureusement les soignants de l'intra. Nos observations nous permettent une hypothèse sur l'opposition entre des unités qui visent pour leurs usagers, vu leur psychopathologie, une sortie vers la vie ordinaire à l'issue de la prise en charge, et celles qui ne peuvent l'envisager (sortie de l'unité vers autre chose que la vie ordinaire, par exemple la prison, ou une prise en charge qui changera de forme, mais durera, par exemple pour une psychose lourde chronique). Le premier cas semble favoriser, quant aux interventions psychiques, toutes celles qui s'inscrivent dans la réhabilitation psychosociale, protocolisée ou non, et un fort éclectisme au niveau des techniques. La priorité est la guérison. Le second cas semble favoriser les approches psychodynamiques ou intégratives, auxquelles s'ajoute l'éducation thérapeutique. La priorité est le soulagement la souffrance psychique et la construction de liens (l'approche psychodynamique soutient également les soignants face à des histoires de vie parfois éprouvantes sur le plan émotionnel) et aussi que le patient accepte sa maladie et prenne ses médicaments.

Il faut également garder en mémoire que les patientèles de pôle sont elles-mêmes construites d'une part par les caractéristiques de l'environnement socio-économique, d'autre part par les choix politiques du pôle - par exemple un accès facile pour les nouvelles demandes et une rotation rapide des usagers diminuent mécaniquement la proportion de psychoses chroniques dans la file active -, et enfin que les codages dans les logiciels de gestion sont très généralement approximatifs dans tous les pôles

5.5 - Conclusion : une certaine rationalité des pratiques

Pour les pôles enquêtés¹⁸, il y a de fait une forme de cohérence entre les choix du pôle quant à la construction de la patientèle (vitesse de rotation, pathologies dominantes soignées), l'environnement socioéconomique, socioculturel et médical, l'offre en intervention psychique, les modalités organisationnelles internes, les préférences éthiques et les représentations du soin. Les traditions du pôle et les choix théoriques du chef de pôle jouent un rôle certain dans ces formes d'équilibres, mais pas seulement. Les contingences de l'implantation géographique du pôle au sein d'un espace national caractérisé par de fortes inégalités sociales territoriales y sont également pour quelque chose. Il s'agit en somme d'arrangements relativement rationnels compte tenu des données et des contraintes.

Conclusion générale : Recherche d'efficacité et éclectisme dans le cadre du maintien d'une juridiction institutionnelle large.

A partir de ces observations systématiques menées sur un échantillon raisonné de pôles, mais à la représentativité partielle (absence des pôles en crise aiguë), complété par quelques observations plus rapides, nous avons confirmation que les services psychiatriques sont des organisations poreuses aux influences sociétales, ce qui veut dire aujourd'hui perméables aux normes d'autonomie, d'adaptation, de capabilité, de sécuritarisme, à la demande sociale d'horizontalisation des relations soignants/soignés et de participation active des soignés aux décisions qui les concernent et enfin à la psychologisation et sanitarisation des problèmes sociaux.

Cette dernière donnée est importante. Elle implique une extension continue en France du recours aux services psychiatriques, qui ne cesse de se vérifier avec les effets retard de la crise du COVID-19. Et elle s'accompagne forcément de l'acceptation par la psychiatrie (comme institution) d'un mandat ¹⁹ institutionnel large. De ce fait, la tentative inverse d'une partie du groupe professionnel des psychiatres pour faire de la psychiatrie (comme discipline) une discipline purement médicale, leur mise en avant d'une expertise spécifique, est finalement noyée dans le fait que la psychiatrie (comme institution) a un mandat beaucoup plus large que le soin médical seulement puisqu'elle a en charge, d'une part (avec d'autres) la réinsertion/ré-inclusion/ré-autonomisation des citoyens malades ou en difficulté

¹⁹ au sens de Hughes (1996). « Juridiction » est pris au sens de Abott (1988) : champ légitime de compétence, contour légitime des missions. Une juridiction peut être professionnelle ou institutionnelle

psychique, d'autre part (avec d'autres), des missions d'ordre public et de contrôle social.

