



HAL
open science

Les savoirs pratiques en psychiatrie

René Diouaba

► **To cite this version:**

René Diouaba. Les savoirs pratiques en psychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938181

HAL Id: dumas-01938181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938181>

Submitted on 28 Nov 2018

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

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

Les savoirs pratiques en psychiatrie

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Avril 2018

Par Monsieur René DIOUABA

Né le 23 février 1987 à Marseille 05eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Madame le Docteur TINLAND Aurélie

Directeur

Monsieur le Docteur JAFFRE Yannick

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAKHERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean Naudin, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Vos enseignements m'ont ouvert la voie de la psychiatrie, merci de m'accueillir maintenant dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur François Poinso, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous prie de recevoir mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Laurent Boyer, je suis très honoré de vous compter parmi les membres de ce jury, soyez assuré de ma reconnaissance.

Au Docteur Aurélie Tinland, merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et de m'avoir guidé avec énergie dans la dernière ligne droite de cet internat.

À Monsieur Yannick Jaffré, vous me faites l'honneur de participer à ce jury, merci d'avoir éveillé ma curiosité pour les sciences sociales.

À toute l'équipe hospitalière qui a accepté d'être au centre de ce travail, j'espère que vous vous reconnaissez et que j'ai rendu fidèlement votre engagement sur le terrain. Merci de m'avoir fait confiance.

À l'Équipe MARSS, merci de m'avoir permis de conclure cette thèse. Je suis très heureux de travailler avec vous et ce pour quelques temps encore.

Sans oublier **mes familles**, un grand merci à vous tous !

À mes parents... ce fut long mais on y est ! Merci de m'avoir toujours fait confiance dans mes choix, vous savez combien ça a compté.

À la famille africaine, aux quatre coins du monde... les contacts peuvent se faire rares mais je sais que vous êtes là quand il faut.

À la famille parisienne : Merci Béa, Antoine, Camille, Micheline, pour vos encouragements sans relâche.

À mes familles adoptives, Cazin et De Paris. Merci de m'avoir ouvert si grand vos bras. Merci à toi Bruno pour tes premiers enseignements informels sur le métier.

À La famille et aux amis : Merci Fanette, attentive relectrice, Vincent, Zoéline, Benjamin, Estelle, Marie, Elika, et Cécile, j'ai toujours pu compter sur vous. Merci Alice, d'avoir toujours essayé de comprendre ce que j'entreprenais.

Céline ! Merci pour ton soutien sans faille. Merci d'être là.

Sommaire

1	Introduction	1
1.1	Savoirs et pratique en médecine	1
1.2	Bref retour sur le savoir psychiatrique	6
1.3	La psychiatrie en pratique	11
2	État de la question	14
2.1	La psychiatrie en médecine	14
2.1.1	Devenir psychiatre	14
2.1.2	Du diagnostic à l'étiquetage	18
2.1.3	Pratiquer sans causalités	22
2.2	La psychiatrie et les sciences	24
2.2.1	Le corpus de connaissances	24
2.2.2	Démarche scientifique et catégorisation	25
2.2.3	Pratiques cliniques et objectivité	27
2.2.4	Pratiques cliniques et subjectivité	28
2.3	Une psychiatrie critique?	35
2.3.1	La maladie et le modèle bio-psycho-social	35
2.3.2	Psychiatrie critique	37
2.3.3	Psychiatrie et anthropologie	40
2.3.4	Le cas Agnès	43
2.4	Pour une épistémologie des pratiques	46
3	Terrain étudié	48

4 Résultats et analyse	52
4.1 Un savoir in situ et en pratique	52
4.1.1 Savoirs professionnels	52
4.1.2 Savoir pouvoir médical	56
4.1.3 Savoirs personnels	62
4.1.4 Savoirs situés	66
4.1.5 Savoirs co-construits	71
4.2 Les catégorisations du savoir	78
4.2.1 Catégorisations empiriques : les interactions	78
4.2.2 Catégorisations empiriques et description	83
4.2.3 Catégorisations empiriques et interprétation	87
4.2.4 Catégorisation scientifique : le diagnostic	89
4.3 "Aller mieux"	99
4.3.1 La guérison ?	99
4.3.2 Le socio-médical	101
4.3.3 "Aller mieux"	103
4.4 Définir le bien pour autrui	108
5 Discussion	112
5.1 Une causalité non linéaire	112
5.2 L'ajustement de mondes différenciés comme projet de soins	116
5.3 Une épistémologie des savoirs pratiques	120
5.4 Le risque du culturalisme	122
6 Conclusion	124
Bibliographie	131

*La représentation du monde, comme le monde
lui-même, est l'opération des hommes ; ils le décrivent
du point de vue qui est le leur et qu'ils confondent avec
la vérité absolue.*

Simone de Beauvoir

1

Introduction

1.1 Savoirs et pratique en médecine

Quelles que soient les définitions de la médecine auxquelles on se réfère, elles se retrouvent sur deux constantes : la médecine est une science, position bien affirmée aujourd'hui, mais également une pratique ou un art pour reprendre une expression courante. L'art médical a toujours été de pair avec la démarche scientifique et nosologique.

L'édification théorique de la médecine a longtemps reposé sur des bases empiriques. Elle s'est constituée à partir de descriptions et d'observations élémentaires, au plus près du patient, de la clinique. C'est à partir de cet effort de longue haleine que le savoir médical, de la clinique à la thérapeutique, s'est constitué. Dès les origines, les tenants d'une méthode empirique, privilégiant l'expérience sensible comme source première de connaissance, se sont opposés aux dogmatiques rationalistes pour lesquelles la théorie de la connaissance primait. C'est dans le contexte de ce débat originel, forte des révolutions scientifiques des Lumières, qu'advient la médecine expérimentale. Elle invite les médecins à user d'un savoir issu d'expérimentations de laboratoire. Seul ce savoir serait à même de donner sa légitimité scientifique à la médecine et la faire accéder à un degré de rationalité devenu indispensable. Ce souci de la primauté de la science et de l'expérimentation ne naît pas avec Claude Bernard

(1813 - 1878) qui en est certainement l'un des plus illustres théoriciens. Il remonte à l'antiquité ou, plus récemment, à W. Harvey (1578 - 1657), découvreur de la circulation sanguine et fondateur de la physiologie, ou encore à François Magendie (1783 - 1855). Claude Bernard, lui, l'instaure en tant que méthode systématique d'accès à une connaissance fiable, reproductible, falsifiable et scientifique.

Toutefois, la biologie et la physiologie appliquées au corps humain, après sa compartimentation en laboratoire, ont toujours peiné à se superposer parfaitement à la pratique clinique. Cette dernière fait face à des organismes entiers, dont les parties ne sont jamais isolables du tout et dont le « *fonctionnement pathologique globale n'obéit pas aux mêmes règles qu'un corps sain* ». Ces critiques proviennent des tenants de la médecine clinique. Ils ne s'opposent pas tous à l'expérimentation mais mettent en place une méthode clinique expérimentale. Les premières tentatives d'évaluation numérique d'une thérapeutique remontent au XIII^e siècle et la tentative de démontrer le rôle des agrumes dans la prévention du scorbut des marins par James Lind (1716 - 1794)¹. Cette clinique expérimentale fait appel à une méthode quantitative basée sur les statistiques. Après un temps de rodage, elle prendra définitivement son essor au sortir de la seconde guerre mondiale et la définition des essais cliniques contrôlés randomisés. Cette dernière évolution de la clinique expérimentale vise à évaluer mathématiquement et rationnellement le bénéfice d'un traitement en éliminant les artefacts de subjectivité dans la relation médecin – patient.

Depuis le tournant positiviste, expérimental et statistique qui a eu lieu au XIX^e siècle, il y a désormais une forte tendance, si ce n'est une injonction à la rationalité. Dans ce renversement de perspective, tant souhaité semble-t-il par le corps médical et la société, les sciences naturelles prennent largement le pas sur les sciences humaines et sociales. Les données empiriques, issues de l'expérience et de la pratique seraient vouées à disparaître. Sans juger de l'opportunité ou non d'une telle évolution, ni de ses bénéfices, il semble qu'elle repose sur le présupposé que la rationalité est un objectif en soi, nécessairement bon.

1. LIND, *A Treatise on the Scurvy*.

Ce souci de rationalité, de « scientificité » est aujourd’hui incarné par le concept d’évidence-based-médecine² (EBM). Cette approche permettrait de fonder la pratique médicale sur les seules données médicales validées scientifiquement par la méthode expérimentale. Elle répond, en partie, à l’obligation faite aux médecins d’« assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science »³. Cependant, pour le code de déontologie médicale, il s’agit d’encadrer une pratique professionnelle sans privilégier une épistémologie du soin sur une autre. Charge à la profession d’établir ses standards. L’EBM, quant à elle, ne proposerait rien d’autre que de mettre à la disposition du corps médical les meilleures données actuelles de la science dans le but d’une meilleure prise en charge des patients grâce au haut niveau de preuve fourni. Cependant, sa conception même, la méthode statistique qui la détermine et le cadre méthodologique nécessaire à sa mise en œuvre, tend à donner une place centrale et incontournable au modèle biomédical. En effet, la rigueur de la méthode nécessite, à un moment de la démarche, de pouvoir isoler des entités pathologiques et des méthodes de prise en charge parfaitement définies et identifiables et le plus objectivement possible. L’expérience sensible et subjective du clinicien, le savoir émergent de la rencontre avec le patient sont, de fait, exclus. Ces limites sont régulièrement soulignées et enseignées⁴.

Cette dualité entre médecine rationnelle et médecine empirique (ou encore expérimentielle) chemine depuis les origines de la discipline. Il est indéniable que l’une comme l’autre ont apporté de nombreux bienfaits et qu’il serait vain de chercher à désigner un vainqueur sur le plan épistémologique. Nous ne reviendrons donc pas sur les nombreuses critiques qui leurs sont faites dans l’unique but de voir triompher une des approches. Ce bref cheminement nous permet simplement de rappeler que, de la science à l’art d’exercer, de la connaissance théorique à la pratique au lit du malade, il existe un gouffre à combler.

2. SACKETT et al., « Evidence based medicine ».

3. RENÉ, *Code de déontologie médicale*.

4. BONAH et COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES EN MÉDECINE ET SANTÉ (FRANCE), *Médecine, santé et sciences humaines*.

C'est précisément à cette tâche que s'attelle le raisonnement médical « *dont les composantes pourraient être appliquées indistinctement pour établir les règles du général ou cerner le singulier* ». C'est une démarche intellectuelle qui provient de la médecine hippocratique. Hippocrate rejette l'origine sacrée de la maladie. Son approche se veut rationnelle, logique et causale. « La méthode causale » serait « *la condition nécessaire d'un art médical véritable* »⁵. Ainsi, les succès de l'anatomoclinique ou de la méthode expérimentale ou encore des concepts pastoriens et de la médecine infectieuse, résident dans leur capacité à établir des liens de causalité, objectivement pertinents et évaluables, entre des syndromes cliniques observés et la physiologie humaine en suivant une histoire naturelle des maladies. Depuis, les connaissances auxquelles se réfèrent majoritairement les médecins se trouvent essentiellement dans le champ de la biologie et des sciences naturelles. Si la perspective scientifique n'exclut, a priori, aucun régime de scientificité, ce sont bien les dernières citées qui répondent le plus directement à ce modèle de connaissance. De nombreuses théories et cadres paradigmatiques ont existé, parfois co-existé dans l'histoire de la médecine. Pourtant il semble que jamais aucun n'ait su expliquer à lui seul la totalité des situations auxquelles la médecine est confrontée. La biomédecine que nous venons de présenter, évolution ultime d'une médecine scientifique n'est, en réalité, que partiellement valable. Claude Bernard lui-même en était d'ailleurs parfaitement conscient⁶ qui pointait qu'un organisme vivant était d'abord une totalité et une individualité, seule échelle de signification d'une propriété physiologique.

Ainsi, le virage et la montée en régime du discours scientifique de la médecine occidentale n'ont toujours pas permis de combler l'abîme épistémologique entre la théorie et la pratique. Il est toujours légitime de considérer la médecine d'abord comme une pratique, aux prises avec la souffrance et la quotidienneté de la personne souffrante. De fait, les médecins restent essentiellement des praticiens chargés de mettre au service d'une personne, de sa plainte, les soins médicaux éprouvés ou à leur disposition. Le patient, dans sa globalité, reste le point de départ et d'arrivée

5. *Dictionnaire de la pensée médicale.*

6. C. BERNARD, « Introduction à l'étude de la méthode expérimentale ».

du raisonnement et des pratiques.

Certaines spécialités sont plus particulièrement soumises à ces tensions. Comme la psychiatrie, spécialité du « psychisme », du « mental » ou encore des « maladies de l'âme », pour reprendre un terme de J. Pigeaud, a toujours été particulièrement critiquée au sein même de la médecine. Sa légitimité en tant que science est régulièrement mise en doute. Elle a toujours été accusé d'être trop normative des comportements, soupçonnée d'être au service de l'ordre social⁷, de ne reposer que sur des présupposés.

Le psychisme, ce « système », cet autre « appareil » du corps humain est l'un des plus controversé. D'ailleurs dans quelle mesure peut-on considérer la psyché, le mental, comme un « appareil » au même titre que le système cardiovasculaire ou endocrinien ? Sans chercher à résoudre cette question, relevons que la la tension entre théorie et pratique médicale est particulièrement forte en psychiatrie. Elle est probablement l'une des branches de la médecine où le débat est le plus vif et le plus fécond. Dès ses origines, ce sont les théories de l'homme qui semblent avoir indiquées la voie à la pratique.

Elle naît dans le champ de la médecine à la fin du XVIIIe siècle. C'est une époque où les idéaux révolutionnaires embrasent l'Europe et les théories humanistes incitent à porter un nouveau regard sur l'homme⁸.

7. ESCOFFIER-LAMBIOTTE, « L'infanticide immédiat ».

8. M. FOUCAULT s'opposera à cette "légende" d'une psychiatrie venue naît pour sauver le patient moyen-âgeux des dérives de la société

1.2 Bref retour sur le savoir psychiatrique

Il est intéressant, pour comprendre les enjeux spécifiques, de retracer très succinctement l'histoire de la psychiatrie. Nous ne l'aborderons que très brièvement pour ne pas alourdir le propos. Celle-ci a déjà fait l'objet de nombreux travaux. La plupart, comme nombre de travaux d'histoire de la médecine, ont été réalisés par des médecins et ont une tendance hagiographique. Certains sont devenus célèbres et influents sur la discipline malgré les polémiques⁹, tandis que d'autres se présentent comme historiquement plus rigoureux¹⁰. Nous n'y reviendrons pas, nous nous intéresserons pour l'instant au récit historique le plus courant, le plus répandu.

La psychiatrie naît, dès l'origine, comme discipline médicale. La personne qui est considérée à l'origine de cette spécialité¹¹, est Philippe Pinel, médecin - philosophe. L'inventeur du terme « psychiatrie » est Johan Christian Reil¹², médecin anatomiste, physiologiste. Dès l'origine, on constate une aspiration scientifique, voire naturaliste, à la psychiatrie. A cet effet, comme l'écrit Pinel, le concept d' « aliénation mentale » doit remplacer la trop vague « folie » :

« L'heureuse influence exercée dans ces derniers temps sur la médecine par l'étude des autres sciences, ne peut plus permettre aussi de donner à l'aliénation le nom général de folie, qui peut avoir une latitude indéterminée et s'étendre sur toutes les erreurs et les travers dont l'espèce humaine est susceptible, ce qui, grâce à la faiblesse de l'homme et à sa dépravation n'aurait plus de limites. Ne faudrait-il point alors comprendre dans cette division toutes les idées fausses et inexactes qu'on se forme des objets, toutes les erreurs saillantes de l'imagination et du jugement, tout ce qui irrite ou provoque des désirs fantastiques ? Ce serait alors s'ériger en censeur suprême de la vie privée et publique des hommes, embrasser dans

9. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*.

10. QUÉTEL, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

11. Largement mythifié par son fils, Scipion Pinel, qui a été souvent repris par les historiens de la psychiatrie

12. REIL, *Rhapsodies sur l'emploi de la méthode de cure psychique dans les dérangements de l'esprit*.

ses vues l'histoire, la morale, la politique et même les sciences physiques dont le domaine a été si souvent infecté par des subtilités brillantes et des rêveries »¹³ .

Le même Pinel, représentant finalement assez bien les aspirations de la psychiatrie naissante, a le souci d'établir une nosographie médicale sur le modèle des naturalistes :

« Une maladie étant donnée, déterminer son vrai caractère et le rang qu'elle doit occuper dans un tableau nosologique [...] il faut distribuer toutes les maladies connues en classes, en ordres, en genres, en espèces, à l'exemple des botanistes ».¹⁴

Cette entreprise de classification sans précédent, que la création des asiles permettra de poursuivre, Foucault la décrit dans son chapitre sur le « *fou aux jardin des espèces* »¹⁵ . Ainsi, on peut affirmer que la psychiatrie des origines se conçoit aux côtés de la médecine rationaliste scientifique. Cependant, elle ne présage pas encore du caractère organique de l'aliénation. Le tournant organiciste, à la recherche de l'origine anatomique et lésionnelle des troubles mentaux à lieu dans un second temps, au milieu du XIXe siècle, suite à la mise en évidence d'une étiologie pour la paralysie générale par Bayle. Il s'agit alors du premier trouble psychiatrique décrit qui trouve son origine dans une lésion cérébrale identifiée d'ue la syphilis. Les classifications et les traités, l'édification de théorie reprennent de plus belle, le concept de maladie mental est adopté.

Suivant cette voie ouverte depuis les temps révolutionnaires, de fausses pistes en succès [de la monomanie à la paralysie générale de Bayle], d'errances qui seraient aujourd'hui mal acceptées, à des concepts cliniques encore clefs de nos jours [du concept de dégénérescence de Morel à l'automatisme mental de Clérambault], cette quête scientifique nosologique aboutit à la classification d'E. Kraepelin à la fin du

13. PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie. Avec figures représentant les formes de crâne ou des portraits d'aliénés.*

14. PINEL, *Nosographie philosophique, ou, La méthode de l'analyse appliquée à la médecine.*

15. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique.*

siècle¹⁶. Il est considéré comme le «*fondateur de la psychiatrie scientifique moderne*» par nombre de ses pairs. Son approche des troubles mentaux est encore régulièrement citée en exemple. Son travail est l'inspiration principale de la méthodologie utilisée pour la construction du Diagnostic and Statistical Manual III (DSM III).¹⁷ Cette nosographie américaine en est aujourd'hui à sa cinquième version actualisée et fait toujours référence au côté de la Classification Internationale des Maladies (CIM) établit par l'OMS (qui suit, à peu de choses près, les mêmes principes de classifications).

Les premières conceptions psychanalytiques de Freud émergent également en cette même fin du XIXe siècle. La psychanalyse marque un tournant majeur en psychiatrie car accompagne l'essor d'une conception dynamique des troubles mentaux face à l'organique. Pourtant même si l'inconscient, ce nouvel objet proposé pour la psychiatrie, est révolutionnaire, la visée de cette nouvelle science n'en reste pas moins déterministe et causale. Les hypothèses posées par la psychanalyse devant trouvé, tôt ou tard, leur confirmation ou leur infirmation en biologie¹⁸. Le courant dynamique proprement dit, divergent des conceptions organicistes et naturalistes de la psychiatrie, a connu diverses fortunes, diverses écoles et permet de proposer des alternatives à une vision monolithique de l'homme au sein même de la psychiatrie.

Après plus de deux cents ans d'existence et d'évolution, la psychiatrie affiche, sur le plan théorique, un bilan mitigé au vu de ses prétentions originelles. Après plusieurs révolutions dont la psychanalyse et l'arrivée des grands systèmes nosographiques que sont le DSM et la CIM, il semble que les grandes avancées tant attendues n'ont pas eu lieu. L'identification de maladies mentales spécifiques dont on saurait déterminer l'origine et l'étiologie n'est toujours pas d'actualité. D'ailleurs on voit poindre de nouveau deux grands changements d'envergures : le développement du concept de santé mentale¹⁹ qui serait plus à même de répondre aux besoins de santé psychique

16. KRAEPELIN, *Traité de Psychiatrie*.

17. PICHOT et al., *DSM-III*.

18. FREUD, *Au-delà du principe de plaisir*.

19. ROELANDT, « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite ».

des populations et le développement d'un programme de recherche américain, le Research Domain Criteria (RDoC), qui ambitionne de reconstruire l'édifice des savoirs théoriques psychiatriques à partir des neurosciences et en faisant table rase des nosographies encore en vigueur²⁰.

Pourtant, des progrès bénéfiques pour les personnes prises en charge ont eu lieu et que la discipline a progressé dans la compréhension du fonctionnement de l'esprit humain. La découverte des neuroleptiques, dans les années 1950, a permis de nouvelles possibilités de traitement et les psychothérapies sont aujourd'hui nombreuses et efficaces. Il existe ainsi un intérêt à la psychiatrie, en tout cas un espace où son action se révèle bénéfique. Au-delà des polémiques, il est intéressant de le noter et de partir de ce postulat pour aborder la discipline. La longue histoire de la psychiatrie et ses évolutions les plus récentes montrent qu'elle n'est pas prête de renoncer à sa quête.

Les doutes et les interrogations subsistent quant à la validité de son objet. Les reproches qui lui sont adressés sont un mélange hétéroclite de critiques raisonnées et argumentées sur la nature scientifique de sa production théorique²¹, de réflexions pertinentes sur son épistémologie parfois aléatoire²². Les interrogations sur son universalité²³, ou sa dimension politique²⁴, comme garante de l'ordre sociale, complètent le tableau. Ces limites de la psychiatrie viendraient contredire la possibilité d'une lecture médicale des troubles mentaux²⁵. Le corps médical et paramédical non psychiatrique n'est pas en reste pour ce qui est de la critique et la psychiatrie a longtemps été considérée comme une discipline à part. Trouble mental, trouble psychique, maladie mentale, désordre nerveux, trouble du comportement, expérience existentielle... Le flou persiste sur ce qu'est réellement son objet d'étude. On pourrait considérer qu'il existe ainsi « des » psychiatries, en fonction de la théorie de

20. DEMAZEUX et PIDOUX, « Le projet RDoC-La classification psychiatrique de demain ? »

21. LANTÉRI-LAURA, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*.

22. DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM ?*

23. DEVEREUX, *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*.

24. BASAGLIA, *Psychiatrie et démocratie*.

25. DELEFOSSE, NICOLE et SAUTTER, « Naissance d'une psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limites ».

l'homme que chaque courant adopte.

De nombreuses autres disciplines, en dehors du champ médical, ont tenté de comprendre ce que « la » psychiatrie était. Notamment les sciences humaines et sociales dont certains concepts ont permis la naissance et le développement de diverses approches en psychiatrie : psychiatrie sociale, ethnopsychiatrie, anthropologie psychiatrique, thérapies systémiques et familiales ou encore encore psychiatrie phénoménologie. Elles ont conduit a un renouveau des outils de réflexion et des théories de l'homme en psychiatrie. Ce renouveau, ou plutôt ces renouveaux, l'ont parfois éloignés de son ancrage médical sans jamais l'en détacher tout a fait. D'après Eric Kandel aux États-Unis et Anne Fagot-Largeault en France, la domination sans partage de la psychanalyse au mitan des années 1960, puis l'apogée des « antipsychiatries », lui a plus que jamais faire courir le risque d'un « *éloignement dangereux* » de toute perspective scientifique. Les débats ont été très vifs à cette époque sur ce que devait être la psychiatrie, conduisant en France au premier *livre blanc de la psychiatrie*²⁶ .

Même si la théorie psychiatrie tend de plus en plus vers une volonté de rapprocher de son cadre de pensée de celui des sciences naturelles, le foisonnement des écoles de pensées persistent. Jean-Louis Feys tente de faire une généalogie philosophique de ces différents systèmes de pensée²⁷ qui nous montre leur extrême diversité et, bien souvent, leur incompatibilité radicale. Cette lecture interroge vivement sur les possibilités d'une pratique psychiatrique dite intégrative.

26. GREEN, MARTIN et SIVADON, « Livre blanc de la psychiatrie française ».

27. FEYS, *Quel système pour quelle psychiatrie ?*

1.3 La psychiatrie en pratique

Malgré ce foisonnement théorique, la psychiatrie n'a toujours pas conclu sur son objet. Pourtant, elle est de plus en plus sollicitée. Elle pratique donc avant d'avoir vu aboutir ses réflexions sur la folie ou vu s'unifier ses différents courants. Au vu du nombre d'écoles de pensées, de la violence des débats théoriques pouvant éclater entre les différents acteurs²⁸, comment procéder au quotidien en psychiatrie ?

Revenons brièvement sur l'histoire de la psychiatrie. Celle relatée au chapitre précédent était celle des différentes conceptions théoriques de la maladie ou de l'homme malade. C'est généralement celle à laquelle on se réfère. Pourtant, la psychiatrie est une discipline médicale et, comme tel, s'est également constituée en tant que possibilité de soigner l'homme malade.

Si on conçoit une telle histoire, la psychiatrie a existé avant la psychiatrie au sein de la médecine. Les traitements des maladies de l'âme ont existé avant l'avènement de Pinel. Chez les Égyptiens et dans l'antiquité, on retrouve des descriptions de syndromes d'allure psychiatrique et les traitements nécessaires à leur prise en charge médicale. Ils ne sont, en revanche, pas liés à une discipline spécifique. La fin du XVIIIe voit l'apparition, en grande-Bretagne, des communautés thérapeutiques, prédécesseurs des asiles. En France, à la même époque, les hôpitaux généraux et les prisons servent à enfermer, sans distinction, les marginaux, les délinquants, les déviants, les mendiants ou les insensés. Au sein de cette population pour le moins hétérogène, la nouvelle discipline médicale se propose de prendre en charge ceux, nombreux, qui relèveraient d'une médecine. La « *libération des fous* »²⁹ par Philippe Pinel³⁰ est proposée par Pussin, son infirmier général, car elle permet une prise en charge plus appropriée et plus en adéquation avec les valeurs humanistes du temps. La création des asiles est proposée pour continuer à prendre en charge les aliénés dans un lieu adapté et conçu spécifiquement à cet effet. On peut encore

28. Comme en témoigne la violence des affrontements autour de l'autisme.

29. ROBERT-FLEURY, *Le docteur Phillippe Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés*.

30. Idée largement romancée et anachronique

indiquer, comme moments clefs, la psychanalyse qui a émergé au sein d'une méthode thérapeutique ou encore la découverte des neuroleptiques qui a accompagné la mise en place d'une psychiatrie hors les murs.

L'histoire de la psychiatrie est une histoire des soins permis par la psychiatrie, au moins autant qu'une histoire des théories de l'esprit malade, du cerveau malade ou une philosophie de l'homme souffrant. La volonté d'une pratique thérapeutique a parfois pu précéder et féconder des conceptions théoriques.

D'ailleurs, penser la folie, la déraison, l'anormalité n'est en aucun cas superposable à penser la psychiatrie. La réalité ultime de la maladie mentale, de ce « *trouble des passions* » selon Philippe Pinel, a toujours été un parti pris a priori. Il n'est pas moins légitime que l'ensemble des spécialités médicales qui, elles aussi parfois, traitent des maladies sans en connaître les causes ou en usant de classifications similaires à celles psychiatriques³¹. Le modèle médical (et même biomédical) n'est qu'une des modalités de réponse aux souffrances, aux maux exprimés par les personnes qui consultent ou sont prises en charges. Son socle de connaissances privilégie aujourd'hui les données issues des sciences naturelles. C'est le modèle choisit dès les origines par la psychiatrie. Charge au psychiatre de le rendre opérant en pratique.

Avant d'aborder la question de la pratique de terrain en psychiatrie, pour éclaircir et orienter notre propos dès maintenant, nous précisons donc que nous considérerons que la psychiatrie est une branche de la médecine car elle a été instaurée comme telle. Ce qui n'équivaut pas à affirmer que la folie est une pathologie mais que disposer d'une clinique et offrir la possibilité d'un soin spécifique, disposer d'un arsenal thérapeutique répondant à une épistémologie médicale, pourrait suffire à définir à une discipline médicale, quand bien même ses bases théoriques ne seraient pas assurées.

En reprenant Passeron, nous pouvons simplement considérer qu'elle est la moins nomologique³² des spécialités médicales. A cette extrémité du spectre de la causa-

31. JUNE et AGGARWAL, « The use and abuse of diagnostic/classification criteria ».

32. J.-C. PASSERON, *Le raisonnement sociologique*.

1. INTRODUCTION

lité en médecine comment procède t-on ? Comme fait-on avec un objet théorique, un système encore non élucidé pour pratiquer ? Le raisonnement médical suffit-il à combler cet abîme épistémologique entre théorie et pratique ?

2

État de la question

On nous dit le bonheur c'est le progrès, faites un pas en avant. Et c'est le progrès, mais ce n'est jamais le bonheur. Alors si on faisait un pas de côté ? (...)

L'an 01, de Gébé et Jacques Doillon

2.1 La psychiatrie en médecine

2.1.1 Devenir psychiatre

Malgré l'intervention de nombreux acteurs dans le soin psychiatrique, le psychiatre est au centre du processus. Loin d'être le seul acteur dans le champ de l'esprit, du psychisme et des comportements humains, comment se définit-il ? Alors, quelle différence avec un psychologue, dont on pourrait considérer rapidement qu'ils ont le même objet d'étude ? Ou même avec un anthropologue pour certains aspects de la pratique ? Médecin, il est formellement le seul formé et légalement habilité à établir un diagnostic et prescrire un soin. C'est donc à lui que nous nous intéresserons, dans un premier temps, pour comprendre les pratiques dont la psychiatrie se réclame et qui font sa spécificité dans le champ des sciences de l'homme.

Le programme d'enseignement, donnant les grandes lignes de la pratique, nous semble un bon révélateur de ce à quoi une profession aspire ou, en tout cas, du cadre

qu'elle se donne. S'y intéresser peut permettre de mieux appréhender les attitudes des professionnels sur le terrain et, dans le cas qui nous intéresse, voir comment s'y déploie le raisonnement médical, sa logique et sa dynamique.

Il faut d'abord noter que la psychiatrie tient une place à part parmi les disciplines médicales jusqu'en 1982. Avant cette date, pour devenir psychiatre, il fallait présenter un concours spécifique, distinct du concours général de l'internat de médecine. La psychiatrie était donc considérée par l'institution, de fait, comme intrinsèquement différente des autres spécialités médicales. L'aspirant psychiatre n'avait pas à répondre aux mêmes modalités de sélection que ses confrères spécialistes. Il était bien médecin mais formé au cours d'un cursus spécifique, sans présumer du caractère plus simple ou non de celui-ci. Suite à la réforme générale des études médicales, la psychiatrie a adopté le schéma général de la formation médicale. Elle s'est progressivement et totalement fondue dans le cursus universitaire commun à l'ensemble des spécialités médicales. Selon Anne Fagot-Largeault, cette réforme a été salutaire pour l'avenir scientifique de la psychiatrie en France et le développement nécessaire d'une recherche rigoureuse.

Plus récemment, par soucis d'uniformisation des parcours universitaires à l'échelle européenne, le déroulé des études médicales a récemment évolué et respecte désormais la forme Licence – Master – Doctorat (LMD). Pour une meilleure lisibilité et dans la mesure où l'esprit reste le même pour le cursus médical et la question qui nous intéresse, nous conserverons la division en trois cycles d'études existant avant le système LMD.

