HAL
open science

”La psychose... ça n’existe pas !” Les identités soignantes d’un hôpital de jour de psychiatrie

Maylis Gauthier

▶ To cite this version:

Maylis Gauthier. ”La psychose... ça n’existe pas !” Les identités soignantes d’un hôpital de jour de psychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01952518

HAL Id: dumas-01952518
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01952518v1

Submitted on 12 Dec 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.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

"La psychose... ça n'existe pas !"

Les identités soignantes d'un hôpital de jour de psychiatrie.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 9 Mai 2018

Par Madame Maylis GAUTHIER

Née le 6 août 1988 à Saint-Priest-En-Jarez (42)

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 Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean	**Assesseur**
Monsieur le Docteur CERMOLACCE Michel	**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 :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme 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
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
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 T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
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 (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

PIDEMIOLOGIE, 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*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT 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 ; BRÛLOLOGIE *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)
BRETELLE 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 Stépahne (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, PCYCHOLOGIE 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)

PHILOSPHIE *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)
DADOUN 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

Merci au Pr Naudin de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre engagement pour une psychiatrie humaine et réflexive m'a permis de découvrir la phénoménologie, la psychologie sociale ou l'anthropologie. Merci pour votre générosité.

Merci Michel d'avoir accepté de diriger ce travail inhabituel. L'humanité et la force de ton engagement continueront à m'inspirer tout au long de mon parcours.

Merci au Pr Poinso d'avoir accepté de participer à cette soutenance de thèse. Votre bienveillance est un exemple.

Je remercie le Dr Vion-Dury pour sa curiosité intellectuelle, sa disponibilité et son humour. Merci de faire de la recherche un plaisir.

Je tiens à remercier chaleureusement Yannick Jaffré d'avoir su nous transmettre son savoir avec passion et générosité. Merci également à Dorothée Dussy pour ses conseils avisés sur mon travail.

J'ai une pensée particulière pour tous les acteurs de l'hôpital de jour, soignants et patients, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Il vous est dédié.

Merci aux professionnels rencontrés au cours de ma formation : Dr Cointin, Dr Sirere, Michel, Maxence et l'unité VEGA, la fine équipe de la liaison, Dr Abrieu et les soignants du CMP, le service de la Pitié-Salpêtrière, l'HDS et la formidable clinique de St Rémy. Je n'oublie pas les patients.

Merci aux copains d'apprentissage et de galère : Sarah, Binti et Lucie pour notre belle solidarité pendant ce premier semestre difficile, Cécile, Lola, René, Sophie, Laurent, William et les parisiens.

Merci à Freud, Oury, Goffman, Roustang, Yalom…

Un grand merci aux copains anthropologues pour les débats, les séries et les bières !

A mes amis marseillais qui me font me sentir chez moi : Léa, Pierre, Marion, Felix, Manon, Maëlle, Auriane, Seb…

A la Maison Jaubert ! Nùria, Cristelle, Lola, Ugo, Clara et Milou, quelle joie d'avoir partagé votre vie !

A mes proches amies stéphanoises : Marion, Annabelle, Aurélie et Marine, merci d'être là.

A mes parents, Clémentine, Gaspard, Chloé, Fernando, Rafael, Elena, Simon, mes grands-parents, Ber et MarieChri, Jeff et mamie Renée : Merci pour votre amour.

Merci Rémi d'être tour à tour mon compagnon, mon allié, mon complice et mon ami.

Sommaire

Introduction **3**

Partie 1 - Etat de l'art : soigner la psychose en équipe, entre conflits et consensus **6**

1) Les définitions de la psychose : deux exemples d'« espoir déçu » 6

a) La psychanalyse ou l'avènement d'une théorie psychique 6

b) Le retour du biologique 9

2) Les frontières de la psychiatrie 12

a) Une pluralité de points de vue… 12

b) … sur de nouveaux objets 15

3) Différentes formes de mobilisation 17

a) La « stigmatophilie » ou la figure du militant 17

b) Du *cure* au *care* 19

Partie 2 - Aspects méthodologiques **21**

1) Une ethnographie en psychiatrie 21

a) La construction de l'enquête 21

b) Les principes de la recherche en sciences sociales 24

c) Etre interne et chercheure 27

2) Présentation du terrain 32

a) L'HDJ comme lieu d'enquête 32

b) Les acteurs de l'HDJ 37

Partie 3 - Résultats : les identités soignantes de l'HDJ 45

1) La construction d'une pratique de soin 45

a) Paroles de soignants 45

b) De la théorie à la pratique 56

2) Comment faire équipe : entre alliances et oppositions 65

a) Les réunions institutionnelles au-delà des clivages théoriques ? 66

b) Les festines : une communion empêchée 69

3) La psychiatrie face à l'impossibilité de guérir 71

a) Le questionnaire : une institution complexée 72

b) L'avis des intéressés 76

Partie 4 – Discussion 91

1) Le « sale boulot » 91

2) Face au flou, se définir ? 93

3) Entre déstigmatisation et déni 96

Conclusion 99

Bibliographie 102

Introduction

La psychiatrie est aujourd'hui une discipline médicale. Elle est exercée dans les hôpitaux par des professionnels ayant reçu une formation universitaire. Pourtant, il suffit de franchir la porte d'un service de psychiatrie pour comprendre qu'il s'agit là d'un « univers » singulier. Les médecins n'ont ni blouse ni stéthoscope, certains ne prescrivent pas de médicaments, d'autres ne rendent pas visite à leurs patients quotidiennement. Le temps d'hospitalisation est plus long, tout comme celui des réunions. On s'intéresse à l'enfance du patient, on interprète parfois ses rêves, on caractérise son comportement. Selon les services, différentes pistes de réflexion sont proposées, se déployant entre la neurologie, la psychanalyse, l'ethnopsychiatrie, la systémie ou l'anthropologie… La psychiatrie a plusieurs visages, plusieurs identités.

En 1794, le médecin français Pinel mise sur l'existence d'une part préservée de raison chez les « insensés » reclus à l'hôpital Bicêtre et jugés jusqu'alors incurables. En élaborant le premier traitement, il troque leur statut de fous pour celui de malades. C'est bien parce qu'il a créé un espoir de guérison que la folie est devenue l'affaire de la médecine : la psychiatrie était née.

A partir de là, la discipline a été traversée par différents paradigmes, s'inspirant parfois des neurosciences, de la psychologie ou des sciences sociales. Différentes techniques de soin se sont succédé, aucune ne maintenant son hégémonie suffisamment longtemps pour définir durablement l'identité de la psychiatrie. Deux thèses insolubles s'affrontent toujours : l'idée d'une origine psychique aux troubles d'une part, une origine biologique à la maladie de l'autre. Cette ambivalence qui traverse la discipline entrave probablement sa quête de légitimité, d'autant que de nouvelles théories éclosent et en redéfinissent sans cesse les frontières. Ainsi, les questions éducatives, alimentaires ou judiciaires ont récemment intégré le champ psychiatrique.

Néanmoins, l'objet historique de la discipline est la psychose. Cette maladie, bien que définie de différente façon selon les théories psychique ou biologique, est traditionnellement jugée comme chronique par les professionnels. Ce terme suppose qu'une personne malade présentera des symptômes psychotiques toute sa vie. Ainsi, en France, un réseau de soin est organisé pour répondre aux évolutions de la maladie. Les patients sont hospitalisés en cas de recrudescence symptomatique, entrainant le plus souvent des troubles du comportement, puis

sont orientés sur d'autres structures une fois la crise passée. Ils bénéficient généralement d'un relai soignant à la sortie de l'hôpital, qui peut prendre plusieurs formes. La politique de secteur, fondée en 1962, prévoit ainsi l'existence d'une structure dont la mission est d'accueillir et étayer les patients au quotidien : l'hôpital de jour (HDJ).

Mais cette organisation médicale du soin a par la suite été l'objet de critiques politiques, en raison du risque d'exclusion des patients de l'espace social. Si bien que de nombreux services universitaires ont récemment choisi de ne pas avoir recours à ces structures extrahospitalières, s'alignant ainsi sur le fonctionnement des autres disciplines médicales. Ils ont repensé leur organisation selon des logiques d'efficacité : visites régulières des patients, prescription de médicaments et d'examens complémentaires, limitation des durées de séjour. En creux, on peut y voir l'embarras que représentent ces établissements « chronicisés » pour des professionnels en mal de reconnaissance scientifique. A ce titre, la psychiatrie est d'ailleurs souvent dévalorisée, peu choisie par les étudiants qui lui préfèrent des spécialités plus « actives ». Et le fossé se creuse entre certaines structures psychiatriques qui ne proposent plus les mêmes logiques d'action médicale.

Si le caractère incurable de la psychose semble être un élément de réponse pour expliquer la quête de nouveaux modèles de soin et l'hétérogénéité des pratiques, il n'est cependant pas suffisant. Comparons avec d'autres disciplines travaillant avec les maladies chroniques, la génétique par exemple : on remarque que si leurs techniques évoluent, elles ne se sédimentent pas, elles ne font pas école et ne distinguent pas les professionnels entre eux. Parce que quand les généticiens parlent de maladie génétique, ils se réfèrent tous au même objet. Or, la psychose ne bénéficie pas de consensus quant à son origine. Ainsi, il peut coexister dans le même service des praticiens qui conçoivent la maladie mentale comme un trouble de la conscience de soi, un problème psychologique ou un dysfonctionnement cérébral d'origine génétique. Cela révèle des conceptions radicalement différentes sur la nature de l'homme et de sa conscience. Le débat est lourd de sens.

Cela rend l'exercice de la profession complexe. En effet, comment les soignants se définissent-ils dans le champ psychiatrique ? Comment une vision de la maladie construit-elle une pratique de soins ? Comment faire équipe lorsque l'on ne partage pas les mêmes systèmes de sens ? Quels sont les effets de cette variabilité paradigmatique sur la prise en charge des patients ? Ces questions ont motivé la réalisation de ce travail anthropologique. Pour tenter d'y

répondre, nous avons réalisé une enquête ethnographique dans un hôpital de jour psychiatrique à Marseille. Parce qu'il accueille au long cours des patients psychotiques, loin des nouvelles logiques d'efficacité, cet endroit pouvait apporter des éléments de réponse sur les enjeux auxquels les soignants sont confrontés en lien avec leurs « identités ».

Le choix du terme « identités soignantes » permet de développer plusieurs dimensions intéressantes. En effet, l'identité est un concept vaste, traité par de nombreuses disciplines, que ce soit la psychologie, la phénoménologie ou les sciences sociales. D'un point de vue anthropologique, en se basant sur une définition proposée par Goffman (1975), nous pouvons en retenir trois acceptions. La première, antérieure à son ouvrage, issue du champ de la psychologie, est celle développée par Erikson dans les années 1950. Psychanalyste de formation, il a tenté de circonscrire une définition de l'identité, en ajoutant aux théories Freudiennes le rôle des interactions sociales dans la construction de la personnalité. Selon Goffman, le concept établi par Erickson renvoie à une identité « pour soi », ou une identité « sentie », c'est-à-dire le « sentiment subjectif de sa situation et de la continuité de son personnage, que l'individu en vient à acquérir par suite de ses diverses expériences sociales » (1975). Il ajoute quant à lui deux acceptions : « l'identité sociale », résultat de l'interaction entre les attentes sociales et la conformité ou non de l'individu ; et « l'identité personnelle », produite sous l'effet du contrôle individuel des informations que l'on donne sur soi, dans une situation relationnelle donnée.

Ainsi, après avoir défini les contours idéologiques de la psychiatrie, nous analyserons les enjeux individuels et interactionnels auxquels les soignants font face au quotidien. Au travers de cela, nous discuterons de l'identité de la psychiatrie.

Partie 1 - Etat de l'art : soigner la psychose en équipe, entre conflits et consensus

1) Les définitions de la psychose : deux exemples d'« espoir déçu »

La psychose, tantôt nommée déraison, aliénation, structure ou maladie, a connu de nombreuses définitions depuis la création de la psychiatrie. Parce qu'elle représente l'objet historique de ce champ médical et que son évolution a suivi les transformations identitaires de la psychiatrie, son analyse présente une valeur heuristique forte. Nous proposons de revenir sur la construction des deux paradigmes explicatifs principaux concernant la psychose : l'origine psychique et l'origine biologique.

a) La psychanalyse ou l'avènement d'une théorie psychique

Selon Castel (1981), la psychiatrie s'est définie dès l'origine comme « médecine spéciale », de par son premier lieu d'exercice : l'asile. Initialement nommés « insensés » et enchainés avec les criminels, les « fous » deviennent des « aliénés » suite à l'action de Pinel et de Pussin. L'asile devient alors le lieu dédié à la prise en charge de ces personnes, dont le traitement dit « moral » vise leur resocialisation. Jusqu'au début du XIXème siècle, les aliénistes, dont Esquirol, poursuivent cette démarche et perpétuent ce traitement social et non organique, ce qui rompt avec le positivisme de l'époque. En 1860, finalement rattrapé par le scientisme, l'espace hospitalier se transforme en un lieu médical. En 1936, Heuyer développe le premier programme de prévention contre la maladie mentale sur le modèle des programmes de prévention en vigueur contre la tuberculose. Un an plus tard, des réformes entérinent cette volonté de « médicalisation » par le changement du terme « asile » pour celui d'« hôpital psychiatrique ». Il en découle le renvoi des patients chroniques jugés incurables dans des établissements de gardiennage. La psychiatrie veut renforcer son action médicale en expurgeant le social.

Cependant, les exigences d'efficacité ne sont pas remplies. La majorité des patients ne guérit pas et s'accumule dans les services. La psychiatrie stagne. Elle a développé son champ clinique mais ne dispose toujours pas de théorie explicative à la maladie mentale, contrairement aux autres disciplines médicales qui développent leurs bases fondamentales. C'est finalement la

psychanalyse, élaborée par Freud à partir de 1896, qui permettra, comme il le souhaitait, d'offrir un substrat scientifique à la psychiatrie. En effet, fondamentalement positiviste, Freud a décrit le psychisme sur un modèle physiologique, décrivant plusieurs instances qui se régulent entre elles, selon un schéma de développement normal qui dessine en creux le pathologique. Il établit trois structures psychiques (névrotique, psychotique et perverse), permettant de classifier tous les individus. Selon lui, la construction psychique, dédiée à la gestion des pulsions et des affects, est le résultat des interactions affectives précoces.

Au début des années 1950, certains psychiatres commencent à s'intéresser à ce concept, utilisé en parallèle par les psychanalystes de l'époque. Initialement, Lacan, chef de file de la psychanalyse, s'oppose à cette appropriation par le corps médical, jugeant l'institution psychiatrique indigne car emblématique de l'exercice du pouvoir. De leur côté, de nombreux psychiatres, d'obédience marxiste, sont également réfractaires aux théories psychanalytiques qu'ils trouvent réactionnaires.

C'est d'ailleurs sous l'influence des idées marxistes et dans une époque marquée par la découverte des camps de concentration, que la psychiatrie a développé un nouveau modèle de soin en rupture avec la psychiatrie asilaire : la psychothérapie institutionnelle. D'un point de vue doctrinal, ce courant connaitra deux périodes distinctes : une première, avant l'introduction de la psychanalyse, portée notamment par Daumezon. La seconde, fondée par Tosquelles, qui reprendra à son compte les théories psychanalytiques, comme outil d'analyse des enjeux institutionnels.

Selon Castel, la psychanalyse permet à la psychothérapie institutionnelle de retrouver l'espoir de soigner les patients psychotiques jusqu'alors jugés incurables et éloignés dans des établissements de gardiennage. La psychothérapie institutionnelle psychanalytique va ainsi connaître un premier cercle de diffusion en 1953 dans la clinique de la Borde gérée par Oury et Guattari, puis un second par le biais de l'ASM 13, organisation parisienne qui permettra son essor dans le champ psychiatrique. Elle va s'imposer progressivement, si bien qu'en 1965 dix chefs de service parisiens revendiquent leur obédience psychanalytique. A partir de là, elle devient hégémonique.

La psychanalyse, par l'espoir thérapeutique qu'elle propose et l'éthique relationnelle qu'elle défend, s'inscrit donc parfaitement dans le projet humaniste de la psychothérapie

institutionnelle. Devenu majoritaire, ce courant sera à l'origine d'une réforme profonde des soins psychiatriques, qui sera entérinée en 1962 sous l'appellation de politique de Secteur. Ce projet propose de relier une même équipe de soin à une circonscription de 70 000 habitants environ, selon un idéal prônant l'accueil et la prise en charge médicale de tous les patients, même ceux jugés incurables. C'est la fin des établissements de gardiennage et le retour des patients chroniques dans le flux médical. C'est pourquoi, selon Castel, il existe un continuum entre l'asile et le secteur dans leur « gestion totale » des patients incurables, quand des approches scientistes les renvoient dans le champ social.

Quelques années plus tard, les résultats thérapeutiques n'étant pas probants, certains psychiatres, dont Ey, alertent sur le risque « psychiatricide » de la psychanalyse, qui affaiblit le positionnement médical. En effet, la méthode thérapeutique qu'elle propose consiste en un travail d'élaboration psychique, autrement dit la verbalisation des affects, qui permettrait de mettre à jour les carences de développement psychique des patients. La psychose étant conçue comme une défaillance structurelle acquise sous l'effet d'une carence parentale précoce, il s'agit par cette introspection de développer de nouvelles ressources psychiques. Or, cette vision réduit le fait psychiatrique à une pathologie de la relation, ce qui semble simplificateur pour certains professionnels.

Les psychiatres se retrouvent pris dans un paradoxe : la nécessité de soigner médicalement qui requiert un certain pragmatisme, et l'exigence de s'affranchir d'une logique d'efficacité, propre au travail d'analyse. C'est pourquoi, selon Castel, en décalant le rôle du médecin, notamment de sa mission de soin hospitalier, la psychanalyse portait en elle les germes du retour à un certain objectivisme médical.

Ayant échoué à incarner une base scientifique pour la psychiatrie, la psychanalyse a finalement étendu ses concepts à l'ensemble de la population. Elle a participé au développement d'une culture psychologique, affranchie du souci de guérison, encore visible aujourd'hui. Cet aspect plus existentiel que pragmatique explique peut-être en partie la répartition actuelle des praticiens d'obédience psychanalytique sur le territoire médical. En l'occurrence, ils se retrouvent majoritairement dans des structures non universitaires, se revendiquant dégagés de la culture de la recherche et du résultat. Enfin, le type de public ciblé permet, voire impose, d'adopter une posture réflexive et non interventionniste : c'est le cas par exemple pour les

enfants, dont le doute sur le devenir implique d'être prudent, ou à l'inverse pour les psychotiques chroniques pour lesquels aucun espoir de guérison n'est attendu.

b) Le retour du biologique

Nous avons vu que certains médecins se sont tournés vers un modèle psychanalytique dans l'espoir de trouver de nouveaux outils thérapeutiques pour les patients. Dans la même intention, d'autres ont développé des moyens biologiques pour faire face aux symptômes. Il faut rappeler qu'à cette époque, l'agitation psychomotrice et les troubles du comportement n'étaient pas gérables autrement que par des moyens de contention physique. Ainsi, le quotidien de la psychiatrie était marqué par des cris et de la violence que les soignants se devaient de contenir, par leur corps, pour des raisons médicales et sécuritaires. De nombreux exemples d'abus de pouvoir ont été dénoncés, notamment par Foucault (1976) ou Goffman (1968), abus souvent alimentés par le sentiment d'impuissance face à ces troubles.

Parmi les méthodes biologiques développées à l'époque, on dénombre : « coma insulinique, électrochoc, choc au cardiazol, malariathérapie, leucotomie […] opérations stéréotaxiques, dérivés nitrés, hormonothérapies, injections dans le cerveau de substances diverses, traitements hormonaux, inhalation de dioxyde de carbone, thyroïdectomies. » (Missa 2013). Leur piètre efficacité sur les symptômes ne satisfaisait pas les professionnels mais ces pratiques n'étaient alors pas considérées comme intolérables sur le plan éthique. Il est intéressant de voir, au travers de l'exemple de la lobotomie que l'indignation qu'elle suscite aujourd'hui, loin d'être absolue, s'est construite dans un contexte scientifique, politique et historique donné. En effet, la lobotomie et son utilisation chez les malades mentaux a été plébiscitée après la Seconde Guerre mondiale, comme en témoigne l'accueil dithyrambique des articles scientifiques de l'époque. « Cet enthousiasme a culminé avec le prix Nobel de médecine décerné en 1949 au neurologue portugais Egas Munoz 'pour sa découverte de l'intérêt thérapeutique de la lobotomie dans certaines psychoses'. » (Gonon 2013) L'efficacité était alors légitimée par la possibilité qu'elle offrait aux patients de sortir de l'institution, ce qui semblait être une avancée humaniste majeure.

Cette technique a finalement décliné pour s'arrêter totalement dans les années 1960, suite à l'essor des traitements médicamenteux, qui l'ont rendue obsolète. C'est donc dans une idée de

progrès médical et humain que les premiers médicaments neuroleptiques ont vu le jour en 1952 (Gonon 2013), comme en témoigne Flament, psychiatre à cette époque : « Je fixerai un peu arbitrairement la date de 1955 comme date du changement et de l'apparition des thérapeutiques nouvelles qui changèrent du tout au tout le paysage d'une salle de psychiatrie, l'ambiance, l'atmosphère, la possibilité d'entrer en relation avec les malades. Ce fut un changement radical, comme si en lisant Dante, on sortait de l'enfer pour entrer dans le paradis. Enfin, pas tout à fait le paradis ! La fin de ces pratiques barbares, cela a été l'apparition des premiers neuroleptiques et la capacité de réduire fortement l'agitation du patient – qui était le grand problème – sans l'endormir. » (cité par Missa 2013)

Les soignants ont enfin eu la possibilité de réduire efficacement les symptômes, offrant l'opportunité aux patients de sortir de l'hôpital, de se resocialiser, voire de commencer une psychanalyse. En effet, à cette époque, les traitements chimique et psychanalytique ne s'opposaient pas. Les psychiatres psychanalystes justifiaient d'ailleurs leur prescription de médicaments, par la possibilité qu'ils offraient de pouvoir renouer un dialogue avec le patient. C'est ainsi que contrairement aux idées reçues, les neuroleptiques ont rendu possible le projet porté par la politique de Secteur, à savoir permettre la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital psychiatrique (Castel 1981).

D'un point de vue épistémologique, il faut préciser que c'est la découverte des nouveaux médicaments psychotropes de manière empirique (notamment par des tests sur les malades), qui a entrainé un élan de recherche fondamentale sur la physiologie cérébrale, et non l'inverse. Les premiers modèles neurochimiques ont ainsi été élaborés suite à l'observation des effets sur les malades mentaux. De 1952 jusqu'au début des années 1960, la psychiatrie, main dans la main avec la recherche neuroscientifique, a connu une « révolution thérapeutique de nature empirique sans précédent. » (Missa 2013)

Cependant, malgré la diffusion toujours plus importante des progrès neuroscientifiques dans l'espace social, « les plus grands experts de la psychiatrie biologique américaine reconnaissent que nous n'avons toujours pas de marqueur biologique pour valider le diagnostic des troubles psychiatriques. De plus, aucune nouvelle classe de médicaments psychotropes n'a été découverte depuis quarante ans. Les très abondantes connaissances accumulées pendant ces vingt dernières années ont permis de mieux décrire le cerveau, mais en ont surtout fait percevoir l'incommensurable complexité. » (Gonon 2013) Progressivement, à l'instar de la psychanalyse

quelques années plus tôt, l'espoir a laissé la place au doute quant à la possibilité de soigner les psychotiques. Certes les troubles sont réduits mais ils ressurgissent régulièrement sous forme de « rechutes » et rares sont les malades qui peuvent poursuivre leur vie sans être régulièrement hospitalisés en psychiatrie. De plus, les conséquences sur le plan cognitif sont importantes. Le plus souvent les patients « chroniques » se retrouvent dépendants d'une institution pour trouver un logement, avoir une activité et des ressources financières.

Tout comme la culture psychologique, la culture neuroscientifique a largement diffusé dans l'espace médiatique. Ainsi, « une étude en population générale a montré que, de 1996 à 2006, le pourcentage d'américains convaincus que les troubles mentaux comme la dépression ou l'alcoolisme sont des maladies du cerveau d'origine génétique, est passé de 54% à 67% » (Gonon 2012). Cette croyance implique des conséquences différentes pour les malades. D'une part la diminution du stigmate lié à la suspicion de faute morale, mais d'autre part l'idée du caractère irrévocable des troubles. Selon Gonon, la mise en avant des déterminants neurobiologiques peut entrainer la minimisation des facteurs environnementaux et donc les mesures de prévention correspondantes. Pour corroborer son propos, il cite Luchins, responsable de la psychiatrie publique à Chicago : « Le discours réductionniste de la psychiatrie biologique ne sert qu'à évacuer les questions sociales et à laisser de côté les mesures de prévention des troubles mentaux les plus fréquents. »

Concernant les professionnels de la psychiatrie, ils sont actuellement formés sur la base des avancées neuroscientifiques, tous corps de métier confondus. Le modèle neurobiologique est hégémonique chez les universitaires de la psychiatrie, et ce malgré certains doutes quant à son apport pratique pour les malades. Ainsi, au CHU la majorité des soignants raisonnent selon cette théorie, concevant le trouble psychiatrique comme une maladie du cerveau, ce qui floute la frontière entre la psychiatrie et la neurologie. Cela a donné lieu à l'essor de programmes de « psychoéducation », permettant aux patients de s'informer sur leur pathologie (causes, traitements, conseils de vie, facteurs protecteurs etc.), à l'instar d'autres malades chroniques comme les diabétiques ou les hypertendus.

Bien que se distinguant actuellement dans leur application, il est intéressant de voir que la psychiatrie biologique, comme la psychanalyse, se sont construits de manière positiviste et ont trouvé leur légitimité sur des arguments moraux. Ils ont en commun d'avoir nourri un espoir

thérapeutique qui a ensuite décliné, et d'avoir inondé l'espace social de leurs apports théoriques. Mais la psychose leur résiste toujours.

Comme l'écrit Hochmann, professeur de pédopsychiatrie, au sujet de l'évolution de sa discipline : « Contrairement à la médecine du corps, à la chirurgie et à l'obstétrique, la psychiatrie, malgré les affirmations tapageuses de certains psychiatres en mal de légitimité, n'est pas encore entrée dans l'âge scientifique. » (Hochmann 2013). Conscient de l'absence de théorie explicative robuste à ce jour, il partage le constat constructiviste de ses collègues Faugeras et Minard au sujet de la mutation des paradigmes : « L'exercice de la psychiatrie est toujours l'exact reflet des conceptions politiques, économiques, philosophiques, religieuses et éventuellement scientifiques des sociétés humaines, progressant ou stagnant avec elles. »

Les modèles psychanalytique et neurobiologique ont réussi, alternativement, à imposer leur légitimité au sein de l'école psychiatrique. Actuellement, bien qu'opposés sur le plan conceptuel, ils demeurent assez représentés parmi les professionnels. C'est pourquoi il est intéressant de comprendre quelle vision de la maladie est sous-tendue par chaque modèle et comment leur avènement est venu répondre à une demande sociale et politique, quand leur validité scientifique est finalement restée en suspens.

2) Les frontières de la psychiatrie

a) Une pluralité de points de vue…

Comme nous l'avons vu, la psychiatrie contemporaine a été traversée par deux paradigmes principaux. Cependant, contrairement aux autres disciplines médicales, l'avènement d'une théorie n'a pas chassé l'ancien modèle en place. Cette particularité scientifique participe à la singularité du paysage psychiatrique actuel. Plusieurs travaux anthropologiques nous permettent de mieux saisir les enjeux idéologiques actuels de la discipline.