Une autre solution, radicalement différente, périodiquement envisagée par les politiques publiques et leurs experts, serait le transfert massif de ce mandat large au médico-social et au social, mais à un médico-social «désinstitutionnalisé», car, s'il était constitué d'établissements, il reviendrait certes moins cher que les services hospitaliers psychiatriques, mais poserait d'autres problèmes, notamment celui de la reconstitution de concentrations asilaires où la maltraitance rôde. Un médico-social, donc, constitué d'équipes mobiles maillant tout le territoire. Cette généralisation d'équipes mobiles types SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) opèrerait un déplacement de la juridiction institutionnelle de prise en charge de la souffrance socio-psychologique et de la pathologie psychique chronique, la psychiatrie ne gardant que l'expertise médicale pointue, l'hospitalisation sous contrainte, et l'aide au médico-social en tant que discipline de service, les généralistes acceptant d'assurer l'essentiel de l'accès au soin. Mais il semble jusqu'ici qu'il s'agisse plus d'un fantasme administrativo-politique que d'une réelle décision.

En l'occurrence donc, la psychiatrie, avec son mandat social large et confrontée à une souffrance sociale qui n'est pas en diminution, loin de là, est contrainte à la recherche d'efficacité. Dans cette recherche d'efficacité pratique, au jour le jour, les équipes se convertissent à un éclectisme pragmatique et développent de nombreuses innovations locales, soit au cas par cas, soit en protocolisant et départementalisant certaines techniques. Même si elles sont difficiles à évaluer voire inévaluables, ces innovations ont l'intérêt de soutenir la motivation au travail des soignants, dans un contexte où la rigueur budgétaire affaiblit parfois les énergies.

Perspectives

La pandémie nous a permis jusqu'ici de faire une restitution dans un seul des terrains enquêtés. Au delà, les différents enjeux que nous avons dégagés concernant les évolutions du soin mériteraient discussion avec des équipes, et avec des usagers.

D'autre part, les perspectives que nous tirons de cette recherche sont nombreuses, puisque plusieurs actualités du champ de la santé mentale rejoignent cette recherche d'efficacité que nous avons observée, croisant potentialités créatrices et contraintes supplémentaires.

La mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'isolement et la contention, tout d'abord, méritera dans les mois à venir une étude du même type que celle que nous avons conduite, au plus près des pratiques réelles et des représentations des professionnels. Il s'agira de comprendre comment les soignants, déjà pris par des dilemmes éthiques concernant ces pratiques, pourront ou non s'approprier un dispositif qui était déjà décrié alors qu'il n'était encore qu'une proposition de loi, mais aussi comment les juges, peu ou pas formés à la discipline psychiatrique, pourront exercer leurs nouvelles prérogatives et collaborer avec les équipes de soins pour pallier ce qui a été dénoncé comme un manque de moyens et d'applicabilité directe de la réforme.

Une deuxième voie d'étude concernerait, dans un contexte où nombre de PTSM sortent actuellement de terre sous la forme de volumineux documents programmatiques, de comprendre à la fois comment les PTSM (compris comme les groupes de travail) ont pu s'organiser pour faire émerger les propositions des documents, mais aussi comment les propositions auxquelles sont tenues les acteurs vont, ou non, influencer sur leurs pratiques et les pousser à des coopérations plus serrées. Le caractère parfois redondant des PTSM avec les actions des CLSM permet une première hypothèse, selon laquelle les coordinations de PTSM auraient bénéficié de la présence préalable d'un CLSM dans le territoire – de cette investigation pourraient découler des principes de travail, des points de vigilance et potentiellement des guides d'aide à l'organisation de dynamique territoriales de santé mentale. Du côté des soins somatiques, les expériences dites de « responsabilité populationnelle » portées par la FHF se penchent sur les mêmes dynamiques, et leurs porteurs pourraient être interrogés afin de décroiser les savoirs issus de la psychiatrie, et ceux issus des autres disciplines de la médecine.

Une autre voie d'étude, plus difficile à envisager dans l'immédiat du fait de l'étendue des restrictions liées à la pandémie, consisterait à documenter la reconstruction, dans les services, de dynamiques groupales et collectives balayées par les consignes sanitaires et l'arrêt des groupes thérapeutiques.