Le premier cycle des études médicales correspond à la formation en sciences fondamentales. Où l'on apprend les bases des sciences fondamentales sur lesquelles la médecine moderne s'appuie et leur rapport avec la biologie générale et humaine. Cela va de la biologie cellulaire à la biophysique ou encore l'histologie. Ce sont les fondements du modèle biomédicale. Les sciences humaines sont enseignées et non anecdotiques au vu du coefficient représenté pour le concours. Mais, en réalité, leur

poids dans la formation reste anecdotique¹. Ce premier cycle est donc résolument tourné vers une médecine relevant des sciences naturelles avec une philosophie positiviste. Les premières sélections et les premiers apprentissages se font largement dans ce paradigme. Il imprègne donc les conceptions de la médecine, toute juste naissante, des futurs praticiens.

Le deuxième cycle correspond à la formation par l'approche clinique, c'est l'externat de médecine. Où l'on apprend à mettre en œuvre, les connaissances fondamentales acquises au cours du premier cycle. On aborde et approfondie les bases de la sémiologie médicale, on apprend à dérouler précisément le fil du raisonnement médical, à faire un diagnostic, à prendre une décision médicale selon les préceptes de l'EBM. C'est à ce moment qu'est instauré l'abord des situations par analyse de cas clinique. Les stages en milieu hospitalier, très ponctuels au cours du premier cycle, deviennent plus réguliers et l'engagement auprès des patients plus important. Une formation à la recherche peut être réalisée en option. La méthode expérimentale côtoie l'apprentissage clinique. À ce stade du cursus, l'étudiant en médecine a suivi un cursus qui l'aura confronté, essentiellement, à une méthode : Un socle de connaissance biologique à partir duquel dérouler un raisonnement médical basé sur l'analyse de cas clinique pour aboutir au diagnostic, puis proposé une décision répondant aux standards de l'EBM. Le programme officiel est national et se conclut par l'Examen Classant National, concours commun à toutes les spécialités. C'est au décours de ce concours que se décidera, entre autres, le choix de la spécialité. A ce stade, le futur psychiatre aura un socle de connaissance et une méthode de travail similaire à l'ensemble de ses confrères.

Le troisième cycle correspond à l'apprentissage pratique du métier, c'est l'internat de médecine. Les études médicales, en France, se veulent très pratiques. L'étudiant en médecine est amené à faire de nombreux stages cliniques à l'hôpital, dans différents services et à mi-temps dès la troisième année, qui lui montre l'importance

1. BONAH et COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES EN MÉDECINE ET SANTÉ (FRANCE), *Médecine, santé et sciences humaines*.

de la clinique, de l'art médical. L'internat est une phase de spécialisation et de professionnalisation, elle procède par compagnonnage. L'étudiant en troisième cycle est alors amené, sous supervision de médecins thésés, à assurer lui même les soins des patients de la première rencontre à la décision du traitement selon la gravité du cas. Il peut enfin appliquer, sur le terrain, la somme des connaissances acquises durant les études. C'est ce que fait le jeune interne qui utilise un mode de raisonnement différent de celui des médecins plus expérimentés.² La responsabilité des décisions et des soins est censée être portée par les médecins thésés mais, en pratique, l'étudiant est la plupart du temps très autonome dans la pratique quotidienne auprès du patient. Parfois bien seul face au gouffre entre théorie et pratique que l'on évoquait plus haut, c'est à ce stade que se finalise la formation de l'esprit du futur médecin³

Le cursus médical se divise donc en trois cycles allant des sciences fondamentales à la pratique. Le programme d'enseignement et sa mise en pratique mériteraient d'être étudiés pour eux même. Cette courte analyse donne tout juste une idée du processus de construction de l'esprit d'un futur médecin. Nous concentrerons notre attention sur ce troisième cycle. À travers son apprentissage, c'est bien la pratique médicale de la psychiatrie que nous voulons aborder et elle ne pouvait se comprendre que dans la dynamique générale du cursus. Cette étape de spécialisation permet d'embrasser la spécialité plus largement, de se confronter à sa complexité difficilement réductible au seul modèle biomédical et de se former à différentes approches. Cependant, le modèle biomédical appris lors du tronc commun est déjà assimilé. On peut penser que les jeunes psychiatres arrivent aujourd'hui sur le terrain de la pratique avec le même bagage et l'esprit formé dans le même moule que leurs confrères. Qui dit même formation dit certainement, mêmes perspectives de pratique de l'exercice et mêmes impasses lors de la confrontation à la singularité de chaque patient. Quelle que soit la spécialité, un abord de la médecine comme simple application de recettes bien apprises se heurte vite à la réalité de l'exercice.

2. MARQUELET, *Le raisonnement médical*.

3. GOOD, *Comment faire de l'anthropologie médicale ?*

Y a t il eu un changement de fond pour la psychiatrie depuis qu'elle n'est plus une spécialité au concours spécifique ? Il est difficile d'avoir une réponse affirmative simple et définitive. Anne Fagot-Largeault, toujours, considère qu'après avoir failli quitter les facultés de médecine pour les facultés de lettres, et abandonner le champ de la science, la psychiatrie a été « *heureusement rattrapée par le collet* » lors de la réforme de l'internat de 1982. Il s'agirait justement d'un des objectifs de la réforme.. Les conséquences pour la pratiques, s'il y en a, sont plus dures à évaluer. Les jeunes médecins contemporains sont formés à être des techniciens du corps biologique, aptent à dérouler le raisonnement médical, le diagnostic et le traitement. Dans ce schéma, le psychiatre sera un technicien du cerveau. Rien ne permet pour autant de prédire comment ils s'approprieront cette formation, les motivations personnels de chaque étudiant étant singulière et non exploré ici. Mais l'appui sur un mode de raisonnement rationnel et scientifique semble être une base invariable que chacun adaptera à sa sensibilité particulière.

Reprendre la genèse et la transformation de la psychiatrie comme discipline réellement scientifique dépasse notre propos et nous ne nous y attarderons pas. Simple-ment, il est intéressant de relever cette volonté de rapprocher les cadres de pensée de la psychiatrie des autres spécialités médicales. Ce cadre de pensée médical général sera le point de départ légitime et pertinent pour interroger la psychiatrie.

2.1.2 Du diagnostic à l'étiquetage

Le raisonnement médical a pour but d'établir un diagnostic. Il est l'étape incontournable de la prise en charge médicale telle qu'elle est conçue depuis Hippocrate.. Il se base sur le recueil des signes et des symptômes cliniques auprès du patient, à leur agencement et leur analyse. Le recueil de ces données se fait au cours de l'examen clinique. L'anamnèse est une étape essentielle de cette examen. Il est généralement admis qu'il permet une orientation rapide de l'avis médical⁴ . L'examen physique,

4. MARQUELET, *Le raisonnement médical*.

permet de compléter les informations et d'affiner le diagnostic. Les examens complémentaires ne viennent qu'en dernier lieu pour confirmer, infirmer, préciser ou orienter le diagnostic.

Les symptômes, rapportés par le patient, peuvent avoir une grande variabilité d'une personne à l'autre pour une pathologie donnée. C'est une donnée subjective, peu uniforme, considérée comme peu fiable en elle-même. Tous les symptômes n'ont pas la même valeur : les symptômes généraux et subjectifs comme la fatigue seront toujours plus sujets à interprétation qu'une toux, par ailleurs vérifiable. Le signe est plus précis et se rapproche des standards des sciences naturelles que visent la médecine. Signes et symptômes constituent le répertoire de la sémiologie médicale.

Les symptômes et les signes relevés organisent des syndromes qui peuvent relever de plusieurs causes. On n'attribue le statut de maladie que lorsqu'une cause est identifiable. En médecine, la notion de maladie est ainsi intimement liée à la notion de causalité. Les maux auxquels s'intéressent la médecine n'ont pas tous la même valeur en fonction de l'étiologie, si elle est connue et identifiée : Les pathologies infectieuses, aux causes et à la physiopathologie bien identifiées ne relèvent pas du même statut que certaines maladies auto-immunes ou les troubles psychiatriques, aux contours et aux étiologies encore mal identifiés.

Puis c'est le raisonnement médical qui permet au praticien de remonter de l'interrogatoire et de l'examen clinique au syndrome puis éventuellement à la maladie. Il peut prendre de nombreuses formes. On peut les répartir schématiquement en deux groupes⁵ :

- Les méthodes analytiques : le plus classique est le raisonnement hypothético-déductif. C'est celui qui est généralement enseigné aux étudiants en médecine. Il procède par l'émission d'hypothèses généralement très précocement suite au début de l'entretien, à partir de données élémentaires présentées par le patient. Puis l'affinage progressif se fait au fur et à mesure du recueil de données qui permet de tester chaque

5. NENDAZ et al., « Le raisonnement clinique ».

hypothèse. Confirmée ou infirmée il permet d'aboutir au diagnostic. Un autre type de raisonnement analytique existe qui s'inspire du modèle probabiliste de Bayes. Le médecin possède une hypothèse diagnostic a priori la plus probable selon le contexte et d'hypothèses conditionnelles. A chaque fois qu'une donnée est recueillie, advient une nouvelle hypothèse diagnostic, a posteriori, associée à une nouvelle probabilité statistique. Et ainsi de suite jusqu'à l'hypothèse la plus probable. Ce modèle prime en pratique.

- Les processus non analytiques : Ils font appels à la reconnaissance des formes des maladies, de configurations caractéristiques (*pattern recognition*). Ils s'appuient sur la capacité du médecin à reconnaître des airs de familles entre les présentations cliniques des maladies. Ils font appel à l'expérience clinique des praticiens, au stockage en mémoire d'un grand nombre de situations cliniques parmi lesquelles ils pourront piocher. C'est le mode de raisonnement diagnostic qui fait le plus appel aux sens du cliniciens. Un jeune médecin ne peut donc pas mettre en œuvre ce type de processus de façon fiable.

En réalité, il est admis que les médecins font appel à plusieurs types de raisonnement simultanément en fonction de leur formation, de leurs dispositions personnelles ou de leur expérience. Le diagnostic fait donc appel à des modes de raisonnement parfaitement explicites mais dont la mise en œuvre, intimement liée à l'expérience personnelle et professionnelle du praticien, est difficile à appréhender totalement. Les processus non analytiques semblent prédominer, avec l'approche bayésienne, sur le modèle hypothético-déductif. Ce dernier relève plutôt d'un raisonnement formel, sur papier. C'est pourquoi il est souvent utilisé par les jeunes étudiants.

Afin de mettre en œuvre plus aisément ses outils, le médecin passe par l'élaboration de cas cliniques. Il s'élabore lors de la rencontre avec le patient comme un modèle d'analyse plus maniable et permettant une confrontation facilitée au corpus de connaissances théoriques. En sens inverse également, la possibilité de généralisation à partir de plusieurs cas cliniques est un outil heuristique puissant. La capacité

à alterner connaissances générales théoriques et cas particulier est au centre de la pratique clinique médicale et psychiatrique. La construction du cas clinique incite à s'intéresser holistiquement à la personne du patient au-delà du recueil de données strictement médicales. La maladie présentée s'inscrit dans une trajectoire de vie et un environnement propre au patient. Chaque médecin peut faire varier la focale selon ses intérêts : se concentrer exclusivement sur la maladie et l'histoire de la maladie actuelle ou plus largement au contexte biographique dans lequel elles font irruption. Le regard que porte le médecin sur son patient, la relation qu'ils établissent en sont affectés. Pour analyser une situation, le médecin mobilise ainsi, plus ou moins consciemment, des connaissances au delà de son bagage de savoirs professionnelles.⁶

Le déroulement formel de la construction du cas clinique et de l'établissement du diagnostic revêtent une importance capitale au delà de la décision médicale dont ils sont la source et indépendamment du choix du traitement à proposer. Aboutir à un diagnostic est une étape cruciale dans la quête de sens que poursuit le patient. De même qu'il n'est pas sans effet sur sa personne. Ainsi, cet extrait du dictionnaire de la pensée médicale nous en donne une idée :

« On procède à un examen médical, puis le médecin crée une réalité en attachant un nom au faisceau indéfini de symptômes dont le patient cherche à se défaire. En mettant un nom à ces troubles, le médecin, de fait, assigne une maladie au patient (...) Des différents pouvoirs du médecin, celui qui l'autorise à placer les malades dans une catégorie pathologique donnée est le plus significatif. (...) et l'intègre ainsi à une communauté nouvelle. (...) En médecine, le processus qui consiste à donner sens aux symptômes des patients en les plaçant dans une catégorie donnée n'est pas appelée « étiquetage » (labelling) mais diagnostic (du grec "signe distinctif"). Il n'en est pas moins important de reconnaître que les conséquences sociales et culturelles du diagnostic peuvent être aussi

6. NAUDIN et BOULODNINE, « La part de l'analyse phénoménologique dans l'étude de cas singulier ».

profondes que ses conséquences biologiques, et que l'établissement du diagnostic s'accompagne invariablement de ce processus d'étiquetage »⁷

A partir des années 1960, la *labelling theory* a eu un retentissement considérable au delà du cercle des chercheurs en sciences sociales qui l'ont vu naître. En psychiatrie notamment, le concept a été accaparé pour affirmer que le diagnostic psychiatrique ne relevait pas d'une science médicale mais d'un étiquetage social, sous couvert de science, pour un meilleur contrôle de populations désormais normées. Or nous venons de voir que toutes les disciplines médicales sont soumises, à un degré plus ou moins important, au même raisonnement et aux mêmes limites formelles. La psychiatrie ne fait pas exception, elle se situe simplement à une extrémité du continuum qui va des syndromes à causalités strictes et démontrées et répondant donc à la définition de maladie, aux syndromes sans étiologies connues ni causalités bien identifiées. L'ensemble des pratiques médicales se répartissant sur cette axe. Le problème posé par l'étiquetage y est seulement plus sensible.

2.1.3 Pratiquer sans causalités

Ce modèle basé sur le diagnostic implique nécessairement de savoir ce que l'on cherche à attester, et d'avoir des hypothèses diagnostics identifiées et stables. En effet, la détermination d'un diagnostic précis suppose que nous ayons une connaissance des différents diagnostics possibles. Or la psychiatrie n'offre pas réellement cette possibilité. Comme nous l'avons vu précédemment, l'existence de maladies psychiatriques est un fait encore difficile à établir. Nous en sommes encore au stade de forte présomption, de concordance des observations. Les entités décrites n'en sont, en réalité, qu'au stade de syndrome, regroupement d'un certain nombre de signes et symptômes au sein d'une même entité. Le paradigme dominant actuel ne permet d'attribuer le qualificatif de maladie que lorsqu'a été affirmé le corrélât organique, physique, du trouble observé à l'échelle clinique. Ce qui n'est pas encore possible en

7. *Dictionnaire de la pensée médicale.*

psychiatrie. L'histoire naturelle des maladies psychiatriques est presque inexistante. Ces limites sont bien connues et ont conduit à la préférence pour la notion de trouble laissant plus de marge à l'appréhension des entités nosographiques en psychiatrie.

Or, si cette notion de trouble semble opportune⁸, il n'en reste pas moins qu'il n'y a toujours aucune lésion connue. L'élaboration d'un diagnostic fiable et spécifique est donc compliqué. Sans le mettre en doute, la technique et le savoir du psychiatre sont alors moins indiscutables quand elles se réclament du modèle biomédical et les conclusions toujours sujettes à discussion. Ce d'autant plus que le savoir et les catégorisations dont use le psychiatre pourrait relever de catégorisations du sens commun. Des modèles de pensées et épistémologiques alternatifs au biomédical deviennent alors nécessaires. Mais ils relèvent tous de théories de l'homme malade,⁹ non unifiés et dont les implications thérapeutiques sont très variables. Au moment d'agir, ils laissent le praticien face à un vaste puzzle difficilement mobilisable.

Confronté à ces difficultés, comment le psychiatre opère-t-il en pratique ? Il s'agira de voir, en acte, comment se constitue le savoir pratique psychiatrique.

8. DEMAZEUX, *Définition du trouble mental*.

9. HARDY-BAYLÉ, « Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles... et aux référentiels de prise en charge ».

2.2 La psychiatrie et les sciences

2.2.1 Le corpus de connaissances

Les connaissances médicales, bien qu'évoluant sans cesse, sont figées à un instant donné par l'état des connaissances sur l'homme. En regard, la pratique est singulière, mouvante et sujette à interprétations. Chaque spécialité médicale a ses manières de rapporter les cas particuliers aux connaissances générales. Dans tous les cas, le moment diagnostique est le pivot permettant d'articuler un socle de connaissances théoriques à l'exercice pratique. La psychiatrie semble parfois débordée par son objet d'étude, non unifié, et difficile à appréhender tant elle présente de multiples facettes.

L'hypothèse fondamentale de la médecine, posée par Hippocrate, est de considérer l'existence de maladies d'essences naturelles comme étant à l'origine des plaintes du patient. Il faut ainsi s'intéresser au contenu du corpus de connaissances théoriques en psychiatrie, sa genèse, et à son lien avec l'exercice clinique. Il s'est édifié à partir d'observations précises et détaillées des personnes, de leur évolution dans le temps, d'écoute et d'analyse de leur propos, de leur expérience vécue, du contexte et de l'environnement de survenue des troubles¹⁰. Ces descriptions ont existé dans le champ médical bien avant l'avènement de la psychiatrie. Patiemment relevées, classées, organisées, les observations constitueront de simples hypothèses ou alimenteront la nosologie médicale. Mis en œuvre en clinique, ce corpus est en constante évolution du fait de nouvelles observations, de nouvelles découvertes, de l'acquisition de nouvelles données issues des avancées techniques, des sciences fondamentales ou fécondé par les science humaines. Aucune essence naturelle n'a encore été identifiée. Pourtant, la psychiatrie se construit, comme discipline scientifique, par l'élaboration de savoirs. De S. Freud et la psychanalyse à la révolution critériologique du DSM en passant par la théorie organodynamique de H. Ey, il y a une aspiration commune à la catégorisation, à l'élaboration d'une science.

10. DIDIER, *Dans la nuit de Bicêtre*.

2.2.2 Démarche scientifique et catégorisation

Depuis au moins Aristote, l'activité de classification du monde vivant est une préoccupation centrale en science. On récolte des données qu'on tente d'organiser en les classant afin de mieux les connaître, de mieux les appréhender et d'en tirer une connaissance du monde. Cette démarche est à la source des sciences du vivant, des sciences naturelles au sens large mais également de toutes les disciplines choisissant d'adopter une démarche scientifique. Les modalités d'observation, de recueil ou de raisonnement permettant l'organisation du champ de connaissance sont, certes, diversifiés, mais semblent tous se rejoindre sur la nécessité de classer.

C'est à ce travail que s'est astreinte la médecine depuis le tournant hippocratique qui souhaite dépasser les croyances et établir des faits. Les maladies peuvent s'expliquer, avoir une cause identifiable et être traitées en fonction de celles-ci. Les sciences naturelles sont un modèle à suivre. Elle doit observer, classer, comparer et agir méthodiquement. C'est sur ces bases que la médecine occidentale s'établit. Elle connaîtra plusieurs avancées, plusieurs révolutions, de la théorie des humeurs initiales au modèle anatomo-clinique et statistique actuel, mais le principe de catégorisation, d'établissement d'une nosologie de référence, reste.

La psychiatrie ne naît sous sa forme actuelle qu'à la fin du XVIII^e siècle mais elle n'est pas ce « grand renfermement à l'âge classique » que décrit M. Foucault¹¹. La « folie » a toujours été liée à la médecine et l'entreprise de classification des folies a toujours été¹². Sa prise en charge par la société a toujours été à l'intersection de plusieurs domaines, notamment religieux et judiciaire. L'instauration de la psychiatrie en tant que discipline médicale permet l'abord de la folie selon les méthodes en vigueur en médecine, bien que les maladies, les désordres à l'origine des troubles observés soient encore hypothétiques. S'engage alors une vaste entreprise et un effort sans précédent dans ce domaine, de classifications, d'établissement d'une nosologie. Sur ce point, M. Foucault ne se trompe pas dans son chapitre sur

11. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*.

12. QUÉTEL, *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*.

« *le fou aux jardins des espèces* ». C'est bien selon une méthodologie propre aux botanistes et plus généralement aux sciences naturelles qu'on s'intéresse à la folie. Chaque aliéniste, chaque asile, proposera sa classification. Ce travail, d'abord principalement mené en France puis en Allemagne¹³ aboutira, à la fin du XIXe siècle, à la classification d'E. Kraepelin¹⁴. Il y proposera le concept de « *démence précoce* » précédent celui de schizophrénie encore en vigueur aujourd'hui ou encore la psychose maniaco-dépressive.

Au début du XIXe siècle, la psychanalyse prend son essor. L'approche phénoménologique, qui trouve un terrain fertile en psychiatrie, suit de peu. Ces deux méthodes constituent parmi les apports directs et principaux des sciences humaines à la clinique psychiatrique. Parallèlement, la psychiatrie organiciste poursuit son effort. Elle donnera même, en 1927¹⁵ et 1949¹⁶ deux prix Nobel aujourd'hui controversés, sur les trois décernés à des médecins psychiatres¹⁷.

Dans les années 1970, le sentiment d'un trop grand manque de rigueur¹⁸ dans la pratique sont à l'origine d'un renouvellement de l'entreprise classificatoire. Appuyer par l'essor de l'approche statistique en médecine, elle aboutira au DSM III¹⁹. Malgré ses limites conceptuelles et pratiques²⁰, il s'impose comme référence au niveau international, notamment dans le domaine de la recherche. Ce manuel connaît un grand succès aux multiples origines. Il s'est largement répandu, dépassant le seul cadre des équipes de recherche et se présente aujourd'hui comme la seule voie possible pour la psychiatrie vers la recherche d'objectivité et de scientificité dont se réclame la médecine contemporaine.

13. PICHOT, *L'approche clinique en psychiatrie*.

14. KRAEPELIN, *Traité de Psychiatrie*.

15. Julius Wagner-Jauregg pour la "découverte" de la malaria-thérapie

16. Egas Moniz pour la "découverte" de la lobotomie dans le traitement des psychoses

17. Eric R. Kandel, en 2000, pour ses travaux sur les bases moléculaires de la mémoire

18. MEEHL, « *Why I do not attend case conferences* ».

19. PICHOT et al., *DSM-III*.

20. DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM ?*

2.2.3 Pratiques cliniques et objectivité

D'innombrables écrits existent sur l'exercice clinique en médecine et plus spécifiquement en psychiatrie. La clinique se fonde sur l'ensemble des signes et symptômes relevés au cours de l'examen du patient permettant d'établir un diagnostic syndromique ou de maladie. Cet exercice, répété à chaque consultation, constitue le socle de la pratique de la médecine. Puis le raisonnement médical permet de remonter au corpus général classant les maladies. De l'examen d'une épaule immobile et douloureuse, la recherche d'un souffle au cœur ou de la mise en évidence d'une désorganisation intellectuelle au diagnostic d'une lésion de la coiffe des rotateurs, d'une endocardite et d'un trouble schizophrénique, la démarche clinique est, intellectuellement, strictement identique. En revanche, la pratique, selon la spécialité, n'est bien souvent pas similaire. Cette différence entre spécialité se retrouve également entre médecins spécialistes d'un même domaine. Ces écarts entre les exercices cliniques est la bête noire de la médecine qui cherche à les réduire à tout prix. C'est ce que tente la multitude de protocoles, de guides de bonnes pratiques, de recommandations opposables qui visent à uniformiser les pratiques de la clinique²¹. C'est cette volonté de contrôler strictement les disparités dans l'exercice pratique de la médecine qui conduit aujourd'hui à donner une place prioritaire aux données considérées comme les plus objectives possibles. La place des examens paracliniques devient ainsi prédominante et l'on constate une répercussion certaine sur la pratique clinique. Si en médecine somatique il est simple de noter cette influence grandissante des examens paracliniques, en psychiatrie ils n'existent encore quasiment pas. On imagine pourtant déjà une reconstruction du champ de la clinique psychiatrique à partir de données issues en priorité des sciences fondamentales neurobiologiques²².

Cette évolution à marche forcée vers la plus grande objectivité est vivement discutée en médecine somatique comme en psychiatrie. Une critique de cette volonté d'objectivité, de rationalité et d'uniformisation des pratiques émerge. Elle questionne

21. JUNOD et al., *Décision médicale ou la quête de l'explicite*.

22. DEMAZEUX et PIDOUX, « Le projet RDoC-La classification psychiatrique de demain ? »

la place de l'humain, de la personne dans le dispositif médical et s'interroge sur la pertinence de cette voie²³. Elle remet en cause l'EBM et la place trop grande des examens paramédicaux dans la démarche médicale. L'objectivité n'est pas nécessairement gage de qualité et de justesse, les résultats tant attendus de ces approches objectivantes sont toujours peu probants. La faillite en cours du DSM²⁴, entre débats incessants et la volonté de son remplacement, que nous avons déjà évoqué, en est un autre exemple. Il faut s'interroger sur le rapport non linéaire, entre une pratique qui se veut de plus en plus objective, produisant un soin qui ne serait pas nécessairement plus adapté. Depuis la découverte des neuroleptiques, il n'y a pas eu d'avancée thérapeutique majeure en psychiatrie.

L'exercice clinique, avec tout ce qu'il a de subjectif, d'opérateur-dépendant reste, pour quelques temps encore, le fondement de l'exercice médical. Plus fondamentalement, si l'on peut discuter de la meilleure manière d'aborder le patient, de comprendre ou d'expliquer son monde vécu, de relever les informations lors de l'examen clinique, seul le raisonnement médical permet d'aboutir à un diagnostic puis à une décision d'action centré sur la maladie.

2.2.4 Pratiques cliniques et subjectivité

La psychiatrie reste à ce jour, plus que ses consœurs, une spécialité essentiellement clinique du fait du manque d'éléments étiologiques suffisamment solides pour soutenir cette course à l'objectivité mais également de la pertinence, jamais démentie, d'une approche subjective des troubles. C'est probablement dans cette zone grise de l'exercice clinique que se trouve la spécificité de la psychiatrie. Cela est à l'origine de la profusion des écoles de pensée en psychiatrie. Chacune élabore une théorie de l'être, du psychisme, de la maladie mentale ou des comportements humains. Le praticien est confronté à cette situation de balkanisation des théories et des pratiques²⁵. Chaque psychiatre peut se référer à l'une ou l'autre des écoles de

23. KIPMAN, *Manifeste pour une psychiatrie de la personne*.

24. DEMAZEUX, « L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme ».

25. GUELFY et ROUILLON, *Manuel de psychiatrie*.

2. ÉTAT DE LA QUESTION

pensée et la mettre en pratique selon ses choix théoriques et indépendamment de toute épistémologie partagée.

Les questions à propos du savoir et du diagnostic en psychiatrie sont nombreuses et la pratique en pose tout autant. Elles cherchent à comprendre dans quelle mesure les psychiatres réussissent malgré tout à fonctionner de manière à peu près commune au cours d'un exercice soumis à des variations interpersonnelles importantes. Le seul élément qu'on sache formellement commun à tout psychiatre est le raisonnement médical. Peu importe son obédience, le psychiatre se définissant comme médecin, il articulera sa pensée autour d'un diagnostic clinique qui lui permettra de mettre en œuvre un soin. Ce processus diffère lorsque le psychiatre fait appel aux théories dynamiques ou existentiels.

L'exercice clinique nécessite d'apprendre à composer avec l'intersubjectivité au cours de la rencontre avec la patient. C'est relativement simple lorsqu'il s'agit d'un souffle au cœur car il n'existe aucune interférence autre que technique pour ce relevé, on sait précisément quelles sont les caractéristiques de bruits du cœur sains et des examens paracliniques peuvent facilement confirmer ou infirmer cette hypothèse. C'est moins évident pour un comportement qui doit être jugé ou non normal, ou révéler une « humeur triste ». En effet, jamais aucun élément n'est venu confirmer ou infirmer l'existence des dites « *maladies mentales* ». Il s'agit finalement d'un postulat seulement validé par la multiplicité des observations concordantes et la régularité de l'organisation des signes et symptômes.

La psychiatrie est la spécialité la plus confrontée à ces limites de la clinique et du modèle médical. D'autant plus que l'on approche de la qualité de l'homme²⁶, comment se confronte le raisonnement médical, rationnel et basé sur des espèces naturelles à la rencontre entre la subjectivité de l'évaluateur et celle des expériences vécues par le patient ?

Jean-Louis Feys nous donne des pistes pour le comprendre. Dans *quel système*

26. ANGELERGUES, *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*.

pour quelle psychiatrie, il constate « l'impasse épistémologique de la multiplicité des approches théoriques » et la nécessité de mieux les comprendre pour choisir une épistémologie qui serait la plus adaptée. Selon lui « Plus que jamais, la psychiatrie est devenue un « bric-à-brac » de techniques diagnostiques et de recettes thérapeutiques, un bricolage empirique de l'esprit »²⁷. Pour cela, il propose de revenir aux assertions philosophiques fondamentales guidant la traduction de notre expérience du monde sensible en pensée et en langage. Il s'appuie sur le travail du philosophe Jules Vuillemin qui a proposé une classification de ces systèmes philosophiques. Nous ne résumerons pas l'intégralité de l'ouvrage mais nous arrêterons sur quelques points pouvant éclairer notre propre raisonnement.

Les différents systèmes philosophiques sont présentés comme étant incompatibles entre eux. « *Chaque philosophie est un monde clos sur lui même* ». *C'est le principe même de cette classification philosophique qui ne prétend pas déterminer quel système tendrait le plus vers la vérité ou non. Autrement dit, on ne peut pas exploiter toutes les possibilités que la classification des systèmes est en mesure de répertorier et d'énumérer* ». La première obligation est de choisir, autant que possible avec de « *bonnes raisons* » et ne s'en remettre ni au « *bon sens commun* », incapable d'en faire une synthèse valable, ni à l'éclectisme « *qui a pour effet d'endormir la raison philosophique et de l'encourager à la paresse et à la confusion en la dispensant de choisir et d'explorer réellement les conséquences qui résultent du choix* ». La science ne permet pas non plus de choisir entre ces différents systèmes, c'est le choix d'un des systèmes qui déterminera les bons critères pour une science. « *La notion de vérité philosophique diffère [...] de la vérité scientifique* ». Il faudra donc choisir.

Les modes de traduction de l'expérience sensible se fondent sur plusieurs formes fondamentales d'assertions philosophiques. Les assertions sont des catégories de langage permettant de décrire « *exhaustivement ce qu'il est possible de communiquer de l'expérience sensible* ». Il existe deux formes fondamentales d'assertions (reposant elle-même sur six types de prédications que nous ne détaillerons pas) : La série dog-

27. FEYS, *Quel système pour quelle psychiatrie ?*

matique, qui exclue la subjectivité du sujet parlant et les jugements de système de l'examen qui prennent en considération la contribution subjective à la constitution de l'affirmation.

Au sein de ces deux groupes, les systèmes psychiatriques se répartissent en six classes : le réalisme, le conceptualisme, le nominalisme des choses, le nominalisme des événements, l'intuitionnisme et le scepticisme. Considérons les très brièvement.

Quatre systèmes relèvent de la *série dogmatique* :

- Le réalisme agit dans le monde des Idées. Il ne considère en aucun cas la réalité physique, élevant les concepts au rang d'idées générales universelles et intemporelles. Si ce système s'avère inopérant dès lors que l'on a à faire à une personne humaine (relevant par essence de notre expérience sensible) et non à un concept abstrait, certaines conceptions psychiatriques tendent toutefois vers lui. L'affirmation selon laquelle « la folie est une déraison » pré existe à toute appréhension de la folie. Il est important de noter que toute pratique des systèmes psychiatriques porte en lui le risque de glisser vers le réalisme. En effet, quelle que soit notre conception de la schizophrénie par exemple, de son existence ou non, une fois assimilée, on peut être amené à lire une situation à partir du concept de « schizophrénie », devenue Idée hors-sol, pré existante et sans prise avec la réalité alors même qu'il relève d'une traduction d'une expérience sensible du monde.