Selon Gansel (2006), psychiatre et anthropologue, il existe une continuité paradigmatique en psychiatrie depuis sa création par Pinel au début du XIXe siècle. Ce médecin, botaniste de formation, rédige en 1801 la première nosographie des maladies psychiatriques : le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Cet ouvrage tente de définir une typologie des troubles, ce qui suppose de les penser universels. Selon l'auteur, cette approche s'oppose à la

méthodologie du « traitement moral » qu'il avait établie, dont le principe réside sur une compréhension de la singularité d'un patient. Pour Gansel, à l'aube de la psychiatrie, il existait déjà une double approche entre le travail nosographique et le traitement compréhensif.

Il propose le concept de « bipolarité épistémologique » pour désigner ce clivage entre « deux pôles de raisonnement scientifique, l'un référé aux sciences explicatives, expérimentales et généralisantes, l'autre référé aux sciences compréhensives, inductivistes et préoccupées de la singularité. » Il en déduit que la tension entre psychiatrie biologique et psychanalyse témoigne de la persistance de ces deux aspects dans la discipline psychiatrique.

Si la psychanalyse est aujourd'hui affiliée aux sciences compréhensives, probablement de par sa méthodologie qualitative, il n'en a pas toujours été le cas. En effet, selon Rechtman[1], Freud, foncièrement positiviste avait pour ambition de trouver la théorie explicative des troubles psychiques. Neurologue de formation, il avait eu l'idée du système psychique en étudiant le cas des hystériques avec Charcot à la Pitié-Salpêtrière. Son approche se référait donc bien à ce moment-là aux sciences explicatives et généralisantes. Sa classification des structures psychiques apporte d'ailleurs une base nosographique à sa théorie. Quant à l'aspect expérimental, il avait l'espoir que le développement technique de la neurologie et de l'endocrinologie puisse un jour, par l'imagerie et les dosages hormonaux, confirmer ses théories. Or la psychanalyse ne revêt plus actuellement l'ambition explicative qu'elle portait au départ. Est-ce d'avoir échoué à démontrer ses théories ? Ou de ne pas avoir permis un apport thérapeutique objectivable ? Toujours est-il que dans le contexte positiviste actuel, la psychanalyse est devenue pour certains un outil compréhensif d'opposition.

Dans un article étudiant l'identité des psychiatres au sein de cette pluralité idéologique, Gansel (2006) a établi deux archétypes actuels de médecins. Son analyse qualitative des discours a obtenu des recoupements thématiques selon trois axes : les savoirs, le savoir-faire et l'éthique.

Tout d'abord le médecin « psychodynamicien » qui se réfère à la psychanalyse : « Il revendique des savoirs de type sciences de la culture, centrés sur la singularité, de nature anthropologique, c'est à-dire où les théories du soin vont de pair avec un discours sur l'homme

[1] Propos recueillis dans le cadre du séminaire « Anthropologie psychiatrique » tenu à l'EHESS (2015/2016)

et sur l'être. […] Leur validité est constituée par un critère de cohérence interne. […] Les savoir-faire impliquent le médecin dans sa personne même, indistinctement de son activité. Ils sont caractérisés par l'instabilité, la tension et le doute, que le psychiatre est capable de prendre en compte dans sa propre personne. […] Il possède la fonction spécifique de pouvoir donner un sens et de décrypter ce qui est incompréhensible en apparence pour le profane. Les dispositifs éthiques sont centrés sur la liberté. Les médecins recherchent leur propre liberté de penser […]. De même, ils sont préoccupés de respecter la liberté de devenir et d'existence du patient, en ne l'enfermant pas dans une maladie qui toucherait son être ou dans une catégorie diagnostique qui lui serait extérieure et qui le violenterait. La démarche éthique vise à permettre une implication du patient par la valorisation et la mise en place des conditions de sa subjectivité. »

Le « biomédecin » qui se définit par la psychiatrie biologique : Il possède « des savoirs de type sciences de la nature, expérimentaux. […] Ils sont validés par leur universalité et leur conformité à d'autres pratiques, qui leur sont externes. Il se réfère aux conférences de consensus et aux 'recommandations internationales'. La spécificité du savoir et son caractère professionnel ne sont pas ici d'apprendre et de parler une langue étrangère mais de traduire dans une langue universelle et médicale (langage commun qui est recherché et incarné par le DSM[2]). Les savoir-faire du type 'prestation de service' se situent dans le registre de l'avoir. […] La spécificité professionnelle est ici acquise par l'efficacité de l'action, qui possède une forte valeur dans la construction de la pratique. Elle s'associe à la recherche de la certitude et à la minoration ou la marginalisation du doute. […] Les dispositifs éthiques sont centrés sur la vérité. Le médecin détient une vérité, au moins partielle, concernant le malade et il cherche à la lui restituer. Le patient est investi d'un rôle actif, non par sa subjectivité, mais par sa position de co-contractant et de co-acteur du soin. »

Ces modèles, qui s'opposent en tous points, traduisent l'hétérogénéité actuelle au sein de la psychiatrie. Ainsi, pourquoi ces courants ne se sont pas séparés au sein de la médecine, comme ce fut le cas pour d'autres disciplines ? Nous pouvons envisager l'hypothèse que la coexistence de paradigmes contradictoires est rendue possible par la complexité même de l'objet de la discipline : la maladie mentale. En effet, aucun paradigme n'a réussi à élaborer une explication

[2] Diagnostical and Statistical Manuel : ouvrage américain de référence dans la classification des maladies mentales

et une thérapeutique robustes concernant la folie. La psychanalyse ayant échoué à s'imposer scientifiquement, elle se niche dans un espace complémentaire, s'affranchissant de tout enjeu expérimental. A défaut de pouvoir s'accorder sur une théorie scientifique, les acteurs adoptent une posture idéologique, l'adhésion à un courant impliquant le discrédit de l'autre.

En 2000, Luhrmann (cité par Gansel 2006), anthropologue américaine, a publié une étude sur la psychiatrie aux États-Unis. Dans son enquête, il s'agissait non pas de déterminer « quelle approche (biomédicale ou psychodynamique) est la plus vraie, mais de comprendre comment ces approches fonctionnent comme une 'culture' pour les psychiatres. » Elle pointait dans ses conclusions l'aspect profondément idéologique qui existe entre les défenseurs de chaque courant.

Il semble donc que cet aspect idéologique est caractéristique de la discipline psychiatrique. C'est pourquoi nous utiliserons cet outil conceptuel afin d'analyser l'identité et les interactions des acteurs sur le terrain.

b) … sur de nouveaux objets

Si la psychiatrie se distingue par la pluralité des points de vue qui la constituent, elle est également façonnée par l'évolution des objets qui la circonscrivent. Plusieurs auteurs ont soulevé la question des frontières de la discipline. Si historiquement elle s'attachait à soigner les malades atteints de psychose, ses missions ont évolué récemment au gré des conceptions contemporaines de la souffrance psychique.

Selon Lantéri-Laura (2003), Ey a été le dernier à proposer une définition de la psychiatrie, en 1960. Pour cela, il s'est inspiré d'une « thèse générale sur la structure du réel concernant le monde inerte, le monde vivant et le monde de l'esprit. » Il en a déduit que seul l'homme connait la folie car elle répond à son privilège de liberté. Pour lui, « les frontières de la psychiatrie sont celles de cette pathologie de la liberté » et « son domaine se structure de façon rigoureuse, en tant qu'il se trouve habité par des déstructurations globales de la conscience ou de la personnalité. » Cette définition relie la psychiatrie à une certaine nature de troubles.

A l'inverse, un outil statistique fait actuellement foi sur le plan international pour répertorier les troubles relevant de la psychiatrie : il s'agit du DSM. La logique mise en œuvre est toute

autre puisqu'elle répertorie les troubles psychiques en fonction de leur poids statistique dans la population. Ainsi, la dernière version du DSM a vu apparaitre une multiplication des catégories diagnostiques, révélant l'essor récent de ce qui est nommé « souffrance psychique ». Initialement fondé aux Etats-Unis, dans une volonté progressiste de permettre un remboursement pour les malades répertoriés, il traduit actuellement l'extension sans fin des nouveaux objets psychiatriques. Selon Lantéri-Laura, « s'il garde le mérite de prendre la psychiatrie telle qu'elle se présente, il finit, malgré ses protestations, par éluder la question de savoir ce qui en relève et ce qui n'en relève pas, de telle sorte qu'il demeure muet sur ses limites légitimes. »

En regard de l'extension de la souffrance psychique, le concept de santé mentale s'est imposé depuis le début des années 1980 (Ehrenberg 2010). Le rapport ministériel intitulé « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » écrit par les docteurs Piel et Roelandt en 2001 a largement inspiré le « *Plan santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover* » du ministre de la Santé, Bernard Kouchner, la même année. Le projet prône un double mouvement : la fermeture de nombreux lits d'hospitalisations afin de promouvoir le soin des patients chroniques à l'extérieur de l'hôpital, et dans le même temps l'accessibilité de l'offre de soin pour tous les individus de la « cité ». Ainsi, la psychiatrie n'est plus seulement l'affaire des psychotiques enclavés à l'hôpital mais devient une question de santé publique. De plus, la loi sur le harcèlement moral du 17 janvier 2002 officialise l'entrée de la santé mentale dans le monde de l'entreprise, ce qui vient légitimer l'idée d'une souffrance au travail. Le pacte est scellé par l'apparition récente du concept de « burn out » qui valide médicalement cette réalité.

Un autre pan social a progressivement été rattaché aux missions psychiatriques, celui de l'expertise de la violence. Historiquement l'enfermement des fous participait déjà à une mission de maintien de l'ordre public (Foucault 1976) mais cette casquette s'est néanmoins développée avec l'idée générale que les troubles du comportement relèvent du domaine psychiatrique. Cette fonction revêt différentes formes, de l'obligation de soins prescrite par le juge, à la prévention des comportements déviants effectuée par les pédopsychiatres.

Ainsi, un nouveau public est venu grossir les rangs des demandes psychiatriques, mettant en difficulté les professionnels. Comme le montre Velpry (2008) dans son enquête ethnographique d'un CMP (centre médico-psychologique), certains soignants contestent la prise en charge de ce public « non-psychotique » et ce à plusieurs titres : tout d'abord l'absence de formation à ces

nouveaux objets psychiatriques qui les laissent démunis devant certaines demandes, mais surtout le préjudice subi par les patients psychotiques en terme de disponibilité soignante.

En si la psychiatrie s'étend à tous les individus, qu'en est-il de la place laissée aux psychotiques ? Comme nous l'avons vu, à défaut de « guérir » la psychose, les médicaments ont permis l'apparition de nouvelles formes de chronicité. En effet, la diminution voire stabilisation des symptômes a rendu possible la désinstitutionalisation de certains patients. Les prises en charge ambulatoires se sont organisées dans de nouveaux lieux comme les hôpitaux de jour, dont la mission se déploie à très long terme. Un nouveau statut a émergé pour ces patients, leur ouvrant le droit à des prestations compensatoires : le handicap psychique. Selon Henckes (2010), ce concept a émergé lors d'un rapport sur la chronicité écrit par Le Guillant *et al.* présenté lors du congrès national de psychiatrie de 1964. Il propose la reconnaissance de « l'expérience singulière » des malades chroniques et appelle à l'aménagement de leurs conditions de vie pour répondre à leur « invalidité ». Pour l'auteur, « ce mouvement renvoie à l'évolution de l'idée de citoyenneté en direction des personnes handicapées en termes de compensation et d'adaptation. »

Ainsi, la psychiatrie actuelle est traversée par le remaniement de ses frontières. Les psychotiques, public historique des psychiatres, deviennent des patients handicapés que l'on soigne dans une perspective de réadaptation et non de guérison. En parallèle, d'autres motifs deviennent des objets légitimes de la psychiatrie (troubles du comportement alimentaire, addictions, burn-out, comportements déviants…). Nous assistons à une diversification des modes de pratiques en fonction du type d'institution, du choix idéologique et du public concerné. Ces évolutions mobilisent des postures soignantes diverses que nous allons tenter de définir.

3) Différentes formes de mobilisation

a) La « stigmatophilie » ou la figure du militant

Au travers de son livre Stigmate, Goffman (1975) nous propose un outil conceptuel pour penser la place des individus stigmatisés et leurs interactions sociales. Comme il l'explique, le terme stigmate a été inventé par les Grecs pour désigner les marques corporelles faites aux

personnes jugées indignes sur le plan moral. Repris par le champ religieux puis médical, ce terme renvoie actuellement à une inadéquation entre les exigences sociales implicites propres à un contexte donné, et les attributs de l'individu. Selon l'auteur, il en existe trois sortes : les atteintes corporelles, morales ou tribales. Les malades mentaux appartiennent à la deuxième catégorie à l'instar des prisonniers, partageant la caractéristique d'un stigmate qui ne se devine pas de prime abord.

En psychiatrie, les lieux de soin offrent non seulement un espace social pour les personnes stigmatisées, mais ils permettent également la rencontre entre patients et « normaux », autrement dit des « contacts mixtes » selon la terminologie de Goffman. Dans ces endroits il est donc possible de décaler les normes du stigmate afin de considérer les patients comme ordinaires, c'est en tout cas l'idéal véhiculé par l'institution. Les professionnels, considérés comme normaux, prétendent néanmoins comprendre la vie de stigmatisés. Ce sont selon lui des « stigmatophiles », généralement très investis auprès des malades, se rangeant de leur côté dans la critique de l'institution et s'engageant volontiers pour l'amélioration de leur statut.

Or, comme le précise Castel (1981), la médicalisation est initialement intervenue dans les asiles dans l'objectif militant de plaider en faveur des fous. En psychiatrisant les troubles des reclus, les médecins ont tenté de les disculper de l'accusation de faute morale qui pesait sur eux. L'engagement des soignants est donc historiquement né de cette militance. C'est ce que constate également Laval (2013) au sujet des vocations psychiatriques, depuis l'après-guerre jusqu'aux trente glorieuses. Selon lui, « la lutte contre l'asile dit total ou totalitaire n'était au fond qu'un front de lutte parmi d'autres », sur fond de convictions marxistes et humanistes. Selon Laval, nous retrouvons chez ces professionnels engagés un archétype social : « celui des intellectuels de gauche, porte-parole naturels de la critique sociale. »

Au fil des années, le militantisme a également vu le jour du côté des patients, s'organisant en collectifs et revendiquant le terme moins stigmatisant d'« usagers ». Ils partagent avec les professionnels, des fronts communs comme la désinstitutionalisation, le respect des droits des patients, leur déstigmatisation dans la société. Cette tradition militante et politisée confère une place singulière à la psychiatrie dans le paysage médical. Nous avons d'ailleurs intuitivement une représentation assez nette des caractéristiques sociologiques des travailleurs en psychiatrie. Pour Laval, la crise économique des trente dernières années a favorisé la reconnaissance d'une

souffrance psychique en lien avec l'idée d'injustice sociale. Il en résulte la mobilisation de militants qui investissent ce champ professionnel comme terrain de lutte politique.

Cette figure du militant dessine une part importante de l'engagement en psychiatrie, à la frontière entre le médical, le politique et le social.

b) Du *cure* au *care*

La notion de *care*, que l'on peut traduire par la sollicitude ou le fait de prendre soin, a émergé aux Etats-Unis en 1982 sous l'effet d'une étude de Gilligan (Morvillers 2015). Au travers de ses travaux en psychologie sociale, cette chercheuse a établi que les femmes orientent leurs choix selon des valeurs relationnelles, quand les hommes sont présumés plus rationnels. Si cette essentialisation genrée a par la suite été remise en question, il n'en reste pas moins que cette observation a ouvert la porte à une succession de recherches s'intéressant au *care* dans sa dimension sociale. Ce concept regroupe à la fois un ensemble de comportements sociaux informels, ainsi qu'un réseau d'activités organisées autour du soin, notamment par la professionnalisation.

Dans le champ médical, Pachoud (*ibid*) observe une dichotomie entre le *cure* et le *care*, visible dans la division du travail. Le *cure*, représenté par l'efficacité et la technicité, est attribué aux médecins quand le *care*, impliquant les affects et la chronicité, revient aux infirmiers. En ce qui concerne la psychiatrie, cette répartition étant moins parlante, sa théorie se déplace sur la temporalité, identifiant le *cure* lors de la phase aigüe et le *care* pour les soins chroniques. Cette idée d'une technicité qui exclurait la sollicitude et inversement, est assez répandue pour penser l'organisation du travail médical. L'auteur cite ainsi Eliane Rothier-Bautzer pour qui le *care* est assimilable au « sale boulot », selon la qualification de Hugues, mais garant des valeurs relationnelles, quand les soins techniques apparaissent déshumanisés. Cette conception participe probablement aux attentes humanistes d'une discipline peu technique comme la psychiatrie et aux soupçons qui pèsent sur sa tentative de « scientifisation ».

Selon l'auteur, la discipline de la psychiatrie a été fondée dans un souci de *care*, comme le montre la sollicitude de Pinel et Pussin envers les reclus de Bicêtre. A cette époque, les gardiens des « aliénés » étaient d'ailleurs recrutés pour leurs qualités humaines. Un code de conduite proscrivant toute forme de violence, sous peine d'être mis à pied, leur était enseigné. Cet intérêt

pour le comportement des gardiens a d'ailleurs motivé l'ouverture des premières écoles d'infirmiers d'asile.

La formation a ensuite évolué avec les transformations idéologiques de la psychiatrie. En 1973, un diplôme d'« infirmier de secteur psychiatrique (ISP) » a vu le jour, en accord avec les enjeux de la psychothérapie institutionnelle. Le contenu, entièrement dédié aux soins psychiatriques, était dispensé sur deux ans et quatre mois, se distinguant des soins généraux et ne permettant pas aux ISP de travailler dans d'autres services. En mars 1992, les formations d'infirmier en soins généraux et en soins psychiatriques ont fusionné dans un objectif de polyvalence. Cette réforme a entrainé un mouvement de contestation de la part des professionnels de la psychiatrie qui redoutaient la technicisation des prises en charge, aux dépends des qualités humaines.

En psychiatrie, l'économie morale est singulière, marquée par le poids historique et social de la mission de *care*. Cet héritage participe à ce que Castel (1981) appelle « l'imaginaire professionnel ». Ainsi, l'opposition entre valeurs humaines et soins techniques a traversé la profession et se manifeste toujours aujourd'hui selon une économie morale validant ou disqualifiant des comportements, selon leur appartenance à l'une ou l'autre des catégories.

Partie 2 - Aspects méthodologiques

1) Une ethnographie en psychiatrie

a) La construction de l'enquête

Alors interne en 3e année d'internat, j'ai commencé un master 2 de recherche comparative en anthropologie, histoire et sociologie (RCAHS) à l'école des hautes études en sciences sociales (EHESS). Les apports de l'anthropologie à la santé et à la psychiatrie en particulier, me semblaient à même de complexifier mon regard sur les enjeux médicaux. De plus, comme le souligne Massé (2010) : « La santé constitue toujours un objet privilégié pour investir la réflexion philosophique sur l'humanité, le sens de la vie, les valeurs éthiques profondes sur lesquelles reposent les rapports sociaux dans un contexte de diversité culturelle. […] L'anthropologie de la santé ouvre sur une anthropologie de l'humain, dans ce qu'il a de plus fragile : l'existence ; mais aussi de plus noble, la solidarité dans la lutte contre la souffrance et les inégalités. »

Ainsi, après un temps de familiarisation avec la discipline au travers de quelques séminaires, j'ai tenté de circonscrire un sujet en partant de ce qui avait pu m'interpeler au cours de ma formation. Initialement, mon intérêt s'est porté sur une patiente que j'avais connue lors de mon dernier stage et dont la trajectoire sociale me semblait singulière. Agée d'une cinquantaine d'années elle était hospitalisée pour la première fois en psychiatrie. Dans un déni massif des troubles, son hospitalisation avait fait l'objet de soins sous contrainte à la demande d'un tiers[3]. En reprenant l'histoire de la maladie avec ses enfants, nous avons découvert que cette patiente présentait un délire chronique qui évoluait depuis une quinzaine d'années. Toutefois, elle était restée en dehors du système psychiatrique et avait assuré un quotidien « normal », travaillant, élevant seule ses trois filles, et ce malgré l'intensité de ses troubles. J'avais eu envie d'aborder cet aspect d'un point de vue anthropologique, en m'intéressant à la construction de son identité sociale et familiale, dans cet espace ambigu entre conviction délirante et adaptation aux normes de l'interaction sociale. Malheureusement, compte tenu de son état clinique, son hospitalisation

[3] En psychiatrie une personne peut être hospitalisée sans son consentement, en cas d'abolition du jugement consécutive aux troubles, selon un dispositif encadré par la loi du 27 septembre 2013

s'est prolongée, mon stage a pris fin et il m'a semblé compliqué de revenir l'interroger en misant sur une imprévisible amélioration.

De nouvelles questions ont émergé lors d'un stage réalisé sur les structures extrahospitalières (CMP, HDJ[4] et CATTP[5]) d'un secteur d'Edouard Toulouse. J'avais imaginé que mon poste d'interne se déploierait exclusivement sur le CMP, lieu des consultations ambulatoires. Or, à mon arrivée, le chef de service m'a informée de sa volonté de m'enseigner la psychothérapie institutionnelle en me montrant tous les rouages du secteur. Il avait ainsi décidé de répartir mon temps sur le CMP et l'HDJ. Les deux établissements étaient assez éloignés géographiquement, le CMP partageant les locaux avec le CATTP, quand l'HDJ se voyait isolé à quelques kilomètres de là.

Le CMP avait déjà fait l'expérience d'accueillir un interne dans leur équipe et mon rôle y était déjà plus ou moins défini. De plus, les intervenants allaient et venaient dans l'établissement au gré de leurs consultations et ce fonctionnement ouvert facilitait l'intégration des nouveaux éléments. A l'inverse, l'HDJ n'avait jamais accueilli d'interne et ne recevait que peu de nouveaux stagiaires, c'est pourquoi à mon arrivée il a été difficile de me faire une place. Probablement du fait de la nouveauté du poste et de mon affiliation à la profession médicale, les infirmières se sont montrées particulièrement réticentes à mon intégration. Répondant à peine à mes questions, elles se montraient affairées voire agacées lorsque je leur adressais la parole. S'ajoutait à cette ambiance tendue, le fait que je me sentais totalement désœuvrée. Pour la première fois depuis le début de mon internat, j'étais cantonnée à un rôle d'observateur. Devant cette routine inébranlable, j'avais du mal à cerner l'intérêt médical de la structure.

En effet, ayant d'abord été externe puis interne en somatique, j'étais habituée à un certain rythme inhérent à l'hôpital, celui des entrées et des sorties, marqué par la circonscription d'un problème puis sa résolution. En passant en psychiatrie, la temporalité avait changé mais néanmoins au CHU, la logique s'attachait toujours à établir des symptômes puis de proposer un traitement. Dans le milieu universitaire, il existe d'ailleurs un terme pour disqualifier les prises en charges jugées passéistes et inefficaces des lieux comme l'HDJ : le terme

[4] Hôpital de jour, dédié à l'accueil des patients psychotiques
[5] Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel

« occupationnel ». Par ce jeu sémantique, une activité ou un projet de soin se voit évincé du champ médical, pour aboutir dans le champ social, comme un aveu d'inefficacité.

Dans cette inertie estivale, Samy, le médecin responsable de la structure, m'a soudainement proposé un projet : l'institution Edouard Toulouse et notamment les responsables des différents HDJ, s'étaient regroupés lors d'une réunion institutionnelle afin de discuter des enjeux de leurs établissements. Un psychologue se questionnant sur la légitimité soignante de son HDJ, avait proposé de mener un sondage auprès des patients afin de recueillir leur avis sur « ce qui est thérapeutique pour eux à l'HDJ ». Cette idée a été étendue à l'ensemble des HDJ d'Edouard Toulouse. Les modalités méthodologiques n'avaient pas été définies mais Samy m'a proposé de constituer un binôme avec un soignant, de recueillir les informations durant l'été puis de les restituer lors de la grande réunion de mise en commun qui aurait lieu à la rentrée. Il m'a suggéré à ce moment-là, l'intérêt que cette étude pouvait comporter pour mon master.

J'ai donc fait équipe avec Paule, une infirmière de l'HDJ, seule volontaire pour mener ce travail, la majorité des soignants ne voyant pas l'intérêt de la démarche. Nous avons finalement décidé de recueillir la parole des patients sous forme de petits groupes de 4 à 5 personnes, en leur posant des questions directives. Les thématiques abordées concernaient la définition du soin, les bénéfices et les limites de l'HDJ, les changements éventuels à opérer. Nous avons tenté d'interroger tous les patients mais pour des raisons de recrudescence symptomatique chez certains, nous avons finalement choisi d'en ménager quelques-uns.

Ma collègue avait consenti à faire ce travail d'enquête dans le double objectif de permettre la subjectivation des patients en recueillant leur parole, et d'être le relai de leurs probables doléances auprès de la hiérarchie. A notre grande surprise, au fil des groupes de parole, les réponses des patients étaient dithyrambiques. Evidemment, nous pouvions supposer que le fait de répondre à une infirmière en poste et à une interne avait nécessairement biaisé les réponses, plutôt du côté de la satisfaction. Mais tout de même les revendications étaient totalement absentes du paysage. J'étais interpelée par le hiatus entre mes prévisions et les réponses obtenues. Il m'a semblé évident que je n'avais pas saisi ce qui faisait sens ici pour les patients. Cette interrogation sur le sens donné aux soins en psychiatrie m'avait toujours questionnée au cours de mon internat. Les terrains de stage étaient tous radicalement différents dans leurs modalités de prise en charge, les théories utilisées, la vision de la maladie mentale… A chaque stage il fallait adopter la culture soignante en vigueur, quitte à disqualifier la précédente.

Or comme le dit Favret-Saada (2008), il s'agit de : « Réaliser que, quoi que nous sachions (ou croyions savoir), c'est bien parce que nous ignorons quelque chose d'essentiel au sujet d'autrui que nous partons sur le terrain ». Ce constat a fait émerger une question de départ, qui résonnait avec ma propre perplexité face à la psychiatrie : qu'est ce qui est thérapeutique en psychiatrie ? Comment soigner quand on ne guérit pas ? Comment les acteurs trouvent du sens à leur démarche ? Et comment ce sens est-il façonné par le lieu où il s'exprime ? C'est dans la lignée de ce sondage que j'ai décidé de poursuivre mon propre travail de terrain, afin de découvrir ce que les acteurs avaient à dire sur leur vision du soin. C'est ainsi que l'HDJ est devenu mon terrain d'enquête pour mon projet de master 2.

b) Les principes de la recherche en sciences sociales

Le terme de « sciences sociales » a été employé pour la première fois par Auguste Comte en 1839 afin de faire accéder la discipline à un statut scientifique, dans une époque où le positivisme était la règle. Les sciences sociales regroupent l'histoire, la sociologie et l'anthropologie, dont l'objet commun est « l'historicité particulière des phénomènes sociaux et la prédominance du langage naturel pour les décrire et les interpréter » (Olivier de Sardan 1996 : 40). Chaque discipline se distingue par son moyen de production des données, respectivement les archives, les questionnaires, ou l'enquête de terrain. Sur le plan méthodologique, les sciences sociales se situent à l'intersection entre l'empirique et l'interprétatif, se distinguant des sciences naturelles par leur méthodologie observationnelle et non expérimentale, et des disciplines herméneutiques telles que la philosophie, la morale ou la politique, par l'ancrage empirique de leurs interprétations.

i. Réalisation de l'enquête

Par sa tentative de rendre compte du réel perçu par les acteurs, la démarche du chercheur en anthropologie se distingue des autres approches. Elle s'intègre dans le cadre d'une enquête de terrain et est rythmée par trois temps organisateurs, comme le précise Bachelard : « la lutte contre les préjugés et les évidences du sens commun, l'élaboration d'un cadre d'analyse et d'une méthodologie, la mise en œuvre de procédures expérimentales ».