La prise en charge de plus en plus individualisée, personnalisée des usagers tendrait à laisser penser que le « groupe », la « communauté », ne se situerait qu'à l'extérieur des établissements de soins. Il semble pourtant que l'absence de groupes thérapeutiques et d'espaces collectifs aient créé un manque chez les patients, et que ce manque plaide pour une compréhension de la déshospitalisation qui, comme nous l'avons écrit plus haut dans ce rapport, ne soit pas confondue avec la « désinstitutionnalisation » : les établissements de soins créent au quotidien des petites institutions salutaires, espaces d'échanges et de convivialité dont l'absence montre l'absolue nécessité pour l'ensemble des patients. L'aspect groupal des soins prodigués en santé mentale mériterait ainsi une étude approfondie, dans le cadre de la reconstitution des espaces collectifs qui sera permise par l'après-pandémie.

La dernière piste qui pourrait être investiguée, à la faveur là encore du développement de ces outils durant la crise, concerne les applications et logiciels d'e-santé mentale. Les débats étaient légion, bien avant l'irruption du COVID, au sujet de leur place vis-à-vis des pratiques concrètes, entre aide à la relation thérapeutique et gestion de tâches répétitives sinon dévolues à des humains. La pandémie a permis aux applications et dispositifs disponibles en France de se faire plus agiles, plus proches aussi des utilisateurs, qui ont parfois été directement intégrés dans les processus de conception des applications. Ce type de recherche, prise sous l'angle socio-ethnographique de l'analyse de l'activité concrète de soin, pourrait constituer un pendant local, micro-sociologique, au projet eMEN qui a été porté par le CCOMS, visant à promouvoir l'utilisation de tels outils.

Annexes méthodologiques

Annexe 1. Dimensions factuelles générales pour l'étude d'un site

Les dimensions factuelles sont recueillies par voie documentaire, par entretien avec le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et le Directeur de l'Information Médicale (DIM)²⁰. Outre les caractéristiques du pôle : histoire, carrière de son chef, caractéristiques socio-économiques de la population et taille du territoire, nombre de professionnels, file active, pathologies dominantes, on recueille également les données suivantes

Variables	Polarités
Nombre de réunions cliniques où les cas des soignés sont discutés	Nombre élevé/faible. Discussion approfondie/réunions surtout informatives
Réunions cliniques inter-unités	Nombre élevé/relatif cloisonnement des unités
Relations interprofessionnelles	Assez égalitaires/plutôt hiérarchiques
Zones de compétences et juridictions professionnelles	Bien délimitées/floues
Patientèle, milieu socio-économique	Dominante classes populaires/dominantes classes moyennes/dominante classes moyennes supérieures
Patientèle, pathologies	Dominante trouble anxieux dépressif/trouble de la personnalité/psychose
Patientèle, stabilité et rotation, délai pour l'accueil	Patientèle plutôt stable/patientèle qui se renouvelle vite par un taux élevé de sorties et d'entrées nouvelles
Environnement médical	Nombre élevé de généralistes, psychiatres et psychologues libéraux, voire existence de cliniques psychiatriques privées/désert médical
Les personnels	Présence ou non d'éducateurs, ergothérapeutes, arthérapeutes, psychomotriciens, assistantes sociales à côté des psychiatres, psychologues et infirmiers. Médiateur de santé pair.
Richesse du pôle	Bien doté/mal doté (en psychiatres, en personnels paramédicaux)

²⁰ Dans la région des Hauts de France, la Fédération de recherche en santé mentale dispose déjà d'une base de données quantitative très complète sur chaque secteur (travail de Laurent Plancke et Alina Amariei).

Annexe 2 : Données recueillies contribuant à l'analyse de la genèse des pratiques

Un certain nombre de données ont été recueillies par observation directe, entretien, étude documentaire concernant l'environnement organisationnel des pratiques cliniques.

<i>Variable</i>	<i>Polarités</i>
Nombre de réunions cliniques où les cas des soignés sont discutés	Nombre élevé/faible. Discussion approfondie/réunions surtout informatives
Réunions cliniques inter-unités	Nombre élevé/relatif cloisonnement des unités
Relations interprofessionnelles	Assez égalitaires/plutôt hiérarchiques
Zones de compétences et juridictions professionnelles	Bien délimitées/floues
Patientèle, milieu socio-économique	Dominante classes populaires/dominantes classes moyennes/dominante classes moyennes supérieures
Patientèle, pathologies	Dominante trouble dépressif/trouble de la personnalité/psychose anxieux de la
Patientèle, stabilité	Patientèle plutôt stable/patientèle qui se renouvelle vite par un taux élevé de sorties et d'entrées nouvelles
Environnement médical	Nombre élevé de généralistes, psychiatres et psychologue libéraux, voire existence de cliniques psychiatriques privées/désert médical
Les personnels	Présence ou non d'éducateurs, ergothérapeutes, artthérapeutes, psychomotriciens, assistantes sociales à côté des psychiatres, psychologues et infirmiers. Médiateur de sante pair.
Richesse du pôle	Bien doté/mal doté