- Le conceptualisme est une extension du réalisme appliqué aux substances. On quitte le monde des Idées pour affirmer comme préalable l'existence d'une entité particulière, une substance, qui guidera notre raisonnement. C'est ce système qui a longtemps guidé le développement de la psychiatrie. Il permet de poser la substance « *maladie mentale* » comme étant, existant avant d'avoir été identifiée et individualisée. Les structures, en psychanalyse, relève du même système. L'environnement et les événements ne peuvent influencer sur sa finalité.

- Le nominalisme des choses et de le nominalisme des événements prennent en

compte l'interaction avec l'environnement et l'influence des accidents sur la définition de la substance. Le nominalisme des choses est le système dominant des neurosciences et de l' « *homme neuronal* ». Le neurone devient le point de départ et d'arrivée de tous les raisonnements. Toutes les altérations qui sont constatées à son niveau peuvent se traduire en maladie et tout trouble perçu doit pouvoir trouver son origine dans le neurone. C'est l'accident et la reconfiguration qui sont la chose et méritent notre attention.

- Le nominalisme des événements ne dit pas autre chose que le nominalise des choses mais il ne s'intéresse plus à la substance. Il considère les accidents au cours d'une trajectoire de vie et du récit biographique. C'est le récit et ses altérations qui sont la perception et déterminent ce qui doit être. Les courants dynamiques et plus généralement psychothérapeutiques relèvent de ce système.

Deux systèmes relèvent des *systèmes de l'examen* :

- Le scepticisme pose comme principe que jamais une expérience, quand bien même se répéterait elle, ne nous permettra de tirer une loi générale et universelle. Il remet en cause la notion de causalité. « *A force de voir des bûches consumées par le feu, je pense que le feu est la cause par laquelle les bûches se consomment* ». Mais je ne peux en aucun en conclure que le feu est un phénomène universelle qui consume les bûches. Je peux seulement déduire statistiquement que la prochaine bûche mise dans le feu devrait se consumer. Toute la médecine fondée sur les statistiques découle de ce système. L'EBM ou le DSM y trouvent leur source. C'est d'ailleurs l'explication de l'impasse dans laquelle se trouve le DSM. Il a des prétentions scientifiques et causales qui ne peuvent s'épanouir que dans un système dogmatique. Le système septique est sensible aux reconfigurations spatio-temporelles des expériences, aux compromis entre les différents observateurs. C'est qui se traduit dans les révisions incessantes de cette classification. Les futurs DSM semblent d'ailleurs vouloir aller vers une approche dimensionnelle²⁸ .

28. DEMAZEUX, « Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? »

joindre l'approche dogmatique nominaliste des neurosciences, elle pourra étudier des liens de causalités dans un système nosographique neurobiologique plus stable. Au fond, cela a toujours été son ambition. Au sein du système septique, cohabitent également les constructivistes et les relativistes. Le concept de « *construction sociale de la réalité* » ou l'ethnomédecine permettent de comprendre en quoi ces concepts sont septiques. En effet, ici, les faits n'existent pas en eux-mêmes mais dépendent radicalement d'une configuration socio-historique et dialectique donnée. L'ensemble des constructivistes ne sont pas réunis sous la seule et même bannière septique. Le constructivisme relève également des systèmes réaliste et intuitionniste. Mais le constructivisme septique de I. Hacking, B. Latour et M. Foucault, par exemple, est le plus représenté en psychiatrie.

- Dans les systèmes de l'examen, l'intuitionnisme diffère du scepticisme en ce qu'il prend en compte la subjectivité de tous les protagonistes de l'expérience (soignants ET soignés par exemple) pour construire l'expérience. Le septique ne s'intéresse à la subjectivité que d'une des deux parties qui aura, éventuellement, assimilée des données extérieures. Par exemple le médecin s'appuyant sur l'EBM qu'il appliquera à une situation donnée ou le constructiviste qui s'appuiera sur une représentation culturelle donnée de la maladie pour l'appréhender. L'intuitionniste quant à lui doit construire une méthode qui lui permettra de co-construire en permanence à partir de l'expérience entre deux protagonistes. Le système intuitionniste est le système défendue par l'auteur. Il le détail largement dans son ouvrage.

Ce détour un peu aride nous permet d'ouvrir des pistes de compréhension pour notre question initiale : le recueil clinique psychiatrique reste peu uniforme selon les pratiques et soumis à la relation subjective entre l'examineur et l'examiné. Pour s'en sortir, nous venons de voir que chaque médecin privilégie, consciemment ou non, un système philosophique pour traduire son expérience sensible et subjective. Aucun de ces systèmes n'est supérieur à l'autre. Il s'agit uniquement d'un choix à faire et il faut s'y tenir, du moins d'un point de vue conceptuel. La synthèse théorique de ces systèmes conduisant à une aporie.

2. ÉTAT DE LA QUESTION

Le corpus théorique biomédical, en psychiatrie plus particulièrement, englobe relativement mal le monde vécu dans lequel s'inscrivent les souffrances du sujet malade. Pourtant, le diagnostic, qui se rapporte au savoir médical, fige la notion de maladie mentale comme fait établi, définitif. Il est incontournable dans le raisonnement médical mais il doit être remis en question en permanence dans la pratique psychiatrique. Si on veut pouvoir étudier de manière rigoureuse la médecine occidentale, il faut la considérer comme ce qu'elle se veut être : une science naturelle de la lignée dogmatique. C'est ce que traduit son usage des nosologies, du diagnostic et du raisonnement médical. Les sciences sociales l'étudient d'ailleurs bien souvent comme telle.

2.3 Une psychiatrie critique ?

2.3.1 La maladie et le modèle bio-psycho-social

Nous avons vu que les psychiatres sont médecins et, ainsi, abordent les troubles dont leur spécialité relève en terme de maladie. Le paradigme biomédical domine aujourd'hui les débats y compris en psychiatrie. Pourtant, depuis la paralysie générale de Bayle ou la mise en évidence des altérations neuronales responsables de la maladie d'Alzheimer, quasiment aucune entité psychiatrique n'a fait clairement la preuve de son origine organique. Or, un trouble observé ne peut prétendre au statut de maladie avant que son origine n'ait été mise en évidence. Si l'on s'en tient à une définition stricte, la psychiatrie ne travaille encore pour l'heure qu'avec des diagnostics syndromiques. Ce qui n'est d'ailleurs en rien incompatible avec le soin médical. La médecine n'a pas attendu, loin s'en faut, l'établissement de preuves biologiques irréfutables pour s'appliquer.

Le psychiatre travaille donc avec la notion de troubles mais pose le postulat de l'existence de maladies, au mieux biologiques, qu'il espère découvrir. Or, même la notion de maladie n'est pas univoque. Les sciences sociales ont montré que la maladie du médecin ne représente qu'une des multiples dimensions du concept de maladie.

C'est dans un article datant de 1978²⁹ qu'est décrite la triple valence du concept de maladie que la langue anglaise distingue :

- *Disease* est la maladie telle qu'elle est envisagée dans une perspective biomédicale par le médecin. C'est la maladie organique, celle qui s'intègre à la nosologie médicale et qui est diagnostiquée.

- *Illness* est la maladie éprouvée, vécue par la personne. C'est la dimension de l'expérience personnelle du trouble.

- *Sickness* représente la maladie envisagée socialement, telle qu'elle est comprise dans un groupe culturel donné. Elle englobe les dimensions précédentes et porteuse

29. KLEINMAN, « Culture, Illness, and Care ».

d'un sens spécifique.

Ainsi, le concept de maladie possède une dimension socio-culturelle, c'est un fait social global impliquant la personne malade, le savoir médical et la société dans laquelle il survient. La psychiatrie n'en étant qu'au postulat d'une « *maladie mentale* », il existe là un espace de recherche fondamental dont le psychiatre doit se saisir et que l'anthropologie médicale a déjà exploré. Ses limites du concept de maladie sont parfaitement connues par les médecins eux-mêmes qui, sous peine d'une explosion d'une discipline comme la psychiatrie, ont tenté de trouver des concepts plus holistiques.

La médecine a toujours dû faire avec les multiples dimensions de l'homme malade. L'intrication des dimensions sociales, individuelles psychologiques et biologiques, que l'on vient de voir, ont toujours interrogé les médecins. Confronté aux limites du modèle biomédical, le psychiatre GL. Engel propose une conception bio-psycho-sociale de la maladie. Cette conception se veut être une nouvelle approche face au modèle biomédical, trop réductionniste, et se veut plus à même de rendre compte de ce qu'est la maladie pour l'homme. Elle se présente comme une approche intégrative de la maladie vécue par le patient et, plus qu'un simple ajout, entend renouveler entièrement le rapport de la médecine à la maladie³⁰.

GL. Engel propose une approche globale de la personne malade. Dans ce système complexe seraient liées les dimensions psychologiques, sociales et biologiques de toute personne. Ainsi, dans un processus pathologique il ne saurait être fait de différence entre ces trois dimensions. Il tente de saisir comment les dimensions psychologiques et sociales de la maladie d'une personne sont en relation avec son environnement et son fonctionnement biologique, jusqu'au niveau cellulaire. Le système biologique a également une influence sur le fonctionnement psychologique et l'environnement social d'un individu. A l'inverse du modèle biomédical, cette approche entend être plus attentive à l'humain dans son environnement et ainsi proposer un soin plus

30. ENGEL, « The need for a new medical model ».

respectueux de la personne dans sa globalité.

Loin d'avoir remplacé le modèle biomédical, le modèle bio-psycho-social existe aujourd'hui en parallèle de celui-ci. Il n'est pas exempt de critiques. Sa conceptualisation est essentiellement théorique et lourde à mettre en pratique. Elle est un conglomérat de dimensions ne formant pas un tout cohérent. L'analyse des systèmes de pensée psychiatriques nous montrent qu'il y a une impasse à chercher des déterminations causales relevant d'un système donné à partir d'une appréhension sensible relevant d'un autre (cf. supra). Or c'est précisément cette synthèse impossible des systèmes de pensées que le modèle bio-psycho-sociale a tenté. Il est aujourd'hui largement critiquée, y compris par ses promoteurs³¹ et reconnue comme favorisant intrinsèquement le modèle biomédical. Il a manqué sa cible.

2.3.2 Psychiatrie critique

Ces limites du modèle biomédicale, non résolue par la tentative bio-psycho-sociale, ont donné lieu à de virulentes critiques. Si l'« antipsychiatrie » est bien connue, la médecine elle-même n'a cessé d'être remise en question. Le travail de M. Foucault n'est pas le seul dans ce domaine mais il faut dire qu'il a été un point de ralliement particulièrement important des contempteurs de la médecine occidentale moderne. Les critiques de la médecine portent plusieurs griefs que nous résumeront à grands traits :

- Le premier tourne autour du concept de biopouvoir créé par Foucault. C'est une critique de la médecine comme instrument de domination, de contrôle politique des corps et des individus. C'est l'angle principal des thèses défendues par Ivan Illich³², critique de la médicalisation extrême de nos vies, qui écrit que « la médecine menace la santé ».

- Le second concerne l'incapacité de la médecine, aveuglée par les sciences naturelles, à prendre en compte les dimensions socio-environnementales des maladies,

31. PILGRIM, « The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry : past, present and future ? »

32. ILLICH, « Némésis Médicale l'Expropriation de la Santé ».

si tant est qu'elles existent. Tendue vers le seul objectif biologique, elle est devenue une science des maladies s'éloignant irrémédiablement du sujet malade. Ces deux entités n'étant pas superposables, notamment dans la dimension expérientielle et anthropologique de la maladie.

- Un troisième axe concerne l'inefficacité et l'inutilité des thérapeutiques médicales. Il a été développé par I. Illitch et Thomas Mc Keown reprend et développe ses thèses. Ils se basent sur des analyses statistiques qui montreraient que l'amélioration des conditions de vie en générale et d'hygiène ne particulier sont les vrais responsables de la baisse des maladies infectieuses et non les antibiotiques. T. Mc Keown défend une médecine où la santé publique et la prévention seraient les disciplines prioritaires en lieu et place du modèle curatif biomédical. Un autre médecin pourfend l'inefficacité thérapeutique dont la profession fait preuve : A. L. Cochrane. Il militera en faveur des essais cliniques expérimentaux aujourd'hui largement répandus et standard d'évaluation médical.

Ces trois points ne sont que les nœuds principaux d'une critique protéiforme et continue dans le temps dont nous ne ferons pas la synthèse ici. Ils nous intéressent dans le cadre de la psychiatrie car ces autours de c'est trois mêmes axes que les critiques les plus virulentes de la psychiatrie se sont développées. Contrairement au reste de la médecine, et c'est la une spécificité féconde de la psychiatrie, elles ont même donné naissance à un mouvement qui a irrémédiablement marqué son cours : l' « antipsychiatrie ».

Elle trouve ses prémices aux origines même de la psychiatrie. Dès le XVIIIe siècle, des « antipsychiatres » se trouvent pour dénoncer l'enfermement indigne dans les asiles ou leur utilisation à des fins politiques. Le texte qui marquera certainement le plus les esprits au début du siècle précédent est écrit par Albert Londres³³. Puis, au sortir de la seconde guerre mondiale, les récits d'expériences de l'asile pendant la guerre choquent. On y a laissé des milliers personnes mourir de faim, livrées à elle-même, exploitées ou déportées. Face à ce naufrage, les asiles sont appelés à être

33. LONDRES, « Chez les fous (1925) ».

fermés. En France, c'est la psychiatrie de secteur qui sera le nouveau modèle de prise en charge. La psychothérapie institutionnelle propose également un renouveau des cadres de pensée. Aux états-Unis, pour des raisons politiques et économiques, un vaste mouvement de désinstitutionnalisation s'engage. Les usagers de la psychiatrie, livrés à eux-mêmes, créaient des modèles de santé communautaire qui aboutiront au modèle du Rétablissement. Il ne s'agit pas de « antipsychiatrie » à proprement parler mais ce contexte favorisera son évolution.

En 1961, fait assez extraordinaire, pas moins de quatre ouvrages vont bousculer radicalement la psychiatrie : M. Foucault publie sa thèse sur une archéologie de la folie³⁴, tandis que Goffman publie un travail ethnographique sur l'asile qui sera le modèle du concept d'institution totale³⁵. De son côté, dans une veine belliqueuse, Thomas Szasz écrit sur le mythe de la maladie mentale³⁶ qui remet en cause l'existence même de la psychiatrie. Enfin, Frantz Fanon, proposera à la veille de sa mort un écrit sur la psychiatrie, l'engagement politique et l'aliénation des esprits colonisés³⁷.

Dans les années 1970, L' « antipsychiatrie » voit l'arrivée sur le devant de la scène de trois auteurs qui seront considérés comme les figures tutélaires du mouvement : David Cooper (inventeur du terme) et Ronald Laing en Angleterre, Franco Basaglia en Italie. Toutes ces personnes sont réunies sous la même appellation d' « antipsychiatre » pour avoir émis des critiques et proposés des alternatives au modèle psychiatrique en vigueur. Or leur visée ne sont pas similaires.

L' « antipsychiatrie » anglaise s'inscrit dans une perspective existentielle. Déniant l'existence des maladies mentales. Elle propose de l'accepter comme une expérience existentielle. En Italie, Franco Basaglia ne renie pas sa formation médicale. Avec son mouvement, il considère comme indispensable de s'intéresser d'abord à l'institution asilaire comme question d'abord politique. La réalité ultime de la ma-

34. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*.

35. GOFFMAN et CASTEL, *Asiles*.

36. SZASZ, *The myth of mental illness*.

37. FANON, *Les damnés de la terre*.

l'adjectif mentale n'est pas directement remise en cause, il demande juste à ce qu'elle « soit mise entre parenthèse », temporairement. Si maladie mentale il doit y avoir après résolution des luttes politiques, rien ne s'oppose à ce qu'elles soient traitées dans le champ de la médecine.

L'« antipsychiatrie » n'existe pas. En tout cas elle n'a jamais existé en tant que mouvement unifié ou partageant les mêmes objectifs. On peut isoler tantôt des contestations sociales du pouvoir et de la répression psychiatrique, tantôt des critiques des conditions de prises en charge en psychiatrie et, parfois, des critiques radicales et à proprement parler antipsychiatrique comme celle de Thomas Szasz ou David Cooper. Il nous paraît lapidaire d'en faire un mouvement unifié et tendu vers un même but d'éradication de la psychiatrie. On serait même tenté d'aller plus loin en affirmant qu'au contraire, la plupart des travaux cités ici ont été une critique raisonnée et constructive de la psychiatrie, se cantonnant à une interrogation légitime et saine, parfois polémique, de l'objet d'une discipline aussi centrale dans la société. Les écrits de Franco Basaglia et d'Erwin Goffman nous semblent les plus représentatifs de cette perspective constructive. Ce mouvement n'est plus désignée en tant que tel mais les tenants d'une « psychiatrie critique », trouvent aujourd'hui un nouveau souffle³⁸ et reconnaissent partiellement cet héritage.

Si nous avons tenu à ce bref point sur l'« antipsychiatrie », c'est pour insister sur l'intérêt heuristique qu'ont pu avoir ses concepts développés. Parfois, et toujours à tort, assimilées à l'« antipsychiatrie », les sciences humaines sont à l'origine de nombreux apports bénéfiques à la pratique et à l'épistémologie de la psychiatrie.

2.3.3 Psychiatrie et anthropologie

L'anthropologie s'intéresse à l'ensemble de la médecine. D'abord études comparatives des systèmes de soins traditionnels à travers le monde, elle tend aujourd'hui

38. DELEFOSSE, NICOLE et SAUTTER, « Naissance d'une psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limites ».

vers une anthropologie de la santé. Elle dépasse ainsi le simple cadre médical pour s'intéresser aux déterminants de la santé ou encore aux systèmes de soins et aux représentations et pratiques des populations vis-à-vis de leur santé. Elle intègre à son modèle les dimensions culturelles, historiques et socio-économiques indissociables de la maladie, de la santé et de leurs systèmes de prise en charge. Au delà des différences culturelles, elle étudie aujourd'hui ce qui « *lie les discours (subjectifs, professionnels ou populaires, le corps, les relations de pouvoir ou la vie quotidienne. Les individus sont intégrés dans un contexte environnemental, social et politique qui contribue de façon évidente à la réalité physique e la maladie et de la souffrance* »³⁹ .

Vu par les sciences sociales, les régularités sociales⁴⁰ retrouvées en psychiatrie témoignent de la dimension socio-anthropologique du trouble mental. Ce point de vue permet de discuter comment le modèle psychiatrique est impacté dans sa définition des contours de la normalité, la gestion et le traitement des maladies ou encore comment il peut être utilisé dans la définition des déviations sociales et leur contrôle.

Anne-Lovell nous propose de distinguer deux niveaux d'analyse de la psychiatrie par les sciences sociales : un point de vue macro-sociologique et un point de vue micro-sociologique⁴¹ .

L'approche macro-sociologique permet d'envisager la maladie mentale comme étant liée à la structure sociale d'une société et à la position qu'occupent les individus en son sein. Les études épidémiologiques montrent une distribution spécifique, régulière et stable dans les caractéristiques socio-démographiques des personnes suivies en psychiatrie. La répartition régulière des troubles en fonction du sexe ou du statut socio-économique ou du niveau d'étude renforce cette hypothèse. Ici, les modèles d'explications de ces associations sont nombreux, souvent interconnectés et il s'agit d'être prudent sur l'émission d'hypothèses au sujet des mécanismes sous-jacents.

39. *Dictionnaire de la pensée médicale.*

40. DEMAILLY, *Sociologie des troubles mentaux.*

41. GUELFY et ROUILLON, *Manuel de psychiatrie.*

L'approche micro-sociologique, quant à elle, étudie la maladie mentale à l'échelle des interactions entre les acteurs d'une société. La maladie mentale est un « *aboutissement concret de processus de reconnaissance et d'interprétation en des termes psychiatriques de comportements et d'états entre des acteurs sociaux* ». Elle révèle également comment les théories profanes de la maladie mentale conduisent les gens à exprimer leurs mal-être ou leur souffrance, pas nécessairement pathologique, par des « *idiomes de détresse* »⁴² et comment les soignants en psychiatrie construisent leur intervention en fonction de critères codifiés et de raisonnement pragmatiquement constitués à partir du sens commun. Cette approche dévoile également les processus d'étiquetage et de stigmatisation présents⁴³.

Enfin, les analyses socio-anthropologiques portent un regard plus général sur l'institution psychiatrique, sa place au sein de la société, son éventuel rôle régulateur et les « processus de coercition » qui lui sont associés. L'évolution des systèmes, des modèles et des épistémologies du soins font également l'objet de son intérêt.

Ces différentes échelles d'analyses sont toutes à même de nous fournir des modèles heuristiques pour la compréhension de notre question de recherche sur la pratique médicale en psychiatrie et son rapport au savoir théorique. Nous avons vu que des processus d'étiquetages étaient en jeu lors du diagnostic ou encore que l'édification du savoir médical se fonde de manière importante sur la statistique et les études épidémiologiques. Mais ce savoir, général, établi en nosologie ou basé sur la statistique ne peut résoudre seul la question d'une médecine et d'une psychiatrie qui sont indissociables de la rencontre avec la singularité des patients, individus sociaux.

Dans les tous premiers temps de la collaboration entre sciences sociales et psychiatrie, un cas clinique mêlant les questions de définition de la maladie mentale, de construction diagnostic et leur implication pratique, nous semble marquant et particulièrement intéressant pour notre propos : le cas Agnès. Pierre-Henri Castel

42. EHRENBURG, *La fatigue d'être soi : dépression et société*.

43. GOFFMAN et KIHM, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*.

revient sur cette épisode dans un article paru dans la revue *Enquêtes*⁴⁴. Il reprend les moments qui ont vu naître, Dans les années 1960 – 1970, le concept de trouble de l'identité sexuelle ainsi que les débats qui ont eu lieu entre l'école comportementaliste du psychiatre J. Money et l'école psychanalytique de R. Stoller.

2.3.4 Le cas Agnès

Le transsexualisme est une question qui a longtemps agité (et continue de le faire) le milieu de la psychiatrie. En effet la question de l'identité de genre est éminemment sociale, politique et biologique. L'intervention de la médecine, dont la psychiatrie, est requis mais il lui est bien difficile de proposer un cadre conceptuel solide.

Ils se sont directement opposés sur cette question. Ils semblent s'entendre sur le fait qu'il y a bien là un trouble méritant une attention médicale. En revanche, ils ne s'entendent pas sur son origine, sa définition et donc son diagnostic et la prise en charge pouvant être proposée. J. Money considère que le trouble de l'identité de genre relève d'une identité de rôle et que la souffrance exprimée en lien avec ce trouble suffit à une prise en charge médicale de réassignation sexuelle. R. Stoller défend, quant à lui, l'existence d'un noyau psychique de l'identité de genre, forgé dans les toutes premières années de la vie, qu'il conviendrait d'abord de déterminer avant de mettre en œuvre les soins centrés sur la souffrance de la personne. Ces conceptions qui s'opposent frontalement, ont de multiples implications philosophiques, sociales ou médicales sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Ce qui nous intéresse, c'est la troisième voix qui s'est faite entendre dans ce débat et au sujet d'un cas précis : celui d'Agnès. Agnès est une femme qui a été pris en charge par R. Stoller en 1958. Il travaille alors dans un service de psychiatrie universitaire. Agnès est intersexuelle et présente un « testicule féminisant ». Devenue adulte au moment de la prise en charge, elle demande à être opérée pour être totalement femme. Suite à l'opération, elle révèle à R. Stoller qu'elle n'a jamais été

44. THÉRY et BONNEMÈRE, *Ce que le genre fait aux personnes*.

intersexuelle mais prenait, en cachette des hormones. R. Stoller, médusé, se demande si elle était, « en réalité », une transsexuelle qui aurait réussi à abuser l'équipe ?

La troisième voix est celle d'Harold Garfinkel, anthropologue en poste dans le service de psychiatrie⁴⁵ où est prise en charge Agnès. Il la suit également et propose une autre interprétation du cas. Il ne s'agit pas d'une question de mensonge ou de vérité considéré en rapport à une pathologie médicale. Pour lui, qui accepte d'emblée l'identité de genre dont Agnès se réclame, tant qu'Agnès « passe » en tant que femme, elle « est » femme. Il note l'aspect performatif du concept d'identité de genre à l'opposé du regard substantivant des médecins : D'un côté, J. Money considère que le sentiment d'identité des personnes doit être un choix libre, respecté, relevant d'un comportement appris. L'acte médical aide à l'harmonisation des sexes « biologiques » et « choisis ». La réassignation chirurgicale est accompagnée d'une thérapie comportementale aidant à apprendre parfaitement ce nouveau rôle. Or, Les échecs de la ré-assignation semblent indiquer l'existence d'un substrat neurobiologique de l'identité de genre que la prise en charge médicale n'a pas su vaincre. Il répond au classique : « on ne l'a pas encore localisé, mais cela ne saurait tarder ». L'identité de genre ne relèverait plus seulement des théories de l'apprentissage et de la liberté de choix défendue par J. Money mais d'un substrat biologique. De l'autre, R. Stoller suppose l'existence précoce d'un noyau psychique de l'identité de genre. Les personnes transsexuelles souffrent donc d'un trouble psychique particulièrement grave. Il pense ainsi que les propositions de chirurgie de réassignation du sexe sont des réponses bien inadaptées pour répondre à une souffrance psychique de cette nature. Pourtant il est frappé par la capacité de personnes transsexuelles à vivre pleinement et de manière épanouie dans une identité sexuelle ne correspondant pas au noyau sous-jacent.

Pour H. Garfinkel, il n'y aurait donc pas de trouble, de maladie au sens médical du terme, mais des jeux d'acteurs instituant des rôles et ayant pour conséquence une souffrance considérée, trop vite, comme relevant d'une nosologie médicale. L'ap-

45. 20

proche médicale est une conception dogmatique. H. Garfinkel accepte l'expérience c'est-à-dire que l'identité de genre souhaitée par Agnès soit la bonne et considère, avec plus d'attention, les aspects performatifs de ses conduites. Les points de vues extérieurs sur la situation sont très dépendants de la manière dont sont interprétés et classés les comportements d'Agnès dans un contexte donné. Or, à la différence d'E. Goffman qui considère des acteurs reproduisant des rôles sociaux en fonction d'un environnement donné, « *l'acteur à la Garfinkel ne se contente pas de réciter un texte sur scène : il invente les planches sur lesquelles il joue du même mouvement qu'il improvise ses répliques* ». Agnès « *produit au fur et à mesure non seulement l'interaction où son identité de femme se valide, mais aussi le contexte de sa validation, tous les à-côté implicites de la gestuelle, de l'apparence, des lieux et des temps (...)* ». Cette dimension interactionniste de l'observation échappe aux deux médecins qui expérimentent le monde à partir de leurs cadres de pensées théoriques préconçues et substantifient, même sans le vouloir, l'identité de genre.

Le cas Agnès, nous semble-t-il, est représentatif de ce que les sciences sociales peuvent apporter à une compréhension de l'art médicale dans la pratique psychiatrique. Dans le modèle biomédical ou bio-psycho-social, notamment en psychiatrie, l'appréhension de ce qui serait son objet peut bénéficier d'une confrontation de son savoir à d'autres regards que le sien, d'autres méthodes, au cœur même de sa pratique. L'anthropologie n'est ici pas en périphérie, en surplomb de la démarche psychiatrique mais s'y confronte au cœur même de la clinique. Et il semble que cette tentative de recoupement des objets d'études soit pertinente. Pour rester sur la question spécifique du genre, les questions que ce concept ne cesse de poser à la médecine semblent particulièrement heuristique, ne cesse d'interroger les impasses de l'approche biomédicale exclusive en médecine et les fondements même d'une partie de la clinique⁴⁶.

46. LOCK, *Encounters with aging*.

2.4 Pour une épistémologie des pratiques

Les travaux critiques auraient pu permettre un dépassement de l'hégémonie de la biomédecine. Il ne semble toujours pas venir. Pour quelles raisons ? Il nous semble bien difficile d'y répondre simplement. Les sciences sociales ont montré que les théories scientifiques, aussi rationnelles puissent elles paraître, n'avaient de validité et ne s'imposaient que dans un contexte socio-politique donné, produite par des institutions fonctionnant sur le principe de la théorie des acteurs-réseaux⁴⁷.

Dans la mesure où, nous venons de le voir, la théorie produite même de manière expérimentale, est susceptible d'apories, il semble indispensable de l'interroger plus radicalement ou en faisant varier, si besoin, les points de vue. La science médicale se constitue en tant que domaine de connaissance propre mais on peut envisager de la discuter si on use du même champ théorique, si on partage les concepts et les outils heuristiques de son épistémologie. Le travail clinique quotidien, au plus proche des pratiques d'acteurs, semble être un terrain heuristique pour aborder ces problématiques.

C'est à cette question que s'intéresse la psychiatre Marie-Christine Hardy-Baylé. Selon elle, une psychiatrie fondée sur une approche partant exclusivement des théories de l'homme malade est sans issue. H. Ey a produit la dernière « *théorie intégrative de l'homme en général et de l'homme malade en particulier* ». Mais, constate-t-elle, « *Les grandes théories « intégratives », n'ont jamais pu constituer une architecture théorique suffisante pour qu'il soit possible de les décliner dans la pratique clinique au quotidien, c'est-à-dire qu'elles n'ont jamais constitué un guide pour penser la complémentarité des pratiques et orienter la prise de décision* ». Elle propose de construire une épistémologie thérapeutique qui intègre les discours théoriques appuyés sur des pratiques de soins et « sur laquelle toute discipline médicale s'établit »⁴⁸.

47. CALLON, *La science et ses réseaux : genèse et circulation des faits scientifiques*.

48. HARDY-BAYLÉ, « Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles... et aux référentiels de prise en charge ».

2. ÉTAT DE LA QUESTION

Profitant de la voie ouverte par M.-C. Hardy-Baylé, nous nous demanderons ce que peuvent être ces pratiques de soins. Comment la psychiatrie procède au quotidien, en situation réelle, et ce que cela peut avoir de révélateur sur son objet et son art. Nous ne nous intéresserons pas uniquement à la question spécifiquement thérapeutique, ni à comprendre en quoi la psychiatrie est ou doit être médicale ou scientifique. Elle s'est constituée en tant que discipline médicale, ce postulat nous suffit. Écrire une historiographie rigoureuse des concepts en vigueur nous éclairerait probablement sur une philosophie de la psychiatrie mais nous renseignera peu sur sa capacité à situer sa pratique sur le spectre nomologique en laissant tout sa place à la personne humaine avant « *le malade mental* ». Car c'est bien cette question, sur laquelle nous revenons sans cesse, qui nous intéresse : comment faire entre art et science ?

3

Terrain étudié

Si l'on veut s'intéresser à la démarche médicale en psychiatrie, il conviendra de prendre en compte cette spécificité qui réside dans la multiplicité des acteurs impliqués directement auprès du patient et influençant l'exercice clinique psychiatrique. Or, du point de vue de la médecine, le raisonnement médical, du recueil d'informations au traitement, est uniquement affaire de médecin. Le rôle de l'équipe de soins, quand il y en a une, est peu pris en considération. Le colloque singulier médecin-patient reste le modèle d'analyse privilégié.

Les sciences sociales se sont déjà intéressées au système particulier que constituent les équipes de soins et au moment particulier que constituent les réunions cliniques¹. La diversité des acteurs et des rôles professionnelles au sein d'une équipe semble permettre, par la variation des points de vue proposés à l'observation, de décrire la mise en pratique du savoir psychiatrique. Une pratique alors moins liée à la subjectivité d'un observateur unique qui permet d'accéder à la diversité des opinions.