Commençons par détailler le premier temps, celui de la distanciation vis-à-vis du terrain, temps pendant lequel le chercheur élabore sa question de départ. Imaginée dans un moment de recul réflexif, cette question emprunte à la phénoménologie sa tentative de suspendre les évidences du sens commun afin de se laisser surprendre par le réel. Il s'agit d'une approche inductive, où l'enjeu est de saisir ce qui émerge du terrain, comme le précise Favret-Saada (2008) au sujet de son enquête en Algérie : « […] mon premier principe a été : puisque nous ignorons quelles sont les bonnes questions, commençons par nous taire et par comprendre de quoi ils parlent entre eux, quelles sont pour eux les questions pertinentes. » Une fois les principales interrogations recueillies, le chercheur doit alors s'assurer de la faisabilité de son enquête et nourrir ses observations premières d'un travail de bibliographie.

Ce qui nous conduit à la deuxième étape, celle de la construction du modèle d'analyse. Il s'agit pendant ce temps de réflexion, de préciser dans quel cadre de référence va se situer la recherche. En effet, en sciences sociales comme dans d'autres disciplines, différents paradigmes existent et sous-tendent des conceptions ontologiques différentes du champ social. Une fois le cadre de référence choisi, le chercheur peut élaborer des hypothèses en lien avec ses premières observations.

Le troisième et dernier temps sera celui de la constatation pendant lequel le chercheur met ses hypothèses à l'épreuve de son terrain. Pour ce faire, il dispose de différents outils, parmi eux l'observation et l'entretien que je propose de détailler :

- Les entretiens permettent de recueillir le discours des acteurs, ce qui est non seulement une source d'informations, mais également un énoncé théorique qu'il peut être intéressant de comparer avec les pratiques effectives sur le terrain. Différentes variantes d'entretiens existent, comportant leurs avantages et inconvénients respectifs : Les entretiens oraux, qu'ils soient directifs, semi-directifs ou informels permettent d'obtenir des réponses complexes, l'opinion des acteurs sur des phénomènes subtils, d'appréhender le registre affectif et d'entrer en relation plus profondément avec les enquêtés. Ils ont comme limites le biais de sélection des informateurs selon leur capacité ou envie de répondre, le risque de déformation, incompréhension ou surinterprétation des propos, sous l'influence de la relation chercheur-enquêtés. Les « entretiens » écrits ou questionnaires permettent, quant à eux, une uniformité et une neutralité dans les questions, un traitement des réponses

facilité, la liberté de l'anonymat pour les acteurs, mais une interprétation délicate des données compte tenu de leur isolement du contexte. Les réponses, moins élaborées, ne peuvent plus être précisées par l'acteur en cas d'incompréhension.

- La technique d'observation est inhérente à la réalisation d'une enquête. Là encore plusieurs options existent : L'observation directe qui implique de définir à l'avance un objet et de procéder à son évaluation systématique sur le terrain. Cette démarche rigoureuse a néanmoins pour limites la sélection a priori des données de l'enquête et par conséquent de rigidifier le cadre de pensée. De plus, l'intervention du chercheur est minimale. A l'inverse, l'observation participante consiste, pour le chercheur, à s'immerger dans son terrain et d'y recueillir toutes les données qui lui paraissent pertinentes. Elle permet de rendre compte des objets tels qu'ils sont perçus par les sujets, d'appréhender les phénomènes subtils et d'entrer en relation avec les sujets. Comme le dit Malinowski, cette démarche implique de gagner la confiance des gens en s'intéressant « aux impondérables de la vie quotidienne ». A contrario, elle comporte le risque d'une implication excessive de l'observateur sur le terrain, entrainant des biais interprétatifs ainsi qu'un problème d'éthique en lien avec le statut parfois dissimulé du chercheur.

ii. L'interprétation des données

Une fois l'enquête réalisée, vient le temps de l'interprétation des données. Par le caractère qualitatif de l'enquête, l'interprétation des données représente un enjeu méthodologique majeur qu'il me semble important de préciser. Je me baserai pour cela sur le travail d'Olivier de Sardan (2004) consacré à la méthodologique qualitative. Comme nous l'avons vu précédemment, l'enquête anthropologique émerge dans cet espace ténu entre données empiriques et leur interprétation. Pour citer sa définition de l'exercice : « C'est l'ensemble 'réel de référence' + 'données produites à son propos' + 'usage argumentatif de ces données' qui définit le substrat empirique des sciences sociales. »

L'idéal attendu d'un travail d'écriture est de respecter les principes déontologiques d'« émicité » et de descriptivité. Le substantif « émique », que l'on oppose à « étique », renvoie en anthropologie au souci de restituer le point de vue des acteurs, ce qui implique

nécessairement une immersion dans leur « monde ». A l'inverse, le terme « étique » suppose une interprétation centrée sur la vision du chercheur, indépendamment des significations « locales ». Par analogie à la linguistique, d'où ces termes sont issus, l' « étique » reviendrait à rendre compte des processus acoustiques sans mentionner leur référence culturelle. L'abord d'un terrain se fait par une approche plus ou moins étique, mais tend à l' « émicité » par l'immersion, l'observation, la contextualisation et la qualité descriptive. Pour ce faire, il est important de connaitre les écueils à éviter lors de l'interprétation des données :

- La réduction à un facteur unique qui consiste à expliquer un phénomène par une thèse unique, sans aborder la présence d'autres facteurs.
- L'obsession de la cohérence qui tend à rechercher une harmonie explicative, quitte à passer sous silence les contradictions et ambiguïtés inhérentes au terrain.
- L'inadéquation significative c'est-à-dire l'incapacité à rendre compte de la réalité des acteurs, pour cause d'incompétence linguistique, d'erreur dans la traduction ou d'imputation émique abusive (« exotisation » de certains comportements autochtones).
- La généralisation abusive qui peut être interne ou externe à un terrain. Par interne on entend la tentative de prendre pour représentatifs tous les propos d'un informateur et de les généraliser à l'ensemble de son groupe. La représentativité des propos d'un enquêté est un aspect particulièrement difficile dès lors qu'il s'agit de malades mentaux, nous y reviendrons plus loin. Quant à la généralisation externe elle implique la tentation de croire universelles les conclusions faites sur un terrain précis.
- « Le coup du sens caché » c'est-à-dire la proposition de l'existence d'une explication inconnue des acteurs, et dont la réalité n'est pas vérifiable empiriquement.

Quelques précautions méthodologiques permettent de se garder des biais interprétatifs majeurs : le recoupement des sources, la recherche des contre-exemples, l'identification des propos, la compétence linguistique, la soumission de son travail à la critique…

c) Etre interne et chercheure

Suivant les règles de l'anthropologie, j'ai procédé à une enquête majoritairement qualitative, enrichie de quelques données quantitatives concernant le nombre de patients et de soignants,

leur sexe, durée moyenne de séjour etc… Etant interne sur mon terrain, j'ai pu m'immerger dans la structure, utilisant l'observation directe et l'observation participante tout au long de mon enquête. A raison de trois demi-journées par semaines durant six mois, j'ai assisté au quotidien de l'HDJ, à quelques entretiens médicaux, aux réunions d'équipes hebdomadaires, à certaines activités, aux discussions informelles entre les acteurs. J'ai également effectué des entretiens formels semi-directifs, enregistrés par magnétophone, avec quelques patients volontaires. De la même façon j'ai interrogé tous les soignants de la structure, hormis deux infirmières qui n'ont pas souhaité participer à l'exercice. En tout, j'ai recueilli le discours de trois patients et sept soignants, les invitant à présenter leur parcours puis à se prononcer sur leur représentation de la maladie mentale et du soin à l'HDJ. J'ai également enregistré la réunion finale du processus de sondage. Les données pertinentes ont été recueillies au travers de recoupements thématiques. Par ailleurs la rédaction de ce mémoire respecte les règles de l'anonymisation.

Pour des raisons de compréhension, je nommerai « sondage » la recherche conduite par l'institution, à laquelle Paule et moi avons participé. Tout ce processus d'élaboration en binôme, les réactions de l'équipe ainsi que la mise en commun avec les autres HDJ, a d'ailleurs enrichi mes observations de terrain. J'ai eu l'opportunité d'accéder aux coulisses d'une réflexion institutionnelle qui en disait long sur ses normes théoriques et pratiques. A l'inverse j'utiliserai le mot « enquête » pour faire référence à mon travail de terrain réalisé dans le cadre du master 2 et élargissant l'enquête non pas aux seuls patients mais à l'ensemble des acteurs de l'HDJ. Nous allons tenter de comprendre comment les acteurs se représentent la maladie et le soin psychiatrique, les conséquences d'une pluralité de points de vue ainsi que les enjeux liés à la prise en charge d'une maladie chronique. Il ne s'agit donc pas de déterminer si oui ou non l'HDJ est thérapeutique, mais de rendre compte des interactions et discours des acteurs comme révélateurs des normes implicites de la structure.

Ayant fait le choix d'un sujet psychiatrique pour des raisons pratiques, mon statut d'interne présentait quelques intérêts. En effet, mes connaissances et habitudes dans ce champ professionnel m'ont permis de saisir de l'intérieur les enjeux que j'observais et de limiter ainsi l'écueil « d'inadéquation interprétative » (Olivier de Sardan 1996), encouru par un chercheur étranger à son terrain. Autrement dit, mon expérience me permettait d'avoir un savoir émique sur les soins psychiatriques. En effet, la psychiatrie peut s'avérer obscure pour les non-initiés, et ce pour diverses raisons.

Tout d'abord ce domaine est particulièrement concerné par des représentations profanes outrancières concernant la folie, les traitements des malades ou certaines techniques controversées. Malgré les efforts d'uniformisation et de médicalisation de la discipline perceptibles « de l'intérieur », le grand public reste majoritairement imprégné de conceptions fantasmatiques sur le sujet. Ainsi, mon expérience dans le domaine, en tant qu'interne, m'a nécessairement permis de nuancer mes observations, me décalant de la tentative d'idéalisation ou de condamnation des pratiques.

Par ailleurs, la maladie mentale est difficile à appréhender d'emblée. La multiplicité des systèmes explicatifs des symptômes entraine une grande variété de réponses soignantes. Par exemple, une approche médicale s'attache à réduire les symptômes, alors qu'une approche psychanalytique s'intéresse davantage aux mécanismes symboliques que le patient agit. Là encore les conduites soignantes vont implicitement s'accorder avec le système explicatif en vigueur, et il ne sera pas aisé de décoder cet implicite si l'on n'est pas familier des différentes approches. Enfin la maladie mentale peut être impressionnante, elle l'était pour moi et un bon nombre de mes jeunes collègues au début. L'expérience permet là encore de relativiser et de contextualiser la logique des acteurs face à ces situations d'exceptions, qui sont justement prises en charge par la psychiatrie car jugées insolubles dans l'espace social.

D'un point de vue plus personnel, ce travail de recherche m'a permis de remettre en question mes certitudes au sujet d'un environnement que je côtoyais depuis une dizaine d'années maintenant : le système médical. Depuis mes premiers stages à l'hôpital, alors âgée de 19 ans, j'ai été imprégnée d'un système de valeurs, de répartition des tâches et d'une certaine conception de l'efficience au travail. A titre d'exemple, ma vision volontariste de la médecine, dans laquelle une action médicale doit être menée afin de remplir un objectif concret, s'est heurtée à la logique de routinisation des pratiques propre à mon terrain. Prendre connaissance de mes jugements de valeurs initiaux m'a alors aidée à déconstruire les évidences dont j'étais porteuse, étant moi-même issue d'un milieu médical. Ce travail « d'auto-anthropologie » a d'une part éclairé certains pans de mes réflexions et d'autre part complexifié ma vision du travail psychiatrique. Cela m'a ainsi permis : « […] d'avoir accès à des pratiques occultées, mais aussi très visibles et familières auxquelles les individus ne portent pas attention, à de l'implicite ou du trop banal pour pouvoir être dit. » (Anderson 2011)

Si elle présente quelques intérêts, la posture de professionnel et chercheur n'en est pas moins compliquée au cours de l'enquête. Comme l'explique Sarradon-Eck (2009) dans un article dédié à cette question, « Didier Fassin (1992 : 32-33) n'a pas caché sa qualité de médecin à ses interlocuteurs dans un double souci éthique : médical (ne pas refuser de donner des soins) et sociologique (les soins ou conseils donnés sont des contre-dons). » D'autres anthropologues choisissent au contraire de pratiquer « l'insu », soit en ne mentionnant pas leur compétence de soignant lorsqu'ils se présentent en tant que chercheur, soit au contraire en continuant d'incarner leur rôle professionnel, sans préciser le travail de recherche en cours.

En l'occurrence, j'ai commencé à travailler à l'HDJ en tant qu'interne en psychiatrie, cette information était donc connue de tous. La structure n'ayant jamais accueilli d'interne, aucune tâche ne m'était dédiée, m'assignant à une place d'observatrice. C'est en partie pourquoi le médecin responsable de la structure m'a confié la responsabilité de mener le sondage auprès des patients. Très rapidement donc, la casquette d'enquêtrice a légitimé ma présence à l'HDJ. Ainsi, contrairement à Sarradon-Eck, je n'ai pas connu de situation clinique où mes obligations professionnelles entravaient ma recherche anthropologique, car en définitive je n'étais pas vraiment là en tant que psychiatre.

Cependant pour l'équipe je restais une interne en psychiatrie, avec son lot de traditionnelles affiliations et clivages qu'impose cette place. Sans vouloir généraliser, le statut d'interne, que ce soit en somatique ou en psychiatrie, se situe dans l'interstice de plusieurs catégories : entre les médecins et les infirmiers, entre les médecins et les patients. En effet le médecin, incarnant une position d'autorité, est souvent considéré comme inaccessible par les autres acteurs. En sa présence, l'interne est naturellement considéré comme une extension de lui, du fait de leur partage des mêmes responsabilités et prérogatives. Il faut rappeler que le statut d'interne confère au jeune médecin une capacité d'examiner, diagnostiquer et prescrire à l'instar de son ainé. En psychiatrie, deux tâches sont cependant réservées aux praticiens thésés, celle de réaliser des certificats médicaux servant à étayer une mesure judiciaire, et la prescription de médicaments classifiés toxiques ; en somme les responsabilités en lien avec la loi. Au-delà de ça, l'interne est en capacité de prendre les mêmes responsabilités et peut, à ce titre, être repéré par les infirmiers ou les patients, comme plus facile à influencer en cas de décisions litigieuses. Il n'est donc pas rare qu'un interne se retrouve au cœur de situations institutionnelles complexes, notamment lorsqu'il est seul, lors des gardes par exemple. En conséquence il existe souvent une

méfiance réciproque entre interne et infirmiers, chacun redoutant de l'autre sa tentative de prendre le pouvoir. Sans surprise, à mon arrivée dans la structure, une certaine méfiance émanait des professionnels, accentuée par la nouveauté que cette création de poste constituait. De plus, leur relation avec le médecin responsable de la structure étant parfois conflictuelle, ils voyaient peut-être en moi le prolongement de sa présence dans les murs.

Ainsi, régulièrement au cours de mon stage, alors que j'étais censée passer l'après-midi à l'HDJ, les infirmières m'appelaient au CMP en fin de matinée pour m'informer du calme absolu de la structure ce jour-là et de l'inutilité de ma venue. Surpris, certains soignants du CMP ont élaboré l'hypothèse que certaines infirmières partaient officieusement plus tôt de l'HDJ et qu'elles pouvaient le faire uniquement en l'absence du médecin ou autre substitut hiérarchique. Pour elles, j'incarnais donc un rôle de « petit médecin », garant de l'autorité. Finalement, au cours du temps, j'ai pu entretenir des relations apaisées avec certaines d'entre elles. Malgré tout, trois infirmières ont conservé une distance vis-à-vis de moi et deux ont refusé de participer à mes entretiens. Il s'agit maintenant pour moi de savoir analyser ces enjeux hiérarchiques sans teinter mes hypothèses de rancune vis-à-vis de ces conflits.

A l'inverse, mon entente avec le psychiatre responsable a toujours été très bonne. Nous partagions des références théoriques communes et il semblait curieux de ma démarche d'enquête. De la même façon, et pour des raisons d'affinités idéologiques, j'étais en bons termes avec la psychologue de la structure, l'assistante sociale et une des infirmières. Vis-à-vis d'eux, ce travail de recherche et d'écriture me fait expérimenter la crainte de trahir ou de juger les enquêtés qui étaient avant tout de bons collègues de travail. Cette réticence se voit renforcée par le fait que je vais utiliser ce travail comme thèse de médecine, et donc le soutenir devant des professionnels de la psychiatrie.

Au cours de l'enquête, les patients ont continué à me voir avant tout comme une interne. Ils s'adressaient à moi par le mot « docteur », avec une certaine déférence malheureusement commune lorsque les gens ont affaire à un médecin. Il me semble donc important de préciser que leurs réponses sont nécessairement influencées par ce fait. En l'occurrence leurs discours était globalement élogieux sur la structure et la prise en charge. En interrogeant les agents de service hospitalier (ASH), elles m'ont au contraire expliqué que les patients venaient leur rapporter leurs doléances vis-à-vis des soignants. Cela traduit un écart en lien avec le statut de l'interlocuteur.

Quant à mon projet d'enquête de master 2 qui s'ajoutait à mon rôle d'interne, il a exacerbé une certaine méfiance des soignants. Certains ont soulevé leurs inquiétudes quant à l'utilisation d'un magnétophone avec les patients. En effet, pour des raisons de praticité dans le recueil d'informations, enregistrer l'entretien est la règle en sciences sociales. Cependant, le délire chronique est souvent sous-tendu par un trouble dans l'interprétation du réel, généralement à travers le prisme de la persécution. Par exemple les patients peuvent se croire suivis, mis sur écoute ou jugés, en réinterprétant l'attitude des personnes qui les entourent. Il est vrai que le magnétophone est un objet particulièrement sensible pour qui se croit espionné.

C'est pourquoi j'ai sélectionné les patients à interroger selon leur état clinique, afin de m'assurer de la compatibilité de ma démarche avec leur maladie. Dans ce cas j'ai privilégié l'éthique médicale à la recherche anthropologique et il en résulte un biais de sélection évident chez mes enquêtés. Enfin, concernant le recueil d'informations, malgré ma tentative de « suspendre les évidences » de mon terrain, il y a nécessairement des éléments qui me sont trop habituels pour que je les repère. En cela mon double statut d'interne et de chercheur peut constituer une limite. Enfin, à l'instar des autres chercheurs, je présente des caractéristiques individuelles propres (âge, genre, origine sociale etc) qui biaisent nécessairement mon entrée en contact avec le terrain, faisant émerger certaines questions et en réduisant d'autres. Ne pouvant être neutre, je tenterai d'analyser mes résultats à la lumière de ces éléments, en gardant à l'esprit l'intérêt de « l'exploitation des perturbations créées par l'observation » (Devereux et al. 2012).

2) Présentation du terrain

a) L'HDJ comme lieu d'enquête

i. Une structure ancrée dans un secteur psychiatrique

L'hôpital de jour (HDJ) dans lequel j'ai réalisé mon enquête de terrain, se situe dans un quartier dit « sensible » de Marseille. Sa mission au quotidien est d'accueillir au long cours des patients psychotiques afin de les aider dans leur autonomie. Il forme avec le centre médico-psychologique (CMP), le centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et le service hospitalier d'Edouard Toulouse, le réseau de soin d'un secteur de la ville. Il est associé à

d'autres secteurs au sein de l'institution Edouard Toulouse, et leurs services hospitaliers sont regroupés géographiquement dans l'hôpital du même nom.

L'hôpital Edouard Toulouse a été construit en 1962 (Berenguer 2013), conformément à une circulaire ministérielle organisant la mise en place de la politique de secteur en France. A l'époque, son architecture répondait à un idéal de modernité qui tranchait avec les conditions précaires que proposait l'asile. Comme l'explique Leca (1984) dans sa thèse consacrée à l'histoire de cet hôpital : « L'espace global dont dispose chaque malade par rapport à [l'ancien hôpital] était dix fois plus important en ce qui concerne la surface couverte. Il faut aussi considérer la superficie importante du parc, d'autant que celui-ci s'intègre étroitement aux pavillons dont il n'est séparé que par une baie vitrée sur une très grande surface, de sorte qu'au rez-de-chaussée, l'impression de limitation de l'espace vital n'apparaît pas nettement ». L'architecture de l'établissement a été conçue pour incarner les principes portés par la psychothérapie institutionnelle, à savoir la liberté de circuler et l'autonomisation par la participation aux activités d'ergothérapie. Voulu à l'image de la « cité », l'hôpital se décline en un ilot central composé de bâtiments administratifs, pharmacie, laboratoire, cuisine etc… et en plusieurs pavillons desservis par des allées. Certains dits « pavillons d'entrants » sont dédiés à l'hospitalisation en urgence des patients d'un secteur, d'autres dits « longs séjours » accueillent au long cours les patients dont le retour à domicile n'est pas jugé possible, le plus souvent pour des raisons médicales et sociales.

Il faut savoir que l'institution Edouard Toulouse se déploie sur la partie nord de la ville de Marseille, où la population accumule des problèmes de précarité, de mal logement et de violence urbaine. Ce territoire a d'ailleurs bénéficié en novembre 2013 d'une mesure politique nommée « plan Ayrault », destinée à « désenclaver les quartiers Nord » en investissant sur le logement, les transports, la sécurité et l'accès à la santé. Etant en charge de la santé psychique dans ces secteurs défavorisés, l'institution Edouard Toulouse a bénéficié de financements dans le cadre de cette mesure.

Etant de plus un « centre hospitalier spécialisé » et non un « centre hospitalier universitaire », l'hôpital se distingue de ses homologues marseillais par son mode de fonctionnement et sa culture soignante. A l'instar des observations de Coutant (2012) lors de son enquête dans un secteur défavorisé de la banlieue parisienne, il semble qu'il existe ici aussi un clivage entre ce qu'elle nomme « psychiatrie de banlieue versus psychiatrie de bourgeois ». A Edouard

Toulouse comme dans l'unité qu'elle a observée, il n'y a pas de professeur de psychiatrie, ce qui implique une absence d'activités d'enseignement universitaire et de recherche. Cette carence est souvent légitimée par les professionnels par une réalité de terrain qui ne leur laisserait pas le « luxe » de s'atteler à des questions universitaires : « On n'arrive déjà pas à répondre à tous les besoins, ce serait indécent de faire de la recherche » (*Ibid*). La collaboration est difficile entre les différents établissements, ceux du Sud reprochant aux praticiens du Nord leurs délais de prises en charge, la longueur des hospitalisations, les pratiques coercitives. A l'inverse, les professionnels d'Edouard Toulouse se plaignent de la lourdeur de leur travail clinique doublé d'une prise en charge sociale, dont la difficulté est incomprise par leurs collègues universitaires.

Cette réputation difficile assortie d'une promesse d'un travail ardu ont découragé les internes à venir réaliser leur stage dans l'établissement. Toutefois, le nombre de postes n'étant pas extensible et le choix se faisant à l'ancienneté, ce sont les internes issus des plus jeunes promotions qui se retrouvent à Edouard Toulouse. Quant aux patients, ils y sont admis selon le seul critère de leur lieu d'habitation. Leur trajectoire de soin suit le protocole prévu par la politique du Secteur à savoir une hospitalisation initiale dans un service fermé lors d'une « décompensation psychiatrique ». Par la suite, un suivi au CMP du secteur est organisé, en collaboration avec le service hospitalier. Une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, assistante sociale, psychologue et infirmiers) supervise la prise en charge au long cours selon les besoins du patient. En fonction de l'évolution des troubles, le CMP peut orienter le patient sur d'autres structures du secteur. On dénombre le CATTP qui offre un panel d'activités thérapeutiques à la carte, les ateliers ou appartements thérapeutiques assurant respectivement une fonction de professionnalisation ou d'hébergement et enfin l'HDJ qui propose un travail sur l'autonomie aux patients les plus « déficitaires ».

Toutes les options proposées par le secteur ont pour vocation de promouvoir la resocialisation en vue d'une réinsertion ultérieure, tout en offrant un cocon protecteur aux patients. Cette subtilité thérapeutique illustre la difficulté du modèle sectoriel à se positionner entre deux idéologies thérapeutiques différentes, comme l'évoque Castel (1973) : d'une part celle de la communauté thérapeutique, qui implique une mise à distance de la société, considérée comme protectrice ; d'autre part celle de la santé communautaire qui promeut à l'inverse le maintien dans l'environnement social habituel de la personne, en tant que facteur

thérapeutique. En tant que structure ouverte sur la cité, mais accueillant des patients très déficitaires sur de nombreuses années, l'HDJ situe son projet de soin dans ce paradoxe.

ii. Le fonctionnement au quotidien

L'HDJ se situe dans un quartier défavorisé de Marseille, tristement célèbre pour avoir été la scène de plusieurs règlements de compte dont l'homicide d'un mineur en 2010. Isolé de l'hôpital Edouard Toulouse et de toute autre structure hospitalière, l'HDJ se situe au bord d'un accès routier important du quartier, bordé de barres HLM d'un côté et de maisons de village de l'autre. Dans le quartier ou sur la façade, rien n'indique la présence d'une structure médicale. Il faut connaitre son existence pour y avoir accès. La porte d'entrée sécurisée s'ouvre sur la pièce à vivre, lieu dans lequel se tiennent tous les moments collectifs qui rythment la journée. Il s'agit d'un grand salon/ salle à manger traversant, donnant à la fois sur la route et sur un jardin intérieur. En son centre plusieurs tables, pouvant accueillir six personnes chacune, sont disposées de manière homogène. Sur la droite de cette pièce se trouve le bureau infirmier, petit local de 6 m² environ où se tient un bureau avec un ordinateur, et deux chaises de part et d'autre du bureau. Cette pièce vitrée peut être fermée par une porte mais elle reste visible de la pièce principale. Au fond de cette salle commune se trouve la cuisine, pièce à demi ouverte dans laquelle les repas sont réchauffés et où se tiennent les ateliers cuisine.

Une porte permet d'accéder à l'espace cour et jardin extérieur. Ici se trouvent d'autres locaux : une salle d'ergothérapie et une salle de gym. Le jardin quant à lui est assez étendu. Une partie est utilisée pour la réalisation d'un potager une fois les beaux jours venus. A l'étage se tient une mezzanine qui fait office de coin télé et de lieu de sieste. Les patients disposent ici d'un casier personnel fermable où ils peuvent déposer leurs affaires. Elle se prolonge par un couloir qui dessert trois bureaux. Ces lieux de consultation fermés à clés sont respectivement dédiés au médecin responsable de la structure, à la psychologue et aux infirmières. Se trouvent également au fond du couloir le local des Agents de Service Hospitalier (ASH), les toilettes du personnel et leur vestiaire comportant des casiers fermés.

La structure est ouverte de 8h30 à 16h en semaine, incluant le repas du midi. Elle est fermée le week-end et les jours fériés, ce qui constitue des conditions de travail privilégiées pour les soignants habitués à travailler le week-end à l'hôpital. Chaque matin, un soignant est dédié à

l'ouverture de l'HDJ, selon un arrangement non officiel mais fonctionnel de répartition des rôles. Plusieurs activités sont prévues sur la journée, certaines assurées par les infirmières, d'autres par l'ergothérapeute ou encore la psychologue ou les ASH. Les patients ont par exemple la possibilité de faire du sport, un atelier cuisine, une sortie dans le centre-ville, un atelier lecture de roman, des activités artistiques type peinture, céramique ou poterie, du jardinage en été etc… La participation est prévue à l'avance par l'inscription libre des intéressés sur un panneau d'affichage à l'entrée. Il est convenu également qu'un patient prévienne l'équipe en cas d'absence.