Annexe 3. Plan type d'une monographie concernant le soin dans un site**Avant-propos**

- 1- Modalités du contact entre le chercheur et le site
 - 2- Problèmes éthiques rencontrés lors du séjour
 - 3- Méthodologie
- Durée de l'observation

	nombre	Détails
Nombre d'interviews enregistrés de soignants		
Nombre d'interviews enregistrés de patients		
Nombre d'observation de réunions		
Nombre d'observations de situations d'entretien soignants/patients		
Nombre d'entretiens informels		
Nombre d'observations de situation informelles		

- 4- Noter le cas échéant ce qui n'a pas été autorisé à l'observation et pourquoi

Présentation du site

- 5-Description de la population visée (données INSEE) ,
Nombre et statut des soignants ; files actives
Description quantitative de la patientèle
+ fiche d'analyse quantitative de l'activité du pôle
Éventuellement histoire du site
- 6- Organisation. Les unités
- 7- Articulation entre unités ,
notamment : ensemble des réunions , leurs fonctions leurs participants,
Et temps hebdomadaire de réunion
Caractéristiques du management du pôle
- 8 - Philosophie du soin (annoncée, réelle...)

L'offre de soins

- 9 - Liste des interventions psychiques considérées comme thérapeutiques (préciser ce qui est individuel et ce qui se fait en groupe)
Préciser les activités présentes mais considérées comme non thérapeutiques
- 10-L'offre médicamenteuse
- 11- L'offre d'interventions factuelles, travail social, aide à la réinsertion.
- 12-Le point de vue des usagers sur le travail du pôle et les soins

Gros plans sur certaines interventions psychiques

- 13, 14 ,15 Choisir trois types d'intervention psychique
Pour chacun : indications, description du processus sur la base d'observation in situ, d'interviews de soignants, d'interviews de patients

Conclusion

- Essai d'interprétation : mise rapport des données objectives et des choix cliniques
Mise en rapport des données recueillies avec la problématique de la recherche (hybridations ? innovations ? tensions ?)

Bibliographie

- Abbott A. 1988 *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press
- Benamouzig D. Ulric V (Coord.) 2016 «L'organisation des soins en psychiatrie», *Revue française des affaires sociales*, n) 2, avril-juin
- Bresson M. (dir.) (2006) *La psychologisation de l'intervention sociale*, L'Harmattan
- Brossard, B. (2013). L'organisation sociale des « hasards heureux ». Qu'est-ce qu'un soin en psychiatrie? *Sociologie Du Travail*, 55(1), 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.soctra.2012.12.003>
- Castel F, Castel R, Lovell A. (1979),. *La Société psychiatrique avancée : Le modèle américain*, Grasset
- Chamak B., Moutaud B (dir) (2014) *Neurosciences et société*, Armand Colin
- Champion F., Garnoussi N., Hutschemaekers G. et Pilgrim D. (2014) «Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes», *SociologieS*, novembre
- Coldefy M., Bousquet F. (2002) «Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999», *Drees, Etudes et Résultats*, n° 163, mars
- Coldefy, M., & Le Neindre C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Paris : IRDES.
- Coldefy M., Le Fur Ph., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J. (2009) » Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation» *Questions d'économie de la santé* n° 145
- Demailly L, 2008, *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et du travail de relation* », Presses Universitaires du Septentrion
- Demailly L. Autès M. (Dir)(2012) *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Armand Colin
- Demailly L. (2013): « Le nouveau management public et les particularités des secteurs d'action publique : le cas de la santé en France » in Claude Lessard, Didier Demazière, Joëlle Morrissette (dir.), « Métiers de relation et nouvelle gestion publique », *Éducation et Sociétés*, n° 32/2, p 75-91
- Demailly L., Dembinski O., Déchamp Le Roux C. (2014) *Les équipes mobiles de psychiatrie. Modalités et enjeux d'une innovation* Editions John Libbey