Le fonctionnement d'une équipe de soins en psychiatrie a déjà été décrit. Notamment, R. Barrett montre comment la répartition des catégories professionnelles, leurs liens hiérarchiques et leurs regards différenciés sur les situations, ont un rôle dans la construction collective d'un cas de schizophrénie. Le médecin à un rôle

1. STRAUSS et BASZANGER, *La trame de la négociation*.

central et décisionnaire mais il n'est en aucun cas seul dans la fabrication d'une représentation du cas et de la personne². Cette notion de construction d'un cas clinique est, par ailleurs, fondamentale. En psychiatrie, comme dans la plupart des disciplines médicales, la construction de cas clinique à partir des situations des patients est classique. En effet, c'est le meilleur moyen d'approcher les configurations éminemment singulières présentées par les patients.

Dans la constitution du cas clinique, la personne en tant qu'être social est en jeu. La pensée par cas est largement partagée avec les sciences sociales et de nombreuses autres disciplines³. Ainsi, le diagnostic et, plus largement, le raisonnement médical, ne relèvent pas strictement et uniquement des sciences naturelles. La construction du cas clinique permet l'abord du cas singulier⁴. Toutes les personnes au contact du patient, l'équipe de soins au minimum, y contribue.

En psychiatrie, restreindre l'analyse du trouble au colloque singulier, à la rencontre, à la relation médecin-patient, semble limiter si on entend comprendre les mécanismes de la production et de la mobilisation de son savoir pratique. La pluralité des voix et des approches présentent dans une réunion clinique, unis par le projet de soins, est nécessaire pour aborder de la manière la moins restrictive possible les différents aspects de la pratique.

Les décisions dans une équipe de soins sont rarement prises, en pratique, par une personne unique même si le médecin détient, en théorie, ce pouvoir. Le travail en équipe demande la collaboration de ses différents membres avec différents niveaux d'implications selon les compétences, les missions, les tâches effectuées. Chaque membre de l'équipe ne dispose que d'une partie du savoir sur le patient et le cas clinique qu'il peut représenter : « *L'organisation sociale et temporelle des activités cognitives compte plus que l'intelligence ou la cognition individuelle chaque fois que*

2. BARRETT et BOUILLOT, *La traite des fous*.

3. J. C. PASSERON et REVEL, *Penser par cas*.

4. NAUDIN et BOULODNINE, « La part de l'analyse phénoménologique dans l'étude de cas singulier ».

3. TERRAIN ÉTUDIÉ

les performances mises en œuvre ont trait à de nombreux domaines (...) »⁵.

La mise en œuvre de ce concept de pensée distribuée permet d'enrichir l'analyse des situations. La spécificité de la construction d'un cas clinique en service de psychiatrie gagne à prendre en compte l'ensemble de l'équipe même si le colloque singulier fait encore figure de référence.

Le terrain a été réalisé au sein d'un service hospitalier de secteur psychiatrique sur la durée d'un semestre (de novembre à avril). Il s'agissait d'un service hospitalo-universitaire. Les services universitaires ont la spécificité de conduire une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Cette spécificité impacte sans aucun doute la philosophie des soins proposés et est un facteur important à relever. Devant assurer les soins de secteur psychiatrique, les pathologies prises en charges étaient de nature très variées. Le seul critère d'admission était le fait de nécessiter des soins psychiatriques en hospitalisation avec ou sans consentement. Une activité de consultation externe et des prises en charge en hôpital de jour étaient également proposées mais nous n'y avons pas participé dans le cadre de cette étude.

Nous avons été intégrés au sein de l'équipe soignante en tant qu'interne en psychiatrie et avons ainsi participé à tous les temps de travail en équipe (réunions quotidiennes, réunions cliniques hebdomadaire, visites, entretiens avec les patients ou accompagnements).

Le matériel principal étudié est constitué par l'enregistrement des réunions cliniques hebdomadaires de l'équipe de soins. Nous avons participé à toutes les réunions cliniques qui ont été enregistrées et retranscrites. Toutes les catégories professionnelles constituant l'équipe soignante étaient représentées : médecins (externe, interne, docteur et professeur), infirmiers, aides-soignants, assistante sociale, psychologue, médiatrice de santé paire et, plus ponctuellement des stagiaires psychologues, psychothérapeutes, infirmiers ou aide-soignants.

5. CICOUREL et BOURDIEU, *Le raisonnement médical*.

3. TERRAIN ÉTUDIÉ

Le but de ces réunions cliniques était, assez classiquement, de faire le point sur l'état de santé et l'avancement du projet thérapeutique de tous les patients hospitalisés au jour de la réunion afin d'ajuster les soins proposés. Il n'y avait pas de protocole ou de systématisation de la forme ou du contenu des interventions et chaque participant était libre d'apporter son point de vue.

La réunion clinique est un moment clef dans l'organisation des soins où tous les soignants réunis tentent de produire un consensus pour construire la prise en charge. Les grandes orientations qui guideront la conduite à tenir générale sont censées être partagées à cette occasion. Cela peut aussi bien concerner une sortie thérapeutique ou un accompagnement à l'extérieur de l'hôpital sans grande conséquence à des décisions de modification de traitement, des discussions diagnostiques ou encore la décision d'une fin d'hospitalisation. Tous les participants ayant la parole de manière relativement libre, la teneur des propos allait de l'anecdote à des interprétations psychopathologiques fines et étayées.

Toute l'équipe et les patients étaient informés de la démarche. Nous nous sommes intéressés aux interventions de l'ensemble des participants aux réunions cliniques sur la base des enregistrements recueillis. Les interventions ont plus spécifiquement retenues notre attention lorsqu'elles avaient pour objet un avis sur un patient plutôt que les considérations générales ou les relations entre les membres de la réunion sans lien direct avec une prise en charge de patient.

Plusieurs patients sont restés hospitalisés tout au long de l'observation de terrain et nous avons pu nous intéresser à leur prise en charge de manière plus précise. Ces analyses de prise en charge au long cours seront ponctuellement complétées par des extraits d'autres cas quand cela s'avérera pertinent. Même si nous y avons eu accès, nous ne nous sommes pas appuyés sur les dossiers médicaux pour l'analyse.

4

Résultats et analyse

4.1 Un savoir in situ et en pratique

On s'intéressera ici aux sources du savoir sur lequel se basent les soignants de cette équipe pour aborder les situations des patients pris en charge. En principe, c'est le corpus de connaissance psychiatrique qui le permet. Comme vu précédemment, le « recueil des informations » au sujet du patient devrait être relativement neutre et universel. C'est sur ce postulat que se basent les classifications ou les recommandations de bonnes pratiques psychiatriques. Le terrain nous montre une réalité légèrement différente.

4.1.1 Savoirs professionnels

La profession de chaque acteur de la prise en charge est l'un des facteurs principaux qui détermine les conditions d'interaction avec les patients. La teneur des échanges lors de ces interactions et les informations recueillies, qui seront jugées utiles et retenues, dépendent également de la profession du soignant. La catégorie professionnelle a une influence décisive sur le type d'information recueillie, qu'elles soient d'ordre générale ou clinique, et sur la production du savoir qui sera partagé en équipe et mobilisé pour déterminer l'action. Les infirmiers disposent de modules de psychiatrie dans leur cursus mais ils n'ont plus de spécialisation spécifique à la

psychiatrie. Ainsi, ils disposent d'un socle de connaissances minimum en psychiatrie qu'ils pourront mettre à profit et qui s'étoffera avec l'expérience. Ils sont attentifs à des éléments cliniques psychiatriques plus spécifiques que ne le peuvent les aides-soignants. Durant la réunion clinique, ils mettent à profit ce savoir spécifique et échangent sur ces bases avec le psychiatre.

En revanche les temps d'interactions avec le patient sont très différents de ceux du psychiatre. Ils ont un contact quotidien et sur toute leur amplitude horaire avec les patients de l'unité. Ils les voient bien souvent plusieurs fois par jour ne serait-ce que pour la délivrance des traitements et les autres soins prescrits. Ils peuvent prétendre avoir une connaissance aigüe des symptômes rapportés par le patient.

Les médecins sont en interaction avec le patient de manière beaucoup plus ponctuelle, lors de la visite hebdomadaire ou des entretiens avec le patient (où est systématiquement présent un infirmier). Ces moments d'interaction ont généralement une visée précise et les éléments relevés peuvent avoir échappé aux infirmiers.

Ainsi, une infirmière s'étonne de ne pas avoir constaté la même chose que la médecin :

- IDE S. : Il est bien, bon contact...
- Dr C. : Bon, je l'ai vu hier avec l'externe pour sa clinique. . . «Ah mais je suis là parce qu'on m'empoisonne».
- IDE S. : Ah bon! ? Non mais nous on ne s'en rend pas compte, il a un bon contact. . .
- Cadre IDE : Non mais on l'empoisonne à l'extérieur, donc ici il se sent en sécurité, sinon on s'en rendrait compte.

Ces temps d'interactions plus nombreux peuvent instaurer une routine qui occasionne des différences dans l'évaluation. En revanche, sur d'autres points, la présence permanente d'infirmier dans l'unité leur donne accès à des informations non directement disponible pour le médecin.

- Dr C. : Apparemment au décours immédiat elle n'était pas trop contente... Depuis hier effectivement elle sourit, elle est contente mais je suis surprise de lire dans cimaise (Dossier Patient Informatisé) que les 24h auparavant c'est à dire de mardi matin jusqu'à hier après midi toutes les transmissions infirmières disent qu'elle est fermée, triste. . .

- IDE S. : Non, ce matin elle était en forme hein. . .

- Dr C. : Oui mais dans les 24h suivant le...

- Interne J. : Peut être qu'elle devait pas mal gamberger aussi. (. . .)

En revanche, les médecins sont parmi les seuls de cette équipe ayant la possibilité de revoir les personnes en dehors du cadre hospitalier, en consultation. Ils disposent alors d'informations permettant un éclairage différent de l'évaluation hospitalière.

- IDE S. : Et au niveau cognitif? Elle est bien sauf que elle est vachement inhibé lorsqu'elle est vachement envahie c'est pour ça qu'elle est dans cet état de perplexité.

- Interne M. : Après Mme A. même quand elle va le mieux, je l'ai vu a sa dernière sortie fin décembre, elle est quand même repliée, elle ne va pas spontanément vers les gens, faut lui poser la question plusieurs fois. Du coup la différence entre elle est «très envahit repliée perplexe» et «elle ne communique pas» c'est subtile, il faut vraiment aller le chercher pour faire la part des choses. Toujours est il que là, elle va pas bien.

Une partie de l'évaluation des personnes hospitalisées ne provient pas de l'examen clinique ou des entretiens directement mais d'interlocuteurs extérieurs à l'équipe de soins. La famille et l'entourage sont la plus importante de ces sources. Cela permet d'avoir une idée de l'évolution dans le temps de l'état de santé d'une personne et donne accès à des informations relevant d'un contexte très différent de l'hôpital. Ce qui enrichit l'évaluation. Tous les membres de l'équipe sont en mesure d'appeler ou de recevoir les membres de la famille. Cependant, comme avec le patient, la nature des interactions et des informations recherchées divergent. C'est, en règle générale,

le médecin qui est chargé de recevoir la famille pour délivrer des informations de fond sur l'avancée de l'état de santé et qui en profite pour explorer l'histoire récente de la personne. Cela lui donne une connaissance privilégiée du patient. Ceci est particulièrement vrai dans les cas où, comme dans l'exemple donné ici, il existe un doute sur la véracité des propos de la patiente.

- Dr. C : Donc la rencontre avec le fils, au début c'était un peu compliqué, c'est normal, ça fait deux ans qu'il ne s'étaient pas vu ; Après ça s'est bien décanté. . . Le fils, il est dépassé par l'attitude de Mme T. qui peut parfois être vraiment effectivement impossible.

L'évaluation dépend également du rôle dans le soin de chaque catégorie professionnelle. La prescription du traitement pharmacologique est un domaine relevant exclusivement du médecin. Ainsi, lorsqu'il s'entretient avec un patient, il sera attentif à des éléments très précis en lien avec les médicaments prescrits. Ces éléments, même banals et concernant des temps où seuls les infirmiers sont, en règle générale, présents, peuvent ne pas avoir été relevés par les autres professionnels. Ici une infirmière :

- Interne J. : Le « X » j'ai regardé c'est neutropénie fréquente donc euh. . . Alors est ce qu'on pourrait pas tenter ça. . . ? Bon, là, pour l'instant il va bien. . .

- Dr C. : Attends, là si il va bien il faut...

- Interne J. : Tout est relatif aussi hein

- Dr C. : Il ne tremble plus, il est un peu mieux dans le contact. . . Il dort ?

- IDE S. : On ne nous a rien signalé hein...

Ces différences dans les temps, les lieux et le regard porté sur le patient, sont pris en compte et permettent de réfléchir la place et l'action de chaque professionnel auprès du patient. Les échanges entre professionnels montrent une attention particulière à ces différences de savoirs et à leur répercussion pratique.

- IDE S. : Ben lui tu sais il est super discret... compliant, observant. Je n'ai jamais eu à le reprendre sur une consigne, il n'y a rien de particulier.

..

- IDE N. : Il a tout le temps envie de dormir.

- Interne M. : ça c'est le traitement.

- IDE S. : C'est pas le mec qui est ronchon, il n'a pas râlé pour le traitement longtemps

- Interne M. : Il a énormément de recul sur ses symptômes. . . Notez, il faut le savoir... il a des TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs). Il me rapporte des hallucinations tactiles et des moments de dépersonnalisation en va et vient. N'hésitez pas à aborder la question dans le quotidien.

Ce travail coopératif au sein d'une équipe soignante hospitalière montre quelques différences entre catégories professionnelles. L'autorité supposée du médecin, en tant que chef d'équipe, rend nécessaire d'aborder la question du "pouvoir médical" afin de préciser les rapports entre les membres de l'équipe.

4.1.2 Savoir pouvoir médical

Les médecins disposent d'un pouvoir sur l'équipe. Il est symbolique, la psychiatrie étant une spécialité médicale autour de laquelle s'organise les soins, et concret, car ils portent la responsabilité des décisions des soins pratiqués.

Pour ce qui est de la pratique des soins, la psychiatrie ne disposant pas d'un éventail de gestes techniques très étendus, la prescription des médicaments est le domaine le plus concret où la place spécifique du psychiatre est constamment soulignée.

De manière attendue, les psychiatres ont le dernier mot sur la conduite à tenir et sont les seuls à décider des prescriptions médicamenteuses. D'ailleurs la question des traitements est parfois l'occasion de longs monologues qui n'appellent pas de réponse.

Ici c'est l'historique des traitements reçus par le patient et leurs conséquences qui sont déroulés par l'interne J. :

- Interne J. : (...) Vive les vitamines hein on n'y pense pas forcément mais c'est vachement bien ! Hier j'ai repris un peu son histoire médicalementeuse, jusqu'où j'ai des infos. Alors les premières infos, je sais qu'il est rentré dans la maladie en 1999, les premières infos que j'ai sur un traitement c'est 2007 qui a commencé par le « S »¹. Après y a eu un switch « S - C » et apparemment il est resté bien 2 ou 3 ans avec du « C retard ». Jusqu'au jour où il a fait après une injection de « C », 3 jours après, je n'ai pas les détails c'est sur son petit carnet là, il a fait un syndrome de défaillance multiviscérale par choc hypovolémique. Donc, là, ils ont fait une fenêtre thérapeutique pendant deux ou trois mois et ils ont ré introduit de l' « H » vraiment petit à petit. Du coup il avait une bithérapie « H-N » ou « H-T » je ne sais plus trop. Quand il est arrivé ici [en France], le psychiatre qui le suivait a continué comme ça, jusqu'au jour où il est arrivé à l'unité 1. A l'unité 1 ils ont remis du « S » et après c'est passé je crois à « Z » puis « L » qui a été arrêté, évidemment, à cause de ses problèmes hémato. Alors j'ai passé un petit moment sur le Vidal hier a regardé les effets secondaires ceci cela. Alors le traitement que M. H...

Tous les médecins se sont livrés, à un moment ou à un autre, à cet exercice au cours des réunions cliniques. Dans cet extrait, lorsqu'il est fait référence à un autre soignant, c'est du médecin de l'unité précédente dont il s'agit et la réponse, brève, de l'infirmière :

- Dr C ; : Ok, M. A. J'ai eu Dr M., effectivement on ne va pas maintenir le « L » parce qu'il a 75mg et il est sédaté comme pas possible donc on n'arrivera jamais à l'augmenter parce que ce palier là de 75 ça fait un

1. Les noms commerciaux des médicaments ont été remplacé par des lettres.

petit moment qu'on y est. D'après Dr M. il avait déjà eu de l' « A » mais probablement avec de l'akathisie et des effets secondaires donc reprendre un peu l'histoire des traitements, des effets secondaires, si on peut instaurer l' « A » l'idée c'est de faire un switch avec une couverture du « L » à 50 par exemple au lieu de 75 à l'initiation de l' « A » parce que l'effet stimulant de l' « A » c'est ça qui avait été désagréable. Ça sera un peu tassé par le « L ». Et effectivement ce que me disait Dr M. c'est que le « S » et le « R » aussi avait provoqué une hyperprolactinémie. Sinon ce qu'il n'a jamais eu c'est le « X ». C'est sédatif le « X », vachement sédatif. Donc bon, c'est pas. . . Ok . Donc sinon, sur l'idée, ça se passe bien. . . ?

- IDE S. : Ah oui...

- Dr C. : Bon après il fait sa vie hein, il sort, il va voir sa famille...

On relève des passages où, sous couvert de collectif (usage du "on" ou de formulation générale), en réalité, aucune autre avis n'est attendu.

- Interne M. : Du coup à propos du traitement on est en train de baisser le « X » parce qu'il a trop de psychotropes et c'est probablement le moins efficace. Donc à surveiller si quand même ça ne le fait pas trop décompenser. Mais il allait moins bien avant qu'on touche au « X ». Et j'ai monté le « L » parce qu'en fait il a des faibles doses de « L » et il dit que c'est ce qui marche le mieux donc j'en ai mis en systématique je suis monté à 200mg, il m'a dit qu'il en avait déjà eu jusqu'à 300mg qu'il avait bien supporté et que ça l'avait bien aidé... c'est vraiment LE neuroleptique qui le. . . donc là je suis monté à 200 et on verra si y a besoin de monter plus. On redescendra de toutes façons avant qu'il ne sorte et il a toujours les "si besoin". . . enfin voilà. . . dans la période un peu difficile, il ne faut pas trop hésiter à. . .

Les médecins étaient au minimum deux lors des réunions et discutaient la ques-

tion des traitements entre eux. Les seules autres personnes pouvant avoir une influence décisive sur la question du traitement, discutée ainsi en réunion clinique, étaient également médecins mais n'étaient pas systématiquement présents. Il s'agissait du chef de service (Pr. P.), quand il connaissait le patient ou du psychiatre habituel du patient :

- Dr C. : Pr. P. il dit qu'il ne faut pas bouger trop les traitements moi j'ai quand même envie de faire le ménage dans ses traitements. Limite d'en enlever pleins et de voir si c'est pire, je ne suis pas sur... non ?

- Interne M. : Ah ben moi je suis d'accord, on en avait parlé, il avait fini par accepter qu'on diminue le « X ». Donc déjà le patient a beaucoup de mal à l'accepter donc il faut lui en reparler... 3 jours après Pr. P. a dit qu'il fallait rien bouger. Donc je suis d'accord hein mais voilà, il faut jongler entre euh. . .

- Dr C. : Non mais toi ton idée c'est quoi ? Tu aurais... ?

- Interne M. : La comme ça le « X » je pense que c'est celui auquel il est le moins attaché et qui aurait le moins d'effets. . .

Les expertises judiciaires pénales sont un autre domaine réservé de la profession médicale. Là également, quand un patient a eu à subir une expertise, c'est l'interne M. qui a eu la possibilité d'y participer et qui en fait le rapport à la réunion clinique. L'avenir du patient était en discussion, l'expert devait évaluer le bien fondé du maintien de la mesure d'hospitalisation sans consentement. Sur ce sujet, seuls les psychiatres présents lors de la réunion sont intervenus et en tirent une conclusion dont voici un extrait :

- Interne M. : A la fin de l'expertise hier elle m'a dit : «c'est un patient d'institution» ; Ça a été sa réaction à la fin. . .

- Dr S. : Peut être qu'il faut entendre qu'il n'arrive plus, pas à vivre seul quoi. . .

- Dr C. : Lui le dit hein. . .

- Dr S. : On en prend acte et on arrête ça. Même si ça fait longtemps qu'il est là, c'est pas grave.

En revanche, lorsqu'on aborde des sujets plus cliniques, tous les avis sont entendus. Cependant, le discours médical garde le plus de poids, notamment quand il est bâti autour d'une argumentation médicale. Tous les membres de l'équipe interviennent, y compris l'étudiante en psychologie, qui n'est que de passage dans l'équipe.

- Étudiante en psychologie stagiaire : Je sais pas pour toi, interne M., qui le voit tout le temps mais son délire il est très bien. Il sait très bien quand est ce qu'il a commencé et j'ai l'impression qu'il vit avec, ça ne le dérange pas trop...

- Interne M. : Quand il était chez lui, il ne sortait plus de chez lui, il a arrêté de se nourrir, il ne mangeait plus, il a fini déshydraté, dénutri, avec son diabète déséquilibré, en réanimation néphrologique. . . tu vois. Donc ici ça se passe très bien, le risque c'est que si il retourne chez lui ça se passera mal et ce dont on a peur c'est qu'au moment du transfert en maison de retraite, pour je ne sais quelle raison, il y ait une recrudescence. Donc, effectivement, là, il n'est pas trop envahi, pas trop anxieux, ça va mais c'était pas le cas du tout il y a deux mois

- étudiante : ok...

- Interne M. : Donc effectivement les neuroleptiques c'est un peu à vue, ça change quand même le vécu anxieux, lui même le dit, donc on essaie de stabiliser un peu histoire qu'il puisse. . . Voilà pour M.F. . . Je pense que son côté philosophe sage l'a beaucoup protégé de son délire parce que ce qu'il décrit, je pense qu'il y a des patients qui auraient fini en psychiatrie bien avant lui.

Au sein de cette équipe de soins, le psychologue avait un rôle peu défini, il était libre de son engagement dans les temps collectifs, en équipe, et les suivis des patients.

Sur les sujets cliniques, le psychologue, lorsqu'il est présent à la réunion, a également un avis qui compte et une influence sur la prise en charge.

- IDE S. : je l'ai eu au téléphone son fils le pauvre. . .

- IDE N. : Pour elle elle n'est pas malade, c'est les autres qui sont malades. . .

- Psychologue : Pour elle, son fils, il l'a dépouillé, il la vole... Pour elle, dans l'ordre des choses elle aurait du récupérer l'argent de son père en premier et que son fils il a fait vendre l'appartement qu'il exploite. Tu ne peux pas rationaliser le fait qu'effectivement quoi qu'il en soit elle est dans un appartement où elle ne paie pas de loyer. . .

La segmentation du pouvoir n'est pas aussi stricte qu'elle ne le semble a priori. Il arrive ainsi qu'un infirmier, tenant sa légitimité de son expérience professionnelle et de sa connaissance du patient, intervienne et insiste sur la question du traitement, poussant le médecin à se justifier sur une décision dont on a vu qu'elle devait relever des seules compétences du médecin.

D'ailleurs, on peut se demander, de manière générale, si les décisions prises par les médecins, concernant les traitements ou non, ne relèvent pas d'une logique de décision collective, prise dans des moments plus informels que la réunion clinique ou l'entretien avec le patient. Cette question a déjà été soulevée dans d'autres lieux, par exemple sur les décisions médicales prises en réanimation, qui relèvent de processus décisionnels collectifs non centrés sur le seul médecin voir sur la seule équipe de soin².

Dans les réunions cliniques auxquelles nous avons assisté, la position ascendante des médecins n'était pas écrasante. La parole n'était pas monopolisée et les conclusions du psychiatre n'étaient pas systématiquement attendue. En revanche, de manière tacite, ce sont les psychiatres (internes ou docteurs) qui dirigeaient les

2. PAILLET, *Sauver la vie, donner la mort*.

échanges : ils annonçaient quasiment systématiquement le patient dont on allait parlé (à défaut la cadre infirmière le faisait), distribuait la parole quand cela était nécessaire et concluait. En dehors de ces points spécifiques, la dynamique des échanges ne semblait pas refléter une segmentation stricte et rigide entre les différentes professions.

4.1.3 Savoirs personnels

Le rapport au patient dépend également de notre bagage socio-culturel et ce type de savoirs est mobilisé de manière constante dans l'équipe et au moment de la réunion clinique. Il existe une multitude de situations où le savoir professionnel ne suffit plus à la compréhension d'une situation.

Ainsi, cette patiente, qui a eu une trajectoire de vie particulièrement mouvementée, avec un parcours migratoire traumatisant du H.³ à la France. Elle ne présente pas une symptomatologie psychiatrique très aiguë au premier abord. Par ailleurs, elle ne parle pas parfaitement le français. Ainsi, son parcours de vie, chaotique, est recueilli par bribes que l'équipe tente de reconstituer petit à petit et mettre en lien avec son état actuel. Chaque décision qu'elle prend ou a pris tente d'être interprété par l'équipe d'un point de vue psychopathologique. Ce qui ne convient pas toujours :

- IDE S. : Attends c'est bizarre parce que moi je ne n'avais pas cette notion biographique mais, elle était à l'A. [communauté religieuse], une mission dans les Cévennes, c'est quand même près de l'Espagne, moi je chercherais à partir loin, à l'autre bout de la France. . .

- Psychologue : C'est ce qu'elle fait ici. Ce qu'elle fait ici c'est ce qu'elle faisait la bas, elle se cloître

- IDE S. : Oui mais avec quatre murs. Mais la distance géographique c'est pas autant que ce qu'elle aurait pu ! Elle n'est pas partie à l'opposé.

. .

3. Pays dont la patiente est originaire

- Psychologue : Oui mais ça c'est nous S., tu ne peux pas raisonner comme pour nous systématiquement. . .

Ce type de situation, très ancré dans le parcours de vie des patients et semble très attaché à la personne plus qu'à sa pathologie, qui remet l'équipe sur un pied d'égalité quant à la compréhension et à l'interprétation des situations. D'autant plus lorsqu'il s'agit d'expériences peu communes et étrangères à l'expérience personnelle de la plupart des soignants. Il est tentant de se raccrocher à son savoir professionnel mais il est peu opérant ici.

- Dr C. : Je vois mal les gens, si ils sont là à lui mettre de la drogue dans le bide, enlever le bébé et aller le mettre en sécurité. . .

- Thérapeute stagiaire : Oui. . . il peut y avoir un double discours. . .

- Dr C. : En général ils ne s'embarrassent pas de préoccupations de ce genre. . .

- Interne J. : ça sert à rien ça!!

- Thérapeute stagiaires : Surtout dans ce pays là. Mais bon, peut être qu'il y a des incohérences c'est largement possible. . .

- Dr C. : Des reconstructions aussi, ça n'enlève pas aux horreurs qu'elle a vécu hein. . . parce qu'il y a des choses aussi. . .

Il devient alors nécessaire à l'équipe de dépasser le seul cadre de référence psychiatrique pour comprendre. Toutes les initiatives sont proposées même si elles peuvent paraître incongrues à certains. La charge émotionnelle est importante vu le récit rapporté. Les membres de l'équipe cherchent à comprendre au delà de l'aspect pathologique.

- Psychologues : je propose au groupe, aux soignants, il y a au moins un ou deux reportages qui ont été fait par Arte au « H. », la où elle est née, je pense que ça vaudrait le coup de. . . On en est la maintenant dans le travail où on peut commencer à aborder ça sans que ça re-traumatise.

On en a regardé des bribes. Je pense que si tu vois ça, tu te dis tiens peut être que. . . on est loin de la réalité.

- Interne J. : Vous regardez des reportages ?

- Psychologue : Oui des bouts, de choses, notamment par exemple sur les tatouages. Nous ici ça a peu de signification. Pour elle quand elle te parle de tatouage. . .

- Cadre IDE : C'est un signe ?...

- Psychologue : Ah non, je veux dire, quand il y a deux bandes rivales, les tatouages, c'est la mort.

- Médiatrice paire : Pourquoi ?

- Psychologue : Parce que les gens se tuent en fonction de leur appartenance à un groupe. En ce moment on dit que le H. est plus violent que l'Irak et l'Afghanistan, enfin, je c'est pas si tu vois ? Il y a plus de morts là-bas qu'en Irak ou en Afghanistan... C'est la guerre civile, non mais enfin... Elle commence à aborder ça d'une autre manière. Je pense que ça lui ferait du bien d'aborder ça avec un médecin.

- Médiatrice paire : C'est intéressant ce que tu dis par rapport au « H. » et ce qu'elle a pu vivre. Parce qu'en fait elle se sent violée dans son cauchemar et quand elle se réveille elle a l'impression d'avoir plein de sang sur son corps, les mains, les bras. . .

- Psychologue : Elle raconte que sur un cadavre on lui a demandé de mettre la main dans une flaque de sang et d'attendre que le sang soit froid.. enfin. . .

- Cadre IDE : Y a des choses abominables dans ce qu'elle raconte. . .

- Médiatrice paire : Elle a du mérite. . .

A partir de cet instant, chaque détail de la vie quotidienne de cette dame semble prendre sens. Les personnes côtoyant le plus la patiente au quotidien sont invitées à prendre la parole et les personnes les plus impliquées dirigent les échanges. Les hiérarchies du savoir n'ont plus la même valeur, le temps passé auprès de la patiente,

et la qualité de la relation, priment. L'équipe a passé un temps très important en réunion à dérouler cette biographie, nous aurons l'occasion d'y revenir. Il ne s'agissait pas d'un sujet annexe dans la perspective des soins, même si le savoir spécifiquement psychiatrique n'était plus complètement opérant pour comprendre.

- Médiatrice paire : Alors comment tu l'expliques toi cette passion pour les fleurs, cette passion pour tout ce qui est artistique, manuel. . .

- Thérapeute stagiaire : Je ne l'explique pas. Je ne l'explique pas parce que je pense qu'elle a appris ça quand elle était enfant. Elle m'a dit que eux, dans leur pays -tout est recyclé, ils n'ont rien, franchement... quand ils veulent de l'électricité ils mettent sur la batterie d'une voiture pour l'allumer, donc ils n'ont rien- La seule chose qu'ils peuvent leur donner à faire quand ils sont enfants c'est d'être dans quelque chose qu'ils vont créer pour leur permettre justement de se développer parce que le sens créatif c'est quand même quelque chose d'important à mettre en avant dans un apprentissage et permettre à l'enfant de grandir. Et quand elle a appris ça elle elle était douée en plus pour ça. Donc cette passion pour ça c'est ce qui la raccroche je pense à un moment de sa vie agréable en plus et qui lui permet de se sentir bien. Elle fait quelque chose et en plus c'est très beau. Et avec ces fleurs elle fait des cadeaux. C'est très important le cadeau aussi. Là, par exemple, elle a fait un énorme bouquet, dans sa chambre, de fleurs, qui exprime de la joie. Elle m'a dit, ce bouquet là, c'est pour la paroisse. Je pense en plus que les bouquets qu'elle fait sont pour elle un moyen de donner d'elle, de ne pas être inutile déjà, et puis quelque part de travailler dans du beau. . .

- IDE S. : ça contraste avec sa vie en fait...

- Thérapeute stagiaire : Tout ce qu'il y a avant, c'était pas du beau. . .

- IDE S. : Quand on rentre dans sa chambre, on a une impression de printemps justement. Disons que ça contraste vraiment avec ce qu'elle a

du...

- Thérapeute stagiaire : Tout à fait. Alors moi j'en prends et j'en laisse parce que je ne sais pas mais ce que je sais c'est qu'elle a vraiment dit des choses très intéressantes, même des fois j'étais là. . . je me suis dit la pauvre... et elle les redit, alors peut être qu'il y a des choses transformées, l'histoire du fils elle n'est pas tout à fait clair effectivement mais bon voilà. . . c'est tout ce que je peux dire maintenant.