Hormis ce temps d'activité au choix, la journée est globalement marquée par l'inertie, certains patients s'installent dans le jardin, fument des cigarettes, d'autres font la sieste à l'étage. De la même façon, les infirmières se retrouvent régulièrement dans leur bureau pour discuter ou partager une boisson chaude. Une certaine routine s'est installée, du fait des années passées les uns avec les autres. Comme le souligne Juan (2015) au sujet du processus de routinisation : « La routine renvoie donc, d'un côté, à la structuration institutionnelle du temps et, de l'autre, aux automatismes personnels que chacun met en place, tant pour se protéger de l'incertitude menaçante que pour éviter la multiplication des petites décisions permanentes, libérant ainsi l'énergie vitale et une possible créativité ». Puis citant Giddens sur la fonction de la routine : [elle assure] « le maintien d'un sentiment de confiance, une sécurité ontologique dans les activités de la vie quotidienne ». Sur le plan professionnel on remarque que la tendance est à la répétition du même. Certaines activités ont lieu de manière ritualisée depuis plusieurs années et les nouveaux projets sont généralement portés par les derniers arrivés. Toutefois, cette volonté de routine est contraire à la politique de soins de la psychothérapie institutionnelle officiellement en vigueur dans la structure. Celle-ci promeut au contraire un sens de l'initiative permanent, comme le précise Oury (2007) figure de proue de ce courant : « Il ne s'agit pas de rester dans une sorte d'idéologie passive et d'attendre que ça se fasse. On sait bien que tout traitement analytique de la psychose nécessite, pour le psychothérapeute, une position active. »

Cette volonté de routine s'illustre également dans l'appréhension manifestée par l'équipe face à l'imprévisibilité des patients. En effet, la maladie mentale, quelles qu'en soient les théories explicatives, se caractérise par un processus affectant l'intentionnalité (Lovell et Ehrenberg 2001a), entravant de ce fait l'exécution des normes implicites partagées par tous dans la vie quotidienne. Travaillant sur les interactions sociales, Goffman (1973) a d'ailleurs

proposé une définition sociologique de la maladie mentale : « Tout comportement, pour autant qu'il est perçu par les autres, a une fonction indicative, faite de promesses et de menaces tacites, qui confirme ou infirme que l'individu connait sa place et y reste ». A l'inverse, « les symptômes mentaux […] constituent des offenses d'un type particulier à l'ordre de l'interaction ». L'offense est une « déviation des normes sociales, autrement dit […] une infraction aux règles et aux attentes de la société ». Habituellement, en cas d' « offense », l'offenseur entreprend une « action réparatrice rituelle » qui suggère que l'individu est conscient de sa place et prêt à y rester. La non conscience de l'infraction constitue donc pour lui la signature de la maladie mentale.

Or c'est précisément la tolérance envers ces offenses qui caractérise officiellement les institutions psychiatriques. Le mot « asile » recouvre d'ailleurs dans son sens noble, la fonction d'accueil de la folie. En pratique cette indulgence est variable selon les institutions, leur idéologie et les attentes que les professionnels peuvent avoir au sujet du comportement des patients. Par exemple il est communément admis qu'un patient hospitalisé en service fermé ait des troubles du comportement majeurs. Il existe évidemment une variabilité dans les pratiques soignantes, mais le discours général tend à légitimer ce processus, sous couvert de l'exacerbation de la maladie. A mesure que le patient avance dans son parcours de soin, la marge de compréhension s'amincit. Il n'est pas rare d'entendre des soignants évoquer le manque de politesse ou l'intolérance à la frustration des patients, révélant ainsi la reprise d'un cadre normé pour évaluer les interactions sociales. Mais au-delà de l'ambiance générale de la structure, une variabilité individuelle transparait, et ce de manière d'autant plus saillante que les acteurs sont peu nombreux. Leur description permet de rendre compte des subtilités de ce terrain.

b) Les acteurs de l'HDJ

i. Les soignants

Il faut, pour comprendre, préciser l'organisation de l'équipe de l'HDJ : elle se compose de quatre infirmières, une ergothérapeute et deux ASH présentes tous les jours. D'autres professionnels interviennent à temps partiel dans la structure, le plus souvent quelques demi-

journées par semaine, pour assurer des consultations : une psychologue, une assistante sociale et deux psychiatres, dont l'un est le responsable administratif de l'établissement.

En ce qui concerne les infirmières, trois d'entre elles (Anne, Laurence et Latifa) travaillent dans la structure depuis une dizaine d'années environ. La dernière arrivée, Paule, qui est aussi la plus âgée, a quant à elle intégré l'hôpital de jour il y un an, dans l'attente de sa retraite imminente. Leur formation professionnelle est très différente, ce qui se perçoit au quotidien dans leur façon de travailler. En effet, les modalités de formation infirmière ont beaucoup évolué ces dernières années. Avec l'avènement du Secteur, un diplôme d'« infirmier de secteur psychiatrique (ISP) » a été entériné par l'arrêté du 12 mai 1969. En 1973, la formation des ISP était dispensée sur deux ans et quatre mois et rémunérée sur la base du SMIC. Le programme de la formation d'ISP a été modifié en 1979, majorant sa durée à trois ans. Paule a bénéficié de ce parcours, au moment où la psychiatrie était imprégnée des théories psychanalytiques. Au quotidien, son approche était colorée de l'interprétation des symptômes des patients et elle mettait en place des activités avec l'intention de leur permettre « d'élaborer leurs symptômes » c'est-à-dire de penser ce qu'ils agissent, d'en prendre conscience.

Cette vision de la psychiatrie, majoritaire dans les années 70, a par la suite été concurrencée par une approche neurobiologique des symptômes, venue des pays anglo-saxons. Cette modification en profondeur a été accompagnée de réformes de l'enseignement. C'est ainsi qu'en mars 1992, on assistait à la fusion des formations d'infirmier en soins généraux et en soins psychiatriques : ce fut la fin du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. La part de cours dédiée à la psychiatrie a été considérablement réduite entre la première et la deuxième formation, car il était alors attendu d'un infirmier diplômé d'état (IDE) d'être polyvalent. Dans une tentative de faire valoir la spécificité de leurs savoirs, les ISP ont fondé l'association SERPSY (Soins études et recherches en psychiatrie), afin de communiquer sur leurs pratiques. Pour pallier l'appauvrissement dans la formation en psychiatrie des jeunes infirmiers, une charte nationale a institué un tutorat censé favoriser la transmission des savoirs, lors des assises nationales des infirmiers en psychiatrie à Bordeaux en 2005.

Ainsi à l'HDJ, deux infirmières, Anne et Laurence ont bénéficié d'une formation polyvalente comme le voulait la réforme de 1992. Une fois leur diplôme obtenu, elles ont d'abord exercé dans un service de médecine somatique avant de postuler en psychiatrie. Leur culture soignante était visible par le caractère très pragmatique de leur approche, dans une volonté de décrire les

symptômes plutôt que de les interpréter. Elles ne prenaient que rarement la parole lors des réunions institutionnelles, a fortiori lors des réunions de supervision des pratiques faites par un psychanalyste. Elles animaient des activités en fonction de leurs centres d'intérêts respectifs (sport, balade en ville etc…), sans leur imputer une portée psychothérapeutique. Quant à la quatrième infirmière, Latifa, elle avait un parcours professionnel singulier. Formée comme médecin généraliste en Algérie, elle n'a pas pu faire reconnaitre son diplôme à son arrivée en France et a embrassé une carrière d'infirmière en psychiatrie par défaut. Souvent en conflit avec le médecin de la structure, elle se positionnait comme une figure d'autorité auprès des patients. Ainsi, bien que partageant un titre commun, les quatre infirmières de l'HDJ étaient porteuses d'une culture psychiatrique très différente.

Le médecin responsable de l'HDJ, Samy, était âgé d'une quarantaine d'années et assurait cette responsabilité depuis plus de dix ans. En bons termes avec le chef de service, il a collaboré avec lui à la mise en place d'une approche de psychothérapie institutionnelle, considérant que : « le soin est d'abord institutionnel ». Selon lui, l'équipe soignante permet de créer un dispositif contenant pour les patients psychotiques. D'un naturel enjoué, il se montrait assez proche des soignants et des patients, considérant avec distance les problèmes du quotidien. Il travaillait à mi-temps à l'HDJ et le reste du temps comme salarié dans une clinique privée de Marseille. Ses références théoriques s'inspiraient de la psychanalyse et de la phénoménologie. Il nourrissait de bonnes relations avec la psychologue de l'équipe, Sylvie.

En poste depuis une quinzaine d'années dans la structure, cette dernière assurait des consultations ainsi qu'un travail institutionnel à l'HDJ, en parallèle d'une activité au CMP. Passionnée par la psychose, elle utilisait des concepts psychanalytiques pour aborder cette question. Elle m'a confié, lors de discussions informelles, avoir des difficultés à travailler dans une équipe qu'elle jugeait désunie. Son agacement se portait notamment sur certaines infirmières, dont le positionnement hiérarchique dans la relation soignant-soigné lui semblait en contradiction avec sa vision humaniste du soin.

Les ASH, Martine et Sonia, incarnaient quant à elles un rôle ambigu dans l'institution. Officiellement responsables de la propreté des locaux, elles avaient en réalité une place qui s'apparentait plutôt à celle de gouvernante. Très proches des patients, d'un abord amical ou maternel, elles assuraient des temps aussi importants que l'accueil du matin autour d'un café, la préparation et distribution des repas ainsi que quelques activités. Malgré leur absence de

formation soignante, leur fonction à l'HDJ correspondait à celle d'un aide-soignant à l'hôpital. Au quotidien il semblait évident que les patients étaient très investis auprès d'elles. Plus accessibles que les autres soignants car constamment auprès d'eux, les patients leur témoignaient de la confiance en s'adressant à elles en priorité.

Par ailleurs, une assistante sociale, Annick, intervenait ponctuellement dans la structure, quelques demi-journées par semaine, en parallèle d'une activité au CMP. Lors de mon enquête, elle était en conflit ouvert avec l'une des infirmières qu'elle jugeait autoritaire avec les patients. Enfin, une autre psychiatre, Louise, par ailleurs responsable du CMP, venait une demi-journée par semaine à l'HDJ afin de renforcer la prise en charge médicale. Etant moi-même au CMP sur ce temps-là, je ne l'ai jamais observée dans la structure. De la même façon, Julie, une ergothérapeute était habituellement en poste à plein temps à l'HDJ mais elle était absente lors de mon stage, pour cause de congé maternité. Son absence était déplorée par tous, soignants comme patients et il m'a semblé qu'elle était un élément important dans la cohésion d'équipe, cohésion qui a été particulièrement mise à mal durant ces quelques mois.

ii. Les patients

Au moment de mon enquête, l'HDJ accueillait 25 patients, exclusivement atteints de troubles mentaux graves. En moyenne âgés de 50 ans, majoritairement des hommes, ils étaient originaires de Marseille et vivaient dans la zone géographique du secteur. Ils étaient tous adressés par un psychiatre hospitalier suite à une, voire plusieurs hospitalisations à l'hôpital Edouard Toulouse. A l'HDJ, la mission officielle est de travailler sur l'autonomisation des patients les plus déficitaires, c'est-à-dire porteurs d'une psychose chronique et n'étant plus capables de vivre seuls. Autrement dit, il est entendu que les patients soient suffisamment déficitaires pour justifier d'une prise en charge très soutenante. Selon Velpry (2008) la psychiatrie publique peut se substituer à quatre fonctions sociales, selon des proportions variables : l'emploi, la socialisation, le logement, le suivi médical. En l'occurrence l'HDJ assure la socialisation et le suivi médical.

Le projet d'intégrer l'établissement intervient généralement suite à un long parcours hospitalier, en général sur l'impulsion du psychiatre hospitalier. Il se construit le plus souvent avec l'accord du patient ; seulement une personne fréquentait un HDJ sous contrainte, dans un

secteur voisin. L'indication est étudiée une première fois par le psychiatre référent de l'hôpital de jour au cours d'un échange informel entre confrères, puis validée officiellement lors d'une réunion institutionnelle pendant laquelle l'équipe hospitalière vient présenter le cas du patient concerné. Puis dans un second temps, le patient vient en personne à l'hôpital de jour pour le rendez-vous d'accueil. Il est alors reçu par le médecin référent, la psychologue et une des infirmières pour un entretien. Il reçoit des explications sur le fonctionnement de la structure, les règles de vie, les objectifs attendus.

A l'HDJ, les patients fréquentaient la structure en journée, selon un protocole établi à l'avance avec l'équipe, déterminant le temps de présence prévu par semaine. Certains venaient tous les jours, d'autres une demi-journée seulement. La fréquentation de la structure se faisait souvent sur plusieurs années, la durée n'étant pas déterminée à l'avance et pouvant s'allonger à loisir. La chronicité est donc la règle, que ce soit sur le plan des symptômes des patients comme de leur fréquentation de l'HDJ. Cette caractéristique est d'ailleurs emblématique de la structure. Elle est la seule sur le secteur qui fonctionne quasiment en système fermé, avec une population de patients qui ne varie que très peu dans le temps.

Malgré l'existence de critères théoriques encadrant l'accueil d'un patient, j'ai pu observer la présence de normes implicites permettant ou non son acceptation par l'équipe. En effet, la routine de la structure ne s'accorde pas avec des patients trop symptomatiques, dont les troubles du comportement détoneraient. Lors de mon stage à l'HDJ, deux patients présentaient un comportement singulier, en marge des attentes relationnelles de la structure. Le premier avait un rapport à la réalité très altéré. Il se prenait pour un artiste reconnu et était persuadé que des individus mal intentionnés allaient s'introduire chez lui pour lui voler ses œuvres. Son discours en boucle rendait impossible toute tentative de conversation. Il venait rarement à l'HDJ, mais lorsqu'il le faisait, il passait son temps assis par terre dans le jardin à jouer de la flûte. Tout comme sa pensée, sa musique était chaotique, passant d'un morceau à l'autre et revenant sans cesse aux mêmes notes. Pour finir, il portait de vieux vêtements mal lavés, sentait mauvais et mangeait bruyamment. Sa présence a rapidement été remise en question.

Nous pouvons observer ici un écart entre l'idéal thérapeutique de tolérance de la folie et les limites des soignants sur le terrain. Le sentiment de lassitude voire de dégout face à son comportement ne pouvant s'exprimer explicitement en réunion d'équipe, d'autres arguments ont été avancés afin de légitimer ce rejet. Tout d'abord une présence erratique qui entravait la

possibilité de construire un projet de soins. Puis son absence de participation aux activités qui prouvait bien « qu'il n'était pas dans les soins ». Cet argument vient rencontrer une doléance fréquente en psychiatrie, à savoir l'attente des professionnels d'un engagement de la part des patients, engagement sans lequel leur travail est jugé inutile (Velpry 2008). Ce patient, parce qu'il ne signifiait pas par son comportement qu'il repérait, acceptait et approuvait le travail des soignants, n'honorait pas les normes implicites des relations soignants-soignés. Ainsi, il existe des critères implicites d'acceptation des patients : un niveau de déficit suffisamment bas pour justifier d'une intervention mais un comportement acceptable pour la structure.

Le comportement d'un deuxième patient a été l'objet de discussion et de remise en question de sa place dans l'institution. Ce jeune homme dénotait déjà de par son âge. Comme nous l'avons vu, la plupart des patients avaient plus de 50 ans. A cet âge, du fait de la prise prolongée de médicaments sédatifs et de la progression intrinsèque de la maladie, les patients présentent en général un handicap psychique avancé. Ils ne manifestent plus de troubles du comportement majeurs et leurs idées délirantes sont souvent atténuées. Ils ont une grande expérience de la vie institutionnelle, de ses normes et de ses limites. Leur docilité garantit aux professionnels qu'ils ne seront pas « offensés » (Goffman 1973), et à l'inverse l'institution trouve sa légitimité dans la mission de promouvoir leur autonomie. Or, ce jeune patient avait un parcours singulier : hospitalisé en psychiatrie à plusieurs reprises depuis son adolescence, il était connu pour ses nombreux séjours en chambre d'isolement thérapeutique. Il faut préciser que l'utilisation de cette chambre sécurisée est entérinée par une décision médicale lorsqu'un patient peut s'avérer dangereux pour les autres ou pour lui-même du fait d'un trouble psychiatrique. Ainsi, une réputation de patient à risque entourait ce jeune homme. Etant hospitalisé en service fermé depuis de longs mois, il avait été décidé d'un essai à l'hôpital de jour quelques demi-journées par semaine. En parallèle de sa prise en charge hospitalière, cette expérience devait l'aider à investir un lieu de soin ouvert en vue de sa sortie définitive. Plusieurs projets de sortie avaient déjà été tentés, en vain. Il appartenait à la catégorie des patients qui « mettent tout en échec ».

Véritable diagnostic psychopathologique, ce présage de mise en échec avait échaudé les équipes. La notion d'échec en psychiatrie est rémanente, véritable révélateur d'un paradoxe entre la contrainte d'efficacité d'une part et la maladie incurable de l'autre. Mais à cela s'ajoute pour ce patient la question de la violence, du risque, de la déviance. Il faut rappeler que l'HDJ se situe dans les quartiers Nord de Marseille, quartiers charriant leur lot de préjugés. D'un point

de vue géographique, la structure est isolée du CMP et du CATTP. Contrairement au fonctionnement classique en psychiatrie, il n'y a pas de possibilités d'obtenir des renforts en cas de débordements violents. Tout ceci participe au vécu d'insécurité évoqué par les soignants. De plus, les troubles du comportement n'étant pas la règle, les professionnels qui postulent à l'HDJ le font souvent en fin de carrière dans l'optique de profiter des conditions de travail privilégiées. Ainsi, la venue de ce patient a été vécue difficilement par les soignants. Certains d'entre eux évoquaient une erreur d'orientation médicale, d'autres ajoutaient que les médecins qui décident des projets ne mesurent pas les conséquences sur le terrain. Durant le temps de mon stage, ce patient n'a pas mis en difficulté l'institution, hormis une fois pour une raison inattendue : il a fait un malaise et l'enjeu médical que cela représentait a déstabilisé des soignants qui ne pratiquent que rarement le versant somatique de leur métier. Cependant, son cas était fréquemment discuté en réunion d'équipe et les professionnels observaient ses faits et gestes avec une vigilance accrue.

En somme, pour des critères de troubles du comportement ou de violence présumée, certains patients peuvent être désignés comme patients à problème. Le dispositif des réunions institutionnelles est censé créer l'espace dédié à la résolution de ce type de situations, offrant la possibilité de mettre fin à la prise en charge si nécessaire. En pratique, le médecin responsable étant décisionnaire, ce scénario n'arrivait que rarement à l'HDJ. L'institution révèle ici ses normes implicites concernant la tolérance des symptômes. De par son éloignement géographique, la composition de son équipe et la tradition de vie chronicisée, les possibilités d'accueil s'avèrent étroites, contrairement à ce que le projet de soin voudrait : « La position éthique des thérapeutes implique donc qu'ils soient responsables de la responsabilité d'autrui, y compris dans les moments de violence. Sinon, on glisse vers une activité de patronage. Les psychotiques perçoivent très bien cela. » (Oury 2007)

Nous avons vu les critères de mise en place et du maintien d'une prise en charge à l'HDJ. Quant à la question de son arrêt, elle a lieu soit à la demande du patient lorsqu'il refuse de poursuivre la prise en charge, soit lorsque les soignants s'opposent à sa présence pour les raisons évoquées plus haut. Cependant lors de mon enquête, je n'ai pas pu observer de fin de prise en charge pour des raisons médicales. Autrement dit, lorsque la cohabitation se passe bien entre l'équipe et le patient, la prise en charge n'est plus ou peu questionnée. Il est rare qu'un patient s'en aille car il aurait suffisamment progressé dans son autonomie, ce qui est pourtant l'objectif

de la structure ; ou parce qu'une autre structure lui serait alors plus adaptée. En général ce type de projet intervient lorsque le patient est déjà jugé « inadapté » à l'établissement, comme c'était le cas du jeune patient pour qui l'on cherchait activement un foyer de vie. Pour des questions d'âge enfin, certains patients ont le projet d'intégrer une maison de retraite. C'était le cas d'un patient qui venait à l'HDJ depuis plus de 20 ans…

Partie 3 - Résultats : les identités soignantes de l'HDJ

1) La construction d'une pratique de soin

a) Paroles de soignants

i. Les représentations de la psychose

Les professionnels de l'HDJ ont tous une définition personnelle de la psychose. Elle leur permet de donner du sens à la problématique de départ et d'ajuster leur mission en conséquence. Au cours des entretiens il était intéressant de voir que chaque définition était profondément différente, qu'elle soit délibérément affiliée à une idéologie ou non. Ainsi, Sylvie la psychologue, évoquait sa vision psychanalytique de la psychose, selon laquelle il existe trois catégories de structuration du psychisme chez l'être humain. L'image communément évoquée est celle d'une plante qui se développerait de façon différente en fonction des obstacles qui se trouvent sur son chemin. Le résultat est considéré comme définitif, le travail thérapeutique visant juste à « tutorer » ou « contenir », pour renforcer la solidité de la structure. Il s'agit pour Sylvie d'une explication psychique teintée de fatalisme. Annick, l'assistante sociale assume une posture plus affective dans son métier :

> *« On peut parler de psychotique, dépressif, moi je travaille pas avec ça, je suis pas psy ! »*

Prenant de la distance avec le jargon médical, elle revendique son engagement humain pour la cause des patients :

> *« Y a plein de gens sur terre qui ont pas leur quota* [d'amour], *nos patients font partie de ces peut-être pas eue de leur famille. Qu'on puisse leur donner pour qu'ils puissent se reconstruire, pas pour qu'ils soient dépendants de nous, c'est pas mon but. Les patients je leur donne de mon temps et une forme d'amour. » (Annick)*

Pour elle l'état de psychose résulte d'un parcours de vie, à mi-chemin entre la carence affective et l'injustice sociale. Son travail s'inscrit dans un objectif de réparation.

Anne, une infirmière formée au diplôme polyvalent, se fige lorsque je lui demande sa définition de la psychose. Probablement parce qu'elle s'adresse à une interne, elle cherche des termes techniques qu'elle ne trouve pas.

« Qu'est-ce qu'on pourrait dire ? Ben déjà c'est quelqu'un qui va pas… enfin qui a pas la même vie qu'un patient qui n'est pas psychotique. C'est un patient qui vit parfois des choses très très difficiles, qui peut être envahi, qui peut être apeuré, qui est mal dans sa tête justement. Et c'est ça moi que je trouve très dur parce qu'on sait pas ce que les gens ont dans leur tête et je pense qu'un patient psychotique c'est plus dur à aborder qu'un patient non psychotique. Donc un patient psychotique oui voilà, c'est quelqu'un qui est différent parce qu'on arrive pas à savoir forcément son mal être alors qu'un patient qui va dire : 'j'ai mal à la jambe' bon ben on va… mais un patient qui dit : 'je suis mal' ou 'j'ai peur' ou 'je sais pas quoi faire dehors', c'est très dur à aborder. » (Anne)

Cette infirmière a commencé une carrière dans le somatique et elle y fait souvent référence pour définir les écarts qu'elle observe avec la psychiatrie. Son approche est profondément médicale, s'attachant à reconnaître les symptômes pour pouvoir les traiter. Elle a postulé à l'HDJ suite à un parcours qui l'a menée du somatique à la gériatrie, à la géronto-psychiatrie puis à la psychiatrie. Elle ne voit pas dans la psychiatrie un enjeu singulier en termes de compréhension de l'autre ou de combat contre l'injustice, comme ça peut être le cas pour d'autres soignants. Sa posture est assez répandue parmi les jeunes professionnels dont la formation a changé de cap récemment. Le cursus étant général, certains travaillent moins par vocation que par opportunité.

Samy, responsable de l'HDJ, s'est intéressé à différents courants théoriques, allant de la psychanalyse à la phénoménologie. Il tient un discours sceptique, volontiers athéorique, mettant en avant l'opportunité de rencontres et de questionnements que recouvre son métier. Ainsi, quand je lui demande de définir la psychose :

« Ça existe pas ! (rires) Soit ça existe pas, première hypothèse, soit c'est quelque chose qu'on sent. Ça changera peut-être avec le temps mais plus j'avance plus ce que je trouve évident c'est cette espèce d'impression, ce sentiment précoce qu'on a tout de suite quand on croise quelqu'un. On se dit : 'il est psychotique'. Enfin on se dit pas : 'il est psychotique', on se dit : 'il est vraiment pas comme moi'. […] *J'ai l'impression que cette structure psychotique ça me parle tout de suite, sans que j'aie besoin de chercher trop. Après ce qui est intéressant, c'est d'aller chercher, tout en se disant qu'on saura jamais vraiment. Ce qui compte c'est le chemin mais l'impression du début, ça compte. On peut appeler ça le bon sens. En travaillant avec des professionnels du social, ils se rendent compte aussi, sans utiliser les mots.* […] *Y a pas d'explication à la psychose, nulle part. La seule chose qui m'intéresse c'est de parler avec les gens. Sans intermédiaire, que ce soit résultats de labo, écrans, même une théorie. Depuis que j'ai découvert la phénoménologie, je suis vraiment distant avec les théories et ce qui est*

dogmatique. On peut prendre des bouts, on fait son propre bricolage. Il n'y a pas de théorie valable dans son entier. C'est parfois difficile pour les patients et les familles quand ils demandent des explications. » (Samy)

Sa définition de la psychose renvoie à la notion de l'altérité. Elle sous-tend une rupture entre les psychotiques et les névrosés, que ces derniers repèrent par un sentiment d'étrangeté.

Pour Paule, infirmière de secteur psychiatrique formée à la psychanalyse et à l'art-thérapie, le diagnostic psychiatrique est réducteur. Elle conçoit plutôt que tous les individus possèdent des parties folles et des parties saines, d'une manière universelle mais selon des proportions différentes :

« Il pourrait y avoir plusieurs définitions, je n'aurais pas une manière de dire ça. Je crois que ça devient maladie mentale quand c'est répertorié, quand on s'est mis à plusieurs pour définir des signes, des symptômes. Ça devient maladie mentale… c'est très difficile de faire la part des choses entre déstigmatiser et dénier la maladie. Je pense qu'il y a des domaines souffrants, des parties souffrantes. Je pense que c'est un gros risque de réduire l'individu à sa partie souffrante. C'est-à-dire, de réduire la personne à ses zones de faille. Sinon, c'est valable pour tout le monde alors. Et alors on se réduirait nous-mêmes aux moments où l'on est plus fragile, à nos lignes de faille intérieures. La maladie mentale pour moi… je ne suis pas capable de la délimiter, de la définir. Ce que je crois avoir compris c'est que c'est important, malgré les difficultés des uns et des autres, de ne pas s'accaparer, de ne pas se planquer derrière un pseudo-savoir pour définir que l'autre est malade, qu'il le sera encore et qu'il le restera. Je pense que mon travail est toujours dans cette zone à inventer entre déstigmatisation et déni de maladie. C'est là où se situe le travail des équipes soignants, dans cet espace-là. Je ne sais pas ce que c'est la maladie mentale. » (Paule)

Consciente des phénomènes sociaux qui entourent les malades mentaux, en termes de stigmate et d'assignation, elle tient un discours ambivalent sur le travail psychiatrique. Elle est animée par l'envie d'aider tout en s'indignant contre l'infantilisation des patients. Cet engagement teinté de culpabilité, se rencontre assez fréquemment en psychiatrie compte tenu de son héritage historique d'exercice de pouvoir.

S'ils ne sont pas d'accord sur le concept de psychose, les professionnels s'accordent sur les effets délétères qu'elle produit sur eux. Chacun à leur façon, les acteurs ont exprimé la « lourdeur » de la psychose, rendant leur tâche ardue et le travail au long cours difficile.