- Demailly L., Garnoussi N., (2015) «Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style», *Sciences et actions sociales* [en ligne], N° 1
- Demailly Lise (2016), « Effets et sens des exigences d'« horizontalité » dans le champ de la santé mentale » in Payet JP Purenne Anais *Tous égaux? Les institutions à l'heure de la symétrie* L'harmattan, p235-260
- Demailly Lise, 2017, "L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux" in *Rhizome*, n°66-67, "Apprendre le rétablissement", décembre, p 6 -7
- Demailly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, 75-76(1), 37-46.
- Dodier, N. & Rabeharisoa, V. (2006). Les transformations croisées du monde «psy» et des discours du social. *Politix*, 73 (1), 9-22.
- Ehrenberg A. (2018) *La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*, Paris, Editions Odile Jacob
- Ehrenberg A. (1998), *La Fatigue d'être soi*, Paris, Éditions Odile Jacob
- 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*, 1 (149), 207-222. <https://doi.org/10.3917/rfap.149.0207>.
- Fassin D. (2006) Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, v. 19, n° 73, p. 137-157.
- Fornier E. (2019) *Les thérapies cognitivo-comportementales en milieu hospitalier : logique économique ou démocratisation du soin en santé mentale?* Thèse sous la direction de N. Dodier et A. Bidet, CEMS,
- Fornier-Ordioni, E. (2019) «L'imagination au pouvoir!» Appropriation, matérialité et performance de la thérapie par réalité virtuelle en santé mentale», *Anthropologie & Santé*,
- Gauchet M., Swain G. (1980) *La pratique de l'esprit humain*, Gallimard, Paris.
- Godrie, B. (2016). Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, 89-104.
- Guibet-Lafaye, C. (2016). Quelle éthique pour quels psychiatres ?. *Sociologie*, vol. 7 (2), 169-186.
- Haliday, H. (2019). *Qui prend soin du réseau? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français*. Thèse de psychologie soutenue à l'Université Paris VII-Diderot. Récupéré à l'adresse : <http://www.theses.fr/2019USPCC001>.

- Henckes N. *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* [Internet]. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 2007.
- Hughes Everett (1996) «Le drame social du travail» *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* Année 115 pp. 94-99
- Hum P., 2015, « Force et faiblesse du consentement», *Ethique et Santé* 12 (2015), pp. 56-63.
- Inspection générale des affaires sociales, LOPEZ A. TURAN-PELLETIER G. (2017) *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*
- Jacqueline S. (2006) Les politiques du patient en pratique. *Psychanalyse et psychopharmacologie à l'hôpital», Politix*, vol. 73, no. 1, 2006, pp. 83-108.
- Jacques 1955 «Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété de persécution» in Levy A., *Psychologie sociale, textes fondamentaux* Paris Dunod ;
- Lanquetin, J. & Tchukriel, S. (2013). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 114 (3), 95-95.
- Lézé, S. (2008) «(Ne pas) Perdre la boussole. Comment soigner la psychose dans un hôpital de jour?» In: Lézé, S., Fernandez, F., Marche, H. (Eds.), 2008. *Le langage social des émotions*. Economica –Anthropos, Paris.
- Lovell A., (2001) «Les fictions de soi même ou les délires identificatoires dans la rue». In Ehrenberg A. et Lovell A., *La maladie mentale en mutation*. Paris, Odile Jacob, 2001.
- Menzies, I., (1960). "A case study in the functioning of social systems as defense against anxiety : a report on a study of the nursing service of a general hospital", *Human relation* 13, 95-122.
- Marques A. (2010), «Construire sa légitimité au quotidien : le travail micropolitique autour d'une équipe mobile de psychiatrie-précarité», Thèse de sociologie, sous la direction de Nicolas Dodier, EHESS
- Sarradon-Eck A. et Farnarier, C. (2014) Les points rouges, ou les critères de l'urgence dans une équipe mobile psychiatrie-précarité. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 1, 159-178.
- Stanton, A. H., & Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New-York, NY, US: Basic Books.
- Van Effenterre, A., et al.(2012) «Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie», *L'information psychiatrique*, vol. volume 88, no. 4 pp. 305-313.
- Velpry L. (2008) *Le quotidien de la psychiatrie Sociologie de la maladie mentale* Armand Colin.