Il est intéressant de constater la manière dont toutes ces formes de relations au savoir, professionnelles et personnelles, s'entremêlent, ne sont plus segmentées. Les savoirs informels peuvent ainsi avoir une place centrale au côté des savoirs institués. La maladie ne s'efface pas, mais il s'agit d'abord de comprendre une personne.

4.1.4 Savoirs situés

Plusieurs formes de savoirs sont ainsi mobilisables par l'équipe de soins pour aborder les situations des personnes. La production de ces savoirs ne sont plus seulement fonction de la profession mais également de la personne du soignant lors de sa rencontre avec le patient. Les soignants disposent d'informations qu'ils ont pu saisir en fonction de leur catégorie professionnelle, qui détermine les formes de la rencontre avec le patient mais également en fonction de leur expérience personnelle et de leur bagage socio-culturel propre. Ainsi, les sources du savoir produit par l'équipe et recueillie au cour des réunions cliniques sont très localisées. C'est lors de prises en charge complexes que cet aspect protéiforme du savoir, dans une équipe de psychiatrie, est le plus facilement repérable. Une patiente en particulier a mobilisé toutes ces ressources autour de son cas.

Mme T. est hospitalisée suite à de graves inquiétudes de son fils qui ne comprend plus le comportement de sa mère, notamment vis-à-vis de ses biens matériels et de ceux de son grand-père. L'attitude parfois incohérente de sa mère lui a fait demander une hospitalisation en soins sans consentement pour elle afin de mieux évaluer sa

situation.

L'attitude de Mme T. est également difficile à saisir pour l'équipe. Elle s'y confrontera des mois durant. Les relations privilégiées qu'elle entretient avec certains membres de l'équipe seront mobilisées. Chaque membre de l'équipe doit alors préciser ses avis sur Mme T. Les informations rapportées par l'assistante sociale, par exemple, sont sensiblement différentes des constatations de certains membres de l'équipe infirmière :

- Assistante Sociale : Non non pas du tout ! Et justement elle m'a dit je n'y arrive plus et tout ça, et elle a lâché complet. En fait par rapport à la réaction juste après l'entretien où elle était encore « je sais pas si mon fils me veut du bien » là au contraire elle a pris conscience. . . ça a fait son chemin quoi. Son fils était aussi là pour elle et finalement elle aimerait bien reprendre une relation avec son fils. . . et après on a aussi parlé parce que Mme T. dit qu'elle irait bien au foyer résidence et du coup elle ne veut pas laisser son père tout seul d'où l'idée qu'il aille aussi en institution. Mais elle en a déjà parlé avec lui et il ne veut pas y aller en fait. Il est catégorique sur le fait qu'il ne veut pas aller en maison de retraite. A voir, de toutes façons le père il faudrait qu'on le rencontre. . . On a reparlé du fait de la placer sous mesure de protection. Je lui ai dit : "vous voyez pour l'argent vous restez complètement bloquée. Et en fait ça vous bouffe dans vos relations, que ce soit avec votre fils ou avec d'autres. Vous n'auriez plus ce souci là...". Du coup c'était très intéressant parce que même dans la discussion il y a eu une évolution sur le fait que si elle était sous mesure ça lui permettrait de lâcher à ce niveau là et de créer de vrais relations.

Les avis ne seront jamais unanimes au sujet de cette dame. De nouveau, l'assistante sociale fait référence à une relation dans un espace-temps spécifique pour légitimer ses observations différentes du reste de l'équipe. Son avis est soutenu par

le Dr C., seule autre personne présente lors de cette entretien.

- Assistante sociale : Alors, avant même d'en parler avec le fils c'est le père qui ne veut pas. J'ai revue Mme T. aussi en entretien hier. Ce que je tiens à dire quand même c'est qu'avec moi elle a tout lâché. Hier elle s'est mise à pleurer, je ne l'ai jamais vue comme ça. . .

- Dr C. : C'était authentique, ça ne faisait pas plaquo-plaqué. . .

Entre descriptions et interprétations sauvages, avis personnels et professionnels, il ne semble alors, par moment, plus y avoir de frontière avec la discussion clinique.

- Cadre IDE : Je ne la vois pas comme ça Mme T.

- IDE S. : Elle a quand même peut être un truc qui tient pas debout dans la réalité mais dans sa tête elle a peut-être moyen de contrer les choses. . . Elle n'est pas bête hein. . .

- Assistante sociale : Je ne sais pas si c'est une question d'intelligence mais si tu me dis qu'elle est pas bête moi je te dirais qu'elle n'est pas assez intelligente pour ça.

- Psychologue : Elle est plus perturbée que bête

- Assistante sociale : Je ne la vois pas dans cette démarche

- Cadre IDE : Je ne la vois pas manipulatrice

- IDE S. : La suite nous le dira... Qui vivra verra...

- Psychologue : Elle est très malade. . .

- IDE S. : Pas plus que toi. . . c'est l'intérêt d'avoir des réunions

- Psychologue : ça fait penser à l'indifférence de l'hystérique sans dire qu'elle est hystérique. Comme si ça l'atteignait pas plus que ça. . .

D'une manière générale, chaque avis sur une situation est difficilement contestable dès lors que le soignant s'appuie sur un vécu particulier avec la personne. Chaque interaction étant singulière, non partagée par les autres membres de la réunion la plupart du temps, il doit être accepté comme tel. Chacun se sent alors

libre d'émettre un avis personnel sur l'orientation des soins. Il ne peut être contesté dans la mesure où il est le seul dépositaire de l'expérience des interactions sur lesquelles il s'appuie.

- Cadre IDE : C'est pas mal Mme T.

- IDE S. : Je ne sais pas quoi te dire. C'est toujours le même contact, le même grand sourire, à te dire oui oui il n'y a aucun problème. . .

- Cadre IDE : Y a des choses qui bougent avec son fils. . .

- IDE S : Oui mais à l'intérieur, à l'hôpital. Je ne sais pas quelle relation son fils peut avoir avec elle... Le contact reste superficiel. ça reste de l'ordre de l'hôtellerie ; elle te dit je sors, je reviens à telle heure ; Elle prend les permissions qui lui sont accordées. . . Elle est dans les clous si tu veux. Après. . . elle n'a pas de soins somatiques donc on n'est pas avec elle comme avec M. ; Donc effectivement ça va un peu mieux avec son fils et tant mieux mais nous niveau intra-hospitalier je sais pas... vous vous dirigez vers une sortie ? Toutes façons elle n'a jamais été aussi proche, toutes façons, si c'est dans vingt ans, c'est sûr. . .

La segmentation professionnelle n'opère plus :

- Assistante sociale : Y a un peu double discours alors parce que moi quand je la vois c'est pas le cas. Elle arrive à commencer à être critique ce qui n'était pas le cas avant. Elle se rend compte qu'effectivement l'argent c'est la problématique et qu'il faut qu'elle s'en débarrasse pour arriver à créer du lien normal. Elle est plus critique sur ce qu'elle a pu faire, elle a pu dire... elle est pas euh...

- Psychologue : elle est plus critique de ça mais dans ses relations avec les autres patients. . .

- Assistante sociale : Non, non. Par rapport à son fils, la SCI⁴. On arrive à en discuter et à dire : "c'est vrai que j'ai du mal". Elle arrive à

4. Société Civile Immobilière

le remettre en question. . .

Il arrive qu'il soit fait référence directement au moment de l'interaction pour justifier un avis...

- IDE N. : Ben ça va, le contact est pas mauvais mais faut aller vers lui quoi, c'est pas quelqu'un qui va. . .

- Interne M. : il médite...

- IDE S. : Non moi je pense que c'est sa nature.

- IDE N. : Ouais...

- IDE S. : C'est un mec qui a toujours euh...

- Interne M. : Ah oui oui oui non mais c'est très cohérent, c'est son mode de fonctionnement. . .

- IDE S. : Il a un très bon contact quand tu rentres dans la chambre. . . c'est sûr qu'il va pas venir te voir.

... ou une prescription. L'interne J. justifie sa nouvelle prescription par le fait que, dans le temps de l'interaction, il ne lui a pas semblé que le patient lui a menti. Il sous-entend que c'est potentiellement le cas et c'était effectivement l'avis de l'équipe pour ce patient. Il faut donc être vigilant quelle que soit son rôle.

- Interne J. : Je le trouve un peu moins bien mais physiquement. Bon il en a marre c'est sûr d'être ici mais je pense que y a, il m'a pas embobiné hein mais je pense que par rapport à l' « H » ce qu'il décrit est assez compatible avec certains effets secondaires de l' « H » donc j'ai accepté de lui mettre 50mg le soir au lieu de 80mg. . . . Après ben c'est toujours euh. . . ça bouge pas quoi.

Toutes les personnes présentent lors de la réunion clinique, quel que soit leur statut, soignant stagiaires, sont en droit d'exprimer leur vécu au contact du patient. Chaque interaction avec ce dernier est nécessairement spécifique, de par le lieu, le moment ou encore la nature de l'interaction avec la personne concernée. Chacun

dispose ainsi d'un pouvoir absolu dans sa description et dans son interprétation personnelle d'un état d'être du patient, à un instant donné.

4.1.5 Savoirs co-construits

Nous avons pu constater de grandes divergences dans la nature du savoir des membres de l'équipe de psychiatrie. Il est dépendant d'éléments professionnels et personnels relatifs au parcours de vie des personnes mais également du cadre institutionnel lui-même. Dans un tel contexte et vu la grande quantité d'informations, de différents degrés de complexités, qui peuvent servir à une meilleure connaissance du patient et, plus directement, aux soins, la réunion clinique devient un moment essentiel de la semaine. Elle permet de rassembler et d'harmoniser la connaissance de l'équipe sur un cas, notamment si il est complexe. Il ne s'agit pas uniquement de synthétiser pour décider du soin mais de produire une connaissance, retrouver une personne. Le dialogue peut ainsi s'instaurer entre une médiatrice de santé paire recevant les patients en réunion communautaire, hors du service, et le psychologue clinicien de l'unité d'hospitalisation.

- Médiatrice paire : Moi j'ai pris des notes par rapport à ce que m'a dit Mme B. lors de la réunion communautaire du jeudi. Elle se sent bizarre des fois, elle ne se sent pas très bien même quand il fait beau, elle raconte qu'elle fait des cauchemars où elle est au H. et quand elle se réveille, elle se rend compte qu'elle est en France.

- Psychologue : C'est plus compliqué. La journée elle est rassurée malgré tout d'être ici. La nuit c'est toujours quasiment le même cauchemar qui revient. On a un peu dépiauté, dans son cauchemar on retrouve des éléments historiques de ce qu'elle a vécu. Le soir elle dit qu'elle boit beaucoup comme ça, ça la réveille et elle fait moins de cauchemar

- Cadre IDE : Elle a trouvé cette stratégie. . .

- Psychologue : Oui c'est une stratégie. ça la réveille et elle a du mal à se rendormir donc moins de cauchemar.

Tout le monde à la possibilité d'exprimer son point de vue, et dispose du temps nécessaire pour le faire. La diversité des interactions avec le patient se retrouve dans la richesse des informations rapportées. C'est le cas ici, pour une stagiaire sur les observations de laquelle la médecin va s'appuyer pour préciser des points diagnostics à partir d'éléments qu'elle n'avait pas pu recueillir elle-même. C'est également l'occasion d'harmoniser le travail d'équipe.

- Dr C. : Oui, oui...

- Thérapeute stagiaire : Parce que je lui ai demandé si ça l'intéressait de faire de la relaxation, il m'a dit « mais non, parce que la relaxation ça se fait tout seul ». Et puis après le lendemain quand je suis venue le voir il m'a dit : « c'est vrai vous avez raison -il est intelligent quand même- on peut le faire à plusieurs mais c'est dans des groupes et finalement moi je préfère le faire tout seul. Alors, il se fixe un point sur le mur et il me dit que c'est à partir de là qu'il a vraiment beaucoup progressé. Alors il voit des images... il voit d'abord des lumières... je lui dit « mais c'est pas vos yeux ? » il me dit « non non non des lumières etc » et puis je vois des images et alors « qu'est ce que ça vous » « eh bien ça m'apaise ! ». Alors ça c'est formidable parce que quand il médite, il est apaisé. Il m'a dit « j'ai une grande force intérieur qui m'habite, et cette grande force la me met en sécurité. Alors c'est peut être...

- Dr C. : C'est quoi les images ?

- Thérapeute stagiaire : Alors les images il m'a dit, c'est quelque chose d'agréable. Par exemple il doit voir un beau paysage ou il doit sentir un être qui est de lumière pour lui qui lui donne de la force mais j'en ai pas plus parlé que ça. . .

- Interne J. : Méditation thérapeutique.

- Dr C. : Est ce que t'arrives à déterminer si c'est des images mentales pré réflexives ou si. . .

- Thérapeute stagiaire : Je pense que là c'est quelque chose qu'il a

appris, qu'il construit parce qu'il a sa religion, il est chiite au départ. Il m'a raconté qu'elle l'avait soutenu, au moment du Shah, Khomeyni etc. Mais une fois que la politique était devenue trop difficile, il était parti d'Iran avant le départ du Shah mais il n'a plus voulu faire de politique, il a viré vers le soufisme. Donc il se soutient avec cette philosophie qui n'est pas une philosophie qui le met devant quelque chose d'hallucinatoire mais qui au contraire lui donne je pense cette sérénité qu'il peut avoir dans le couloir. Sinon vu les idées et les convictions qu'il a, il pourrait péter les plombs comme à chaque instant. Parce que là il est certain que de toutes façons ça ne changera pas. La télévision elle parle... Y a vraiment... c'est sûr.

- Dr C. : Qu'est-ce qu'ils lui veulent ces gens là ?

- Thérapeute stagiaire : Je ne sais pas parce qu'il m'a dit « ils veulent m'empoisonner », ils veulent lui faire du mal. . . Il se sent...

- Dr C. : Oui, mais...

- Thérapeute stagiaire : Il se sent espionné, mais je ne sais pas ce qu'ils font de plus, je n'ai pas eu le temps de le voir beaucoup. . .

- Dr C. : Pourquoi il est aussi important pour le plombier de l'espionner finalement. . .

- Thérapeute stagiaire : Mais je saurais peut être ça demain, vendredi je vais le revoir.

- Médiatrice paire : Mais attends parce que y a le psychologue aussi qui fait de la psychothérapie et toi, c'est ça, tu as récupéré des personnes de Y... ?

- Dr C. : Non, elle a demandé...

- Médiatrice paire : C'est en plus ?

- Dr C. : C'est plutôt de la relaxation, les approches en psychocorporel. . . Oui, oui, c'est en plus.

La médecin pourra s'appuyer sur cette observation pour ajuster la thérapeutique

sans évaluation directe du patient.

- Thérapeute stagiaire : Je l'ai vu lui aussi. Alors il m'a raconté lui aussi euh. . . toute sa vie. Et ce qui est intéressant c'est de savoir qu'il est dans une conviction et que quoiqu'il en soit il a bien été empoisonné dans son appartement. Et c'est une réalité, il m'a dit : «c'est vrai», il ne va pas revenir la dessus. Et en plus de ça il m'a raconté que même déjà auparavant dans le précédent appartement mais c'était moins grave, les gens rentraient chez lui. Je lui ai demandé comment il s'en apercevait il m'a dit : «mais c'est très simple hein, les choses elles étaient déplacées». Il me dit «de toutes façons, vous savez, on me regarde tout le temps. Je prenais ma doudoune, ils me regardaient. Je regardais la télévision - ça fait deux ans qu'il ne regarde plus la télévision parce que la télévision ils sont là et ils lui parlent, ils lui parlent à lui en direct. Et sur son téléphone, même ici, de ces gens là qui lui veulent du mal. . . Alors j'ai vu que son téléphone il n'était pas branché mais. . . Alors je lui ai dit : «mais pourtant mais vous êtes bien ici, vous êtes en sécurité», il me dit : "...pour le moment». (rires) Je lui dit donc chez vous vous ne voulez absolument pas retourner, il me dit «ah non, non, non, pas question». Il espère qu'à la maison de retraite ils ne seront pas là.

- Dr C. : Ok, fait ben monter le « X » alors. . .

La connaissance du contexte de vie plus large du patient est parfois mal partagée au sein de l'équipe. La réunion clinique permet alors d'échanger ces informations essentielles et d'ajuster les soins.

- Interne M. : ... Et y a son père qui est hospitalisé!!

- Cadre IDE : ça doit pas aider ça!

- IDE S. : Ah oui, il m'en avait parlé de son père, enfin il ne m'a pas dit pourquoi il était hospitalisé, mais je crois que M. R. ne le savait pas à l'époque, je ne sais pas s'il le sait maintenant

- Interne M. : En fait cette hospitalisation là c'est une hospitalisation programmée pour une évaluation, c'est pas sûr qu'il va se faire opérer pour son canal lombaire étroit. . . C'est pas non plus l'opération du siècle hein ! Mais voilà il faut quand même un peu...

- Cadre IDE : Non mais ça c'est le genre de chose qui peuvent énormément l'angoisser...

- Médiatrice paire : ça peut déclencher une recrudescence de voix. . .

- Cadre IDE : Bien sur.

- Interne M. : Donc, à savoir : Il est hospitalisé depuis hier. . .

Parfois c'est le manque de communication qui est criant et souligne d'autant plus l'intérêt de ces réunions. Une situation a particulièrement cristallisé les tensions entre les différents professionnels. Ils ne manquent pas de marquer leur soulagement après que la thérapeute stagiaire a pris le temps de recueillir un récit biographique riche et détaillé qu'elle a ensuite partagé avec l'équipe. Ceci montre à quel point chaque catégorie professionnelle a conscience de l'intérêt de chaque membre de l'équipe pour la construction d'un cas clinique complet.

- Interne J. : Ça fait du bien d'avoir un avis... enfin... un recueil psycho partagé. . .

- Dr C. : C'est vraiment très riche

- Interne M. : Exactement ce qu'on n'a pas eu jusque là. . . Y a un moment il faut que ce soit dit.

- Dr C. : Ouais. . . On aimerait que ce soit comme ça, qu'on puisse échanger entre les différents intervenants. . .

- Thérapeute stagiaire : Toutes façons c'est absolument essentiel d'échanger comme ça parce que chacun à sa part de raison. Je trouve que ce qui est riche quand on est un groupe comme ça, c'est que chacun puisse avoir un moment précis, individuel avec une personne et qu'il y ait une remise de toutes les informations parce qu'une personne ne racontera pas

les mêmes choses. . .

- Dr C. : C'est exactement pour ça qu'on fait des staff.

- Cadre IDE : On n'entend pas tous la même chose.

- Dr C. : Les patients font bien la différence entre ce qu'ils disent et à qui...

- Médiatrice paire : On n'entend pas tous la même chose et on a un comportement différent en fonction des intervenants. Là elle s'est dévoilée Mme B., elle s'est mise à nu là. Parce que moi j'ai jamais entendu cette histoire là.

Sur des situations avec moins de tension et moins complexes, la réunion clinique permet également d'accorder les points de vue et décider d'une action commune en se partageant le travail.

- Dr C. : Et donc les sorties tu dis quoi ?

- Interne D. : Je pense que si on doit faire des sorties ou des activités quelles qu'elles soient . . .

- Infirmière S. : La dernière fois qu'on lui avait proposé il ne voulait pas

- Interne D. : Vous lui aviez proposé quoi ?

- Infirmière S. : Sortir en ville. . .

- Interne D. : La dernière fois c'était quand ?

- Infirmière S. : une quinzaine de jours. . .

- Interne D. : Une quinzaine de jours ? Je vais essayer de voir avec lui.

La réunion clinique est un lieu charnière qui permet d'observer la variété et la complexité de la production du savoir sur le patient au sein d'une institution psychiatrique. Toutes ces sources d'informations n'ont pas la même valeur au regard du corpus de connaissance psychiatrique. Cependant, la nature de la pratique psychiatrique nécessite qu'elles soient toutes considérées, sans a priori, afin de disposer

d'une connaissance du patient au plus près de son vécu. Sans filtre exclusif d'un soignant ou d'une catégorie professionnelle.

Ainsi, la notion de pouvoir médical semble toujours valide mais malgré tout atténuée. Quand bien même elle garde une certaine importance, l'application des décisions médicales devra constamment être ré évaluée en situation, dans l'interaction spécifique qu'aura chaque membre de l'équipe avec le patient. La verticalité hiérarchique supposée des décision médicales est contrebalancée par une mise en place non linéaire du soin et des savoirs mobilisés.

4.2 Les catégorisations du savoir

4.2.1 Catégorisations empiriques : les interactions

La psychiatrie est une spécialité particulièrement liée à la qualité de la relation avec le patient. Comme nous venons de le voir, l'évaluation et les décisions relatives aux soins se construisent sur la base d'un savoir modelé par l'organisation institutionnelle et sont très liées à la personne de chaque soignant. L'équipe se charge de mettre en forme ce savoir brut afin de le rendre lisible pour un projet thérapeutique. Ce processus a lieu de manière informelle dans le quotidien de l'institution, mais également de manière plus formelle lors de la réunion clinique hebdomadaire à laquelle nous avons choisi de nous intéresser. Les éléments recueillis par chacun sont organisés en vue de la détermination de l'action.

Ce savoir, mis en discussion lors de la réunion clinique, naît d'attitudes en situation d'interaction. Ces situations d'interaction peuvent concerner les soignants de l'unité ou d'autres services, d'autres patients ou encore les proches de la personne hospitalisée. Elles servent un premier niveau d'organisation du savoir.

Mme. T est cette patiente hospitalisée sans consentement suite à de fortes inquiétudes de son fils. L'équipe de soins a toujours du mal à la comprendre et à déterminer si son comportement est adapté et sain ou non. Les échanges lors des réunions cliniques à son sujet sont régulièrement houleux et dépassent parfois le simple stade d'une évaluation professionnelle. Chacun tente alors, comme il peut, de trouver un compromis entre l'évaluation professionnelle censément neutre et son ressenti personnel dépendant de son vécu et de son lien singulier avec la patiente. Ce qui est exprimé ici lorsque l'assistante sociale renvoie à une interaction particulière avec la patiente pour soutenir son point de vue.

- Assistante sociale : Y a un peu double discours alors parce que moi quand je la vois ce n'est pas le cas. Elle arrive à commencer à être critique ce qui n'était pas le cas avant. Elle se rend compte qu'effectivement

l'argent c'est la problématique et qu'il faut qu'elle s'en débarrasse pour arriver à créer du lien normal. Elle est plus critique sur ce qu'elle a pu faire, elle a pu dire. . . elle n'est pas euh. . .

- Psychologue : Elle est plus critique de ça mais dans ses relations avec les autres patients. . .

- Assistante sociale : Non, non. Par rapport à son fils, la SCI. On arrive à en discuter et à dire : "c'est vrai que j'ai du mal", mais elle arrive à le remettre en question. . .

Son attitude avec son fils, relevé lors du dernier entretien familiale, sert à soutenir une évaluation de la situation. Là également, il s'agit d'un moment singulier d'interaction. C'est l'assistante sociale, qui a assisté à l'entretien, qui pense déceler des éléments positifs dans l'émotion et les réactions qu'elle a perçus.

- Assistante sociale : Mme T. pendant l'entretien est restée très fermée, c'est son côté très défensif et le fils était très très ému, il est vraiment inquiet pour sa mère. . . Et elle peut être complètement en dehors de la réalité... Mais bon, ça a été plutôt profitable vraisemblablement la maman a libéré des trucs. . . voilà.

Cette observation et cette catégorisation des attitudes en situation d'interaction sont très fréquentes. Ceci est lié au quotidien de la vie d'une unité de soins psychiatrique qui met en contact quasiment permanent toutes les personnes impliquées. Par exemple, les patients ne disposant pas de téléphone personnel doivent passer leurs appels sur le téléphone de l'unité, dans le bureau infirmier, où un membre de l'équipe doit être présent. Cette situation est mise à profit lors de la réunion clinique pour l'évaluation de l'évolution de l'état de santé du patient mais, également, permet de renforcer la décision de soins.

- Dr C. : Et après les appels il va bien ? Aussi bien de sa femme que de l'autre ?

- IDE E. : Euh... ouais...

- IDE S. : Moi je ne l'ai vu qu'après les appels de sa femme il était bien. Il faisait des projets il était euh. . .

- Dr C. : Ok... on continue comme ça.

L'interaction elle même compte tout autant que le sens des propos échangés. La précision du détail du déroulé de l'action peut être nécessaire pour transmettre une évaluation la plus proche possible de ce qui a été vécu.

- IDE S. : Oui mais si vous entrez dans la chambre et que vous lui dites : alors est-ce que ça va, bien sur qu'il dit non. . .

- Cadre IDE : Mais non ! Je suis allée le voir...

- IDE S. : Comment ça va ? et voilà...

- Interne M. : Je suis allé le voir, je lui ai demandé comment ça va ? Comme ça avance. Il m'a dit moyen. Moyen comment ? par rapport à votre entrée. Il m'a dit, pas au fond pas au top. Donc c'est mieux

- Externe A. : A la visite il a parlé de projet d'avenir. . .

Le lien du patient avec les équipes de soins sont reconnu comme critère d'évaluation. Ce patient est hospitalisé au long cours dans l'unité. La relation avec l'équipe de soins est très fluctuante dans le temps et selon les personnes. Plusieurs fois par an il lui arrive de faire des séjours en unité de rhumatologie pour des soins spécialisés. L'équipe a remarqué que ces coupures lui font du bien. Ce que rappelle une infirmière de l'équipe à la médiatrice paire :

- Médiatrice paire : Il va très bien M. C., il a le sourire.

- IDE F. : Moins que quand il revient de rhumato quand même, ça décline au fil des jours.

Cette modalité d'interprétation des situations n'a rien d'étonnant en psychiatrie. Pour l'équipe, ces formes de catégorisation sont valables en elles-mêmes, sans référence à une quelconque classification scientifiquement admise. Elle détermine même

les soins. Cette absence de cadre formel se ressent dans une situation complexe. Il avait déjà été abordé, à d'autres occasions, le fait que le comportement de cette patiente relevait de son trouble schizophrénique. Très peu de membres de l'équipe arrivent à établir de relation satisfaisante avec elle. Dans ces cas, le flou conceptuel peut entraîner un glissement du "elle a" (un trouble schizophrénique) au "elle est" (schizophrènes).

- Dr C. : Elle a des permissions mais elle ne veut pas sortir.

- IDE L. : Elle ne veut pas et on lui a déjà proposé de sortir y a rien à faire. Tant qu'elle n'a pas d'appartement elle ne sort pas. Enfin, ne sort pas même en sortie thérapeutique.

- Interne J. : Oh le chantage. . .

- Cadre IDE : Ben elle a du caractère hein Mme G.

- IDE S. : Et tu ne peux pas lui faire changer d'avis hein.

- Assistante sociale : Sacré caractère! Même têtue je pense. Elle est comme ça hein...

- Interne M. : Ce que la tutrice nous a confirmé hein. Elle a toujours été comme ça même aux moments où elle allait le mieux, où elle travaillait à l'ESAT⁵ et tout elle était... Un peu...

- Dr C. : Ouais, ouais, ouais, ouais...

L'équipe, un peu démunie, ne sait plus quelle attitude adopter pour faire alliance autour du projet de soins. Elle s'en remet aux professionnels dont elle s'imagine qu'ils ont une relation privilégiée avec la patiente. Ce qui ne garantit rien.

- Dr C. : (...) Dr M. est venu la voir la semaine dernière avec M. mais, malgré qu'il la connaisse bien, ça n'a rien donné non plus donc on est un peu...

5. Etablissement et Service d'Aide par le Travail

La relation peut même devenir extrêmement personnalisée dans les situations complexes. Les membres de l'équipe n'hésitent plus à parler en leur nom propre. Ce qui renvoie l'analyse à des situations d'interactions humaines très singulières. Ces informations sont des données, a priori, non reproductibles et donc peu intéressantes dans une perspective scientifique.

- Cadre IDE : Elle est moins catégorique, plus perméable aux. . .

- IDE S. : Ok mais est-ce qu'elle donne le change comme ça existe, elle te dit ce que tu veux à peu près entendre pour avoir à peu près la paix, ou alors elle s'est dit j'ai compris comment ça marche...Y a des personnes qui te disent : oui oui je dors bien la nuit, je fais bien ceci cela alors que c'est tout l'inverse, ils ont compris comment ça marchait et ils te donnent les éléments que tu veux entendre. . .

- Assistante sociale : C'est pas comme ça que je le ressens en tout cas. D'autant moins que je ne la lâche pas et que je l'accompagne dans toutes les démarches... Après c'est possible hein mais je ne vois pas l'intérêt qu'elle pourrait avoir...

- Cadre IDE : Je ne le ressens pas non plus de cette façon là parce qu'il y a des choses qui ont bougé quand son fils est venu et. . .

- IDE N. : Mais par rapport à nous c'est pas ce qu'il ressort (. . .)

- IDE S. : notre relation n'a pas changé, moi je la verrais bien faire toutes les démarches pour justement c'est sous etc et en parallèle assurer ses arrières. . .

Il existe ainsi un grand nombre de situations qui permettent une organisation des évaluations et des prises de décisions au sujet d'un patient. Les catégories à l'œuvre relèvent directement des représentations des soignants sur les interactions humaines adaptées dans les différentes situations. Ce répertoire relève d'une classification qu'on qualifiera de populaire, par opposition aux classifications savantes.

4.2.2 Catégorisations empiriques et description

La manière qu'à l'équipe de constituer son corpus de connaissance sur les cas ne découle pas de façon linéaire du savoir psychiatrique institué. Il naît directement des interactions quotidiennes avec les patients et l'équipe semble disposer de son propre répertoire de critères. Nous les qualifierons de non-opérationnels⁶. La réunion clinique observée nous donne quelques exemples de cette catégorisation des savoirs.

Mme T, que nous avons déjà évoqué, met toujours l'équipe en difficulté. Ce qui occasionne de longs échanges où l'équipe tente de comprendre collectivement la situation. C'est le but de la réunion clinique. On pourrait s'attendre à une recherche formelle de critères symptomatiques pour discuter de la situation, or les critères utilisés par l'équipe sont : Se sentir fragile ; être dans le déni ; évolution du discours. Il est même proposé de mettre la patiente en situation.

- Cadre IDE : ça commence à évoluer ça justement. . .
- IDE S. : Si elle se sentirait ne serait-ce que fragile. . .
- Cadre IDE : Vous trouvez qu'elle est encore là-dedans ?
- IDE S. / IDE N. : Ah OUI ! Plus que jamais.
- Interne J. : pour le fils ?
- IDE S. : Pour tout, toute sa vie. Pour le motif de son hospitalisation je serais prêt à la faire venir tout de suite et lui demander : « Mme T., pourquoi vous êtes hospitalisée ? » Je ne sais pas du tout la réponse qu'elle va te donner mais sûrement pas la bonne ni une qui se rapprocherait de la bonne, sûrement pas. Elle est dans le déni le plus total et c'est toute la difficulté. Parce qu'elle, elle est dans le déni mais c'est nous qui le sommes par rapport à sa pathologie la preuve c'est que vous dites « ah non non elle n'est pas dans le déni ». Elle est dans le déni.
- Cadre IDE : Non, je disais que son discours évoluait moi.

6. En référence à l'opérationnalisme logique

- IDE S. / IDE N. : Non !

L'avis médical sur la situation reprend sensiblement le même type de catégorisation du savoir de l'équipe sur la patiente : elle s'intéresse ainsi aux "oscillations" de la patiente et au discours rapporté du fils dans ses propres termes.