« Je pense que ça [la psychose] *vient mobiliser chez nous des angoisses archaïques et ça mobilise des défenses de type archaïque, clivage en*

particulier et ça se voit très très fort dans les institutions psychiatriques. Même en ayant des temps extérieurs, que ce soit un travail psychothérapique ou des groupes de supervision, même ça, on est pris quoi, c'est terrible de s'apercevoir comme on est pris ! […] *Il y a plein de choses qu'on questionne plus, qu'on ne voit plus et on croit connaitre les choses mais on les connait pas. C'est la mort psychique alors comment rester créatif et vivant en fait quand on est confronté à la mort psychique, à la folie ? On peut pas rester indemne, quand bien même on a des outils, ça nous touche quoi et comment ça nous touche et qu'est-ce qu'on en fait ? » (Sylvie)*

« En tous cas ce qu'on peut dire c'est qu'on a pas un travail facile. Et il prend beaucoup de nous, ça nous pompe ! Il faut qu'on souffle pour pouvoir mieux les aider après. » (Anne)

« On fait pas de psychiatrie par hasard c'est pas possible, on peut pas. [Pourquoi ?] *Parce que c'est violent ! Parce que ça te touche, ça t'atteint, te remue. On en revient à la rencontre en fait. Et à l'heure actuelle on rencontre pas les gens.* […] *En psychiatrie si, parce que la psychose te rentre dedans, ça met à mal tes limites. Donc en psychiatrie tu fais des rencontres authentiques, c'est ça qui perturbe, donc tu peux pas faire ça par hasard, c'est violent. Sinon tu fais quelque chose de moins fatigant parce que psychiquement c'est épuisant quoi ! » (Samy)*

« C'est difficile d'être avec des psychotiques. Moi je suis pas tout le temps avec des patients en entretien et c'est vrai que la psychose ça fatigue : toujours les mêmes demandes, les mêmes questions ! Et puis le patient il va bien, puis ça va moins bien et on se dit merde avec tout ce que j'ai fait pour lui… Il faut vivre les choses au jour le jour, se dire il est vivant ça va. C'est presque ça pour certains patients, les tenir vivants. » (Annick)

Dans leurs réponses, les acteurs expriment l'atteinte corporelle qu'ils ressentent dans leur travail, en termes de fatigue, d'effraction de leurs limites allant jusqu'à l'évocation de leur mort psychique ou de celle des patients. Ce champ lexical évoque une lutte pour la vie, contre un processus vécu comme mortifère. Régulièrement les professionnels ponctuent leurs constats d'échec par l'expression désabusée « c'est la psychose ! » Diagnostic polymorphe, tenu pour responsable des déceptions individuelles comme des conflits collectifs, il signe le fatalisme ambiant tout en préservant les acteurs d'un sentiment de responsabilité.

ii. Trajectoire de soignant

La plupart des professionnels décrivent leur travail comme une vocation. Hormis Anne, tous s'accordent à dire qu'on ne travaille pas en psychiatrie « par hasard ». Il est communément

admis qu'un soignant vient pour « se soigner lui -même » ou encore « régler des choses ». L'idée est justement qu'étant lui-même très en contact avec sa propre folie, le soignant vient chercher des réponses à ce qui le traverse. Cela peut être exprimé comme une richesse, lorsque les professionnels en sont conscients et qu'ils « travaillent sur eux », ou à l'inverse comme une stratégie « lâche » pour se rassurer auprès de plus malade que soi :

> *« Je pense que je suis arrivée dans ce métier, pas par hasard, mais ça aurait pu en être un autre. Par contre, je n'y suis pas restée par hasard du tout. Déjà je n'y suis pas arrivée par hasard. Ce que je veux dire : on a besoin de soigner pour se soigner. On a besoin de prendre soin de l'autre pour pouvoir prendre soin de soi. Que ça passe par l'autre, d'arriver à prendre soin de soi. Que ça passe par l'autre étiqueté plus vulnérable, ce qui nous oblige à nous de tenir. A tenir bon, tout en sachant qu'on tient bon parce qu'on est en interaction avec ces gens-là qui ont l'air d'aller plus mal que nous. Qui ont l'air plus fragiles que nous. Qui sont reconnus comme étant fragiles. Etre soignant est aussi expérimenter une part de fragilité qui est en soi. Après, qu'on y travaille dessus ou pas, c'est encore autre chose. C'est vrai que beaucoup de soignants ne travaillent pas assez leur partie souffrante et espèrent qu'elle s'affaiblisse par le fait d'être en interaction avec les gens souffrants. Je pense que ça ne marche pas. On ne peut pas faire des économies sur un travail sur soi. » (Paule)*

Pour certains professionnels, la réflexivité sur soi fait partie des critères nécessaires à une psychiatrie idéale. Elle garantirait une éthique individuelle et une possibilité d'accordage collectif. En l'occurrence, à l'HDJ, certains acteurs déplorent son absence ou du moins son hétérogénéité :

> *« Quand j'ai commencé j'avais l'idée que tous les gens qui travaillaient en psychiatrie, c'est naïf, mais c'est tellement beau, que tous les gens qui travaillaient en psychiatrie ne pouvaient être que passionnés par le travail psychique. Je me suis dit pour faire ce métier c'est obligé. C'est des gens qui ont envie. Et il se trouve qu'en plus dans mon parcours, j'ai travaillé avec des gens de grande expérience, en supervision, en groupes de travail. A l'époque, moi je n'ai pas connu cette époque, on allait travailler dans un service parce qu'il y avait telles références théoriques et surtout tel psychiatre qui les portait. Alors il y a eu des dérives, mais quand même ce n'est plus du tout le cas. Maintenant on va là où tu trouves un poste, là où c'est possible de bosser. » (Sylvie)*

La réflexivité, et le travail intellectuel en général, délimitent pour certains une ligne de partage entre les bons et les mauvais professionnels. L'idéalisme est une notion assez présente en psychiatrie, tout comme son pendant : la déception. Elle prend probablement racine dans l'ampleur de l'enjeu humain que représente la folie. Une autre raison évoquée pour justifier cet

engagement est celle de la « figure du maître ». En effet, la psychiatrie, notamment dans son époque psychanalytique des années 70, résonnait avec l'utopie générale qui animait les intellectuels de cette époque. Ainsi, quelques acteurs ont rapporté avoir nourri de l'admiration pour ces figures intellectuelles, leur donnant l'envie de faire de même :

> *« Mais après dans mes rêves… Voilà, ce sont mes rêves à moi… Mais quand j'ai lu des histoires d'institutions, comment ça a été porté, comment ça a été pensé et travaillé, avec les influences psychanalytiques… Moi ça me parle. Ça fonctionnait, ça fonctionnait ! » (Sylvie)*

> *« Moi personnellement j'ai travaillé avec Dr B pendant quelques années et j'ai essayé de faire pareil parce que pour moi c'est un exemple... Y a des gens qui ont été pour moi des personnes repères. C'est vachement important qu'on puisse avoir accès à ces gens-là, travailler en binôme. Dr B j'ai pu travailler avec lui en entretien, réunion, supervision, ça permet de réfléchir ensemble. » (Annick)*

> *« Moi au départ j'ai fait médecine et puis je me suis rendu compte que j'aimais pas toucher les gens donc je me suis dit : va falloir trouver autre chose ! Après y a eu des rencontres, des profs à la fac, une identification au maître. Faire comme un tel. Tu te dis que toi tu vas faire pareil. Que tu vas essayer de changer les gens, en mieux. » (Samy)*

Les acteurs qui expriment cette vocation à travailler en psychiatrie sont également ceux qui relatent leur transformation personnelle sous l'effet de cette pratique. Le discours professionnel est ainsi accompagné d'un discours sur soi, nourrissant l'idée d'une influence entre les deux :

> *« D'un point de vue psychique… moi je dirais que moi ma pratique a évolué, je m'intéresse davantage aux processus de groupe et je m'y implique davantage donc. » (Sylvie)*

> *« Moi je vois comment j'évolue.* […] *Par exemple j'aurais difficilement imaginé il y a quelques années faire un entretien psychothérapique hors d'un bureau, maintenant oui. A l'inverse, je suis toujours autant perturbé, remué, par des nouveaux patients. Pas de façon affective contrairement au début, mais remué, en questionnement… Des nouvelles rencontres qui remettent en question plein de choses dans ma pratique. Au niveau des affects c'est plus calme, notamment les jeunes qui commencent une psychose. Mais j'ai le sentiment de pouvoir tout remettre en question en termes de référence, parce que je suis confronté à une nouvelle situation et que je me sens un peu perdu en résumé, impuissant. » (Samy)*

Il semble que les typologies de professionnels dressées par Gansel (2006) se retrouvent également dans les discours des acteurs de l'HDJ. En effet, les « psychodynamiciens »

présentent les caractéristiques énoncées par l'auteur : « Les savoir-faire impliquent le médecin dans sa personne même, indistinctement de son activité. Ils sont caractérisés par l'instabilité, la tension et le doute, que le psychiatre est capable de prendre en compte dans sa propre personne. » Cette absence de distinction entre soi, ses idéaux, leur réalisation par la voie professionnelle produit un discours personnalisé qui laisse place à l'intime :

> *« Et c'est pas facile parce que des fois y a des choses difficiles dans ta vie. Quoique moi quand j'ai eu des trucs difficiles, les patients ils m'ont aidée. Je pensais à autre chose, j'étais là et je pensais à eux.* […] *Moi j'ai besoin d'autres choses pour me ressourcer mais en même temps ici, ça a pu être une ressource quand j'avais rien à l'extérieur, parce que je me sentais utile, indispensable pour des gens, mon travail apportait quelque chose aux autres. » (Annick)*

Nous pouvons supposer que pour ces professionnels, il existe un continuum entre leur vie privée et leur investissement professionnel. A l'inverse, Anne n'a jamais évoqué ses affects, son parcours de vie ou autre élément personnel lors de notre entretien. Sa pratique semble plus standardisée, répondant à un protocole et se distinguant de sa propre personne.

iii. Comment soigner ?

Nous avons vu que les définitions de la psychose ainsi que l'investissement affectif des professionnels diffèrent. Dans cette partie nous allons voir ce que les acteurs disent de la fonction soignante. Par la suite nous observerons les écarts et les correspondances entre leur discours et leurs pratiques, en nous basant sur le concept de « normes théoriques/ normes pratiques » (Olivier de Sardan 2008).

Selon leur définition de la maladie, les professionnels se font une idée différente de la « guérison » : Annick y souscrit, Anne lui préfère le terme de stabilisation, Sylvie et Samy récusent cette notion qui ne s'accorde pas avec leur vision structurelle du psychisme.

> *« On guérit pas puisqu'on change pas. Si on est psychotique, on changera pas. On guérit de certaines choses visibles, mais pas de qui on est. On fait avec, on demande de l'aide, comme tout le monde. Quelqu'un qui est névrosé, il guérira jamais ! C'est pas pire que la psychose, les grandes hystériques… La question de guérir elle se pose moins parce que ça nous ressemble plus et que nous on se pose pas la question comme ça pour soi-même, alors qu'on est quand même névrosé. » (Samy)*

Pour Annick, le critère de guérison s'évalue selon la capacité du patient à vivre en couple et à travailler :

> *« Moi les patients que je vois… certains oui. Ça dépend ce que t'appelles guérir. Je te donne l'exemple d'un patient que j'ai connu : en fait c'est un jeune homme qui vivait chez ses parents, cloitré, à fumer cigarette sur cigarette, qui ne sortait pas du tout de chez lui. Il a maintenant 15 ans de plus, il est marié, il a des gosses, son appartement à lui. Il est toujours psychotique mais il a créé un monde à lui qui lui permet d'être un peu comme tout le monde. Il est suivi ici, il a un traitement. Il est plus enfermé chez lui à pas savoir quoi faire de sa vie. Le seul truc qu'il a, c'est qu'il travaille pas. Mais il s'occupe de ses enfants, il s'en occupe très bien ! » (Annick)*

Au-delà d'une différence lexicale, cette divergence s'accompagne d'une conception opposée de la mission des soignants. Par exemple, pour Anne, son travail est accompli lorsque les patients :

> *« […] arrivent à venir, à faire des activités, qu'ils trouvent leur place, ça c'est important. Qu'ils arrivent à vivre aussi chez eux et qu'on fasse le lien. »*

Elle définit ses objectifs et résultats selon des critères tangibles comme la fréquentation de la structure, la participation aux activités, le maintien d'une vie extérieure en autonomie. Sylvie invalide ces mêmes critères, précisant que la subtilité du travail psychique se situe à un autre niveau :

> *« […] je pense pas qu'il suffise de venir à l'HDJ, ça stabilise, ça aide de venir à l'HDJ, d'être en contact avec d'autres, de pas être seul avec ses angoisses, ses pensées. Mais soigner vraiment ce serait qu'il y ait… Ce qui serait thérapeutique, ce serait qu'il y ait transformation psychique c'est à dire là où il y a du même, de l'identique, on ne fait plus pareil. On ouvre des espaces, et ça c'est beaucoup plus compliqué. » (Sylvie)*

Néanmoins, tous les acteurs désignent le même outil de base dans leur travail de soignant : l'écoute du patient. Ce qui pourrait sembler une évidence traduit en fait une culture soignante dans laquelle l'expertise s'exprime au travers du corps humain sans requérir aucune technique. Cette aptitude humaine d'écouter peut, à première vue, rendre accessible à tous le travail de soignant. Les ASH du service incarnent d'ailleurs parfaitement cette ambiguïté. En effet, au cours de l'entretien, Martine et Sonia ont adopté un discours très professionnel, décrivant minutieusement leurs capacités d'écoute, leur prudence quant aux fragilités des patients, le choix des mots…

> « [Soigner] *c'est déjà écouter. Et puis je m'informe. Je peux pas raconter n'importe quoi à un patient si je ne connais pas son parcours. J'essaye d'aller chercher les infos. Et puis y a les réunions. Moi je vais pas discuter avec un patient comme avec un ami. Je fais très attention. Y a la pathologie, la clinique, on sait quand même mettre des distances. » (Sonia)*

Ce discours, très expert, est étonnant compte tenu de sa mission première qui est de maintenir la propreté des locaux. Très investie dans son travail, Sonia partage les idéaux humanistes de nombreux soignants bien qu'elle ne soit pas formée spécifiquement à la psychiatrie. Il semble qu'elle tente de partager les prérogatives de ses collègues, ce qui démontre la possibilité pour le profane de se comporter en « soignant ». On imagine mal l'équivalent dans une spécialité très technique comme la réanimation. Cependant, elle rapporte une frustration quant au sort que l'équipe lui réserve, sentant que ses compétences ne sont pas considérées à leur juste valeur :

> *« On fait partie de l'équipe soignante mais on a pas notre mot à dire, c'est difficile, très difficile. Et pourtant c'est dommage parce qu'on pourrait être vraiment très bien, aller tous dans le même sens. On nous fait comprendre de rester à notre place. » (Sonia)*

Si écouter est à la portée de tous, il y a un élément qui traduit l'expertise du professionnel : la réponse. A l'HDJ, les acteurs sont attachés à cette spécificité qui les distingue des individus non formés. La réponse soignante recouvre plusieurs sens : ça peut être littéralement le choix des mots ou alors la capacité de décoder le comportement du patient et de répondre en fonction. Comme nous l'explique Annick, c'est l'expérience qui apprend à donner la bonne réponse, parfois en ne répondant pas…

> *« Soigner pour moi c'est déjà donner une attention à l'autre, l'écouter et l'entendre. C'est compliqué de comprendre l'autre avec tous les filtres qui existent, les tiens, les siens. C'est avoir une écoute particulière. Il faut vraiment se mettre en situation de tout entendre, la violence, la douleur.* […] *Ça permet que lui se sente entendu, écouté et compris et ensuite de parler le même langage et de pouvoir communiquer. En psy c'est pas forcément : je te parle d'un truc, donne-moi une réponse de suite. C'est d'abord : écoute moi. Des fois y a pas de réponse. Il faut écouter entendre et accepter. Des fois y a pas de réponse et il vaut mieux rien dire que dire des conneries. Le patient il a déposé des choses-là et elles sont bien, et il en fera peut-être quelque chose dans 6 mois ou dans 1 an. Le soin c'est beaucoup de patience aussi, et accepter l'autre tel qu'il est. Quand t'es soignant il faut que tu aies ça, la capacité d'accepter l'autre tel qu'il est, avec ses difficultés, ses travers. » (Annick)*

Comme le décrit Gansel (2006), l'écoute permet d'apprendre la « langue » du patient. C'est cette capacité de traduction qui représente l'expertise soignante, inaccessible au profane. Elle correspond au fait d'avoir du « sens clinique », véritable savoir-faire qui s'enrichit au fil du temps. Car si les soignants reconnaissent une possibilité d'accueil et de bienveillance aux lieux « sociaux », ils revendiquent leur professionnalisme dans leur aptitude de compréhension.

Enfin, quel que soit le sens donné aux soins, ils deviennent nécessaires lorsque les patients sont reconnus comme souffrants. Cette souffrance, qui est un prérequis à la prise en charge, va représenter le support de travail. Il s'agit alors d'écouter mais surtout d'amener à « faire dire » cette souffrance, au travers d'un long processus de reconnaissance des troubles.

> *« Le patient il a un rythme, celui de la maladie. Il faut l'accepter. Faire en sorte que la personne accepte le soin c'est hyper difficile. Et une fois qu'elle a accepté l'idée, on a déjà fait un beau chemin. » (Annick)*

Ce processus participe à la transmission d'une culture soignante aux patients, basée sur la réflexivité et la verbalisation. Nous détaillerons ce point par la suite.

iv. Une perte de repères

Les acteurs interrogés à l'HDJ travaillent en psychiatrie depuis de nombreuses années. Ils ont exprimé leur perplexité, espoir ou inquiétude devant les évolutions de leur métier. Tout d'abord plusieurs d'entre eux ont observé la médicalisation de la psychiatrie, en particulier à l'HDJ :

> *« Et ce qui me déplaisait au début quand je suis rentrée en psy, parce que je venais du somatique, c'est qu'on traitait pas les problèmes somatiques des patients psy. Y a un progrès depuis 10 ans. Avant des patients qui avaient des néo [tumeur], on cherchait pas à comprendre pourquoi ils avaient mal. Ou certains qui avaient du diabète... C'était pas trop la priorité. On disait : 'il délire' ou 'non mais c'est pas ça'. Ça m'a choquée plus que déplu ! Je dis pas qu'il faut plus l'un que l'autre mais un juste milieu. » (Anne)*

Imprégnée par la culture somatique, Anne est sensibilisée à d'autres logiques d'action médicale. Elle applaudit le progrès des « psychistes » sur les questions somatiques. Cette évolution est en partie liée à la nouvelle formation des professionnels, infirmiers comme internes.

A l'inverse, Annick interprète cette médicalisation comme l'essor de la technique aux dépends des valeurs humaines. Elle analyse cet effet comme faisant partie d'un mouvement global de déshumanisation :

> *« La psychiatrie est en train de se déshumaniser complètement. Je m'accroche ici parce qu'on fait encore un travail où la personne est reconnue en tant que telle. On respecte l'autre. C'est l'univers qui se déshumanise, la psychiatrie c'est le reflet de la société. On est très individualiste et on pense qu'à sa gueule. Le monde est ainsi maintenant, on pense à soi avant les autres. Y a des gens dehors et on s'en fout.* […] *Donc la psy fait pareil c'est à dire qu'on travaille plus ensemble, chacun de notre côté, enfin dans certains services. On a plus ce partage, on a du mal à donner ça. On traite plus l'être humain comme un être humain. C'est un patient, on lui donne un traitement et il faut qu'il aille bien ! On pense pas à sa vie, son vécu. Il faut que ça aille vite. C'est 15 jours et après on fait sortir vite, on prend plus le temps de rien. Mais c'est pareil dehors. C'est un reflet de la société. Tout le monde de la médecine. Pourquoi les gens vont vers la médecine douce ? Le médecin généraliste c'est pareil, il voit les gens toutes les 15 minutes : un symptôme, un médicament. Mais on est pas ça nous ! On a pas besoin d'un médicament ! » (Annick)*

Un autre tournant dans le rapport médecin malade est celui de l'émergence de collectifs d'usagers qui entendent lutter contre des pratiques médicales jugées paternalistes. Cette dynamique vient répondre à une nouvelle vision du sujet malade comme sujet de droit. En psychiatrie ce courant s'appelle le rétablissement. Soucieux de respecter la liberté des malades, les soignants « psychodynamiciens » accueillent favorablement l'essor de ce mouvement :

> *« Peut être que ça commence à bouger avec des concepts qui nous reviennent, avec l'empowerment. Je trouve ça très intéressant. » (Samy)*

> *« Je trouve des fois qu'on infantilise les patients, on leur donne pas assez la parole. Une espèce de contrôle pour protéger mais on les infantilise. Ce serait moins facile pour le soignant, ça demanderait de beaucoup plus travailler sur nous-même. Y a des endroits où ça se fait, peut être des endroits où on a le temps de réfléchir davantage ou alors c'est moi qui idéalise les choses* […] *» (Annick)*

Néanmoins, ce phénomène semble être minoritaire en regard de la place actuellement réservée aux « fous ». Plusieurs soignants déplorent toujours la stigmatisation de leurs patients. Pour reprendre la définition de Goffman, le concept de Stigmate résulte de l'interaction entre les attentes sociales et la conformité ou non de l'individu. En l'occurrence, les patients de l'HDJ

n'honorent pas les « codes implicites » de l'interaction sociale. Ainsi, pour certains soignants, l'institution incarne la mise à distance des fous et perpétue en conséquence leur stigmatisation :

> *« C'est toujours pareil, comme quand j'étais petit. Les fous il vaut mieux les éviter. C'est bien qu'il y ait des centres pour eux, que les choses soient un peu cachées, et qu'on se mélange pas. J'ai l'impression que ça change pas ça et je me dis qu'on a certainement notre part de responsabilité. Il faudrait expliquer à l'occasion que les fous c'est nous aussi, que l'humanité est faite de toutes sortes de gens qui peuvent décompenser et aller mieux après et je pense que c'est pas valorisant pour une société d'en être encore là, de mettre les fous dans des cases ou dans des endroits bien spécifiques. Je dis pas qu'il faut les mettre à la rue non plus, comme en Italie où on dépsychiatrisait et les gens se retrouvaient à la rue. Mais on est encore dans un truc un peu asilaire. Y a des gens qui s'en occupent très bien mais c'est leur problème, c'est caché et on veut rien savoir ! Je pense qu'on a notre responsabilité là-dedans, qu'on fait pas assez. » (Samy)*

b) De la théorie à la pratique

Les discours des soignants sont complexes, parfois contradictoires. Chaque acteur adopte une pratique de soin qui est censée répondre à son idéologie et à son éthique. Cela s'incarne au quotidien par des pratiques emblématiques comme le fait de vouvoyer ou tutoyer les patients ou encore de donner ou non des informations à la famille. Les points que je vais exposer sont ceux que j'ai considérés comme révélateurs des écarts idéologiques. Ils délimitent grossièrement une ligne de partage entre les « psychistes » et les « médicaux ». Evidemment, au quotidien les pratiques ne sont pas aussi dichotomiques et les acteurs agissent de manière plus nuancée. De plus, d'autres facteurs comme l'organisation hiérarchique ou l'ancienneté viennent complexifier le paysage. Mais il est tout de même intéressant de dessiner ce clivage, qui se montre plus saillant dès qu'une situation devient conflictuelle.

i. Accueillir le patient : une économie morale

A l'hôpital de jour les journées débutent par le temps du café du matin. Tour à tour, un soignant est dédié à l'ouverture de la structure à 8h30. Ce moment d'accueil par un café peut être considéré comme une simple activité conviviale. Il recouvre en fait plusieurs sens symboliques, perçus et défendus par les « psychistes ». Tout d'abord, l'accueil officierait

comme un rituel qui viendrait signifier la répétition du même. Cette conception psychanalytique se retrouve également dans l'analyse du philosophe Philippart (2011) au sujet de la commensalité : « Toute table est rituelle si l'on accorde au rite, ou plus précisément à la ritualité, le sens primordial d'être un dispositif se voulant garant de la perpétuation du lien social ». Cette répétition permettrait de garantir un ancrage aux patients, a fortiori compte tenu de leur pathologie mentale.

Au-delà de la fonction rituelle, ce temps de partage aurait également une fonction symbolique de limite entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution, ce qui renvoie à une notion clé de la psychanalyse. En effet, la psychose se définit par une absence de limites entre le monde intérieur du sujet, siège de représentations et de fantasmes, et le monde réel. Les symptômes délirants naissent de la projection dans la réalité de croyances intérieures (par exemple la conviction d'être persécuté ou au contraire grandiose). Selon cette théorie, l'institution a été pensée comme un cocon permettant de rassurer les patients, à l'instar d'une mère qui apaise son bébé. Cette « contenance psychique » permettrait par la suite aux patients de pouvoir investir le monde (l'extérieur) sans y projeter leurs fantasmes déstructurants. C'est pourquoi, pour les psychanalystes, l'arrivée dans l'institution signe le début du soin psychique, comme l'explique la psychologue de la structure :

> *« Ça fait un peu comme un temps sas, c'est-à-dire que les patients ils arrivent et parfois ils sont parasités par des éléments personnels à digérer, toxiques, et parfois ça peut permettre une reprise par le groupe et une mise à distance.* […] *De mettre des mots, voilà. Et temps sas parce que c'est vraiment le moment où on arrive de l'extérieur et où on se retrouve, avant d'aller commencer les activités. » (Sylvie)*

Etant donné l'aspect thérapeutique présumé de cet accueil matinal, toute l'équipe est supposée y participer, comme nous le précise Sylvie :

> *« On est tous censé, quand on est là en tous cas, assurer ce temps-là. »*

Or en l'occurrence, la gestion de l'accueil du matin est reléguée aux ASH. Ce sont elles qui préparent le café, disposent les verres sur la table, rassemblent les tables pour accueillir le bon nombre de patients et s'y assoient dans l'attente de leur arrivée. Elles restent auprès d'eux pendant 30 minutes environ, de 9h à 9h30, pendant que les infirmières s'isolent dans un minuscule bureau vitré surnommé officieusement « l'aquarium » par les patients.

Officiellement, les ASH n'ont pas vocation à partager des activités avec les patients, elles devraient uniquement assurer la propreté des locaux. Malgré cela, elles sont garantes de ce rituel du matin et lui reconnaissent une fonction relationnelle importante :

> *« C'est l'accueil, on devrait tous y être, c'est ça qui va faire si la journée va bien se passer. L'accueil c'est le moment le plus important, on peut essayer d'apaiser les patients » (Sonia)*

Consciente du glissement de leur fonction vers celle des infirmières, l'une d'elles justifie son engagement par une obligation morale :

> *« Alors que c'est pas notre rôle* […] *mais on pourrait pas les laisser seuls en bas. Moi je pense qu'on devrait être tous ensemble. Les patients ont remarqué que les infirmières sont enfermées dans le bureau, nous on y est tout le temps. Après c'est difficile de dire ce qu'on ressent, c'est pesant » (Sonia)*

Cette vision thérapeutique de la situation est partagée par d'autres professionnels, ce qui dessine des alliances dans l'équipe. Ainsi les ASH sont reconnues par certains comme incarnant un comportement éthique :

> *« Des fois ils nous remercient, le médecin, le cadre… » (Sonia)*

Ces professionnels, correspondant schématiquement aux « psychistes », se trouvent être également vacataires dans l'institution. Lorsqu'ils viennent à l'HDJ, ils ne manquent pas de partager un café avec les patients, répondant ainsi à leur idéal thérapeutique. Cependant, nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait de travailler dans la structure tous les jours depuis des années, ou de venir ponctuellement pour y effectuer une tâche précise, modifie le rapport aux pratiques professionnelles. La difficulté de participer à ce temps d'accueil est d'ailleurs soulevée par la psychologue :

> *« Le matin quand t'arrives y a des fois 20 têtes qui se retournent, qui te disent bonjour, qui te parlent en même temps, qui te serrent la main, qui te lâchent pas la main et un autre qui est en train de te parler… En même temps je trouve ça très riche mais il faut être un peu d'attaque ! » (Sylvie)*

Pour les infirmières, travailler quotidiennement à l'HDJ est un horizon. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le terme « aquarium » est à la fois utilisé par les patients pour ironiser sur l'inaccessibilité des infirmières lorsqu'elles sont isolées dans le bureau, mais également par les infirmières elles-mêmes afin de désigner l'ensemble de l'HDJ dans lequel elles se sentent

piégées. Comme l'observe la psychologue, l'amplitude horaire des soignants implique des écarts de pratiques :

> « *Les ASH y sont tout le temps* [à l'accueil du matin]. *Moi quand je suis à l'HDJ j'y suis aussi. Quand le médecin est à l'hôpital de jour, il y est. Après les infirmières, il faut dire que c'est souvent un temps plus long parce qu'elles arrivent à 8h30, moi je suis plus là après 9h, vers 9h-9h10… donc elles ouvrent à 8h30, du coup des fois elles se partagent. C'est vrai qu'une heure, et puis après t'enchaines les activités, peut-être que c'est un peu difficile.* »

> « [Puis au sujet de l'‘aquarium'] *: En tous cas du côté des soignants, je pense qu'ils trouvent quelques espaces comme ça. Certains y arrivent mieux que d'autres et d'autres ont besoin de temps plus longs. En ce qui me concerne, d'abord je suis pas là tout le temps et ça me va bien. C'est à dire que je suis pas là du matin jusqu'au soir tous les jours. En général je suis là par demi-journées, c'est vrai que ça me va assez bien. Donc j'ai des temps sas autres, ne serait-ce que le trajet. Moi ça marche pas mal avec les trajets donc ne serait-ce que le trajet pour faire CMP– HDJ, c'est un petit temps mais qui me permet de me remobiliser. » (Sylvie)*

Cette différence de participation à l'accueil semble être, en partie, une conséquence de la répartition du travail de chacun, selon une distinction schématique entre « ceux qui pensent » et « ceux qui font ». Mais comme le montre l'exemple de l'ASH Sonia, qui ne justifie pas son engagement par une contrainte hiérarchique ni par un projet thérapeutique mais avec des arguments moraux, il existe une « économie morale » qui dépasse la notion de hiérarchie et d'idéologie. Selon Fassin (2010), « […] on considèrera l'économie morale comme la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social. » Il semblerait dans ce cas que laisser les patients seuls serait intolérable dans l'institution. Les infirmières, sachant les ASH présentes, peuvent se permettre, pour des raisons hiérarchiques, de déléguer cette tâche. Quant aux « psychistes », ils ne peuvent s'autoriser moralement d'être absents, premièrement compte tenu de leur présence erratique et deuxièmement en regard de l'enjeu thérapeutique qu'ils accordent au temps d'accueil. Il semble que les enjeux idéologiques deviennent moraux lorsque les patients sont en jeu.

D'autres éléments viennent révéler des dissensions parmi les acteurs. Parmi eux, la question du vouvoiement ou du tutoiement des patients. Certains voient dans le vouvoiement l'occasion de signifier au patient le respect de son statut, dans une idée de déstigmatisation et de

subjectivation. A l'inverse, d'autres soignants plaident en faveur du tutoiement qui traduit selon eux une proximité et une confiance acquises au cours du temps.

ii. La liberté de manger

Le repas se tient dans la pièce principale de l'hôpital de jour. Dans cette pièce se trouvent plusieurs tables pouvant recevoir six personnes environ. Au moment du repas, les patients et les soignants se répartissent à chaque table selon un ordre particulier. D'abord une table constituée en majorité de soignants, à proximité du bureau des infirmières, puis les répartitions se modifient, jusqu'à aboutir à une table composée uniquement de patients au bout de la pièce, vers les toilettes.

De manière assez schématique, il m'a semblé que les soignants présents quotidiennement à l'HDJ (infirmières et ASH) ont tacitement réservé leurs places à table, à l'instar des patients. Les vacataires, au contraire, sont flottants, choisissant leur place au gré des relations nouées avec les patients durant la matinée, certains leur demandant de manger à leurs côtés. Leur venue restant marginale, l'acte de s'assoir à côté d'un patient relève alors d'un choix stratégique, renforçant ainsi ce que l'on appelle en psychiatrie « l'alliance thérapeutique » avec le patient. Il n'en va pas de même pour le groupe de travailleurs pérennes, pour qui choisir sa place à table revient à déterminer ses conditions de travail pour les prochaines années à venir. C'est ainsi qu'une table « protégée » s'est constituée, formée de soignants et de quelques patients calmes, tandis que les patients jugés sales et bruyants sont relégués au fond de la pièce. Les différentes postures mettent en lumière le caractère équivoque du repas, fonction inclusive et thérapeutique pour les uns, moment de pause pour les autres.

Une infirmière avait questionné sa hiérarchie au sujet du cadre légal du repas en vigueur pour son corps de métier. Officiellement, un temps de pause de 22 minutes est prévu le midi pour les infirmières travaillant toute la journée à l'HDJ. Prendre cette pause impliquerait une rotation à tour de rôle afin qu'il y ait toujours plusieurs soignants présents avec les patients. Mais organiser le repas en s'absentant tour à tour pendant 22 minutes n'est pas évident sur le plan logistique. Ce temps officiel de pause n'est donc pas respecté. Ainsi récemment, la commensalité forcée a donné lieu à des contestations entre catégories professionnelles, les infirmières reprochant aux vacataires leur liberté incarnée par le droit de s'extraire de

l'institution, ces derniers ne comprenant pas en quoi partager un repas convivial avec les patients pouvait être un problème. Cette situation traduit d'une part le sens donné au fait de partager un repas avec un patient, mais également le sentiment d'y être contraint qui est variable selon le positionnement hiérarchique. D'un idéal humaniste à un enjeu de contestation, nous pouvons observer que le rapport au repas en commun n'est pas figé mais évolue selon les enjeux de l'institution.

iii. Pur ou impur ?

L'activité pâtisserie a lieu une fois par semaine par petit groupe et inclut deux soignants et trois à quatre patients. Son but est de cuisiner une pâtisserie que l'ensemble de la collectivité mangera au moment du goûter. Or réaliser et partager un repas pose la question du contact. Comme le souligne Boudou (2012) : « Avant toute considération sur le don ou l'échange de nourriture, et en mettant de côté la question de l'équité du partage et de la mise en commun ou non des denrées, la commensalité est un moment pendant lequel on s'autorise à partager un espace et une substance pacifiquement. Cela implique la possibilité du contact physique, donc une certaine équivalence des 'états de pureté' ».

Lors de cet atelier, les patients portent des gants en plastique pour manipuler puis cuisiner les aliments contrairement aux soignants qui les encadrent. Cette mesure, légitimée par une précaution d'hygiène, traduit une différence de ces états de pureté, dont la limite se situe entre les patients et les soignants. Cela renvoie également au sort réservé aux patients les plus sales, relégués à leur table pendant le repas. Si la saleté de certains est indéniable en regard de nos standards, son traitement dans l'institution révèle des contradictions. La structure porte un projet humaniste qui a pour vocation de ne pas marquer de différence de nature entre les différents individus. Or en pratique, la nourriture et sa confection exige un besoin de pureté qui met en contradiction cette première doxa. Ainsi, le seuil de pureté indexé à chaque patient leur donne accès à des droits variables : avoir ou non une proximité physique avec les soignants, accéder à certaines activités.

La question de la proximité physique culmine lorsque certains patients réclament aux soignants des marques d'affection type câlins ou bisous. Cette situation met Martine en difficulté :

> « *La petite Sandra des fois je la vois pas mais elle me fait des bi* [bisous] *au bras. Je la recule pas non, je peux pas la reculer. J'ai un cœur, je peux pas les repousser. Faut pas oublier que ce sont des êtres humains.* » *(Martine)*

Sa collègue Sonia précise que cet acte est « illégal » :

> « *Sur Edouard Toulouse, à la MAS* [Maison d'Accueil Spécialisée], *certaines AS* [aides-soignantes] *sont autorisées. Moi j'ai travaillé avec des AS qui faisaient des câlins. Mais ici non.* […] *Donc on le montre pas. On risque de heurter certaines personnes. C'est difficile de porter ce fardeau. Pour moi ça devrait être naturel, faudrait même pas se poser la question.* » *(Sonia)*

Le dispositif de l'HDJ est ambigu car les patients le fréquentent pendant des années, créant nécessairement des liens avec les soignants. L'investissement des patients envers les soignants est nommé « transfert » par les psychanalystes. A l'inverse la réaction affective du soignant envers le patient est le « contre-transfert ». Il est admis en psychiatrie qu'il faut garder une certaine distance avec les patients afin de respecter le « cadre de soin » censé protéger les patients comme les soignants d'un investissement excessif. Or pour Martine et Sonia, il est question d'humanité et donc de soin, dans l'affection qu'elles donnent aux patients. Sonia rapporte également que certains patients lui font la bise lorsqu'elle les croise à l'extérieur de l'HDJ, ce qui ne la gêne pas car les rôles ne sont alors pas les mêmes.

> « *Mais moi c'est pas quelque chose qui me dérange. Quand je les vois à l'extérieur, je vais pas leur tourner le dos. Et s'ils me demandent* [de faire la bise], *je vois pas pourquoi je refuserais. Je sais qu'ils sont patients mais ça me dérange en rien. Par contre ils respectent. Quand je les vois ici, ils ont pas le même comportement. C'est pas pareil. C'est à dire qu'ils savent qu'ici ils n'ont pas à me faire la bise ni à me serrer la main.* » *(Sonia)*

La distinction qu'elle fait entre l'extérieur et l'intérieur de l'HDJ, en termes de normes de l'interaction, les patients la font également. Ses propos illustrent ce que Goffman (1968) avait observé lors de son enquête dans une institution psychiatrique, à savoir le fait que contrairement à ce qu'on attendrait d'eux, les malades mentaux s'adaptent aux subtilités des normes de l'interaction.

Ayant pris l'habitude de faire la bise à un patient, les ASH se sont vu reprocher leur trop grande proximité physique, jugée menaçante pour le cadre de soin.

> *« Ils* [la hiérarchie] *étaient pas d'accord. Ils disaient : 'Il* [le patient] *doit pas nous faire la bise. C'est un patient et nous on est soignant.' Mais pour lui dire au patient, c'était un peu gênant. Et comme il avait l'habitude de nous faire la bise… On arrivait pas avec l'autre ASH euh…à lui dire. Alors quand il arrivait on était obligé de se planquer ! » (Martine)*

iv. A chacun son interprétation

Au quotidien les soignants adoptent des postures différentes dans leur relation aux patients. Par exemple, certains vont s'adresser à eux avec distance et respect, d'autres avec familiarité. Les uns vont choisir leurs mots, faire cas de ceux utilisés par les patients, leur demander leur avis et écouter la réponse. D'autres opteront pour des codes plus spontanés, tentant de désacraliser la relation soignant-soignés. Il me semble que la différence entre les deux modèles est le système d'interprétation du quotidien. Autrement dit, certains professionnels attribuent un sens symbolique à ce qui se déroule à l'HDJ, alors que d'autres non. Pour donner un exemple cocasse, un patient mangeait de manière sale et bruyante, engloutissait tout ce qui arrivait sur la table et postillonnait allègrement sa nourriture dans l'assiette de ses voisins. Il est inutile de préciser qu'il mangeait à la table des reclus au fond de la salle.

Lors d'une supervision d'équipe, c'est-à-dire le moment de méta-analyse des situations conflictuelles du quotidien par un psychanalyste, les soignants avaient abordé le problème que posait la présence de ce patient à l'HDJ. En effet, il ne fréquentait que rarement la structure si bien que quelques acteurs avaient l'espoir que sa prise en charge s'arrête. Après avoir tenté de justifier la nécessité de l'exclure par d'autres raisons plus honorables, une soignante avait finalement craché le morceau :

> *« C'est insupportable de le voir manger ! »*

Le superviseur avait alors analysé la problématique du patient, probablement en lien avec sa mère, l'alimentation en étant le symbole le plus parlant. En conséquence, cela interrogeait la fonction maternelle de l'HDJ, le risque de fusion avec les patients et la nécessité de les sevrer pour qu'ils puissent grandir. Il fallait donc arrêter de gaver ce patient, mais sur le plan symbolique et non littéral. Il allait rester à l'HDJ, les pragmatiques étaient déçus.

La psychanalyse a pour particularité de proposer une interprétation du réel qui ne rencontre pas de limites théoriques. Ainsi, à partir d'une situation empirique donnée, l'analyste peut,

d'autorité, énoncer une méta-analyse jusque-là invisible pour les profanes. Olivier de Sardan (1996) nomme cet écueil le « coup du sens caché » : « Par définition, en quelque sorte, on se libère de toute plausibilité empiriquement fondée, émique ou étique, puisque le sens proposé est « opaque » aux acteurs (pas d'adéquation ou d'inadéquation significative) et qu'aucune procédure d'observation ne peut non plus confirmer ou infirmer l'hypothèse. Ce type de surinterprétation est autiste, autoréférentiel. Il marche en boucle, et marche toujours, puisque l'invocation d'une « réalité cachée » suffit à fonder l'argumentation, sans craindre de démentis issus de données quelconques. Multipliez les contre-exemples, vous ne pouvez déstabiliser l'argumentation. »

A l'HDJ, tous les acteurs ne sont pas familiers de la psychanalyse et n'évaluent pas les situations à travers ce filtre. Il en résulte de profonds malentendus, parfois interprétés comme de la bêtise ou du snobisme. Le choix des activités illustre également ces différents systèmes de valeurs. Ainsi, certains raisonnent selon leurs centres d'intérêt ou compétences, comme pour le sport ou l'atelier pâtisserie, quand d'autres vont sélectionner une activité en fonction de son potentiel d'élaboration psychique pour les patients (par exemple raconter des histoires à partir d'un objet ou symboliser un moment de sa vie par une activité artistique).

Quant aux observations de Paule ou Annick au sujet de l'infantilisation des patients, elles se vérifient assez rapidement dans l'institution. En effet, la majorité des infirmières ont un rapport « parental » envers les patients, les appelant par leur prénom, tutoyant les plus anciens, n'hésitant pas à les « gronder » en cas de « bêtise ». Cette attitude s'éloigne effectivement de l'idéal psychanalytique, pour se rapprocher d'une dynamique plus « familiale ». Loin de vouloir trancher sur l'un ou l'autre de ces modèles, il semble néanmoins qu'ils relèvent de normes et de valeurs insolubles au quotidien. Finalement, du matin jusqu'au soir, les soignants s'adressent aux patients, mènent des activités, interprètent les situations cliniques, selon des grilles de lecture cloisonnées. Ce montage est propre à la psychiatrie, notamment par la coexistence de systèmes qui fonctionnent sur des registres différents, du réel au symbolique. D'autres facteurs comme les rapports hiérarchiques interviennent également mais ils sont, quant à eux, largement répandus.

2) Comment faire équipe : entre alliances et oppositions

Paradoxalement, la notion d'équipe est largement évoquée dans les entretiens, perçue comme nécessaire au soin et protectrice. Samy, le psychiatre responsable, est fidèle à la psychothérapie institutionnelle dans sa volonté d'établir une action groupale. Justifié par la lourdeur des troubles psychotiques, le soin n'est envisagé qu'au travers de l'équipe :

> *« Le soin est avant tout institutionnel c'est-à-dire le soin est porté en fait par l'ensemble des soignants et par l'institution. C'est-à-dire quelque chose qui est plus que la somme des soignants et de l'hôpital, qu'on appelle l'institution. Après ça peut se décliner, les soins peuvent être relationnels, psychothérapiques, pédagogiques, éducatifs, médicamenteux évidemment, avec des ateliers de médiation etc. Mais globalement je le résumerais comme ça : le soin, en HDJ en tous cas, il est institutionnel globalement. C'est une affaire à la fois individuelle et à la fois groupale. » (Samy)*

Anne partage ce constat. Dans une approche comparative avec le somatique dont elle est issue, elle pointe la spécificité psychiatrique liée au travail d'équipe :

> *« C'est pas comme en somatique où chacun est dans une case, là on est tous lié. Ça en psychiatrie c'est peut-être mieux parce que le patient c'est le centre et on est tous lié. L'assistante sociale est étroitement liée à nous parce que nous, quand on n'arrive plus à répondre, c'est elle qui prend le relai. Et elle revient aussi vers nous parce qu'elle aussi a besoin de nous. On travaille beaucoup avec l'assistante sociale. Bon après avec le médecin comme toujours. Et même avec les ASH. On travaille moins avec les ASH en somatique, que ce soit en pavillon et encore plus en HDJ. Elles sont proches des patients. Mis à part leur rôle propre qui est de maintenir la propreté des locaux, elles ont un rôle. Les patients ils vont parfois plus se confier à elles, des choses qu'ils vont pas nous dire à nous ! Leur place est importante à l'HDJ, encore plus qu'en pavillon. » (Anne)*

L'équipe permettrait une entraide et un relai auprès des patients. Il existe en effet certains glissements dans les missions professionnelles, comme on a pu le constater au travers de l'exemple des ASH. Cela est rendu possible par l'aspect plus relationnel que technique du travail psychiatrique. Mais finalement les ASH en question déploraient de porter la responsabilité de certaines missions qui ne sont pas initialement les leurs. Alors dans ce cas, s'agit-il d'entraide ou de soumission ?

Pour Samy, ce qui réunit les professionnels et les patients chaque jour à l'HDJ se situe du côté d'un imaginaire commun :

> *« Ce truc en plus c'est peut-être le projet commun ! Qu'on a ensemble, qu'on ne définit pas forcément de manière très précise mais qui est quand même là. Et qui fait qu'on se retrouve au quotidien. Mais qui est pas verbalisé non. » (Samy)*

Cet idéal d'un projet commun a également été évoqué par Sylvie ou Annick. Cela implique que les acteurs soient réunis autour d'un projet identifié et engagés ensemble pour le porter. C'est pour Samy, l'objectif de l'HDJ :

> *« En institution psychiatrique, notamment en HDJ, y a quelque chose de global dans la fonction soignante et chacun y apporte un petit bout. Soignants mais patients aussi, et puis d'autres intervenants. La fonction soignante ce serait cet espèce d'état d'esprit ou on tente d'être avec l'autre vraiment, dans quelque chose d'assez authentique. Dans l'idée de prendre soin de manière partagée, ou chacun prend soin de l'autre.* […] *Ce que j'aime bien dans le dispositif HDJ, c'est qu'il y a beaucoup de gens qui interviennent au quotidien et que cette fonction-là elle est incarnée par plein de gens quasi simultanément. Ça potentialise les effets bénéfiques. Mais on peut le rencontrer ailleurs à partir du moment où il y a une intention, une intention d'être avec autrui et de prendre soin d'autrui. On le retrouve partout mais de façon beaucoup plus parcellaire. » (Samy)*

Ainsi l'idéal thérapeutique regroupe plusieurs éléments : une intention de prendre soin qui serait commune à l'ensemble d'une équipe. Cet idéal est finalement ce qui est le mieux partagé à l'HDJ. Or le terrain révèle des difficultés à faire équipe, en regard de ces attentes. Les acteurs ont d'ailleurs largement évoqué leur déception quant au fonctionnement réel de l'équipe.

a) Les réunions institutionnelles au-delà des clivages théoriques ?

Sur le plan institutionnel, il existe des outils prévus pour favoriser l'échange entre les membres de l'équipe et aboutir idéalement à une forme de collaboration. Il s'agit des réunions d'équipe, se tenant tous les mercredis après-midi et impliquant la fermeture du lieu pour les patients. Il est admis pour les acteurs que la réflexivité permet de garantir une harmonie d'équipe.

> *« Des fois c'est dur parce qu'on n'a pas tous la même formation donc du coup on voit pas les choses de la même façon donc c'est dur. C'est le côté négatif. Le côté positif c'est tout beau, on travaille ensemble. Mais bon à force de discuter on arrive souvent pour le bien du patient à trouver un juste milieu. » (Anne)*

En réalité, tous ne se sentent pas inclus dans ce processus. Ayant assisté plusieurs fois à ces échanges, il semble effectivement que chaque individu s'exprime selon ce qu'il imagine être sa compétence. Autrement dit, les ASH ne prennent quasiment pas la parole, sauf lorsqu'elles sont sollicitées. Les infirmières interviennent peu, hormis Paule qui, du fait de son ancienneté et de son goût pour la psychanalyse, se sent légitime d'apporter son point de vue. En effet, il s'agit également de s'accorder sur le plan théorique, ce qui transparait par le champ lexical utilisé. Le langage employé est en partie celui de la psychanalyse, et plus largement de la « clinique ». Bien que n'étant pas « jargonneux », la légitimité d'intervenir est malgré tout donnée au psychiatre et à la psychologue, probablement parce qu'ils représentent l'autorité intellectuelle de la structure.

> *« On participe aux réunions, un peu... Après si on a pu observer, on peut participer. Si on a observé un patient qui va pas bien, qu'il s'est confié et qu'il peut se mettre en danger, on peut parler, on peut le dire. Mais c'est vrai qu'à part ça… On le sait qu'il faut rester à notre place. Et pourtant nous, on est en demande de pouvoir être un peu plus impliquées. On sait très bien qu'on a un statut d'ASH, on sait très bien qu'on est ASH ! » (Sonia)*

> *« Ça dépend des équipes parce que moi quand je suis rentrée c'était pas les mêmes équipes, et les autres équipes ils te mettaient avec eux. T'étais ASH mais ils faisaient pas la différence. Ils se mettaient avec toi dans le lot. Que là, c'est l'ASH. Ils te disent 'on est une équipe' mais tu gardes ton rôle : ASH. » (Martine)*

Récemment, le chef de service, conscient des problèmes de collaboration parmi les membres de l'HDJ, a mis en place une supervision. Procédé répandu en psychiatrie, notamment dans les structures « psychistes », elle est censée permettre un éclairage des conflits d'équipe à travers le prisme des théories psychanalytiques. Ce dispositif est également fréquemment évoqué dans les entretiens. Selon les acteurs, il recouvre des objectifs différents. Pour Annick, la réflexion autour de ses pratiques lui apporte un éclairage nouveau sur des situations qu'elle juge inextricables. Samy partage l'idée commune qu'un soignant ne fait pas de psychiatrie « par hasard ». La supervision offre pour lui un espace de réflexivité sur soi afin de mettre à jour des enjeux personnels qui pourraient, s'ils étaient gardés inconscients, nuire au travail commun.

> *« Je pense qu'on vient chercher quelque chose quand on travaille en psychiatrie. Ce serait bien qu'on y réfléchisse tous un petit peu. C'est l'intérêt des supervisions » (Samy)*

Soucieuse de la cohésion d'équipe, de par son rôle de psychologue, Sylvie investit beaucoup ce temps de supervision :

> *« Je me dis que là ce qui se passe en ce moment c'est intéressant. J'ai l'impression que dans la supervision d'aujourd'hui les gens ont un peu parlé de leur pratique.* […] *Alors des fois moi j'insiste, je redis les choses. Alors je fais comme je peux pour reprendre sans cesse ce qui s'est joué à l'HDJ, ce qui se joue toujours, ce qui est toujours là. Pour déblayer, faire ce travail d'archéologue, pour essayer de faire que les choses apparaissent. Pour que les gens fassent l'expérience de se dire des choses vraies sans être détruits, sans s'effondrer. » (Sylvie)*

En supervision, de manière encore plus visible que d'habitude, il existe deux types de professionnels. Les initiés, qui parlent et comprennent le langage de la psychanalyse. Ils savent décoder le sens caché sous le masque de la réalité. Et les profanes qui travaillent « en aveugle ». Ceux-ci ne parlent pas la langue, au point de pouvoir ignorer ce qui se cache sous leurs propres mots. L'institution porte officieusement un projet de réflexivité sur soi, processus qui était inhérent à la pratique psychiatrique il y a quelques années mais qui n'est plus évident aujourd'hui.

Ainsi, les réunions institutionnelles perpétuent une certaine vision de la pratique psychiatrique, légitimant les initiés aux dépends des profanes. Ces moments, parce qu'ils concentrent les échanges intellectuels, sont le siège de processus de reconnaissance et d'affiliations. Par le langage, autrement dit le vocabulaire et les concepts utilisés, les professionnels s'identifient et forment des connivences. Malgré son objectif résolument inclusif, il n'est pas rare que certains professionnels soient mutiques, refusent de participer à un jeu de rôle ou manifestent leur agacement ou ennui. Il se pourrait que les profanes, conscients de ne pas appartenir au groupe légitime, ne voient dans ces réunions que la réactualisation de leur disqualification.

Comme l'exprime Paule, dont le départ en retraite imminent facilite l'expression :

> *« Elle est malade de se répéter, l'institution.* […] *Des alliances basées sur le jeu de séduction. On a une supervision et il n'est jamais question dans nos séances de supervision, de là où ça souffre dans nos équipes. Alors on parle du sexe des anges. Il y a eu plusieurs séances de supervision et il n'a jamais été question, et il ne sera jamais question, peut-être, de ce qui fait problème dans cette équipe. Alors que c'est fait pour ça. On va parler de choses et d'autres… » (Paule)*

Plus généralement, Demailly s'est intéressée aux mutations des métiers relationnels et explique qu'« on assisterait à une transformation globale du traitement de l'expérience, caractérisée aujourd'hui par une plus grande valorisation de l'expérience professionnelle, allant de pair avec une obligation de réflexivité. » (Ravon 2008) Elle redoute une psychologisation des rapports sociaux qui confinerait à « légitimer l'ingérence dans le management des subjectivités. » Elle décrit également des phénomènes de « résistance » à cette politique de la relation, en marge de ces nouveaux standards. Cette approche peut éclairer les enjeux plus globaux qui côtoient la problématique de l'HDJ.

b) Les festines : une communion empêchée

Depuis de nombreuses années, les soignants et les patients de l'HDJ se rendent ensemble à une soirée de sardinades dans un des villages organisateurs de la côte bleue, près de Marseille. Inaugurées en 1988 dans la région, les sardinades sont des manifestations basées « sur la convivialité et la valorisation des produits de la mer », comme le précise l'office de tourisme de la ville de Port de bouc. Les habitants se retrouvent chaque été au cœur du village pour partager un repas dont la provenance locale célèbre une identité commune. De grandes tables sont dressées, favorisant les échanges de parole et de nourriture entre les participants. Par analogie à d'autres évènements ritualisés célébrant la commensalité, comme la Fête des voisins, les sardinades se présentent comme une célébration du lien social, qui rompt avec le quotidien, et dont le caractère rituel lui confère l'aura d'une cérémonie (Bryon-Portet 2011).

Jusqu'à présent, les soignants de l'HDJ accompagnaient bénévolement les patients à cette soirée, se chargeant de les encadrer sur place puis de les ramener chez eux à la fin du repas. Lors de la réalisation de mon terrain à l'HDJ, cette tradition a été compromise par un mouvement de contestation mené par les infirmières. Celles-ci affirmaient ne plus vouloir travailler en dehors de leurs horaires, a fortiori bénévolement. Quand cette fête est pour certains l'occasion d'annuler les frontières entre les patients et les soignants, elle est pour d'autres l'incarnation d'une contrainte professionnelle.

En effet, au-delà de la cohésion et de l'appartenance commune au sein de l'HDJ, cette fête par sa dimension régionale permet d'inscrire les participants au sein d'une même communauté. Comme le souligne Bryon-Portet au sujet de la commensalité rituelle : « Elle introduit une

conception cyclique du temps, un caractère répétitif inhérent à la plupart des rites, qui assurent le retour du même, mais surtout une sublimation régénératrice du corps social. Le côté festif, en effet, favorise l'émulation et la cohésion, et la symbolique attachée à la commensalité fait de cette manifestation conviviale une consécration du 'divin social', pour emprunter à Émile Durkheim. »

Paule, nouvellement arrivée dans l'équipe, a initié le mouvement de « résistance » infirmière envers ce qu'elle jugeait être un projet autoritaire. Soucieuse du respect de ses conditions de travail, elle n'envisageait pas de venir bénévolement à une fête « populaire » qui ne répond pas à ses intérêts intellectuels. Or, dans cette équipe, il n'existait pas jusqu'à présent de négociation ouverte entre les professionnels. Il m'a été possible d'observer cependant quelques phénomènes de résistance « passive » aux décisions prises par l'autorité médicale. Par exemple, les infirmières enjoignaient régulièrement les patients à quitter les lieux un peu plus tôt afin de pouvoir elles aussi rentrer chez elles avant l'heure. Le médecin et la psychologue étant là par intermittence, un système décisionnaire officieux s'était installé parmi les infirmières lorsqu'elles étaient seules responsables des locaux.