- Dr C. : Puis, ce que nous expliquait aussi le fils et dont on avait pas notion, c'est que ça a déjà aussi oscillé dans des cas où c'était pareil, le grand méchant et tout ce qu'on veut, et des périodes où c'était le plus grand, le plus beau, le plus fort, le plus fantastique des fils. . .

Lorsqu'elle évalue les effets d'un traitement physique (ici une sismothérapie) sur l'évolution de l'état de santé du patient l'équipe évalue selon l'être mieux et la présence ou non d'un discours négatif. Il s'agit ici d'un échange entre deux infirmiers. Les médecins, prescripteurs, sont présents et ne jugent pas nécessaire de développer plus. L'évaluation en ces termes semble donc suffisante.

- IDE S. : Il est mieux, les sismothérapies commencent à avoir de l'effet.

- Cadre IDE : Il a toujours un discours négatif. Hier après-midi il m'a dit que ça n'allait pas

L'interne présent reprend un peu plus loin sur la situation générale du patient. S'il évoque une catégorie spécifiquement psychiatrique, à savoir "la tristesse mélancolique", il use majoritairement du même type de catégorisation que les autres professionnels : "être mieux", "être sur la bonne pente", "être affecté" ou encore "attirer l'attention".

- Interne M. : M. N va clairement mieux, il est sur la bonne pente, il est en train de se retrouver dans un espèce de truc où... enfin je l'interprète comme ça hein. . . par rapport à sa famille qu'il ne voit pas, il a de temps en temps sa femme au téléphone. . . Hier, il m'a dit un truc comme : «

je suis entre parenthèses». Il ne sait pas vers où il va parce que sa famille ne veut pas le reprendre et ne lui rend pas visite donc, non seulement ça l'affecte, mais il a besoin de montrer que ça va pas à sa famille, ré-attirer l'attention sur lui, espérer rentrer chez lui en sachant très bien que ça va être compliqué. . . On n'est plus sur ça que sur une tristesse mélancolique etc. . .

Les catégorisations employées par l'équipe ne sont, bien entendues, pas exclusives et, la plupart du temps, elles sont utilisées parallèlement à des catégorisations plus spécifiquement médicales, psychiatriques. Encore que ces catégories psychiatriques semblent pouvoir être utilisées dans d'autres contextes. être perplexe ou adapté à son environnement ne relève pas nécessairement d'une catégorisation psychiatrique ou médical du comportement. être en phase avec son environnement ou être discrète, encore moins. Finalement, le discours est un mélange assez fluide de catégorisations empiriques et psychiatriques interconnectées.

- IDE S. : Mme A., l'équipe de nuit nous dise mais on est d'accord aussi, elle est toujours en état de perplexité et délirante cette nuit. propos complètement décousues, délirants. . . Dans la journée, oui mais délirante à bas bruits alors ; Moi elle est plutôt repliée, état de perplexité, répond oui non, réponse mono syllabique.

- Interne M. : Deux choses : Mme A. il faut te poser avec elle quelque part et il faut trois-quart d'heures. Pourtant ça tourne dans sa tête. Et quand tu vas la voir dans sa chambre en journée, elle délire et elle l'exprime. Quand tu la croises dans le couloir elle est adaptée. . .

- Médiatrice paire : Tu crois que, dans le couloir, elle est adaptée ? Moi quand je vois Mme A. je vois une dame qui est complètement... Elle est là, elle ne sait pas pourquoi elle est là, dans le vague, elle hoche la tête.

- IDE S. : Elle n'est pas en phase avec son environnement.

- Médiatrice paire : Je l'ai connu mieux. . .
- Interne M. : Si elle est hospitalisée c'est bien que... Quand elle était dans les couloirs et qu'on l'abordait pas, Mme A. pouvait passer inaperçue!
- IDE S. : On parle de son état actuel.
- Médiatrice paire : Mme A. elle est discrète. . .
- IDE S. : Après elle n'est plus dans cette phase aussi où elle voulait se barrer à tout prix et donc on lui cavalait derrière. . .
- IDE N. : Si, avant hier.
- IDE S. : Oui mais c'est très ponctuel. A une époque, quand tu savais qu'elle était dans le service tu mettais des baskets parce qu'il fallait lui courir derrière. Elle le fait. . . mais moins.
- Interne M. : C'est qu'elle est un peu rassurée d'être ici. Parce que ce qui la fait partir de là où elle est, c'est des éléments délirants, sa mère qui lui dit : « y a une bombe ! ». C'est ça qui lui fait préparer ses affaires et partir. . .
- Cadre IDE : Ah oui, y a de quoi partir en courant alors. . .
- IDE S. : Elle est dégueulasse parce qu'elle nous laisse sur place (rires). Elle ne le dit à personne!!
- Interne M. : L'état de Mme A. est fluctuant sur la journée. Le matin elle est perplexe, on ne sait pas trop ce qu'il se passe. L'après-midi on l'a vue avec AS et sa famille, il n'y avait pas de délire, elle intervenait au bon moment, nous disait ce qu'elle pensait. . .

Une attitude intermédiaire peut être adoptée. Concernant la symptomatologie médicale comme "les angoisses" ou "les éléments délirants résiduels", les catégorisations empiriques du savoir ("être content") peuvent servir directement à évaluer la prise en charge psychiatrique. Elle peut être pensée et rapportée dans ce même registre ("tasser un peu les choses").

- Dr C. : Ouais bon donnons quinze jours le temps d'adapter un peu le traitement. Parce qu'après je pense que des éléments délirants résiduels il en aura. . . Tant que c'est comme ici et que ça n'entrave pas ni l'alimentation, ni l'hydratation ni même le contact avec l'équipe... On va essayer de tasser un petit peu les choses mais... pas non plus majeur. Après lui il dit que le traitement il est actif déjà sur les angoisses. Il se sent beaucoup moins angoissé, il est plus content, il est mieux. Après il y avait eu aussi au niveau de la neuropathie, l'histoire du bilan endocrino, c'est ça ?

On constate qu'en situation, les catégories auxquelles les soignants se réfèrent ne relèvent pas d'une critériologie opérationnelle. Il s'agit d'une catégorisation empirique, a priori plus souple, qui permet de penser l'action en des termes plus fluides et partagés par tous les membres de l'équipe, quelque soit le bagage théorique psychiatrique. On constate ainsi une attention particulière portée à la description des situations. En effet, la nature moins universelle de ces catégorisations du savoir, variables dans une culture donnée, nécessite d'avoir un maximum d'éléments factuels et de contextes et une attention étroite à la description.

4.2.3 Catégorisations empiriques et interprétation

La description tient une place importante dans les échanges en réunion d'équipe, les termes techniques sont utilisés avec parcimonie et tout le monde peut ainsi participer à la discussion du cas clinique. Les interprétations qui découlent de cette manière de pratiquer doivent être très prudentes. Le niveau le moins interprétatif possible semble le plus adéquat.

La description en des termes relevant du langage commun est donc la bienvenue. L'interprétation en des termes psychiatriques vient la compléter, sans la bousculer. Les différents niveaux de catégorisations sont complémentaires et permettent de penser les situations de manière plus ouverte.

- Médiatrice paire : M. M. Il émet des mots alors je vous dis : « j'ai la tête gonflé. Avant j'étais à la Réunion » et il a dit un truc qui est vachement. . . « j'ai une parole sur mon oreille ». Qu'est ce que ça veut dire ?

- Dr C. : C'est joliment dit.

- Cadre IDE : ça fait un peu « j'entends des voix » mais bon. . .

- Médiatrice paire : ça fait un peu ça hein.

- Dr C. : Enfin... moi je ne comprends même que ça ! Mais... non je n'avais jamais entendu comme ça. Il a pu le dire hein qu'il y avait des voix et il y a beaucoup de sensations somesthésiques chez M. M.

- Interne J. : Ouais, des ampoules qui s'allument. . .

- Dr C. : ... dans le corps, le sang qui change... Bon, ok.

L'interprétation psychopathologique se retrouve en conflit avec la description empirique quand celle-ci produit un sens différent. Chez ce patient, le changement de serrure de son appartement avait été acté après que l'équipe a décidé qu'il s'agissait d'un élément psychopathologique notable qu'elle devait prendre en compte. Ce que tente de rappeler les internes, en des termes différents, quand l'assistante sociale et Dr S. comprennent la situation en termes de "résolution de problème" pragmatique ou d'"envie".

- Assistante sociale : Ce n'est pas ce qui va résoudre le problème. De rajouter des serrures, de changer des serrures. . .

- Interne J. : Après c'est peut-être aussi des faux projets de sa part, genre conduite subtile d'évitement... tu vois ? Il sait très bien que si y a pas de projets, de biscuits au bout on le projettera peut être de nous-même. Il s'élabore peut être des projets pour repousser un peu les échéances. . . Je ne le connais pas tant que ça.

- Dr S. : Il n'a pas envie de sortir... ?

- Plusieurs : Non !

- Interne M. : Quand on voit comment il agit en fait il est vraiment terrorisé à l'idée de la sortie. Dès qu'il parle des objets déplacés et tout pendant l'entretien il se remet à trembler. . . Enfin. . . ce n'est pas juste de l'esquive.

Ces juxtapositions de sens et de catégorisations ne sont pas toujours contradictoires et peuvent être mobilisées pour interpréter et comprendre une situation de manière plus riche, plus complexe. Comme ici, où la situation sociale de la patiente, en situation irrégulière, se rajoute au traumatisme psychique justifiant l'hospitalisation et permet un second niveau de lecture de son comportement. L'un n'excluant jamais l'autre.

- Médiatrice paire : Et du coup tu as la réponse toi sur le fait qu'elle n'arrive pas à sortir dehors ? Que chaque fois qu'on lui demande de sortir dehors elle pleure. . . (...)

- Interne J. : Y a tout un imbroglio. Déjà avec les traumas il peut y avoir une agoraphobie qui se rajoute derrière. Deuxièmement elle est en situation irrégulière donc si elle se fait choper par les flics elle va en centre de rétention. . . donc y a tout un truc qui fait que. . .

- Cadre IDE : elle n'a pas intérêt à sortir.

- Médiatrice paire : Elle n'a pas intérêt à sortir. . .

- Interne J. : Quand tu la vois évoluer c'est comme si il y avait un autocollant avec marqué victime aussi. . .

Les interprétations, quand elles sont faites, restent prudentes et, en tout cas, sont constamment soumises à contradiction. Ce qui pose la question de la place du diagnostic en pratique dans la mesure où il n'est pas en lien avec les décisions prises.

4.2.4 Catégorisation scientifique : le diagnostic

Les catégorisations du savoir de l'équipe de soins peuvent donc relever de différentes logiques. Elles ne sont pas nécessairement complémentaires mais l'équipe

à l'habitude de travailler dans ce référentiel. Il convient alors de s'interroger sur la place du diagnostic, interprétation univoque et incontournable dans la théorie médicale.

Dans les réunions cliniques, le diagnostic médical n'occupe pas une place centrale. Nous revenons à la situation de Mme T., hospitalisée depuis trois mois et pour laquelle des décisions ont été prises et adaptées. Pourtant, nous constatons au cours de cet extrait que la question du diagnostic apparaît encore secondaire. Il conclue les échanges, suivant les décisions déjà prises plutôt que d'être le socle de réflexion de la prise en charge. Les médecins tentent de proposer des hypothèses diagnostiques mais préfèrent s'en tenir à un niveau, au mieux, symptomatique.

- IDE S. : Et finalement le diagnostic ? On est d'accord ?

- Dr C. : Non. Et même Pr P. il a dit qu'on sait pas encore... Il leur a dit. Pour Pr P. elle n'est pas psychotique au sens typique mais ça reste quand même un trouble très très grave qui lui fait perdre quand même le contact avec la réalité commune. ça c'est sûr.

- IDE S. : Et la mesure on la garde ?

- Dr C. : Pour l'instant c'était pour pas faire tout d'un coup mais à terme on va l'enlever. Mais la mesure de protection il faut qu'elle y soit dans tous les cas.

- Interne J. : C'est bien que ça change un petit peu comme ça on peut travailler un peu l'alliance et tout ça parce que parti comme c'était parti, maintenant ça bouge un petit peu, y a encore une semaine, si tu la faisais rentrer à la maison elle n'aurait pas pris son traitement.

- Dr C. : Quasiment sûr. . . Donc c'est bien, ça bouge.

- Médiatrice paire : Mais... Mme T. elle est bipolaire ou je me trompe ?

- Interne J. : Non. . .

- Médiatrice paire : Des fois y a des crises de larme tu ne sais pas pourquoi. . .

- Dr C. : Effectivement y a on va dire mais ce sera plutôt un trouble de l'humeur qui va être comorbide d'autre chose dans le sens où il y a aussi des fluctuations de l'humeur où y a des choses très dépressives, ou au contraire des choses très labiles, des choses très exaltées avec les dépenses, la familiarité etc oui mais si tu veux on pense que c'est pas le noyau pathologique, ça vient en plus par dessus. Sur quelque chose de plus. . . A la limite entre le délire et une imagination de fabulations et de choses imaginatives et qui en viennent à une perte du sens commun...
... Donc voilà.

Et quand le diagnostic est posé et affirmé, il n'en reste pas moins qu'il ne semble prendre sens que dans la perspective d'une vie. Le projet de vie futur, pensé avec le patient, par l'équipe, dépend de la trajectoire de vie passée et de son état de santé actuel. Les catégorisations savantes sont toujours mises en perspective avec les catégorisations empiriques.

- IDE S. : Je crois que la famille profite de cette hospit' pour régler de vieux contentieux. Y a tout qui se mélange dans sa tête et ce que je comprends parce que y a rien qui est dit et beaucoup de chose pas faite qui devrait être faite et tu peux rien reprocher à quelqu'un, parce que tu fais pas mal parce que tu fais. - Interne M. : Le problème qu'on va avoir c'est qu'il a été hospitalisé, il était mélancolique, la famille nous a dit qu'ils ne le reprendraient pas. Ça a été assez clair, son fils qui s'occupait de lui nous a dit qu'il n'avait plus la force, il fallait qu'il s'occupe de lui. On a temporisé parce qu'il y avait la mélancolie, les sismothérapies, c'était clair. Et maintenant qu'il va mieux là va falloir ré enclencher sur un. . .

- Cadre IDE : C'est plus le principe de réalité qui se présente face à lui...

- Interne M. : La réalité de sa famille, de son âge, sur quoi il repart,

quel projet...

- Cadre IDE : Projet de vie quoi

- Interne M. : Il a toujours été très actif, a toujours fait énormément de sport... enfin là c'est ...

- Élève infirmier : Hier, il m'a raconté qu'à l'âge de 27 ans il a écrasé un enfant à vélo au Maroc et c'est là qu'il est revenu en France. Un enfant traversait à vélo, il l'a écrasé, il a passé une nuit en prison et ils se sont rendu compte qu'il n'était pas coupable, mais ça lui ait toujours resté. . .

- Cadre IDE : Violent, quelque chose de culpabilisant. . .

- Interne M. : Bon après ses problèmes ont commencé avant hein. Sa première vraie dépression il l'a faite à 19 ans avec nécessité d'une prise en charge même si je ne me rappelle pas si il a été hospitalisé ou pas. . .

- IDE S. : Il a eu une vie très active y compris relationnelle et amoureuse très active et encore active

- Interne M. : Non mais je dis juste que ce n'est pas cette événement-là, si jamais tu vois. . .

- IDE S. : Non mais ça ne l'a pas empêché de construire tu vois... ou de détruire.

- Élève infirmier : C'est l'âge de la retraite à 57 ans, quand il a quitté son boulot où il était dans le relationnel, le contact et quand il a perdu tout ça il m'a dit que c'est à partir de là qu'il avait plus envie de rien et que sa vie à basculer. . . Il m'a dit qu'on l'avait un peu poussé vers la sortie, sa femme a eu quelques problèmes de santé avant et c'est vraiment à partir de là qu'il a sombré. . .

- Interne M. : Quand son fils nous le décrit et qu'on voit son fils d'ailleurs, quelqu'un qui a toujours été hyperactif au minimum voir parfois hypomaniaque comme son fils nous le décrit. Effectivement toute sa vie il a tenu un peu comme ça. Sa première dépression il l'a faite à 19

ans, je ne sais pas s'il n'a pas eu d'autres épisodes de passages à vide entre temps... Donc voilà au niveau de l'humeur y a toujours eu des hauts des bas plus que la moyenne. Et quand il s'est arrêté à 55 ou 57 ans comme tu dis, je n'avais pas la notion de l'âge, là y a tout qui s'est arrêté, qui s'est effondré. Il a fait un premier épisode mélancolique pris en charge en sismo et la c'est le deuxième. . . Vers quoi on repart, donc. . . Médicalement, sur le plan psychiatrique, il. . . on est sur la bonne voie, il faut se poser la question de où. . .

Nous supposons, eut égard à la conceptualisation du raisonnement médical, que le diagnostic est l'élément moteur autour duquel le soin doit se construire. Nous venons de voir que ce n'est pas nécessairement le cas dans cette équipe de psychiatrie. Il peut jouer son rôle classique et pivot dans le raisonnement et la décision médicale comme dans le dernier extrait où il peut être considéré comme une simple donnée à rechercher mais qui ne retardera pas la mise en œuvre de la prise en charge psychiatrique. D'autres fois, il n'est qu'une donnée annexe, ponctuant des séquences d'une trajectoire de vie ou permettant d'en préciser certains passages. Cette trajectoire de vie est alors l'élément central et d'une importance capitale car elle permet de mobiliser l'équipe autour du soins.

Cela a été particulièrement frappant pour une patiente. Cette situation a été particulièrement conflictuelle, l'équipe de soins a eu beaucoup de mal à s'entendre et à construire collectivement. Des soupçons de manipulations de l'équipe par la patiente ont été émis, la nécessité de son hospitalisation régulièrement questionnée et des accusations de maltraitance entendues. Nous avons déjà parlé de cette patiente, il s'agit de Mme B. dont la non maîtrise du français, le parcours migratoire long et complexe associé à des éléments psychopathologiques difficiles à interpréter, malgré la mise évidence d'un stress traumatique, ont rendu difficile son abord par les membres de l'équipe. La prise en charge se retrouvait dans une impasse. Une stagiaire psychothérapeute, extérieure à l'équipe est arrivée à ce moment là et s'est intéressée de plus près à Mme B. Elle fait une synthèse de ses entretiens lors de la

réunion d'équipe.

La séquence est reproduite in extenso. Elle a permis une nouvelle cohésion de l'équipe autour de cette prise en charge et il est intéressant de voir la construction du récit, la manière de présenter le cas qui l'a permis. Autour du récit de vie, le diagnostic se retrouve en annexe.

- Thérapeute stagiaire : [Mme B.] Que j'ai vu plusieurs fois donc elle m'a raconté ben... sa vie. Sa vie arrivée ici. Elle l'a pris un petit peu dans le désordre puis après elle l'a repris dans l'ordre au H. où. . . euh. . . elle a vécu l'horreur à tous les niveaux. . . Alors, j'ai un peu de mal à savoir si tout ce qu'elle m'a dit c'est. . . c'est bien une réalité tellement c'est horrible. . . mais y a des choses euh. . . pfff. . . on n'imagine même pas. Alors je l'ai faite parler hier, ou plutôt il y a déjà deux jours, puis je l'ai faite reparler aujourd'hui, enfin hier plutôt et hier elle a redit les mêmes choses, elle a repris les mêmes dates, elle a exactement reformulé de la même façon. Donc c'est une femme qui a subi des sévices très très fort au H. où elle faisait partie d'un groupe parce que là-bas tu n'as pas le choix : soit tu fais partie du groupe des prostituées soit tu fais partie du groupe de ceux qui transportent la drogue. Apparemment elle elle était plutôt dans la drogue et elle m'a expliqué que quand elle a accouché, et c'est là où il y a vraiment des horreurs, elle a accouché sous césarienne et ils lui ont enlevé le bébé tout de suite et ils ont mis à la place à l'intérieur du corps des sachets de drogue et ils lui faisaient déplacer comme ça de la drogue. Alors elle a voulu se sauver de cette situation là, elle me disait que dans la rue là-bas ils canardent, que les gens se retrouvent dans des poubelles coupés en morceau et que ça sent donc très mauvais. Donc elle arrivait à me parler de tout ça et elle m'a parlé de son départ, comment elle a demandé à sortir du pays parce que sa vie était menacée. Elle m'a dit ici vous payez de l'essence, vous payez des choses mais la bas

on paye la vie. Donc elle a essayé d'avoir une sortie en se cachant. Elle a mis un mois et demi avant d'avoir des relations, elle m'a dit on ne se voit jamais. Y a des gens qui écrivent, d'autres par téléphone on ne les contacte que comme ça. Et le jour du départ à l'aéroport elle est bien partie pour Barcelone. Elle avait donc un contact, elle s'est reconnue avec le contact. Ils l'ont mis donc et tout dans l'avion et quand elle est descendue à Barcelone, le passeport a été gardée par la personne et elle s'est aperçue qu'elle n'était pas seule, qu'il y avait dix autres personnes. Ils les ont attachés ils ont fait un long long parcours à pied, ils les ont attachés deux à deux pour pas qu'elles se perdent, ils ont fait un long long parcours à pied et après est arrivé un homme et je pense que c'est la base de son cauchemar l'homme. Parce qu'elle a un cauchemar qui est toujours le même. Cet homme qui est un grand, qui est tatoué et qui a un gourdin. Et quand ils ont fait le tri des femmes, elle ils lui ont dit qu'elle était trop laide, qu'elle n'avait pas un beau visage et qu'elle ne servirait à rien. Donc ils l'ont déjà éjecté d'un côté et elle ne serait que pour faire une espèce de prostitution, ça c'est moi qui le dit, elle ne l'a pas dit comme ça, mais j'allais dire de bas étage. Donc ils l'ont enfermé dans une cage, ils lui ont enlevé ses vêtements et ils lui ont donné une robe très laide, qu'elle a dit très brillante, de prostituée et elle ne voulait pas la mettre alors ils l'ont frappé. Et ils l'ont laissé là sans bouger, juste avec de l'eau. Ensuite elle a réussi à se sauver. . . alors là je ne sais pas trop...

- Interne J. : C'était en France ça ou en Espagne ?

- Thérapeute stagiaire : En Espagne. Elle a réussi à se sauver comme elle a pu. Elle dit que pendant qu'elle se sauvait elle était tellement effrayée d'être rattrapée qu'elle a fait des kilomètres et des kilomètres et ce qui lui revient en mémoire c'est que c'était la nuit, que la terre était blanche, qu'elle ne savait pas où elle allait et que chez elle c'était tout

rouge la terre et qu'elle se demandait si elle n'était pas tombé sur la lune tellement elle était dans un. . .

- Interne J. : Un état dissociatif quoi. . .

- Thérapeute stagiaire : Eh ben je pense. Je pense que quand elle était là elle était dans cet état là effectivement. Et puis bon je ne sais pas comment elle a atterrit sur... elle a dormi a un moment donné, elle a atterrit sur une route et elle a été récupérée par une femme, en voiture, qui lui a donné une veste et quelques sous et qui a bien voulu l'accompagner ou l'amener jusqu'à une ville. Elle voulait prendre le train elle pour aller apparemment à Madrid et finalement cette femme là l'a mise dans le train et j'ai des grands passages qui me manquent et elle s'est retrouvé, donc, à Marseille. A Marseille elle a été pris par les gens du train, je pense, qui l'ont découverte, elle s'est retrouvé à la police. Du coup comme elle n'avait rien sur elle bon ben ils ont dit qu'elle était en état irrégulier et qu'ils savent pas quoi en faire. Après elle a rencontré une autre femme qui l'a gardé, qui lui a appris le français, qui l'a aidé à aller à Paris pour avoir des papiers d'asile politique. On lui a dit qu'elle ne pouvait pas en avoir parce que ça n'était pas. . .

- Dr C. : un pays en guerre...

- Thérapeute stagiaire : Voilà. Et du coup voilà, elle s'est retrouvée en foyer. Elle a été dans un foyer dans le Gard où elle est restée quand même quelques temps où elle faisait de la cuisine et des pâtisseries et puis après elle est partie. A voir la suite, y a un grand flou. . .

- Interne J. : C'est une amie qui l'a ramenée sur Marseille en fait du foyer du Gard. . .

- Thérapeute stagiaire : Et après ce qu'il s'est passé donc. . . son cauchemar il est très particulier, il est toujours le même : elle croit qu'elle va atteindre une arrivée, elle est sur une route, elle va y arriver, au moment où elle y arrive, elle se réveille. Régulièrement dans ses cauchemars, il

y a toujours des morts, des morceaux, des mains, des bras, des têtes et quand elle veut prendre une tête -elle dit y a les odeurs aussi, les odeurs c'est quand même très très. . . ce qui tient la personne dans sa perturbation parce que c'est vraiment très reptile je veux dire- du coup elle dit y a des odeurs horribles, j'ai toujours ça dans le nez et quand je prends la tête pour voir le visage, parce que je veux voir le visage, il est dévoré par les chenilles, il y a des mouches partout et ces odeurs ces odeurs. Et ça la réveille, brutalement. Toutes les nuits elle fait au moins deux ou trois rêves comme ça. Elle va boire de l'eau et c'est l'eau qui lui permet de se rendormir. Je lui ai demandé si c'était toutes les nuits sans exceptions, elle m'a dit non, y a deux trois nuits par semaines donc les autres nuits apparemment elle dort mieux. Et j'ai fait avec elle une expérience de relaxation parce que je lui ai demandé si elle en faisait. Elle m'a dit que oui, à peu près une fois par semaine, ça dure une fois par semaine, elle fait de la relaxation alors je lui ai dit : "c'est bien", déjà je sais qu'elle en fait. Alors j'ai commencé avec elle une séance de relaxation, ça marchait très bien, elle se relaxait vraiment bien, elle baillait donc pour moi c'était un indicateur qu'elle se détendait. Et ensuite, à un moment donné, où elle était vraiment bien en profondeur, elle a fait un sursaut, elle s'est levé de sa chaise mais vraiment... et là elle est partie en pleurs. Elle s'est effondrée. Elle m'a dit « c'est toujours pareil, c'est toujours pareil, ça revient, ça ne me laissera jamais en paix, ça ne s'arrêtera jamais ». Je lui ai demandé quoi et c'est là qu'elle m'a dit y a deux moi, enfin, y a deux parties en moi, celle qui veut aller bien, celle qui fait les fleurs et celle qui se rappelle toutes ces choses qui l'angoissent, parce qu'elle a été torturée aussi...

- Interne J. : Son cerveau ne l'autorise pas. . . enfin ça marche mais avec les traumatismes qu'elle a vécu son cerveau ne lui autorise pas cet état de bien être

- Thérapeute stagiaire : Tout a fait, d'ailleurs elle me l'a dit, quand je sens que je vais être bien il y a quelque chose qui m'en empêche. Ces choses qui l'en empêchent ces toutes ces angoisses, ces terreurs qu'elle a dû avoir. . .

- Cadre IDE : C'est un état d'alerte, si elle se laisse aller, elle se met en danger...

Le raisonnement médical formel et le diagnostic (ici connu et pris en compte par ailleurs) n'apparaissent plus que comme incidence. Ils sont constamment remaniés par des savoirs plus "ordinaires". Pour réfléchir sur les situations cliniques l'équipe use d'une catégorisation empirique du savoir.

Les catégories qui construisent le jugement se fondent sur des catégories d'interactions sociales différentes des catégorisations psychopathologiques sur lesquelles s'appuie la psychiatrie. Il peut être intéressant de relever ce qui est signifiant, ce qui fait sens pour l'évaluation psychiatrique lorsqu'on s'éloigne des catégorisations savantes.

Dans ce cadre, le vocabulaire psychiatrique utilisé est largement remanié, simplifié et accessible à tous les membres de l'équipe. Ce glissement permet un échange relativement fluide, entre les différents acteurs, pour penser l'action. La discussion des cas cliniques, leur description, leur interprétation, se fait sans hiérarchisation des professionnels. Une plus grande liberté est également permise dans la relation avec le patient et se révèle importante pour la prise en charge. En effet, les professionnels usent d'un savoir et de catégorisations peu spécialisées, également accessible au patient et qui doit simplifier la co-construction du soin.

4.3 "Aller mieux"

4.3.1 La guérison ?

L'équipe de soin fait relativement peu appel aux catégorisations psychiatriques lors de ses réunions cliniques. Pourtant, il s'agit du pivot autour duquel la médecine est naît et s'est développée. Soigner peut recouvrir plusieurs significations en médecine. Dans le modèle biomédical, les buts visés vont des soins palliatifs, de confort, symptomatiques, de la stabilisation d'un état pathologique à la guérison, l'éradication de la maladie. Entre les deux, la rémission signifie une maladie devenue non détectable mais potentiellement toujours présente. Dans tous les cas, l'objet unique du modèle biomédicale est la maladie.

Or, l'équipe de psychiatrie ne se « fait pas d'illusion » sur les possibilités de guérison. Elle n'aborde même, plus généralement, pas la question en ces termes. Ce point fait sans doute partie des perspectives de l'équipe mais la pertinence de cet objectif est mis en perspective avec projet de vie imaginé. C'est lui qui prime et les éléments à prendre en compte pour sa construction sont relevés.

- Interne M. : Lui clairement c'est tout ce qui est sur le plan psychiatrique. . . l'isolement et tous les éléments délirants sur le plan psy font qu'il ne peut plus. Et en fait quand tu en parles un peu avec lui, ils sont toujours là hein ces éléments délirants. . . toutes façons ils ne bougeront pas beaucoup, il ne faut pas se faire d'illusion. Et il ne peut pas rentrer chez lui à cause de ça, il est persuadé que s'il remet les pieds chez lui de nouveau il va se faire empoisonner, ils sont toujours là ; là il est protégé, il est à l'hôpital donc ça va. . . A moins de repartir sur un nouveau logement. . . il a 70 ans, il est fatigué, il a quand même son diabète qui commence à être avancé, des problèmes rénaux. . . enfin tu vois. C'est sa demande, je pense que ça peut valoir le coup. . .

- IDE S. : Oui...

- Assistante sociale : Il m'a dit qu'il voulait partir en maison de retraite parce que les gens qui venaient pour l'empoissonner ne viendront pas.

Dans cette optique, le traitement est explicitement utilisé à des fins de stabilisation. D'autant plus que les traitements psychiatriques sont essentiellement symptomatiques et ne guérissent pas. Chez le patient dont nous prenons l'exemple, la psychiatrie n'est qu'est qu'un épiphénomène lorsqu'on arrive à se représenter la densité d'une vie. Ce dont l'interne semble avoir conscience en précisant, brièvement, le moment d'apparition du trouble dans la vie du patient et en le remettant en perspective avec.

- Interne M. : Après l'idée de ... même si l'envahissement, les éléments délirants sont moindres, l'idée de monter le « X » à 400 / 600 mg malgré tout et de le laisser c'est pour le risque sur le transfert en EHPAD⁷. Si on peut au moins stabiliser ce vécu négatif, ces idées délirantes, même si elles ne disparaîtront pas, au moins ce vécu anxieux. . . Ce serait pas mal qu'il ne re-décompense pas au bout de deux semaines dans une EHPAD, un nouveau milieu, avec de nouvelles personnes malgré tout ce qu'il dit. Donc on va quand même essayer de tenir le « X ».

- Médiatrice paire : ça veut dire que les symptômes sont résistants aux médicaments ?

- Interne M. : Oui, en même temps...

- Médiatrice paire : Il faut passer à un autre traitement !

- Interne M. : Ce qu'il présente est très peu accessible aux antipsychotiques. Il a pas vraiment d'hallu et tout, c'est un délire qui est apparu quand il a eu une cinquantaine d'années, qui est très enkysté, qui à l'air... enfin...

Et en fonction de l'évolution de la pathologie, la décision de soin prise en réunion

7. Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

clinique ne s'exprime parfois même plus en termes médicaux. Le projet sur le long terme est à peine esquissé (il a été discuté longuement à d'autres occasions) mais concerne le rapport immédiat à la personne. Le médecin propose simplement de le « laisser tranquille », ce qui semble correspondre assez bien à ce qu'a exprimé le patient.