Or, Paule, figure d'intellectuelle expérimentée, ayant travaillé dans de nombreux services marseillais, a rapidement bénéficié d'une certaine légitimité auprès de ses collègues. Elle est venue concurrencer Latifa, qui par son fort caractère et son diplôme de médecin algérien avait une posture de meneuse jusque-là. Etant d'accord sur la contrainte que représentaient les festines, Paule et Latifa ont convaincu leurs acolytes de refuser cette participation rituelle. S'exprimant calmement et dans les termes des « décisionnaires », Paule a mené la négociation et maintenu le refus infirmier au titre du caractère bénévole du travail. Lorsque le sujet a été abordé officiellement en réunion d'équipe, les autres infirmières ont arboré la mine culpabilisée des « fautifs », laissant Paule parler et regardant leurs mains. Lorsque Samy leur a demandé leur avis, elles ont opiné du chef. Anne a précisé que la responsabilité du travail médical leur incombait lors de cette soirée, ce qui ne leur permettait pas de profiter de l'évènement. Samy a d'abord envisagé de maintenir la soirée, tentant de remplacer les infirmières dissidentes par des volontaires du CMP. Le chef de service a finalement refusé, redoutant de majorer une rivalité déjà bien présente entre les « bons » infirmiers du CMP et les « mauvais » de l'HDJ. Finalement, pour des raisons administratives liées au manque de personnes accompagnantes, les festines ont été annulées.

Si la notion d'équipe est en théorie un socle fondamental dans le travail institutionnel, il se trouve que cette équipe peine à trouver un terrain d'entente au quotidien. Il semble que les tentatives institutionnelles de « faire équipe », par le biais intellectuel ou festif, manquent leur objectif de réunir les professionnels. Nous pouvons supposer que la verticalité de l'initiative peut être un frein à son appropriation par des soignants en mal de légitimité.

3) La psychiatrie face à l'impossibilité de guérir

En psychiatrie actuellement on ne prétend pas guérir les patients psychotiques. Leurs trajectoires de vie restent marquées par des « rechutes » plus ou moins fréquentes, impactant profondément leur autonomie. Cette impossibilité maintient, pour le moment, les professionnels de la psychiatrie dans un projet d'accompagnement du handicap psychique. Cela implique de faire le « deuil » d'une psychiatrie idéale qui fonctionnerait selon les mêmes logiques d'action et d'efficacité que d'autres disciplines médicales. Il en résulte un discours empreint d'humilité voire de complexe quant à leur fonction soignante :

> *« Après si on dit que soigner ça peut être aussi… réussir à vivre à l'extérieur, à maintenir son état de vie, et son domicile, ne plus être hospitalisé, avoir des relations sociales, amoureuses éventuellement. Quand on voit certains patients, c'est déjà pas mal. Il faut être humble quoi ! » (Sylvie)*

Anne, pragmatique, situe depuis toujours l'objectif soignant sur le plan de l'accompagnement. Malheureusement, même dans cette optique, il faut faire face à la déception :

> *« Pour d'autres* [patients] *le problème c'est qu'on y arrivera jamais. Et ça c'est un peu frustrant quand même.* […] *On fait au cas par cas. Faut trouver une vie encadrée style des foyers.* […] *Souvent c'est des patients pour qui on a fait plein de projets qui sont tombés à l'eau ou alors ça a pas tenu. Je pense à un patient, on lui avait trouvé une place en appartement thérapeutique et ça a duré une semaine. Il a pas pu continuer, il s'angoissait, il arrivait pas à vivre, même avec l'équipe. Donc il est retourné sur l'hôpital et maintenant il est aux soins prolongés. C'est de ces patients dont je parle, ceux qu'on arrive pas à faire sortir. Après les soins prolongés, ils vont souvent en maison de retraite puisqu'il y a pas d'autre issue. C'est un peu frustrant parce qu'on y arrive pas. Mais après, en discutant avec eux, nous on est frustré en tous cas moi, mais finalement eux non, ils trouvent un équilibre là-dedans. Eux ils disaient qu'ils voulaient être comme tout le monde, avoir un appartement,*

sortir. Mais en fait ils y arrivent pas. Et finalement comme ils sont rassurés et qu'ils trouvent un équilibre, ils arrivent à accepter cette idée. » (Anne)

Anne soulève la question du sentiment personnel d'efficience au travail. Elle distingue le vécu du patient, qu'elle estime être en paix avec son pronostic, et celui des soignants, renvoyés à leur impuissance. En tant que médecin, bercé par un imaginaire d'efficacité au travail, Samy remet en question cette notion avec scepticisme :

> *« Qu'est-ce qu'on vient chercher quand on a la prétention de soigner les autres ? Ben oui, c'est une prétention c'est à dire on vient dans un endroit où on prétend être en capacité de soigner les autres. Encore faudrait-il se demander ce que nous on vient y chercher. Faire cet exercice de se mettre nous en position inférieure, et retourner l'idée de ce que les patients nous apportent. Ils nous apportent énormément de choses ! » (Samy)*

Si ce questionnement professionnel nourrit sa réflexivité, elle laisse parfois la place à un relativisme qui confine à l'aveu d'échec :

> *« J'ai le sentiment d'être toujours autant perturbé, remué, des fois mal à l'aise par des nouveaux patients que je rencontre. Pas tant dans le sens où ça me toucherait de façon affective, ce qui était le cas au début de ma carrière, ça c'est un petit peu passé. Et heureusement je pense. Par contre remué, en questionnement. Pas à chaque fois mais une fois de temps en temps. Une nouvelle situation, une nouvelle tentative de rencontre, remet en question plein de choses dans ma pratique en fait.* […] *J'ai le sentiment d'être capable de tout remettre en question en termes de modes de pratique, en termes de référence. De chercher de nouvelles façons de faire, de nouvelles idées parce que je suis confronté à une nouvelle situation et que je me sens un peu perdu. Je me sens impuissant. Voilà ça, ça change pas. » (Samy)*

a) Le questionnaire : une institution complexée

Questionnant cette notion d'efficacité et d'impuissance, un projet d'enquête institutionnelle a émergé lors d'une réunion rassemblant les hôpitaux de jour d'Edouard Toulouse. Un psychologue a proposé de recueillir l'avis des patients sur « ce qui est thérapeutique pour eux à l'HDJ ».

Suite à cette réunion, le psychologue et sa cheffe de service ont tous deux diffusé l'information auprès des responsables des HDJ, précisant leurs objectifs. L'importance de maintenir un retour réflexif sur les pratiques était avancé comme argument principal, en écho

avec la tradition de la psychothérapie institutionnelle. Plusieurs options étaient proposées pour le recueil d'informations : en entretien individuel, sous la forme d'un questionnaire, en réunion communautaire, ou encore en petits groupes. Il était suggéré qu'une personne extérieure à la structure, comme un interne ou un stagiaire, mène l'enquête afin de limiter les biais dans les réponses des patients. Les enquêtes devaient être réalisées durant l'été et les données partagées lors de la réunion suivante, le 09/10/2015. La notice encourageait la rédaction d'un article à l'issue de l'enquête. Or la publication, véritable dispositif performatif pour le contenu scientifique est actuellement la spécificité de la psychiatrie universitaire. Cette initiative traduit peut être une volonté de l'institution de légitimer ses savoirs.

Favorable au projet, Samy en a exposé les contours lors de la réunion d'équipe hebdomadaire du mercredi après-midi. Une partie de l'équipe s'est montrée enthousiaste, l'autre a approuvé passivement. La question s'est posée de trouver un volontaire pour mener cette enquête avec moi. Sans surprise, Paule a été la seule intéressée. Novices en méthodologie, nous avons choisi un protocole simple, réaliste, et si possible exhaustif. En effet, nous avions la volonté d'interroger tous les patients, convaincues du bienfait de cette entreprise. L'annonce du projet aux patients a été faite lors d'une réunion communautaire du lundi matin. A l'instar du dispositif existant pour les soignants, il existe un temps de réunion hebdomadaire prévu pour les patients. L'objectif se veut démocratique et doit permettre l'expression de tous, au-delà de l'organisation hiérarchique. En pratique, à l'HDJ, très peu de patients participent, les sujets de débats sont redondants et le plus souvent proposés par les soignants. Ce jour-là, nous avons exposé le projet et attendus leurs réactions. Ils ne semblaient ni surpris ni inquiets, certains plus enthousiastes que d'autres à l'idée de participer à une enquête. « On fait de la recherche ! » nous a dit l'un des patients, sourire aux lèvres.

Nous avons ainsi interrogé 21 patients sur 25, du mois de juillet au mois d'octobre 2015 par petits groupes de 5 à 6 personnes, établis à l'avance. 4 patients n'ont pas été interrogés du fait d'une fréquentation erratique de l'HDJ ou de la présence d'un sentiment de persécution qui, selon nous, contre-indiquait le fait d'être soumis à un cortège de questions. L'infirmière a assuré la diffusion de l'information et l'organisation des groupes. Comme toutes les autres activités, les patients devaient s'inscrire sur le panneau d'affichage. Mais dans notre volonté d'exhaustivité, nous avons été beaucoup plus actives dans le recrutement que d'ordinaire. Nous avons choisi de poser six questions aux patients : Qu'est-ce qui vous a amené à l'HDJ ? Qu'est-

ce que la fréquentation de ce lieu vous a apporté ? Quelles ont été les conséquences sur votre entourage et votre travail ? Pouvez-vous nous raconter un moment qui a été thérapeutique pour vous ? Si vous aviez une baguette magique quels changements feriez-vous à l'HDJ ? Quels sont vos projets pour la suite ?

Avec leur accord, nous avons pris des notes à la main, le dictaphone ayant été jugé trop intrusif par l'équipe. Le recueil d'informations réalisé, nous avons essayé de dégager des thématiques de leurs réponses, en vue de la restitution lors de la réunion finale du mois d'octobre. Comme évoqué précédemment, leurs propos étaient très favorables envers l'HDJ et il n'était pas question d'opérer le moindre changement. Etant dans une posture critique vis-à-vis de l'institution, Paule était perplexe. Elle s'interrogeait sur le sens de ces réponses, interprétant parfois cette approbation comme la preuve de la soumission des patients, et parfois comme un authentique signe de satisfaction. Mais alors que dire de cette institution qui frustre les soignants et comble les patients ?

La réunion de restitution s'est tenue dans les locaux de l'un des HDJ concernés. S'y trouvaient les binômes ayant interrogé les patients, le plus souvent composés d'infirmiers, ainsi que quelques médecins responsables des structures. Ayant quelque temps plus tôt décidé de faire de l'hôpital de jour mon terrain d'enquête pour mon mémoire de Master 2, j'avais prévu d'enregistrer cette réunion afin d'y analyser les enjeux autour de ce projet. Je me suis donc présentée en tant qu'interne et en tant que jeune chercheuse, armée de mon dictaphone. Je devais demander l'autorisation d'enregistrer cette séquence, mais je ne savais pas auprès de qui. Le psychologue à l'initiative du projet, repéré par tout le monde comme légitime de décider, s'est tout d'abord montré réticent à ma volonté d'enregistrer : « j'ai peur que ça bloque la parole ». Ainsi comme les patients à l'HDJ, il s'agissait ici aussi qu'une parole puisse être exprimée. Ma démarche, jugée réflexive, a finalement été acceptée.

Les modalités de la restitution ont été données par le psychologue en début de séance : chaque binôme exposera ses données à tour de rôle. Docilement, le premier groupe a commencé, suivi par les autres. Rapidement, la question de la méthodologie employée s'est posée, certains ayant utilisé le temps déjà institutionnalisé de la réunion communautaire, d'autres comme nous, ayant créé de nouveaux groupes de parole, ou encore utilisé ce thème lors d'un atelier d'écriture. Chaque binôme avait à cœur de justifier la pertinence de son choix en utilisant les valeurs de référence : la décision en équipe :

> *« Ceci dit ça a été un choix de l'équipe en réunion clinique : de ne pas faire ça en réunion communautaire, ça a été un choix de l'équipe, ça s'est parlé et ça a été choisi, de faire ce genre de choses en atelier plutôt ciblé* […] *C'était un choix réfléchi. On en a parlé en réunion clinique, on a pris un temps et on a opté pour ça. » (Un infirmier)*

La décision collégiale est une valeur importante pour les soignants. Elle témoigne d'une vision démocratique du soin propre à la psychothérapie institutionnelle.

Au fil de la réunion, des réponses très prosaïques ont été égrenées par les binômes, retranscrivant fidèlement les propos de leurs patients. En l'occurrence, des éléments de la vie ordinaire étaient pointés comme thérapeutiques : se lever le matin, faire des rencontres, ne pas être seul chez soi, faire des activités manuelles, aller au cinéma, partir en vacances… Et la trivialité de ces réponses semblait frustrer certains soignants désireux d'une réflexivité plus poussée. Ainsi le psychologue à l'origine du projet a tenté de complexifier le débat :

> *« Le groupe de parole a révélé que c'est pas les premières réponses qui sont les plus intéressantes, c'est quand ça devient compliqué. En fait c'est une question* [qu'est ce qui est thérapeutique à l'HDJ ?] *qui peut être simple au premier abord, donc c'est vrai qu'en réunion communautaire les premières choses qui viennent ce sont des pléonasmes : thérapeutique c'est se faire du bien… En fait ça peut très vite se complexifier. Le dispositif de réunion communautaire, moi pour l'avoir testé, je pense pas que ce soit très adapté pour arriver à penser. Au début oui mais… […] c'est une question simple mais qui peut devenir très compliquée. » (psychologue)*

Les échanges dévoilaient une discordance évidente entre les professionnels, quant à la valeur heuristique des paroles de patients. Se sentant responsable de la dialectique de la réunion, le psychologue a poursuivi son effort pédagogique :

> *« Et ils* [les patients] *étaient intéressés ? Concentrés ? Ça leur a donné à penser quelque chose ? »*
>
> *« Et il n'y a pas eu de choses vraiment intimes, personnelles ? Des parcours de vie ? »*

L'expression « donner à penser » illustre bien le modèle « psychiste » du psychologue, pour qui le sujet psychotique est entravé dans sa capacité de penser. Par ailleurs, son insistance dans le débat du jour traduit toute l'ambigüité du statut du psychologue dans une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie. Dans de nombreux services, en plus d'être psychologue pour les patients, ces professionnels endossent implicitement un rôle de psychologue pour l'équipe.

En stimulant les associations d'idées chez les soignants, cet acteur révélait sa tentative de « donner à penser » aux patients comme aux soignants.

L'écart entre l'idéal recherché par certains professionnels et la réalité du terrain peut donner lieu à de la frustration. En l'occurrence, déçu par les apports des soignants comme des patients, le psychologue a finalement laissé paraître sa propre quête de sens :

> *« Parce que ça marche pas vraiment en psychiatrie. On ne guérit pas donc y a déjà un problème ! On a beau soigner, on s'en sort quand même pas donc y a quand même un problème. A un moment on rencontre ce problème, dès qu'on essaie de l'aborder plus, de plus près. Hein la question c'est pas juste comme ça pour en discuter là ! »*

Finalement le choix de la question : « qu'est-ce qui est thérapeutique à l'HDJ ? » semble faire écho aux doutes de certains professionnels. A l'inverse, d'autres soignants ne paraissent pas affectés par cette question. Ces écarts ont entravé la possibilité d'un débat de fond et de définition d'un projet commun.

b) L'avis des intéressés

Dans une perspective ethnographique, il m'a semblé important d'interroger quelques patients afin de préciser leur point de vue sur l'institution. S'il est vrai que le sondage avait fait émerger leur satisfaction quant à la prise en charge, d'autres aspects ont permis d'éclairer ce rapport « docile » à l'HDJ.

J'ai réalisé trois entretiens semi-directifs avec des patients volontaires qui s'étaient déjà enthousiasmés du projet de sondage. Parmi eux F, âgée de 53 ans, fréquente l'HDJ depuis 12 ans environ. Assez corpulente, les yeux baissés et dodelinant de la tête, elle est connue pour être une grande bavarde, avec ou sans interlocuteurs pour l'écouter. Marseillaise d'origine, elle est la fille unique d'un couple d'origine modeste. Elle a été hospitalisée en psychiatrie à l'âge de 17 ans, vraisemblablement au cours d'un premier épisode psychotique, annonciateur d'une schizophrénie. Elle suivait alors des études en CAP, qui ont été interrompues. Lors de période d'accalmie de sa maladie, elle a tenté de suivre une formation d'aide-soignante, son rêve étant de devenir infirmière. Etant réhospitalisée fréquemment, elle n'a pas pu aller au bout de son cursus. Elle a fréquenté de nombreux établissements marseillais, hôpitaux comme cliniques, au gré de ses rechutes fréquentes. Sa mère étant décédée il y a peu, elle demeure proche de son

père, chez qui elle passe une partie de son week-end. Elle a vécu en couple pendant de nombreuses années mais son conjoint est mort il y a quelques temps, pour une raison qui m'est inconnue. Elle n'a pas eu d'enfants, a peu d'amis et semble assez isolée sur le plan affectif. Malgré tout elle vit seule en appartement et gère son quotidien de manière autonome. Elle vient quasiment tous les jours à l'HDJ et participe avec entrain à toutes sortes d'activités, du chant, au sport, à la lecture de poésie. Etant limitée dans sa mobilité, elle ne s'inscrit que rarement aux sorties. D'un naturel enjoué, F est appréciée des soignants comme des autres patients. Sa fluence verbale peut toutefois en agacer certains. Assez sensible et empathique, elle cherche à créer des liens avec les gens qui l'entourent. C'est ainsi qu'elle m'a gentiment écrit une lettre de remerciement lors de mon départ.

Vient ensuite S, âgé de 49 ans et venant à l'HDJ depuis 18 ans. Originaire de Marseille également, il occupe une place remarquée dans l'institution. Intéressé par l'échange, S se montre toujours enclin à donner des conseils ou à débattre avec ses congénères. Assez déférent et regardant fixement son interlocuteur, il adopte une posture de bon élève et de bon camarade. Il a d'ailleurs lié une amitié forte avec un autre patient de l'HDJ, le voyant en dehors et cheminant ensemble en métro. Il parle avec fierté de sa vie à l'extérieur de l'hôpital qu'il juge privilégiée. En effet S vit en concubinage et partage de nombreuses activités avec son amie, comme aller au restaurant ou au cinéma. Son long parcours institutionnel ne le destinait pas, selon lui, à cette situation inespérée : S a été hospitalisé environ 10 ans d'affilée à Edouard Toulouse, suite à un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Il garde de cette expérience une connaissance aiguisée de la vie institutionnelle et la gratitude d'en être sorti. Lors de la mise en place du sondage, il s'est montré très investi. Suite à cela, il a tout de suite été volontaire à la poursuite de mon enquête, en participant à un entretien. Son discours étant parfois décousu, sa participation pose d'ailleurs la question de l'exploitation et de l'interprétation de propos incohérents. Nous y reviendrons dans la discussion.

Enfin, K, âgée d'une quarantaine d'années et présentant une trajectoire différente. N'étant pas schizophrène, elle a été hospitalisée beaucoup plus tardivement dans sa vie. Ayant présenté des idées suicidaires, dans un contexte de violences conjugales, elle a elle-même demandé à être hospitalisée dans une clinique. Suite à des rechutes dépressives fréquentes et à sa difficulté à vivre seule, un projet d'HDJ a été mis en place. Un trouble de l'humeur lui a été diagnostiqué. Née à Marseille de parents d'origine maghrébine, elle a une fille issue de son premier mariage.

Elle vit actuellement avec elle, expliquant trouver du réconfort auprès d'elle et de sa mère. Elle ne travaille plus depuis quelques années. Sur le plan psychiatrique, elle est la seule de l'HDJ à présenter des troubles jugés plus « légers ». En effet, elle n'a jamais présenté de trouble délirant entravant son jugement, ni d'hospitalisation sous contrainte en hôpital psychiatrique. Elle connait une autre psychiatrie, celle des non psychotiques, qui gère, le plus souvent en clinique, les dépressions, troubles anxieux ou deuils dits pathologiques. Néanmoins, elle n'évoque jamais cette différence, cherchant à s'intégrer auprès des autres patients et revendiquant son statut de malade. Elle vient un peu moins fréquemment dans l'établissement, à raison de trois fois par semaine et participe à de rares activités. Elle met en avant son suivi avec la psychologue qu'elle investit beaucoup.

i. Apprendre la culture soignante

Pour F, comme pour de nombreux patients de l'HDJ, la maladie psychiatrique est une maladie incurable, qu'il s'agit de stabiliser à défaut de pouvoir la guérir. Chez certains, comme K, la maladie s'étant faite sentir plus tardivement, il existe un espoir de guérison envisagé à très long terme. C'est pourquoi, fruit de leurs nombreuses interactions avec le milieu médical, la notion de soins est bien connue des patients. Ils semblent investir des moyens thérapeutiques différents selon la culture soignante dans laquelle ils ont baigné. J'ai pu objectiver une redondance dans leurs discours, témoignant de l'apprentissage exercé par les soignants autour de la culture du soin. Dans cet héritage, le médicament et son efficacité arrivent en tête des options thérapeutiques :

> *« On se stabilise avec le traitement, mais si on arrête le traitement fiou c'est fini ! On retombe ! On est pas bien, on fait que des bêtises, on fait n'importe quoi. On parle aux gens alors qu'ils y sont pour rien, on gueule sur les gens. Ça se voit si quelqu'un prend pas le traitement, ça se voit de suite. Ah oui c'est les béquilles et ça nous aide à avancer. Mais moi je les ai à vie, je les ai à vie. C'est 2 piqûres par mois et des cachets. Le traitement il est à vie. Y a des gens qui arrêtent le traitement. Oh ça va pas ou quoi ! » (F)*

> « [Quel est le rôle du psychiatre ?] *Qu'il donne de bons cachets, de bons médicaments. Ça c'est très important, parce qu'une fois qu'on a trouvé sa croisière, sa croisière médicaments, on ressent au bout de quelque temps que c'est vraiment son traitement. On peut le modifier par la suite mais quand c'est bon tout est bon, on peut en rester là. On pense plus à diminuer ou quoi.*

On a confiance au docteur qui dit ce traitement on va l'essayer. Et ça marche ! » (S)

« Heureusement j'ai un traitement, il fait beaucoup pour mon moral, les pleurs, les angoisses. Il a contribué pour que j'aille mieux et je vais mieux. Mais tout a contribué, les psy, le traitement. Au début je pensais pas que j'allais m'en sortir et j'ai vu le changement quand même » (K)

S'ajoute au médicament l'enjeu de reconnaître ses troubles, que les patients énoncent tous comme une garantie de guérison. Par expérience, cet enjeu est très présent dans le discours soignant en psychiatrie. Sortir du déni a été établi comme une étape indispensable à la construction psychique, notamment par la psychanalyse. De plus, cette reconnaissance permet aux soignants et aux patients d'établir une forme d'alliance, de connivence, travaillant ensemble à combattre un ennemi commun.

« Il faudrait qu'ils [les autres patients] *le reconnaissent. Quand on reconnaît sa propre maladie, on a fait le travail. » (S)*

Comme le montre Coutant (2012) dans son enquête en unité d'hospitalisation d'adolescents située en banlieue parisienne, l'institution transmet aux patients la culture du « pouvoir dire ». En effet, dire ses troubles, les mettre en mots, témoigne d'un processus psychique pensé comme nécessaire à la guérison. Cette technique thérapeutique est d'ailleurs évoquée par tous les patients, par une métaphore évoquant la vidange :

« […] Se soulager verbalement, ça c'est très important. Les gens ils sortent heureux, contents. Ils vont s'assoir et ils réfléchissent, ils arrivent à faire une pause dans leur tête, à savoir ce qu'ils ont dit ou pas. Ça c'est la routine et la base pour une psychologue, et ils en sont très heureux. » (S)

« Elle discute avec la personne et la personne elle parle librement. Si on arrive pas à parler avec les autres et ben on parle avec la psychologue et ça fait vachement du bien de parler, ça dégage tout ce qu'on a en nous. S'il y en a dedans il faut que ça sorte, pas le choix. Il faut crever l'abcès, y a pas le choix ! […] *Sinon on est bloqué, on peut pas... Si on est bloqué, ben ça dépend. Y en a qui font que gueuler, moi je parle, je suis une pipelette ! » (F)*

« La bulle c'est où je suis dedans. Moi et mes problèmes. Mais comme j'en parle ça fait que j'ai une petite ouverture. » (K)

Lors des entretiens, les patients se sont montrés dithyrambiques au sujet de l'HDJ, son fonctionnement et surtout le personnel soignant. Tout en gardant à l'esprit le biais lié au fait d'être volontairement enregistrés par une interne, cette déférence est également observable au

quotidien, de la part de nombreux patients. Plusieurs hypothèses pourraient éclairer ce comportement, à commencer par une adhésion très forte aux soins, sous-tendue par la crainte d'une rechute éventuelle :

> *« Je ne rate aucune piqûre à la maison, l'injection je la suis. » (S)*

> *« Une fois tous les 14 jours, le samedi matin j'ai l'injection donc le samedi que j'ai l'injection je bouge pas de la maison, j'ai pas le choix.* […] *Si on prend pas des médicaments c'est fini on rechute, et oui ! » (F)*

La conception de la maladie mentale comme celle d'une maladie chronique faite de rechutes et de stabilisation, maintient certains patients dans un engagement au long cours dans les soins. A l'instar d'une autre maladie chronique, comme le diabète par exemple, un discours centré sur l'hygiène de vie, les mesures préventives, les signes annonciateurs d'une rechute est apparu. Par ailleurs de nombreux programmes d'éducation thérapeutiques ont vu le jour, dans l'optique de responsabiliser les patients au sujet de leurs troubles et de décloisonner la maladie mentale du champ de la santé. Cette conception de la maladie s'inspire du modèle des pathologies somatiques et fait la part belle à l'expertise soignante :

> *« Et Dr D., pas besoin de lui préciser ce qu'on veut, il comprend au quart de tour.* […] *Mais parce qu'en psychiatrie c'est d'abord le traitement, mais pour trouver un traitement comme ça, faut être un génie ! Ils ont des colloques des trucs comme ça. Ça me dépasse. Le médicament ça doit donner un bon équilibre de vie. Un psychiatre heureusement qu'il est là pour savoir des choses sur nous et donner le bon médicament. Et ça marche ! Et quand ça marche, il voit aux entretiens et puis on en discute. Et puis on ne peut pas mentir au psychiatre. Il voit très bien où ça cloche et où ça cloche pas. Parce que pas tout le monde peut être psychiatre, on apprend beaucoup de choses en psychiatrie. » (S)*

> *« On discute beaucoup, elles* [la psychiatre et la psychologue] *me posent des questions. Je leur explique ma vie d'avant. Et on essaie de voir un peu le futur. Et Dr A et Mme D elles me questionnent, elles m'écoutent parler, on parle beaucoup du sujet duquel on est en train de parler quoi. Elles m'expliquent, elles me conseillent beaucoup, beaucoup, énormément. Heureusement qu'elles sont là, j'ai un appui derrière. Elles me remontent le moral et elles me boostent à fond. Quand je sors de leur bureau je me sens toute changée. J'ai plus mal à l'estomac, j'ai plus mal au ventre, je suis plus angoissée. On a répondu à mes questions, mes doutes. » (K)*

A la mesure de la douleur des rechutes, les patients nourrissent une reconnaissance intense envers les professionnels qui les ont accompagnés jusqu'à leur stabilisation :

> *« Je vais au fond du puits, quand j'arrive à rien faire, quand y a rien qui va. Voilà. Je tombe au fond et grâce à Mme D. et Dr A., elles m'ont aidée et je suis remontée petit à petit à la surface. » (K)*

Cette profonde gratitude envers les soignants témoigne probablement d'une impression d'amélioration pour ces patients. Cependant, elle pose obligatoirement la question de la dépendance. Comme nous l'avons vu, les durées de fréquentation de l'HDJ s'étendent sur des années et ne sont que rarement questionnées par l'équipe. Lorsqu'elles le sont, c'est le plus souvent parce qu'un patient dénote avec le fonctionnement de la structure. Or le projet médical officiel suppose de promouvoir l'autonomie des patients. Le paradoxe se maintient donc : on soigne des patients « stables », autonomes, s'étant approprié leur maladie mais ne pouvant envisager de vivre sans l'HDJ :

> « [Vous aimeriez changer des choses ici ?] *Non ! ça me convient comme c'est, c'est très bien comme ça. » (K)*

> « [Comment envisagez-vous l'avenir ?] *La retraite ! Je plaisante, je sais pas. Je me vois bien rester ici. Peut-être dans quelques temps passer à autre chose. Mais c'est au docteur de me le dire, ou au personnel. » (S)*

ii. Etre malade

Etant hospitalisés depuis longtemps, les patients évoquent, non sans émotion, l'accueil réservé à leur statut de malade dans l'espace social. La réaction de F, suite à l'indiscrétion de son psychiatre quant à son diagnostic, en témoigne :

> *« Ma foi j'étais pas bien puisque j'étais hospitalisée, ça je sais bien. Mais franchement devant les autres dire tout ça* [son diagnostic], *ça se fait pas ! Devant moi seule à seule d'accord. » (F)*

Ce qui la blesse particulièrement, lorsque son diagnostic est énoncé devant d'autres personnes, est l'impact social dans cette annonce. Autrement dit, elle accepte le diagnostic et sa réalité, se montrant coopérante dans les soins, mais refuse les conséquences sociales que cela implique. Tout son discours exprime d'ailleurs la crainte ou l'expérience malheureuse de la stigmatisation. F évoque notamment l'épreuve du regard des autres lorsqu'elle prend le bus pour aller à l'hôpital Edouard Toulouse :

> *« C'était pas évident d'être dans un hôpital psy, les gens ils nous jugent pas menfin dans le bus quand on appuyait à l'arrêt devant Edouard*

Toulouse… J'étais gênée d'appuyer, de descendre, mais bon qu'est-ce qu'il faut faire, c'est comme ça. Les gens y croient qu'on est pas bien, qu'on est des fous. […] *C'est pas que je me trouve pas normale, c'est pas ça, mais quand je descends à Edouard Toulouse les gens y croient qu'on est fou mais c'est pas ça, on est pas des fous on est des patients ! » (F)*

Lorsque je la questionne sur la différence entre « fous » et « patients », elle me répond :

« Les patients c'est pas de leur faute, c'est comme ça, ils ont un traitement à prendre mais c'est pas de leur faute. Ils sont nés comme ça, on sait pas. » (F)

Le terme « patient » fait référence à un état pathologique validé par la médecine et disculpe les patients du sentiment d'être responsables de leurs troubles, voire fautifs. Certaines pratiques, autrefois jugées déviantes (consommation d'alcool ou de drogue, pratiques transgenres etc…), sont récemment devenues des symptômes. Leurs auteurs, convertis en malades, sont orientés vers le système médical. Ce passage de la faute à la maladie pour les malades mentaux est sous-tendu par l'idée d'un déterminisme biologique. A de nombreuses reprises F, comme d'autres, préciseront leur statut de malade pour justifier leur comportement. Cette revendication vient probablement en réponse à une stigmatisation sociale très forte du statut de « fous ».