- Dr C. : Du coup on l'a laissé un peu tranquille parce que. . .

- Cadre IDE : Du coup il n'est pas sorti en perm mais il a une perm...
ce weekend ?

- Dr C. : Oui ce weekend on reprend les perms. Après ce dont lui est
demandeur c'est une post-cure. . . une autre institution. . .

- Dr S. : Il n'a pas envie de rentrer chez lui quoi...

La façon dont l'équipe soignante définit le soins se formule en des termes peu médicaux (laisser tranquille, aller mieux...). Tout le monde voit cependant ce qui est signifié, à quelle logique cela répond, même si le discours fait appel à des catégories largement non explicitées et ni conceptualisées en terme médicaux de projet de soins. Cela est possible étant entendu que, tout comme le diagnostic vient souvent en plus, la guérison n'est présente qu'en asymptote à la trajectoire de vie dans le sillage de laquelle les soins s'inscrivent.

4.3.2 Le socio-médical

La valence médicale du soin, comprise comme guérison de la maladie médicale n'est pas primordiale dans la mise en pratique de soins. La médecine a toujours tenté de prendre en charge l'homme dans ses multiples dimensions, quelque soit la théorie sous-jacente. Ainsi, la maladie ne touche pas seulement le biologique mais également notre être social.

L'équipe de soins est attentive à cela. Chez un patient hospitalisé en psychiatrie, elle est directement engagée dans le projet de vie. Il ne s'agit pas ici de simplement proposer la maison de retraite mais de l'accompagner vers, lui faire accepter.

L'équipe entière, et pas uniquement les travailleurs sociaux, accompagne physiquement et concrètement la personne sur le plan social.

- Dr C. : (...) Ce qui vient confirmer qu'il n'y a que l'EHPAD ou la maison de retraite où il peut être apte à vivre étant donné son autonomie. . . donc, maintenant, c'est lui faire accepter la maison de retraite. Il faut prendre des visites en maison de retraite.

Le projet de vie n'est pas annexe à la prise en charge, délégué à l'assistante sociale mais pris en compte activement et de manière central par les équipes. Il est d'ailleurs connu et transmis comme une donnée du soin à travers le temps et les équipes qui se succèdent auprès du patient. Le Dr S. est un ancien médecin de l'équipe intervenant aujourd'hui pour un avis externe sur une autre situation.

- Dr S. : Je sais pas... non mais bon... Je sais que la première fois nous on avait participé au premier projet quand il était à l'hôpital T on l'avait logé en face du CMP en se disant ça sera dans le 1er mais on est dans le 4e à l'époque...

- Dr C. : A déjà à côté de la. . .

- Dr S. : Et à l'époque, il nous enfermait chez lui en disant « on va me tuer »... je n'ai pas suivi après les histoires de changement de logement et tout... mais je me dis qu'au fond à un moment donné il faut peut être entériné qu'on n'y arrive pas ou on peut essayer pendant des mois et des années mais si lui n'a pas envie. . . enfin je sais pas. . .

Ce projet se transmet dans le temps mais également d'une équipe à l'autre :

- Dr C. : en fait Mme G. quand on l'a reçu de l'unité 1 à l'unité 2 c'était déjà avec un projet de déménagement.

L'équipe accompagne sur tous les aspects du projet social et s'inquiète des conditions nécessaires à celui-ci. L'une des premières conditions étant celle des ressources.

- Cadre IDE : Elle a un logement, le problème c'est qu'elle ne veut plus y aller, qu'elle ne veut pas laisser les clefs alors qu'y a un problème d'insalubrité à régler à l'intérieur, elle ne veut pas qu'on l'accompagne là-bas. . . voilà. Elle veut avoir un autre logement mais elle n'en n'a pas les moyens...

- Médiatrice paire : Qu'est-ce qu'elle a comme ressources Mme G. ?
Elle a l'AAH⁸ ?

- Cadre IDE : Oui...

On ne constate pas de séparation stricte entre le travail médical et travail social. La frontière s'efface pour laisser place au médico-social. Nous dirions même au socio-médical. Le projet médical accompagnant, plus qu'étant un préalable au projet social.

4.3.3 "Aller mieux"

Les temporalités de la guérison d'une maladie varie beaucoup selon leur nature. Il en va de même pour la durée d'aboutissement d'un projet social, notamment quand celui-ci engage un changement de lieu d'habitat qui peut être un changement de vie comme une admission en maison de retraite. Le projet socio-médical peut alors prendre un certain temps avant de se concrétiser.

L'équipe de psychiatrie doit développer un savoir-faire pratique, non formalisé, dans l'accompagnement des patients dans ces situations. En effet, quand les temporalités des démarches sociales ne coïncide pas à celles des soins médicaux, quand le différentiel devient trop important, on voit apparaître des interrogations qui le soulignent.

- Dr C. : Ici il n'y a pas de projet du coup...

- Dr S. : Peut-être que si vous dites « ce projet ça ne tient plus » il faut monter un autre projet, ça va prendre du temps. Il avait déjà été en

8. Allocation Adulte Handicapé

postcure ?

- IDE S. : Oui y a longtemps hein...

- Dr S. : c'est pertinent qu'on le pousse encore à retourner chez lui ou on entend qu'il ne veut pas y être ? Vous l'accompagnez des fois vous ?

- Médiatrice paire : non je ne l'ai jamais accompagné à domicile. . .

L'attention portée à la manière et aux conditions matérielles du soin prennent une importance particulière. D'autant plus que les patients sont dans une situation de fragilité psychique, raison pour laquelle ils sont hospitalisés. Les conditions d'hébergement en sont un exemple, d'autant plus que mis en rapport avec la personne du patient et la pathologie dont il souffre, il est difficile de trouver une solution simple et faisant consensus.

- Interne J. : Question : est-ce qu'on ne peut pas l'éloigner des travaux ?

- Cadre IDE : Changer d'unité ?

- Interne J. : Non. . . de l'autre côté tout simplement. . .

- Dr C. : Comme Mme G.

- Cadre IDE : Est ce que ça va suffire parce qu'on le sent même dans le sol hein, les travaux. . .

- Interne J. : Ouais, mais c'est moins présent quand même.

- Dr C. : Mme G. Y a quand même eu un effet on/off quand on l'a changé de côté du couloir hein. . .

- Cadre IDE : Vous voulez changer avec qui de l'autre côté du couloir ?

- IDE S. : Mais qui on va mettre ?

- Dr C. : Quelqu'un qui n'est pas halluciné.

- Interne J. : M. G. Il est en chambre simple ?

- Cadre IDE : Oui.

- Interne J. : Ben M.G. Je pense. . .

- Cadre IDE : c'est vrai.

- Dr C. : Mme T., Sinon...

- IDE S. : Ooooh...

- Dr C. : Quoi oh ? C'est la seule qui n'est pas dans le lot...

- Cadre IDE : Non, M. G. aussi...

- Dr C. : Non M. G. il a quand même une schizophrénie. . . Hm, c'est une idée ouais de le changer de côté. Après effectivement, je pense que les éléments délirants ils sont toujours là, le spectre par exemple et les choses comme ça. Mais sur le plan thymique il est beaucoup plus déprimé que d'habitude. . .

- IDE F. : Ah bon ?

- Cadre IDE : ça c'est sûr...

- IDE S. : Il est marqué, je sais pas...

Pour les autres temps de la prise en charge à l'hôpital, une attention se porte également sur les centres d'intérêts et les envies des patients et dans la mesure du possible, tenter de les satisfaire :

- IDE S. : un peu plus tard quand il ira mieux une petite randonnée vu qu'il aime ça. Qu'est ce tu en penses ?

L'équipe est soucieuse de l'attention portée à la personne, au delà de la personne malade. Elle s'intéresse au faire du bien, être à l'écoute, rassurer.

- Interne J. : Je vais essayer de le voir de le motiver un petit peu. Je pense que ça lui ferait du bien de sortir une après-midi.

Concernant une autre situation :

- Médiatrice paire : Je pose la question : ici il est entouré, on l'écoute, il est en communication, il voit des gens. . . chez lui il va y avoir rupture de tout ça.

- Dr. S : Et ouais... c'est vrai que je pense que le projet de maison gouvernante ça peut être bien pour lui, il a besoin d'être rassuré.

Le soin apporté aux petites interactions quotidiennes peuvent également être soulignées en réunion clinique. M. R. traverse une période un peu difficile de recrudescence de la maladie. La modification des traitements, déjà envisagée, n'est qu'une des solutions qui a été proposées. L'équipe a en perspective un soin plus englobante de la personne.

- Interne M. : M. R, d'une manière générale, je le répète pour que. .
. ça lui fait beaucoup de bien d'avoir des petits entretiens même un peu formalisé, de prendre cinq minutes rien qu'avec lui ou. . . enfin je sais qu'il est très accessible à ça. Donc pensez-y.

Le recours aux catégories de la confiance, de l'adhésion, sont fréquentes et engagent le soignant dans une relation certes professionnelles, mais nécessairement en tant que personne.

- Dr C. : Est-ce que par exemple quand on va le faire visiter tu peux nous accompagner. . . s'il a confiance en toi ?

Ou, ailleurs :

- Dr C. : Essayer de le faire adhérer. . .

L'avis de la famille est important à double titre. Dans la mesure où nous abordons une question humaine, ils sont un appui important, une source de savoir sur le patient et également partenaire du soin. La famille est partie prenante, sous réserve de l'accord du patient, dans le projet de soins.

- Assistante sociale : J'ai vu ça sœur hier parce qu'on avait des trucs à faire. Elle m'a confirmé qu'elle aura bien un HLM fin avril. Je lui ai posé la question de savoir comme ils avaient fait parce que je suis un peu étonné que ce soit aussi rapide. . . En fait c'est parce que c'est à Aubagne qu'ils l'ont obtenu.

- Dr C. : Aaah. . . resectorisation. . .

- Assistante sociale : Du coup ils sont très content, c'est fin avril. Et on avait d'autres trucs à faire pour M. M. et du coup je lui ai demandé comme elle le trouvait. Elle m'a dit beaucoup mieux mais après y a des moments où ils ont beaucoup de mal à accepter que d'un coup il se ferme parce qu'il n'a pas envie de parler. Mais maintenant il est capable de dire : « foutez moi la paix je n'ai pas envie de parler ». . .

- Dr C. : Ah... quels progrès ! - Assistante sociale : Après elle m'a dit qu'elle le trouve beaucoup mieux.

Les soins proposés par l'équipe sont de l'ordre de l'«aller mieux». Les catégorisations que nous constatons pour évoquer le rapport au patient correspondent à une pratique où les catégories du "care" recouvre celles du "cure". Toute la personne, prise globalement, est engagée dans sa capacité à retrouver une vie conforme à ses attentes. La participation constatée des familles, bien présentes quand elles le peuvent, et à qui l'équipe propose une place dans le soin témoigne de la volonté de prendre soin et non uniquement délivrer un soin, un traitement.

4.4 Définir le bien pour autrui

Les soins en psychiatrie concernent des personnes en situation de fragilité psychique et de vulnérabilité. On repère dans les discussions de la réunion clinique des séquences où l'équipe est amenée à prendre des décisions pour la personne. Même lorsqu'il s'agit de simplement prendre soin, comment détermine-t-on ce qui est bien pour quelqu'un ? Cette unité accueille des patients pris en charge sous la modalité des soins sans consentement. Comment prend-on en compte la volonté d'une personne par ailleurs considérée comme non apte à décider pour elle-même de ses soins ?

Nous n'avons pas relevé de cadre théorique ou d'instance spécifique permettant à l'équipe de traiter cette question. Ce qui conduit les soignants à faire usage de leur bagage culturel et éthique personnel. Chaque soignant apprécie la situation à partir de son expérience personnelle et professionnelle sans cadre de référence mobilisable en pratique.

La question du traitement est le sujet le plus courant où l'avis du patient doit être requis. Le consentement du patient au traitement médicamenteux a été rarement abordé directement. L'avis du patient est rapporté en réunion clinique, des décisions peuvent être prises, en son absence, quant au meilleur choix pour son projet ou concernant le traitement prescrit. L'équipe se contente alors de rapporter indirectement l'avis du patient.

- Dr C. : (...) Après lui il dit que le traitement il est actif déjà sur les angoisses. Il se sent beaucoup moins angoissé, il est plus content, il est mieux.

Le sujet du traitement est plutôt réservé aux entretiens avec le patient au cours de la semaine ou à la visite médicale hebdomadaire. Il s'agit d'une décision technique, réservée spécifiquement au médecin, comme nous l'avons décrit précédemment.

En revanche le projet socio-médical engage toute l'équipe. Et sur ce point, les décisions sont soumises à l'avis de tous. Le sujet est abordé au nom de l'équipe et son avis est mis en balance avec celui du patient. Il y a là plus qu'une simple proposition, on perçoit que l'équipe va défendre son point de vue auprès de lui. Ce qui montrait un engagement humain dans l'aller-mieux peut être ressentie comme paternaliste.

- Dr C. : Ici il n'y a pas de projet du coup...

- Dr S. : Peut-être que si vous dites « ce projet ça ne tient plus » il faut monter un autre projet, ça va prendre du temps. Il avait déjà été en post-cure ?

- IDE S. : Oui, y a longtemps hein...

- Dr C. : c'est pertinent qu'on le pousse encore à retourner chez lui ou on entend qu'il ne veut pas y être ? (. . .) Vous l'accompagnez des fois vous ?

- Médiatrice paire : Non, je ne l'ai jamais accompagné à domicile. . .

Nous rappelons que le patient est absent de la réunion clinique. Tous les sujets abordés à son sujet n'ont pas nécessairement été préparé avec lui en amont et les convictions qui peuvent se forger en réunion clinique le sont sans lui. Se pose alors la question de qui porte le projet ? Qui doit porter le projet ? Il y a peu d'éléments qui permettent à l'équipe de soutenir, en pratique, sa réflexion.

On s'interroge sur ce que souhaiterait le patient sans évoquer les limitations éventuelles liées au trouble psychiatrique. Pourtant c'est un trouble psychiatrique (affirmé par une expertise psychiatrique), qui empêche depuis plusieurs années M. A de sortir d'hospitalisation et donc de se projeter.

- Interne M. : Et puis comme elle disait pour lui, un de ses arguments pour ne pas faire la levée c'est qu'elle m'a dit : « mais le projet, c'est quoi ? ». Elle a demandé à M. A. « le projet, c'est quoi ? » et elle m'a demandé « le projet, c'est quoi ? »

- Cadre IDE : Qu'est-ce qu'il a répondu M. A. à la question ?
- Interne M. : Ah... pfff... Il a répondu « le projet, c'est quoi ? » (rires)
- Dr C. : Magnétiseur ?
- Interne M. : Parce qu'en fait, effectivement, à part le faire sortir dans un appartement pour plus que ce soit l'hospitalisation... ... voilà.
- IDE S. : C'est sûr, y a pas de projet...
- Interne M. : Et quand elle a mis le doigt la dessus effectivement. . .
- Cadre IDE : Non. Y a un projet, mais y a pas de projection de la part de M. A. sur ça...
- IDE S. : Nooon. Y a pas de projet ; Il sort dans son appartement d'accord mais il n'y a pas de projet sur qu'est-ce qu'il va faire...
- Cadre IDE : C'est pas nous qui allons inventer sa vie non plus...
- IDE S. : Non mais peut être que pour le laisser sortir il faudrait qu'il y ait un projet. . .
- Cadre IDE : C'est bien M. A. qui ne se projette pas.
- IDE S. : Non, c'est : « en plus il faut qu'il se projette ». c'est surtout ça.
- Dr S. : S'il se projette différemment on peut accompagner ce projet mais lui il se projette en institution comme il est là. Il est peut être bien en fait ici hein. . . je ne sais pas. . . Vous le rencontrez vous ?
- Médiatrice paire : Oui oui il vient à mes réunions. . . Mais après ce qu'il se passe, s'il adhère à ce logement là, avec qui il va parler ? Avec qui il va communiquer ? Il sera tout seul dans son appartement. . .

Les patients sont vus régulièrement, dans plusieurs cadres formels, tout au long de la semaine. L'état de santé du patient est continuellement évalué et les décisions concernant les soins, prises en accord avec lui. L'avis du patient et de la famille le cas échéant est recueilli et fait partie des éléments de la discussion.

En revanche ils ne sont pas présents lors des diverses réunions d'équipe dont la réunion clinique. Toutes les orientations proposées ou décidées leurs sont préalable-

ment ou par la suite soumises. Cependant la teneur des échanges, l'importance de la réunion dans le planning de la semaine, la présence de tous les professionnels de l'équipe, impliquent que les avis s'y forment. En l'absence du patient, les décisions relatives aux soins peuvent être prises sans le patient ou pour le patient et lui être exposées dans un second temps. Comment l'équipe est-elle attentive au principe éthique d'autonomie ? En tout cas ce sujet n'est pas abordé de manière rigoureuse et systématique lors de la réunion clinique.

On peut alors s'interroger sur ce qui motive la décision pour une personne ? Le savoir médical psychiatrique offre des balises solides pour décider de l'action et pourrait servir à penser l'éthique du soin. Cependant nous avons vu que la catégorisation des savoirs et la décision se font, pour partie, en dehors de ce cadre. Il est difficile de s'appuyer uniquement dessus pour penser l'éthique de la décision en psychiatrie.

La construction du soin dans cette équipe de psychiatrie ne semble pas permettre un cadre spécifique pour aborder sereinement le sujet. En regard de la manière dont est pensée l'action, à partir de savoirs élaborés dans l'interaction quotidienne et non conceptualisés, engageant les personnes dans ce qu'elles sont au delà de leur fonction professionnelle, nous pouvons considérer que l'autonomie du patient est un impensé de la réunion clinique. De plus, il n'existe pas d'espace de réflexion spécifiquement dédié à cette question. Il convient de nuancer ce propos par l'existence d'autres espaces de décision et de mise en œuvre du soins, au sein de l'institution, que nous n'avons pas exploré au cours ce travail.

5

Discussion

À Hérodote, ancêtre des géographes et des ethnologues, il faut des Scythes et autres Massagètes, mais à Héraclite les Grecs suffisent.

Friedrich Nietzsche

5.1 Une causalité non linéaire

La médecine hippocratique est fondatrice d'une médecine qui rejette l'explication sacrée de la maladie. Elle pose le principe de causes naturelles identifiables et traitables. La médecine a connu un changement de paradigme majeur (de la théorie des humeurs à l'anatomo-clinique) et de nombreuses révolutions. Elle repose toujours sur le principe d'une recherche de causalité aux troubles identifiés. L'EBM, qui se rapporte à une causalité stricte, en est l'exemple le plus récent et le plus avancé. Il s'applique parfaitement au modèle biomédical. Dans celui-ci, les maladies relèvent d'une classification théorique rationnelle. Elles pourraient, par certains aspects, exister en dehors du réel. La nosologie médicale est le fruit de siècles d'observations cliniques, au plus près du malade, analysées aujourd'hui majoritairement au prisme des sciences naturelles. Ainsi, plus on peut attester corporellement d'un trouble, plus il est aisé de se reporter à la nosographie en vigueur et de s'en remettre à l'EBM. Les conditions de l'expérience se rapportant parfaitement aux lois générales.

La rencontre avec le patient apporte des données non assimilables au corpus technique médical, qu'il faut pourtant considérer. La maladie du patient, l'"illness", engage bien souvent le sens de celle-ci. Plus le sens est engagé, moins on a à faire à une discipline nomologique. Les lois générales ne suffisent plus à approcher, comprendre et expliquer l'expérience singulière. La psychiatrie semble tendre vers cette extrémité, engageant « *la qualité de l'homme* »¹. Nous observons une tension car la médecine est d'abord une pratique qui engage des formes non scientifiques du savoir, des relations qui ne peuvent se comprendre comme une pure transmission d'évidence².

L'EBM se fonde sur les données validées des science naturelles. Il s'agit actuellement de l'aboutissement de la méthode expérimentale³. Appliquée en la médecine occidentale, il s'agit du référentiel enseigné et auquel tout médecin est aujourd'hui censé se référer.

Le savoir psychiatrique a suivi cette méthode d'élaboration d'un corpus savant. Le DSM et la CIM en sont les représentants les plus récents et les plus utilisés. Elles tentent de faire converger le savoir psychiatrique et les standards contemporains de la médecine et de la biologie. Ce faisant, elles éloignent la psychiatrie de la personne et de la maladie comme fait globaux, excluant leur dimension sotériologique⁴.

Nous avons relevé, sur le terrain et lors de réunions cliniques, que le savoir pratique mobilisé en psychiatrie relève de catégories de pensées non uniquement scientifique. Il était en constante production car naissant de la rencontre avec le patient. Suivre le modèle nomologique biomédical implique de considérer que le raisonnement en psychiatrie est purement inférentiel, le signe relevé répondant à une logique linéaire simple et pouvant se rapporter à une norme pré-déterminée. Le modèle observé sur le terrain, en pratique, est plus complexe. Le savoir mobilisé provient de

1. ANGELERGUES, *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*.

2. GOOD, *Comment faire de l'anthropologie médicale ?*

3. Claude BERNARD et DAGONET, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.

4. GOOD, *Comment faire de l'anthropologie médicale ?*

l'interaction en situation des soignants avec les patients. Il n'est pas pré-donné par une quelconque classification.

Ce savoir est consécutif à un jeu d'acteur et est produit en situation d'interaction. Il est imprévisible car relatif à l'infinité des interactions possibles. Le sens et le processus interprétatif est produit directement dans l'interaction, par les acteurs. Cette grille de lecture interactionniste⁵ est particulièrement adaptée à ce que nous avons observé. L'institution psychiatrique a beaucoup évolué depuis l'époque où E. Goffman a écrit *Asiles*, mais cette lecture du fonctionnement d'une institution permet encore de livrer quelques clefs de compréhensions.

L'analyse du raisonnement médical est bien souvent entreprise dans le cadre de la relation médecin-patient. Nous avons fait le choix de prendre ce modèle comme base pour la compréhension des pratiques d'une équipe de soins impliquant plusieurs catégories professionnelles. Ce choix, justifié par la collégialité, au moins partielle, des prises de décisions dans tout travail en équipe a permis de ne pas exclure le contexte macro-sociologique dont nous avons constaté l'influence. A.V. Cicourel nous met en garde contre la tentation d'un micro-sociologie ou d'une macro-sociologie exclusive. Les différents niveaux d'observation sont nécessairement liés. *"Les micro-événements ordinaires ne sont que des aspects routiniers d'une organisation" tandis que ce sont "les situations ordinaires qui permettent aux organisations de réaliser leurs propres macro-inférences"*⁶. Le travail de cette équipe de psychiatrie nous a apporté un éclairage sur la psychiatrie en tant qu'institution socio-médicale.

Le sens des actions des personnes naissait des interactions particulières entre soignants et patients. Le nombre de personnes dans chacune des deux catégories d'acteurs rendait la quantité de savoir produit impossible à utiliser économiquement pour le soin. Chaque soignant avait ses limites interprétatives et devait partager son avoir acquis. La réunion clinique a représenté un niveau intermédiaire d'analyse

5. LE BRETON, *L'interactionnisme symbolique*.

6. CICOUREL, « Micro-processus et macro-structures. Notes sur l'articulation des différents niveaux d'analyse (Texte présenté par Philippe Corcuff) ».

entre l'ordinaire de la vie dans l'unité, les échanges quotidiens avec les patients et la mise en œuvre du soin psychiatrique à proprement parler, après interprétation psychiatrique.

Ce temps de travail collectif a introduit un second niveau de production de sens. Les jeux d'acteurs et les interactions langagières alors en jeu étaient décisifs pour la production du sens collectif donné au savoir produit en pratique, auprès du patient, par chaque soignant. L'orientation des soins était, en permanence, discutée collectivement. Une analyse conversationnelle succincte a toutefois montré le rôle, central, du médecin dans l'arbitrage et la prise de décision.

5.2 L'ajustement de mondes différenciés comme projet de soins

Les pathologies présentées par les patients du service étaient, pour beaucoup, anciennes. Ils avaient recours de manière fréquente au système hospitalier quand ils n'étaient pas hospitalisés depuis plusieurs mois, parfois plusieurs années comme deux d'entre eux. Ces pathologies, et les conditions de leur prise en charge, sont à l'origine d'un rapport au monde perturbé. Du fait de la maladie elle-même mais également du fait des nouvelles interactions sociales et de nouveaux rapports instaurés. La maladie est un bouleversement du monde du patient. Elle entraîne la création de nouvelles normes de vie⁷, qu'il s'agira d'intégrer aux soins à mesure.

Le passage par l'hospitalisation traduisait un moment de crise insoluble dans le milieu d'origine. Le recours à l'hospitalisation, au moins au moment de l'admission, répondait au modèle médical. Il s'agissait de prendre en compte l'apparition ou la dégradation d'un état pathologique. Il y a eu de nombreuses nouvelles admissions dans l'unité durant notre passage. Nous ne nous sommes pas spécifiquement intéressés à ce moment des soins hospitaliers. Cependant, notre observation de la pratique du raisonnement médical au long cours nous semble un bon témoin de la philosophie de soin de l'équipe.

Les fondements du diagnostic, répondent à la même logique en psychiatrie qu'en médecine. Nous savons toutefois que tout processus diagnostique s'apparente et se rapproche d'un processus social d'étiquetage. L'accompagnement des patients et les soins délivrés le montrent. Concrètement, la question de la guérison de la maladie n'est pas centrale dans le discours des soignants. Ils envisagent la pathologie psychiatrique comme chronique. Dans les soins, le *care* prend le pas sur le *cure*. Les traitements et le modèle biomédical viennent en soutien de l'accompagnement humain. L'ajustement des mondes différenciés dans lesquels évoluent les patients, la définition de nouvelles normes, l'attention aux interactions sociales au sens large,

7. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*.

définissent le projet de soins de l'équipe.

Les maladies mentales, notamment la schizophrénie qui en est un modèle, ont, depuis plus d'un siècle, été envisagées par la psychiatrie sous l'angle de la théorie de la dégénérescence, de la démence précoce. On envisageait une détérioration longue, progressive et inexorable. Depuis les années 1960, des études de cohorte allant de 22 à 37 ans de recul ont montré que jusqu'à deux tiers des personnes montraient une évolution favorable des troubles et reconstruisaient des vies satisfaisantes et correspondant à leurs attentes⁸. Ces études ont été portées notamment par des usagers des systèmes de santé unis dans un mouvement social et, soutenus par quelques psychiatres, ont donné naissance au concept de Rétablissement. Il renverse les conceptions négatives de la maladie et engage les soignants à un accompagnement centré sur la possibilité de vivre positivement en dépit de la maladie, "*devenir plus profondément, plus pleinement humain*"⁹. La personne passe d'une posture passive de patient à une posture active, avec un sentiment de contrôle sur sa vie. L'accent est mis sur un mode d'accompagnement s'attachant à favoriser et soutenir l'autodétermination, l'empowerment (la restauration du pouvoir de décider et d'agir) et l'autonomisation des personnes¹⁰.

Ce modèle commence à s'implanter en France notamment par le biais de programme de recherche mais n'a pas encore statut de politique de santé publique (EU, Australie, Japon etc) et, surtout, n'est pas encore ancré dans les pratiques des équipes de psychiatrie. Pourtant, nous constatons que déjà, en pratique, les soins mis en œuvre par ces équipes peuvent tendre vers ce même but et proposer un modèle alternatif au biomédical. Les notions de cure et de care n'ont pas d'équivalence stricte en français. Le cure peut être assimilé aux soins curatif, celui de la lutte contre la maladie. C'est le but de la guérison visée par le modèle biomédical.

Le care, quant à lui, recouvre les dimensions du prendre soin, de l'attention portée

8. CIOMPI, « Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. »

9. DEEGAN, *Recovery, rehabilitation and the conspiracy of hope.*

10. GREACEN et JOUET, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment.*

au patient et à son bien-être, l'objectif de guérison n'est pas exclu mais n'est plus au centre des préoccupations. L'importance du projet médico-social, l'attention portée à l'ordinaire, à la singularité des situations et des valeurs singulières des personnes représentaient les aspects centraux de la prise en charge dans ce service. Le care prenait ainsi le pas sur le cure, la guérison. Le care, si elle est une attention portée à la personne, pose la question du pouvoir d'agir du patient. En psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, le respect de la volonté du patient est parfois en contradiction avec celle de l'équipe soignante. La médecine s'est dotée d'outils de réflexion éthique solides. Aujourd'hui, le consentement libre et éclairé du patient et le principe éthique d'autonomie sont les repères pour penser cette question.

Les comités éthiques permettent de penser la pratique médicale et les lois de bioéthiques, entres autres, à l'encadrer. Ils sont maintenant bien installés dans le paysage médical mais une éthique en acte, une éthique pratique, en situation, semble possible mais manquer¹¹. Les catégories théoriques du savoir psychiatrique à partir desquelles l'équipe peut penser l'action ne recouvrent que partiellement le savoir pratique construit et mis en acte au quotidien et ne permettent pas, en l'état, une réflexion éthique structurée. Suivre ou pas la volonté du patient est une réflexion qui est active en permanence dans l'équipe, surtout quand les personnes accompagnées peuvent être considérées vulnérables. Ce d'autant plus que le concept d'autonomie, notamment en psychiatrie, est complexe est fait appel à des appréhensions multiples du concept. Ces différentes nuances de l'autonomie demandent à être combinées en pratique. Par exemple, en s'appuyant sur des études de terrain, B. Eyraud propose une vision équilibrée d'une autonomie « mise en œuvre en situation de crise » chez une personne vulnérable : « *Elle se fonde sur une lecture de l'autonomie comme détermination mutuelle d'une norme obligeante et d'un sujet capable, détermination mutuelle définie comme interpellation d'une norme et d'un sujet dans une situation anormale, incertaine, et incohérente. L'opérateur permettant la détermination mutuelle n'est ni la qualité individuelle d'un sujet, ni la normativité d'un ordre*

11. HENRY, *Spinoza, une anthropologie éthique*.

symbolique et institutionnel mais une modalité spécifique d'interaction, nommée « interpellation normative » permettant de transformer l'incertitude, voire le chaos initial dans une situation vécue en une action signifiante et déterminantes »¹².

12. EYRAUD, « Quelle autonomie pour les «incapables» majeurs ? »

5.3 Une épistémologie des savoirs pratiques

Le mode de production du savoir que nous avons constaté en pratique est opposé à la logique qui a guidé les nosographies que sont le DSM ou la CIM. Elle repose en effet sur des critères opérationnels. On ne peut se satisfaire d'une analyse exclusivement négative de ce mode de raisonnement car il répond à une volonté d'un meilleur diagnostic et d'un meilleur service au patient en tendant vers plus d'objectivité. Il faut cependant souligner les limites formelles et pratiques de ce type de raisonnement. Notamment, la mobilisation d'irréductibles jugements de valeurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de ce mode de catégorisation. Cela conduisent certains auteurs à changer de perspective et proposer une médecine fondée sur les valeurs¹³.

Parmi les spécialités médicales, seule une spécialité comme l'anatomo-pathologie, ou dans une moindre mesure la génétique peuvent prétendre user de l'EBM de manière stricte. Ce sont des spécialités nomologiques où, par essence, le patient disparaît derrière les données organiques pures à analyser. L'interaction humaine, qui rend complexe l'application stricte d'un savoir général à des êtres singuliers, n'est plus. La rencontre avec un patient, une personne souffrante, ou considérée comme telle, engage des interactions non prévisibles et est productrice d'un sens non attendu. C'est le résultat de l'ajustement de deux personnes, de deux mondes nécessairement singuliers.

Nous avons constaté que le diagnostic apparaissait souvent comme non déterminant dans la prise en charge. En tout cas, il ne régissait pas l'ensemble des aspects du soins. Cela relativise sa portée mais lui laisse une large place. De nombreuses décisions de prescriptions pharmacologiques ou non, en découlaient directement. À ses côtés, la biographie du patient, telle qu'il la livrait où que l'équipe pouvait la reconstituer avec, parfois, l'aide de la famille, avait une importance particulière.

Il ne peut exister de clinique excluant la rencontre avec le patient comme pourrait

13. FULFORD et al., *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*.

le souhaiter la médecine statistique. Ici, un niveau supplémentaire de complexité se trouve révélé par la multiplicité des acteurs qui ont, en pratique, un rôle dans l'élaboration de la connaissance du patient. Cela engendre des combinaisons infinies d'êtres non assimilables à un quelconque corpus de connaissance. Le quotidien d'un service de psychiatrie est ainsi marqué par la multiplicité des formes d'existences qui s'y côtoient, produisent un savoir en pratique, directement mobilisable et non soluble dans un savoir théorique. Chaque intervenant doit alors mobiliser un peu de lui même pour créer de nouvelles catégories du savoir, au carrefour des classifications savantes et des classifications populaires. Cette catégorisation profane du savoir, cette pensée sauvage¹⁴ est très utilisée en pratique.

Nous avons tenté, en quelque sorte, une épistémologie des méthodes et des savoirs pratiques. La réunion clinique étant un espace d'ajustement de ceux-ci. Nous avons pu y repérer l'élaboration du savoir pratique et le mettre en perspective avec la segmentation a priori du pouvoir lié au savoir médical.

14. LÉVI-STRAUSS, *La pensée sauvage*.

5.4 Le risque du culturalisme

Le savoir pratique se construit à partir d'interprétations des interactions et des actes de la vie quotidienne, ici au sein de l'institution. On voit que ces interprétations ne sont souvent basées sur aucun modèle conceptuel qui soutiendrait l'usage du bagage socio-culturel propre des personnes en situation professionnelle. Or, si interprétation il y a, il existe un risque de sur-interprétation qu'il est nécessaire de circonscrire.

Ce risque de sur-interprétation est bien connu en médecine. En psychiatrie plus spécifiquement si l'on considère la forte dimension socio-culturelle de la maladie. Ce risque peut s'appuyer sur une forme de culturalisme. Ce concept anthropologique dont les usages sont loin de faire l'unanimité¹⁵, l'ethnopsychiatrie s'y est longtemps confrontée¹⁶ et continue de l'être. L'idée d'une ethnopsychiatrie est naît d'une interrogation sur l'universalité des catégorisations psychiatriques, elle s'est concentrée sur les populations « venues d'ailleurs ». Ces « Autres » dont les représentations du monde, les actions et le vécu, sont considérés comme n'étant ni compréhensibles, ni interprétables dans un paradigme médical occidental strict. Elle crée ainsi une forme d'altérité radicale. L'idée d'une prise en charge ethnopsychiatrique est maintenant bien installée. En revanche, demeurent les discussions sur ses outils heuristiques et le risque d'essentialisation de l'« Autre », au risque du culturalisme. Certains auteurs pointent directement cette impasse, comme D. Fassin qui dit de l'ethnopsychiatrie que : « (...) les problèmes sont interprétés en fonction d'une grille culturelle indépendante des réalités sociales. Cette interprétation obéit aux deux principes qui caractérisent le raisonnement culturaliste ordinaire : la réification de la culture et la surdétermination par le culturel ». D'autres pointent les limites de l'« interprétation sauvage »¹⁷ dont elle serait coupable. Mais cette « dérive » culturaliste n'existe pas que pour le lointain. Dans un contexte occidental, J. Grard¹⁸ relève une approche

15. ROZIN, « Le concept de culturalisme dans les sciences anthropologiques ».

16. STURM, GUERRAOUI et RAYNAUD, « Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française ».

17. JAFFRE, « L'interprétation sauvage ».

18. GRARD, « Frontières invisibles : l'expérience de personnes prises en charge au long cours par

culturaliste chez Sue Estroff quand elle postule une « culture de la folie »¹⁹ ou encore chez Els Van Dongen qui parle d'une « culture des schizophrènes »²⁰.

Il ne s'agit pas de résoudre le débat sur le concept de culturalisme en anthropologie mais de souligner ce risque dans une pratique psychiatrique qui redonnerait pleinement sa place aux savoirs pratiques. D'autant plus dans une discipline dont l'objet dont elle s'est saisie à ses origines, la folie, servait à considérer certains êtres humains comme fondamentalement « Autres », relevant d'une autre humanité, une humanité « *déraisonnable* ». On se convaincra difficilement de la disparition de cette conception de la personne souffrant d'un trouble psychiatrique comme « Autre ». La question de la compréhension du monde vécu par elles échappe toujours un peu à la psychiatrie, risquant de renforcer ce sentiment de différence essentielle.

La nécessité de *compréhension* en psychiatrie a été depuis longtemps abordé par le courant phénoménologique et permet une *attitude* clinique plus riche, plus féconde et respectueuse de la personne dans ce qu'elle est, ce qu'elle vie. L'anthropologie également dispose d'une pensée de l'altérité. Un auteur à particulièrement été attentif à la question de l'altérité vu comme un souci du « *même* », Jean Bazin. Son travail n'envisageant non pas l'altérité comme objet de l'ethnologie mais l'anthropologie comme une étude des « *variations régulées sur la même* ». Il invite à ne pas considérer l'anthropologie comme une discipline de l'ailleurs, elle « *commence à notre voisin de pallier* » et à toujours se méfier de l'interprétation herméneutique et du sens, souvent trop hâtif et mal-à-propos, que l'on prête aux actions des gens.

la psychiatrie publique en France ».

19. ESTROFF, *Le Labyrinthe de la folie*.

20. VAN DONGEN, *Worlds of psychotic people : wanderers, 'bricoleurs' and strategists*.

6

Conclusion

Le savoir médical se construit à partir du monde sensible. De là, il vise la conceptualisation de cadres généraux de l'expérience et la solidification d'un cadre nosologique. Ses lois générales sur le corps humain ou sur la physiologie humaine établies, elles deviennent nécessaires à la mise en œuvre d'un traitement efficace, à la guérison ou pour aider au soulagement d'une souffrance physique ou psychique. Elles nécessitent d'être traduites pour pouvoir être mises en œuvre en pratique, au plus près de la singularité de chaque patient. C'est à ce travail de traduction, d'ajustement de *champs sémantiques non isomorphes*, et de mise en œuvre du soin, que s'attelle l'équipe hospitalière. Sans surprise, nous constatons la production de *normes pratiques* sensiblement éloignées des *normes théoriques* médicales¹.

Ici, c'est dans la quotidienneté de la vie d'une institution psychiatrique que sont largement recueillies les données et agencées les catégories de savoirs qui permettent de penser le soin. Les *normes théoriques* établies pour penser la médecine font place aux *normes pratiques* plus à même d'appréhender les formes d'existence et les stratégies de retour à de nouvelles normes d'être plus satisfaisantes. La réunion clinique est l'un de ces endroits où l'on ajuste le savoir théorique, froid, rigide, à une personne. Quand il s'agit d'un aller-mieux, on engage l'homme dans ses multiples dimensions biologiques et sociales mais aussi politiques et morales. Ce travail d'ajustement en-

1. OLIVIER DE SARDAN, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest ».

gage le praticien bien au-delà de son savoir théorique.

L'alliance entre la médecine et les humanités a toujours été fort et est en constant renouvellement². En témoigne, même si le mouvement n'est pas uniforme partout dans le monde, la naissance de département de sciences humaines et l'ancrage de l'anthropologie médicale et de l'anthropologie de la santé dans les facultés de médecine.

Le modèle du colloque singulier a longtemps été le seul envisagé en médecine. La plupart des études de sciences humaines, portant sur le fonctionnement des services de médecine mais également sur la relation médecin – patient³, montrent une élaboration collective du soin ou, en tout cas, engageant des contextes plus vastes, macrosociaux, que la rencontre entre deux personnes. Le médecin garde la décision technique mais il ne s'agit vraisemblablement pas du cœur du soin dans une spécialité comme la psychiatrie. Que ce soit de manière implicite ou non, les prises de décisions se révèlent être collectives et reposent sur d'autres régimes de temporalités et de subjectivités que celui de la seule rencontre médecin - patient.

La capacité à décider collectivement, parfois sans le patient, de ce qu'il est bon de faire pour lui pose question. Les convictions personnelles des soignants affluent et influencent nécessairement les orientations prises. Cette collégialité de la prise de décision en réunion clinique, excluant le patient, ne saurait lui apporter une quelconque légitimité et dédouaner les soignants d'une réflexion éthique individuelle.

L'art médical consiste en cette faculté d'adapter un savoir théorique à la pratique. Dans cette interstice où la rationalité scientifique redoute de céder à l'approximation et la subjectivité sans perdre en légitimité ou en précision. Pourtant, l'art médical se situe précisément dans cette capacité à créer une « médecine par le bas », à inventer des catégories de savoirs non-opérationnelles, non conceptualisées. Un savoir singulier mais rigoureux.

2. LEFÈVE et BARROUX, *La clinique*.

3. CICOUREL et BOURDIEU, *Le raisonnement médical*.

Il serait intéressant, dans ce contexte, de penser un savoir et une connaissance de l'homme en pratique. Celui pour lequel les conceptions du normal ne recouvre pas celles du normé. D'établir une méthode pratique, à partir des éléments de terrain, qui aiderait à la mise en œuvre de l'aller-mieux au plus près des aspirations de la personne accompagnée. D'autant plus dans la discipline peu nomologique qu'est la psychiatrie, ou la frontière entre norme biologique et norme sociale est si ténue.

Quand on regarde les manières d'interagir et d'agir de l'équipe de psychiatrie, deux choses nous marquent. Le modèle biomédical, dont nous avons pointé les limites, est dépassé. Il est dépassé mais en même temps constamment présent, permettant ici une prise en charge ciblée utile ou révélant là l'origine d'une difficulté singulière. Sa critique doit donc être raisonnée. Et si elle doit être raisonnée c'est aussi qu'en réalité, tous les modèles et les systèmes de pensée se trouvent en difficultés. Aucun système de pensée psychiatrique⁴ ne permet à lui seul d'appréhender les différentes modalités de pratique de l'équipe de psychiatrie que nous avons analysées.

C'est la une dimension fondamentale de la pratique, ne jamais se résoudre à conclure sur l'homme, comme le savoir théorique le fait si abruptement. Dès que l'on interprète une donnée de l'examen ou une interaction quelconque, on choisit un système de référence. Dans ce système, dès qu'on classe, on ferme la porte des potentialités infinies de l'expérience. Or, cette porte des possibles se ré-ouvre sans cesse. Nous avons vu que le choix d'un système de pensée, au risque d'une aporie, ne souffrait ni d'être fondue dans une prétendue théorie intégrative, ni de faire appel à plusieurs autres systèmes pour une situation donnée. Peut-on imaginer, à chaque situation présentée successivement par une même personne, faire appel à un système différent ? Atomiser le patient en une multitude de cas ne permet pas de faire mieux que le réductionnisme reproché à la biomédecine. Plusieurs situations rencontrées sur notre terrain, qui nécessiterait d'être développées dans un autre travail, nous conduisent alors à nous demander : quand et pourquoi devient-il nécessaire d'interpréter ? L'étape interprétative est un préalable essentiel à la décision d'action. Mais

4. FEYS, *Quel système pour quelle psychiatrie ?*

l'équipe est-elle si régulièrement contrainte à interpréter ?

Quand l'interprétation devient nécessaire, alors il faut sélectionner le bon système de pensée pour les bonnes raisons⁵. Nous proposons alors de choisir, parmi les systèmes maîtrisés, ceux qui fermeront le moins le champ des possibles. Les systèmes de l'examen, intuitionniste et septique, respectent au moins partiellement les subjectivités en jeu et semblent par là même appropriés. Si tant est qu'on s'en tienne à la méthode proposée et qu'on ne franchisse pas l'étape de classification qu'elles permettent.

Les systèmes de l'examen, proposent de nombreux outils descriptifs. Nous prendrons un exemple, peut être le moins intuitif mais qui nous permettra de nous expliquer : L'approche septique a permis l'émergence de l'approche statistique en science et en médecine, elle-même outil de la santé publique. Avant d'être un instrument politique de contrôle des populations et de maîtrise des corps comme on a pu lui reprocher⁶, la santé publique offre d'abord un outil pour décrire des états de santé à différents niveaux d'échelles. L'interprétation et l'usage politique qui en est fait ne relève pas de la méthode elle-même. La statistique est d'abord une méthode, quantitative et qualitative, de description du monde. *« Il est entendu que le nombre de rend pas compte de la réalité dans son intégralité. Il permet cependant d'en saisir certains aspects, impossibles à appréhender autrement. Et si l'on estime que le nombre prend trop de place, c'est moins à lui qu'il faut s'en prendre qu'à la situation qui lui fait aujourd'hui la part si belle. Le règne de la statistique n'a pas été imposé à des sociétés qui n'en voulaient pas mais il a été appelé par l'état de ces sociétés. (...) la statistique ne constitue pas un instrument qui s'interposerait entre nous et la réalité, qui viendrait nous la dissimuler ou couper nos liens avec le monde de la vie. »*⁷. La méthode proposée reste bonne. Elle connaît, comme toute méthode, des limites que l'anthropologie peut l'aider à dépasser. En l'aidant par exemple à

5. FEYS, *Quel système pour quelle psychiatrie ?*

6. FASSIN, *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes.*

7. REY, *Quand le monde s'est fait nombre.*

choisir le bon niveau d'analyse dans un monde qui n'est pas fractal ou en décrivant les différents *régimes de subjectivité* propre à l'homme, *les catégories du rapport à soi ou les configurations affectives* en jeu, parfois simultanément. Elle pourra ainsi éclairer les réalités multiples, coexistantes et repliées sur elle-même, recouvertes par l'EBM. Dans une perspective totalement différente mais dans le même but, l'attitude phénoménologique peut, elle aussi, contribuer à une telle description. Décrire pour comprendre.

Cet effort de description du monde est essentiel pour permettre de reculer un maximum les étapes avant interprétation. Car « *moins on sait décrire, plus on est tenté d'interpréter* »⁸. Il nous semble utile, par une attention portée à la description au sens des sciences sociales, de reculer les étapes avant l'interprétation des actions des gens, si tel est effectivement le travail en psychiatrie. Les actions observées et relevées tomberont sinon trop vite, via l'action interprétative et herméneutique du psychiatre, dans le champ des données à objectiver pour les sciences naturelles. Les sciences sociales ont depuis longtemps engagée ce travail. Il est aujourd'hui bien avancé. Le dialogue avec la médecine, et plus spécifiquement la psychiatrie, existe et semble devoir se poursuivre. Si l'on considère l'homme comme un objet d'étude commun, il est possible, pour la psychiatrie, de s'en inspirer :

« *Après tout, ce que nous faisons, parés de ce titre d' « anthropologues », ce sont des études de cas (...). A partir de notre expérience (ce qui arrive autour de nous et nous arrive à un moment donné quelque part) nous produisons des descriptions : « si anthropologie » il y a, ce sont ces descriptions elles-mêmes qui sont anthropologiques ; ou bien alors elles ne le sont pas, elles manquent à l'être, et ce titre est usurpé. Mais si elles le sont, c'est qu'elles visent l'homme, que de quelque manière elles nous le montrent : une certaine généralisation, c'est à dire la prise en compte du fait qu'il s'agit de l'homme, et donc aussi bien de vous et de moi, y est à l'œuvre, jusqu'à notre respect scrupuleux de la singularité de chaque situation.* »⁹. Car s'il y a quelque

8. BAZIN, *Des clous dans la Joconde*.

9. Ibid.

chose de nomologique en anthropologie, ce sont ses méthodes.

Renouer avec les empiriques. Penser une psychiatrie par le bas, en quelque sorte. Une médecine à partir de l'humain et non plus sur l'humain, qui permettrait d'ajuster plus aisément la pensée domestiquée, rationnelle qui définit notre cadre d'action et la pensée sauvage mise à l'œuvre. Apprendre à voir, apprendre à garder un œil critique et septique comme l'ont enseigné l' « antipsychiatrie » et les sciences sociales.

Cette méthode anthropologique reprise en psychiatrie, en pratique, ne donnera certainement pas une nouvelle « théorie de l'homme malade », ni ne pourra unifier la discipline. Elle permettra seulement (ou déjà !) de pratiquer. « *La pratique sert à aller d'un point théorique à un autre. La théorie sert à aller d'un point pratique à un autre* ». Les savoirs théoriques existent, sont multiples, protéiformes, incompatibles entre eux et leurs champs n'ont de cesse de s'accroître sans se rencontrer. Ces savoirs théoriques sont inopérants sans une méthode pratique.

S'ouvre la perspective d'une anthropologie éthique en psychiatrie et en médecine, d'une éthique en acte. Pour ne plus qu'elles écartent, arbitrairement, les dimensions socio-culturelles et politiques, morales et sotériologiques de la personne. En somme, une psychiatrie de *"l'homme tel qu'il est et non tel qu'on voudrait qu'il soit"*¹⁰.

Appliquant cette méthode, il sera nécessaire de garder en tête que « c'est bien de l'homme dont il s'agit et que, par la même, il doit toujours exister un point de vue où ses actions nous sont compréhensibles ». Appréhender l'homme, la vie, les formes de vie, ne peut être l'affaire d'une seule discipline. Ici, le champ des sciences humaines, dans toute sa diversité, s'ouvre.

L'être humain est « *cette « bête de style » : ni bête de somme, ni bête de scène (comme s'il était surtout expert en rôles, en scénographies ou en dissimulations), mais bête de style : expert en manières d'être, rivé à ses manières, libéré par ses manières, perdu par elles... Je crois qu'une vie est en effet inséparable de ses formes,*

10. HENRY, *Spinoza, une anthropologie éthique*.

de ses modalités, de ses régimes, de ses gestes, de ses faons, de ses allures... qui sont déjà des idées. Que pour un regard éthique, tout être est manière d'être. Et que le monde, tel que nous le partageons et lui donnons sens, ne se découpe pas seulement en individus, en classes ou en groupes, mais aussi « en styles », qui sont autant de phrasés du vivre. Mieux : qu'à certains égards il ne nous affecte et ne se laisse approprier qu'ainsi, animé de formes attirantes ou repoussantes, habitables ou inhabitables, c'est-à-dire de formes qualifiées : pas seulement des formes mais des formes qui comptent, investies de valeurs et de raisons d'y tenir, de s'y tenir, et aussi bien de les combattre. ».

« Il n'y a pas (...) de « vie », il n'y a que des allures de la vie »¹¹ .

11. MACÉ, *Styles. Critique de nos formes de vie.*

Bibliographie

- [1] René ANGELERGUES. *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*. 1re éd. Les Champs de la santé. Paris : Presses universitaires de France, 1989.
- [2] Robert BARRETT et Françoise BOUILLOT. *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*. French. Le Plessis-Robinson, France : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999.
- [3] Franco BASAGLIA. *Psychiatrie et démocratie : conférences brésiliennes*. Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès, 2007.
- [4] Jean BAZIN. *Des clous dans la Joconde : l'anthropologie autrement*. Essais. Toulouse : Anacharsis, 2008.
- [5] C. BERNARD. « Introduction à l'étude de la méthode expérimentale ». In : *Paris : Garnier Flammarion* (1966).
- [6] Claude BERNARD et François DAGONET. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Flammarion, 2013.
- [7] Christian BONAÏ et COLLÈGE DES ENSEIGNANTS DE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES EN MÉDECINE ET SANTÉ (FRANCE), éd. *Médecine, santé et sciences humaines : manuel*. Médecine & Sciences humaines 17. Paris : Les Belles Lettres, 2011.
- [8] Michel CALLON. *La science et ses réseaux : genèse et circulation des faits scientifiques*. Éditions La Découverte, 1989.
- [9] Georges CANGUILHEM. *Le normal et le pathologique*. fr. 12e édition. Quadrige. Paris : Puf, 2013.

- [10] Aaron Victor CICOUREL. « Micro-processus et macro-structures. Notes sur l'articulation des différents niveaux d'analyse (Texte présenté par Philippe Corcuff) ». In : *SociologieS* (2008).
- [11] Aaron Victor CICOUREL et Pierre BOURDIEU. *Le raisonnement médical : une approche socio-cognitive*. French. Paris : Seuil, 2002.
- [12] Luc CIOMPI. « Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. » In : *Schizophrenia bulletin* 6.4 (1980), p. 606.
- [13] Patricia DEEGAN. *Recovery, rehabilitation and the conspiracy of hope*. National Empowerment Center, 1992.
- [14] M. Santiago DELEFOSSE, A. Gonin NICOLE et C. S. SAUTTER. « Naissance d'une psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limites ». In : *critique* 15 (2011), p. 18.
- [15] Lise DEMAILLY. *Sociologie des troubles mentaux*. Paris : Découverte, 2011.
- [16] Steeves DEMAZEUX. *Définition du trouble mental*. 2016.
- [17] Steeves DEMAZEUX. « L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme ». In : *L'information psychiatrique* 89.4 (2013), p. 295–302.
- [18] Steeves DEMAZEUX. « Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? » In : *Philonsorbonne* 2 (2007), p. 67–88.
- [19] Steeves DEMAZEUX. *Qu'est-ce que le DSM ? : genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. French. Paris : Ithaque, 2013.
- [20] Steeves DEMAZEUX et Vincent PIDOUX. « Le projet RDoC-La classification psychiatrique de demain ? » In : *médecine/sciences* 31.8-9 (2015), p. 792–796.
- [21] Georges DEVEREUX. *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Fayard, 2013.
- [22] *Dictionnaire de la pensée médicale*. Quadrige. Paris : Presses universitaires de France.
- [23] Marie DIDIER. *Dans la nuit de Bicêtre*. Paris : Gallimard, 2007.

- [24] Alain EHRENBURG. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Odile Jacob, 2008.
- [25] G. L. ENGEL. « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine ». In : *Science* 196.4286 (avr. 1977), p. 129–136.
- [26] ESCOFFIER-LAMBIOTTE. « L'infanticide immédiat ». In : *Le Monde* (jan. 1971).
- [27] Sue ESTROFF. *Le Labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. French. Le Plessis-Robinson, France : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.
- [28] Benoît EYRAUD. « Quelle autonomie pour les «incapables» majeurs ? » In : *Politix* 1 (2006), p. 109–135.
- [29] Franz FANON. *Les damnés de la terre*. A verba futurorum, 2016.
- [30] Didier FASSIN. *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*. Éditions de l'EHESS, 2000.
- [31] Jean-Louis FEYS. *Quel système pour quelle psychiatrie ?* 2014.
- [32] Michel FOUCAULT. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Collection Tel 9. Paris : Gallimard, 2007.
- [33] Sigmund FREUD. *Au-delà du principe de plaisir*. Presses universitaires de France, 2013.
- [34] Kenneth William Musgrave FULFORD et al. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. T. 676. Oxford University Press Oxford, 2006.
- [35] Erving GOFFMAN et Robert CASTEL. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. French. Paris : Les Ed. de Minuit, 2013.
- [36] Erving GOFFMAN et Alain KIHM. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Les Ed. de Minuit, 1975.

- [37] Byron J GOOD. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? : médecine, rationalité et vécu*. French. Le Plessis-Robinson, France : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.
- [38] Julien GRARD. « Frontières invisibles : l'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France ». Thèse de doct. Paris, EHESS, 2011.
- [39] Tim GREACEN et Emmanuelle JOUET. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Eres, 2012.
- [40] A. GREEN, D. MARTIN et P. SIVADON. « Livre blanc de la psychiatrie française ». In : *L'évolution psychiatrique, supplément au 3* (1965).
- [41] Julien-Daniel GUELFY et Frédéric ROUILLON. *Manuel de psychiatrie*. 2007.
- [42] Marie-Christine HARDY-BAYLÉ. « Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles... et aux référentiels de prise en charge ». In : *L'information psychiatrique* 82.1 (2006), p. 29–37.
- [43] Julie HENRY. *Spinoza, une anthropologie éthique : variations affectives et historicité de l'existence*. Les anciens et les modernes : études de philosophie 24. Paris : Classiques Garnier, 2015.
- [44] Ivan ILLICH. « Némésis Médicale l'Expropriation de la Santé ». In : (1975).
- [45] Yannick JAFFRE. « L'interprétation sauvage ». In : *Enquête. Archives de la revue Enquête* 3 (1996), p. 177–190.
- [46] Rayford R. JUNE et Rohit AGGARWAL. « The use and abuse of diagnostic/classification criteria ». In : *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 28.6 (2014), p. 921–934.
- [47] Alain F JUNOD et al. *Décision médicale ou la quête de l'explicite*. French. Chêne-Bourg/Genève ; Paris : Médecine & hygiène, 2007.

- [48] Simon-Daniel KIPMAN. *Manifeste pour une psychiatrie de la personne : pour une personne, par une personne, avec des personnes : programme de psychiatrie de la personne soutenu par l'association mondiale de psychiatrie*. Rueil-Malmaison : Doin, 2009.
- [49] Arthur KLEINMAN. « Culture, Illness, and Care : Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research ». In : *Annals of Internal Medicine* 88.2 (fév. 1978), p. 251.
- [50] Emil KRAEPELIN. *Traité de Psychiatrie*. T. III. Leipzig.
- [51] Georges LANTÉRI-LAURA. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Esquisses. Paris : Éditions du Temps, 1998.
- [52] David LE BRETON. *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses universitaires de France, 2016.
- [53] Céline LEFÈVE et Gilles BARROUX, éd. *La clinique : usages et valeurs ; approches plurielles pour comprendre l'évolution de la médecine*. Paris : Seli Arslan, 2013.
- [54] Claude LÉVI-STRAUSS. *La pensée sauvage*. Agora 2. Paris : Presses Pocket, 2010.
- [55] James LIND. *A Treatise on the Scurvy*. S. Crowder, 1772.
- [56] Margaret M LOCK. *Encounters with aging*. 1993.
- [57] Albert LONDRES. « Chez les fous (1925) ». In : *Œuvres complètes* (1992), p. 185–243.
- [58] Marielle MACÉ. *Styles. Critique de nos formes de vie*. Editions Gallimard, 2016.
- [59] Alain-Charles MARQUELET. *Le raisonnement médical*. Paris : Presse universitaire de France, 2006.
- [60] Paul E MEEHL. « Why I do not attend case conferences ». In : *Psychodiagnosis : selected papers* (1973), p. 225–302.

- [61] J. NAUDIN et S. BOULLOUDNINE. « La part de l'analyse phénoménologique dans l'étude de cas singulier ». In : *PSN* 5.S1 (juin 2007), p. 47–51.
- [62] Mathieu NENDAZ et al. « Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement ». In : *Pédagogie Médicale* 6.4 (nov. 2005), p. 235–254.
- [63] Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN. « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest ». In : *Autrepart* 20.4 (2001), p. 61.
- [64] Anne PAILLET. *Sauver la vie, donner la mort : une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*. Corps, santé, société. Paris : La Dispute, 2007.
- [65] Jean Claude PASSERON et Jacques REVEL, éd. *Penser par cas*. Enquête 4. Paris : École des hautes études en sciences sociales, 2005.
- [66] Jean-Claude PASSERON. *Le raisonnement sociologique : un espace non poppé-rien de l'argumentation*. Nouv. éd. rev. et augmentée. Bibliothèque de "L'évolution de l'humanité". Paris : Michel, 2006.
- [67] Pierre PICHOT. *L'approche clinique en psychiatrie*. Les Laboratoires Delagrangé ; Synthélabo, 1999.
- [68] Pierre PICHOT et al. *DSM-III : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris ; New York : Masson, 1986.
- [69] David PILGRIM. « The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry : past, present and future ? » In : *Journal of Mental Health* 11.6 (2002), p. 585–594.
- [70] Philippe PINEL. *Nosographie philosophique, ou, La méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. T. 3. chez JA Brosson, 1818.
- [71] Philippe PINEL. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie. Avec figures représentant les formes de crâne ou des portraits d'aliénés*. 1809.

- [72] Claude QUÉTEL. *Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours*. Paris : Tallandier, 2012.
- [73] Johann Christian REIL. *Rhapsodies sur l'emploi de la méthode de cure psychique dans les dérangements de l'esprit : dédiées à Monsieur le prédicateur Wagnitz*. Nîmes : Champ social, 2007.
- [74] Louis RENÉ. *Code de déontologie médicale*. Paris : Editions du seuil, 1996.
- [75] Olivier REY. *Quand le monde s'est fait nombre*. Paris : Stock, 2016. 316 p.
- [76] Tony ROBERT-FLEURY. *Le docteur Phillippe Pinel faisant tomber les chaînes des aliénés*.
- [77] Jean-Luc ROELANDT. « De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution ». In : *L'information psychiatrique* 86.9 (2010), p. 777.
- [78] Philippe ROZIN. « Le concept de culturalisme dans les sciences anthropologiques : de Tylor à Lowie ». In : *Le Philosophoire* 27.2 (2006), p. 151.
- [79] D. L. SACKETT et al. « Evidence based medicine : what it is and what it isn't ». In : *BMJ* 312.7023 (jan. 1996), p. 71–72.
- [80] Anselm L STRAUSS et Isabelle BASZANGER. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : Éditions L'Harmattan, 2016.
- [81] Gesine STURM, Zohra GUERRAOUI et Jean-Philippe RAYNAUD. « Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française ». In : *EMC-Psychiatrie* 13 (2016), p. 3.
- [82] Thomas Stephen SZASZ. *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*. Rev. ed. New York, NY : Harper Perennial, 2010.
- [83] Irène THÉRY et Pascale BONNEMÈRE. *Ce que le genre fait aux personnes*. Paris : Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2008.
- [84] Els VAN DONGEN. *Worlds of psychotic people : wanderers, 'bricoleurs' and strategists*. Routledge, 2004.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

LES SAVOIRS PRATIQUES EN PSYCHIATRIE

Résumé

Introduction : La médecine est une science mais également un art. La tension a toujours existé entre ces deux dimensions. Hippocrate rejette l'origine sacrée de la maladie et lui fait prendre un tournant radicalement rationnel et scientifique. La biomédecine semble aujourd'hui largement dominante, s'adossant à un corpus théorique conséquent. Mais la tension avec la pratique n'est pas résolue pour autant. Notamment en psychiatrie où la question de la subjectivité reste centrale. Mais qu'en est-il en acte ?

Matériels et méthodes : Nous avons exploré cette question à travers un terrain de six mois au sein d'un service de psychiatrie universitaire. Les réunions cliniques hebdomadaires ont été plus particulièrement l'objet de notre attention. Nous les avons enregistrées, retranscrites et avons analysé quel type de savoir était mis en pratique et de quelle manière.

Résultats : Les résultats montrent la mobilisation non négligeable dans les soins d'un savoir personnel, d'expérience, relevant du bagage socio-culturel de chaque soignant. Avec un impact sur le soin, quand le prendre-soin devient plus important que la guérison. Mais certaines limites existent toutefois comme la difficulté à faire face, en actes, à des questions spécifiques relevant des dimensions socio-anthropologique et éthique du soin comme l'autonomie.

Conclusion : La psychiatrie ne diffère pas des autres disciplines médicales dans sa formulation théorique, mais doit, plus que les autres certainement, résoudre la tension entre théorie et pratique. Dans cette perspective, elle doit faire appel à d'autres modes d'appréhension de l'expérience que la pensée dogmatique caractérisant notamment la biomédecine. Des méthodologies pratiques existent, en sciences humaines par exemple. Elles pourraient être mises à profit dans ce contexte.

Mots clefs : Psychiatrie, Clinique, Biomédecine, Anthropologie, Pratiques,