Très conscients de leur pathologie et du traitement social qui lui est réservé, les patients m'ont tous relaté leurs astuces afin de dissimuler leurs troubles. C'est le cas de F lorsqu'elle fait les courses, afin de cacher sa difficulté à retenir les informations :

« Des fois je fais des courses : je vous dois combien madame s'il vous plait ? Elle me le dit le prix mais le prix il y est plus après [en montrant sa tête]. *Alors je lui redis : Excusez-moi madame j'ai pas bien compris, combien je vous dois ? Alors elle me dit et je calcule et je lui donne ce qu'il faut quoi. Pardon madame vous pouvez regarder parce que j'ai les lunettes de loin mais si je regarde je vois pas bien ? Donc je lui donne le portemonnaie, elle ouvre et elle prend la monnaie et je surveille la monnaie qu'elle prend. » (F)*

Ingénieuse, elle prétexte une mauvaise audition ou une vue défaillante afin de palier à son trouble. Ces conduites sont fréquentes, subtiles, et rompent avec la vision commune de la maladie mentale comme incapacité totale à répondre aux interactions sociales. Elles renvoient aux observations faites par (Goffman 1975) dans son livre traitant du vécu de stigmatisé. Il y présentait les stratégies employées par les personnes handicapées pour dissimuler leur « tare ».

De la même façon, lorsqu'il se présente à des inconnus, S emploie préférentiellement certains mots et en évite d'autres, bien conscient de leur impact social :

> *« Si on m'aborde je sais tourner la chose autrement, vous savez pourquoi ? Parce que quand on dit travailleur handicapé ça parait plus dur que quand on dit invalidité, parce qu'invalidité tout le monde la recherche. Quand tu es invalide, on t'embête pas. Les gens qui discutent un peu ils se disent : invalidité ? Ah c'est peut-être le travail, c'est peut-être un divorce. Mais de dire je suis travailleur handicapé ou handicapé ça je le dis jamais, ou alors par la suite. Mais la présentation et l'image est différente. » (S)*

Ainsi, lorsqu'il décline son identité sociale, S utilise le terme générique d'invalidité qui recouvre toutes sortes de pathologie sans mentionner sa spécificité psychiatrique. Pour S, le stigmate ne vient pas du mot « fou », mais du statut de personne handicapée. Là où l'invalidité peut qualifier un état transitoire, le handicap évoque pour lui une « tare », un déficit :

> « [Qu'est-ce que les gens imaginent ?] *: Qu'on a beaucoup de lacunes et qu'on manque de jugeote. Qu'on manque… comme une case en moins, qu'on manque de lucidité, de clarté… dans ce mot handicapé. Invalidité c'est un secret qu'il faut chercher. » (S)*

Depuis quelques années, la maladie mentale est reconnue comme un handicap psychique, ouvrant le droit aux malades de bénéficier de l'allocation adulte handicapé (AAH). Voulue comme une garantie de revenus pour les malades mentaux, cette allocation est néanmoins perçue par les patients comme la preuve irréfutable du stigmate :

> *« Je refusais ce mot 'handicapé, 'travailleur handicapé'. Des fois la psychiatrie a des mots durs… » (S)*

> *« Ça fait mal mal mal mal ! Je suis pas handicapée des mains ça c'est sûr. Et ben oui j'aurais pas l'AAH si il n'y avait pas quelque chose… » (F)*

A l'HDJ tous les patients reçoivent l'AAH. Cette mesure est en général mise en place lorsque la maladie se chronicise et que les patients ne sont plus jugés aptes à travailler. Cette allocation constitue alors leur seule base de revenus.

La question du travail est apparue spontanément dans mes entretiens avec les patients. S'excusant souvent de ne plus pouvoir travailler, ils vivent alors douloureusement ce qu'ils perçoivent comme un manquement. Ainsi S déplore de ne pas être travailler, quitte à être un travailleur handicapé :

« Comme des vrais travailleurs, parce que eux ils ont l'étiquette de salarié ! » (S)

Il semble considérer que le fait de travailler, dans un ESAT si l'on est handicapé, compense socialement le handicap. Autrement dit, il vaut mieux être travailleur handicapé que simplement handicapé. Etre salarié est pour lui un idéal. F a également un rapport douloureux au travail. Elle décrit une expérience de stigmatisation sociale en lien avec son statut de malade chronique :

« Une fois on est sorti d'ici [l'HDJ], *y a la pizzeria pas loin. Y a deux monsieur qui sortaient de la pizzeria, ils disaient : 'Eux ils travaillent pas et nous on travaille et on donne les sous pour eux. Et on paye les factures à cause d'eux, c'est pour eux qu'on paye. Ils travaillent pas mais c'est nous qu'on leur paye.' Alors ça veut tout dire, que nous on est fainéant quoi. Qu'est-ce qu'il faut faire ? On est comme ça ! » (F)*

Plus que le rejet, ce discours sous-entend que F se sent en dette vis-à-vis des autres travailleurs, qui assumeraient à sa place une participation sociale. Comme de nombreux patients elle s'empresse de se justifier :

« Quand j'ai travaillé je cotisais mais j'ai pas travaillé assez longtemps. C'est le docteur qui m'a tout arrêté, il fallait pas que je l'écoute. Il me gardait mon traitement, il aurait fait ce qu'il fallait et je serais infirmière. Je voulais faire infirmière. Je voulais faire une formation mais j'ai pas pu. J'ai fait 11 mois mais il fallait 12 mois pour être titulaire. J'étais aide-soignante mais aide-soignante c'est pas de tout repos. » (F)

De la même façon, S semble incriminer sa maladie et le dispositif médical comme l'ayant entravé dans sa réalisation professionnelle :

« Parce que moi j'ai très peu travaillé mais le travail je l'ai trouvé bon. Moi je me régalais à travailler. Tout a échoué. Mais quoi faire dans un hôpital ? » (S)

Par expérience, les professionnels de santé sont souvent très frileux sur la reprise du travail par les patients, redoutant qu'ils soient exposés à un excès de difficultés. Finalement, travailler semble être un enjeu de taille pour tous les acteurs : jugé à risque de décompensation par les soignants et marque de normalité par les patients.

iii. L'HDJ comme espace social

Fréquentant l'HDJ pendant de nombreuses années, les patients vivent la majorité de leurs interactions sociales dans l'établissement. De plus, ayant souffert de rejet, se retrouver entre soi semble être un élément apprécié par les patients. Visible par l'observation et exprimée lors des entretiens, il règne une certaine bienveillance entre les malades de l'HDJ. Cette délicatesse s'illustre notamment dans leurs discussions :

> *« Oui, y en a un* [patient] *qui viendra manger à la maison, il est d'accord. Je lui ai jamais demandé ce qui lui était arrivé, on est ami mais je lui poserai jamais la question. Moi je lui ai raconté mes problèmes, pas tout. Mais lui, il entend pas les problèmes qu'il a eus, il en parle pas. Alors je cherche pas. » (S)*
>
> *« Ça fait qu'on voit des gens, on discute, on rigole, on parle avec le personnel, on fait des activités. Mais malade mental ça c'est dur de parler de ça. » (F)*
>
> *« Moi je suis quelqu'un que j'aime bien parler, ça me soulage. Mais entre nous c'est très rare. On parle de… des fois, pas tout le temps. Parce qu'on essaye d'oublier. » (K)*

Ainsi, les patients de l'HDJ se réunissent autour d'activités de la vie quotidienne, tentant de laisser la maladie de côté.

> *« Je viens ici la journée parce qu'ici on fait des activités, on est ensemble, on met la table, on fait plein de choses ensemble. Et puis après des fois on prend des sorties, des fois on reste là, les activités c'est ici ou à l'extérieur aussi. Moi je vais au cinéma parce que le reste je peux pas. » (F)*

Il en résulte des ajustements dans les interactions, au gré des affinités et des expériences de chacun. Il existe de franches amitiés à l'HDJ, certains patients se voyant en dehors de la structure et faisant les mêmes activités. A l'inverse certains patients nourrissent des relations cordiales mais superficielles. En somme, toutes les nuances de relations affectives qui s'opèreraient dans un espace social :

> *« J'ai des amis et des camarades. C'est différent. L'ami je me confie, le camarade non. Le camarade c'est pour rigoler. Y en a qui savent pas pourquoi je suis là, mes amis oui. » (K)*
>
> *« Ici les patients y en a très peu avec qui je discute sans savoir sa vie. C'est quand même des amis, des copains, ça crée des liens. » (S)*

Etant passés par le chemin de la maladie, les patients se montrent très empathiques avec les autres malades. Au-delà des affinités, il existe également une certaine hiérarchisation entre les patients, selon leur expérience et leur posture dans la structure. Vivant seule mais s'estimant stabilisée, F décrit une catégorie de gens « plus malades » ou « plus malheureux » qu'elle, qu'elle se sent en devoir de défendre :

> *« Le fada ou le fou ça se dit pas. Tu fermes ta bouche tu dis rien. Et les clochards et beh c'est pas de leur faute non plus, c'est pas des chiens c'est des êtres humains. Ils peuvent pas payer le loyer alors à la rue ! Ils font comme ils peuvent. Ils aimeraient bien avoir la belle vie mais ils peuvent pas, ils peuvent pas payer le loyer… Mais fou ça me plait pas !* [vous préférez dire quoi à la place *?] Un peu dérangé. Faut pas se moquer. » (F)*

S, fréquentant la psychiatrie depuis de nombreuses années, estime également devoir soutenir les patients qu'il juge moins chanceux que lui. En effet, S vit avec sa compagne de façon autonome, ce qui est rare à l'HDJ. Conscient de son statut privilégié, il exprime parfois sa volonté de venir en aide aux autres :

> *« G par exemple, ça ferait plaisir de le voir chez moi. C'est des gens qui sont seuls (ému). Je pleure souvent moi pour aider les autres. Et c'est pas un truc de dépression non. Un mec comme G, pas d'amis, pas de famille… je sais pas, il parle jamais de rien. Et moi ça me touche. »*

Respectés pour leur ancienneté S et F se positionnent comme des patients expérimentés, distribuant leurs conseils avisés à qui le souhaite. Ils incarnent un système de compagnonnage à l'HDJ, théorisant sur la maladie et proposant un certain code moral dans le lieu de vie :

> *« C'est une question de patience et ça les patients ils le comprennent pas toujours. Ils ressassent le passé, la douleur, après ça retombe sur la médiocrité de ce qu'on a pu faire sans s'apercevoir qu'en fin de compte fallait pas s'arrêter à tout ca ! » (S)*

Finalement, en observant les relations entre les patients, il se dessine des affinités et une forme de hiérarchie en lien avec les critères culturels plus généraux : milieu social d'origine, statut marital, statut de travailleur etc… Malades depuis de nombreuses années, les patients ont évolué et se sont approprié leur trajectoire de vie. Décrivant précisément l'abîme dans lequel ils sont tombés, ils évoquent également la distance prise depuis cet évènement. Toujours malades mais moins qu'avant, leur statut est ambigu :

« Au début je pensais pas que j'allais m'en sortir et j'ai vu le changement quand même. » (K)

« En voyant tout le milieu hospitalier ? Moi ce que je vois ? Maintenant je vois plus rien, je vois que tout est normal. C'est maintenant que je me repose. Vous savez hier soir j'en parlais avec ma femme […] *ça y est je me repose ! (ému) » (S)*

Cela vaut à l'intérieur de la structure mais également à l'extérieur où les patients ont conservé d'autres pans de leur identité sociale.

iv. Identités plurielles

En effet, contrairement à ce qu'un travail de soignant nous donne à voir, les patients restent des individus qui évoluent et interagissent avec l'ensemble de la société. C'est avec surprise et quelques doutes que j'ai appris que F avait suivi une formation d'aide-soignant dans sa jeunesse, quelques temps après le début de sa maladie.

« J'ai fait un CAP d'aide-soignante à Briançon, je me rappelle bien. On faisait des stages partout, en médecine, en psychiatrie… [Vous avez fait des stages en psychiatrie ?] *Oui en tant qu'élève aide-soignante. Je suis allée à l'assistance publique, je suis allée à Michel Levy et j'ai travaillé pendant 11 mois et j'avais un mois de congé. Oui parce que j'avais eu mon diplôme. » (F)*

Ainsi pensant interroger F pour recueillir son expérience en tant que patiente, elle a finalement ajouté son témoignage de soignante. Elle a décrit avec beaucoup d'empathie son inquiétude pour les conditions de vie des patients ainsi que le caractère impressionnant de certains troubles psychiatriques :

« Des fois y en avait qui étaient en chambre d'isolement. Ouh la la, il a pas l'air bien je me disais, il criait et tout ! Qu'est ce je peux y faire ? Moi j'ai pas ouvert, jamais ! » (F)

« Oui je comprenais, je les aimais bien. Quand j'étais à Marseille j'ai fait des stages à Montolivet, faut voir comme ils étaient traités les pauvres patients peuchères ! Oh la la à Montolivet c'était un mouroir, y avait des rats comme ça, des rats et des cafards. Et les personnes hospitalisées, des grands-mères etc et ben le personnel était pas tendre avec eux ! Moi j'essayais de donner à manger, mais l'aide-soignante me disait : Non elle mange seule. Comment elle mange seule ? Elle tremble comme ça et elle mange seule ?! Moi j'y donnais à manger et ben non il fallait pas ! » (F)

S a également une vie sociale riche. Vivant en concubinage depuis plusieurs années, il me raconte avec fierté leurs habitudes de sorties :

> *« Ben oui, d'aller manger dans un petit resto avec ma dame. Voir les boutiques, faire des spectacles. Le dimanche on promène, on va au palais Longchamp, on discute, des fois 1h30 sur notre banc.* […] *On est bien vu ma femme et moi, très bien vu !* […] *A la brasserie, personne nous pousse à l'alcool, on sait qui on est mais y a pas d'histoires, rien. » (S)*

K raconte quant à elle avoir conservé ses amis de l'époque où elle n'était pas malade. Lorsqu'elle est avec eux, elle est ramenée à son identité d'avant la maladie, ce qui lui ouvre des perspectives :

> *« Oui, ils me soutiennent, ils sont toujours derrière moi. Ils me téléphonent tous les jours. 3 amis, comme des frères et sœurs. Quand je pars en vacances, parce qu'il y en a 2 qui sont en Corse, ils me payent le voyage, m'invitent chez eux, je paye rien, ils m'achètent tout ce que j'aime. Ils me sortent, m'emmènent me faire épiler les sourcils. Ils me bougent quoi, comme si je n'étais pas malade. Quand je suis avec eux je suis bien, je suis épanouie. Parce qu'avant que je tombe malade j'étais quelqu'un de très rigolote qui aimait la vie. Epanouie quoi. » (K)*

Finalement, les patients évoluent entre plusieurs identités sociales qui s'égrènent dans le temps et dans l'espace. Ces allers-retours entre différents mondes sociaux permettent probablement de maintenir leur appartenance à la société dans laquelle ils vivent. Conscients du risque d'isolement que leur confère leur pathologie, car ayant expérimenté eux même une forme de désocialisation lors de longues périodes d'hospitalisation, les patients tentent de se maintenir au sein du corps social. C'est pourquoi la démocratisation de certains diagnostics psychiatriques comme la dépression leur offre la possibilité de rendre le trouble psychiatrique universel et donc de rompre l'isolement :

> *« C'est la vie, y en a qui sont bien, y en a qui sont pas bien. Il faut de tout pour faire un monde. Et y a la dépression aussi qui y fait. Et personne est à l'abri de la dépression, personne est à l'abri !* […] *Personne n'est parfait et l'erreur est humaine. » (F)*

Mais bien qu'ayant avancé, aucun de ces trois patients ne s'estime prêt à quitter la psychiatrie, et notamment à cesser de fréquenter l'HDJ. Toutefois K est convaincue de la possibilité de guérir et souhaite simplement prendre le temps de consolider son état. S envisage

également de moins venir à l'HDJ, en commençant par rester chez lui une journée par semaine, ce qui l'exposerait à une difficulté existentielle :

> *« Maintenant je vois que je viens ici, je discute avec tout le monde, c'est un échappatoire à ne pas rester seul à la maison. Et éventuellement ne pas replonger.* [Je crains de] *ne pas avoir encore assez de rythme, je dis bien encore, pour pouvoir rester seul à la maison en attendant sa femme qui rentre du travail.* […] *Le rythme c'est pas de faire le ménage, la poussière, c'est pas du tout ça, c'est vite fait tout ça. C'est remplir mes journées. Je m'en sens pas trop capable. C'est compliqué. J'ai peur que ça me tasse voyez, tassé dans la tête à me dire je l'attends, je l'attends. J'ai pas envie d'avoir une lassitude, il faut qu'on me pousse encore un peu. » (S)*

Etre seul au quotidien, remplir ses journées, se retrouver seul avec ses pensées. Il me semble que ces difficultés sont fréquemment énoncées par les patients. Il s'agit alors de trouver des moyens de vivre avec. Pour cela, chacun ses astuces. K fait en sorte d'éviter les moments de solitude, passant la majorité de son temps avec sa mère ou sa fille. L'HDJ représente pour elle la certitude de partager son temps avec d'autres personnes. Etre en contact avec les autres lui garantit de ne plus être centrée sur ses problèmes à elle. Il s'agit de faire diversion, mouvement globalement partagé par tous les patients qui évitent soigneusement d'aborder les sujets douloureux :

> *« Euh on pense à plus rien. On est un petit groupe, on discute, on rigole, on fait des activités.* [On ne pense plus] *à nos soucis, on parle d'autre chose. On parle pas de la maladie, parce qu'on sait qu'on est malade. » (K)*

Il est intéressant de préciser que nombreux sont les soignants qui revendiquent la nécessité de « faire parler » les patients, autrement dit « d'élaborer les symptômes » ou même « de reconnaitre les troubles », comme garantie du processus de guérison. Cela suppose de permettre au patient de sortir d'un déni présumé, étape jugée nécessaire au rétablissement. Or K explique que c'est justement parce qu'ils ont conscience de leur maladie, qu'ils ont la délicatesse de ne pas l'aborder frontalement.

Face à toutes ces inquiétudes rapportées, un autre élément semble être réconfortant pour les patients : le respect d'une routine. La routine comme garantie de points de repères dans un océan d'incertitudes. Si bien que lorsque l'HDJ est fermé, les patients reproduisent chez eux des activités stéréotypées :

> *« Je me lève le matin, je prends mes cachets, je déjeune, je sors de chez moi, je vais chercher mes sous, je vais faire des courses en ville, après je reviens chez moi. J'ai le kiné vendredi à 15h. Quand je sors à 16h je fais un petit tour tranquille tranquille, je rentre chez moi, je me lave les mains, je regarde la télé tranquille, je fais des machines, je prends la douche, je m'occupe, je balaye.* […] *Ah je m'occupe ça oui ! » (F)*

Enfin, les patients ont pour objectif de tisser des relations affectives. Certains vivent en couple ou ont eu des enfants. Les membres de leur famille constituent souvent des repères dans leur vie. Dans l'épreuve de la maladie, les relations se sont ré-organisées. En effet, durant la crise les proches peuvent être sollicités par l'institution pour la mise en place de soins sous contraintes, ce qui impacte nécessairement les relations. Le patient passe quant à lui d'un statut de non-malade à celui d'handicapé psychique. Là encore des ajustements sont à prévoir. Lorsque S, K et F ont abordé la question de leur entourage, il m'a semblé qu'il leur était difficile de nouer de nouvelles amitiés en dehors du système psychiatrique. Pour des raisons de stigmatisation sociale, de difficultés inhérentes au trouble psychique ou d'isolement à l'HDJ, rencontrer de nouvelles personnes n'est pas aisé. Certains rapportent également la crainte de déranger leurs proches en imposant leur présence et leurs fragilités, surtout si eux-mêmes sont en difficulté :

> *« J'ai un ami à Marseille, on se connait depuis 10 ans. On discute, on rigole ensemble mais souvent il est pas bien alors j'ose pas l'embêter au téléphone, j'ose pas aller le voir. Ça manque aussi de pas le voir, de pas entendre sa voix, qu'il vienne plus à la maison, ça manque. Mais c'est comme ça. L'infirmière de mon père elle a un problème. Moi j'aimais bien parler avec elle parce qu'elle est gentille comme tout. Elle est gentille. C'est l'infirmière de mon père mais elle est gentille avec moi, avec mon père aussi. Et d'appeler ? Là elle s'est fait opérer donc je peux pas la déranger. » (F)*

Cause ou conséquence, les liens tissés à l'HDJ deviennent prioritaires dans leur vie, maintenant une forme de dépendance à l'institution.

Partie 4 – Discussion

Les résultats de l'enquête ont mis en évidence l'existence d'une pluralité de points de vue sur la maladie mentale ainsi que les clivages ancrés entre les membres de l'équipe. De plus, le paradoxe concernant l'autonomie des patients témoigne d'une ambiguïté dans la conception du statut de malade. Ces éléments révèlent les écarts entre les normes théoriques de la structure et les normes pratiques observées (Olivier de Sardan 1996). Quelques éléments peuvent permettre d'éclairer le hiatus en question.

1) Le « sale boulot »

Dans la réalité du terrain, certains comportements s'éloignent particulièrement des normes théoriques attendues dans un lieu de soin. Il n'est pas rare que des soignants fassent preuve d'autorité envers les patients au quotidien, utilisant un ton sentencieux pour leur dire quoi faire. De même, il existe une variabilité dans le traitement réservé aux différents malades. Ceux qui manquent d'autonomie sont rapidement infantilisés. Ils sont « grondés » en cas de « bêtises » et les décisions les concernant peuvent être prises à leur place. Les patients se présentant avec une certaine prestance peuvent prétendre à plus de considération, même s'ils conservent une certaine docilité. Enfin, d'autres patients, souvent jeunes et indisciplinés, peuvent être l'objet d'une forme de rejet. Ces variabilités traduisent une volonté de routine qui prime sur le reste. Dans la même logique, certains professionnels passent le plus de temps possible dans leur bureau (l'aquarium), évitant au maximum le contact avec les patients, se montant affairés ou agacés. Il n'est pas rare que des soignants s'organisent pour partir plus tôt. De plus, comme nous l'avons vu avec l'échec des festines, aucun travail supplémentaire n'est toléré, car il est alors considéré comme sacrificiel.

La catégorie des infirmières dévoile particulièrement bien cette perception du travail comme une contrainte. Même s'il existe des variabilités individuelles, une dynamique groupale s'est installée et peut en partie être expliquée par divers éléments. Tout d'abord, les infirmières n'ont le droit d'accéder à un poste en HDJ qu'après de longues années passées en pavillon. Durant ce temps-là, leur quotidien est marqué par la gestion de patients en crise, pouvant donner lieu à de la violence verbale ou physique. Les infirmiers sont alors en première ligne pour gérer ces

débordements et ce pour plusieurs raisons : d'une part, ils sont présents en permanence dans le service, contrairement aux internes, médecins, psychologues et ergothérapeutes qui s'extraient de la structure pour manger ou assurer des consultations au CMP. D'autre part, dans la majorité des hôpitaux, il n'existe pas de service de sécurité pour gérer les accès de violence et ce dans l'idée éthique de garantir une contention soignante au patient et non une gestion répressive. Ainsi, en cas de danger lié à l'état clinique d'un patient, chaque soignant peut actionner une alarme pour appeler ses collègues à venir d'urgence « en renfort ». En pratique, ce sont les infirmiers et les aides-soignants qui endossent ce rôle, car ils sont présents dans les unités et préposés à cette mission. De la même façon, ce sont eux qui gèrent les soins quotidiens aux patients « isolés » dans des chambres sécurisées. Or, par définition, l'indication de mise en isolement se pose lorsqu'un malade risque de nuire aux autres ou à lui-même. Ses symptômes sont alors paroxystiques, chaque interaction pouvant rapidement devenir explosive. Cette proximité physique avec des personnes potentiellement violentes, ainsi que le dilemme moral lié à l'action d'enfermer des gens, correspond à ce que Hughes dénomme le « sale boulot » (Lhuilier 2005). Ainsi, s'il est bien connu et relayé que les infirmiers demandent leur mutation en HDJ pour des arguments d'amplitude horaire (travail en journée, aucun week-end travaillé), des raisons plus intimes peuvent expliquer ce choix.

En l'occurrence, ce nouveau lieu de soin leur permet de s'extraire de la violence, aspect qui semble être suffisamment important pour justifier que les patients « agités » soient mis à distance. De plus, les compétences techniques ne sont plus requises à l'HDJ, quand le travail à l'hôpital, même en psychiatrie, est marqué par des soins, bilans sanguins et autres gestes spécialisés. Le travail infirmier perd sa spécificité, se réduisant, sur le plan technique, à la simple distribution de médicaments. N'étant plus « exécutants » des prescriptions médicales, les infirmiers déploient des fonctions de gestion et d'encadrement. Cette perte de rythme et de technicité, en faveur d'un travail plus administratif, est l'objet d'un choix, prisé par de nombreux candidats. En redistribuant les contraintes propres au travail hospitalier des infirmiers (horaire, rythme, engagement physique, travail d'exécutant, violence…), le poste de l'HDJ permet de s'extraire du « sale boulot ». La quête de confort et de routine n'est peut-être pas uniquement l'écho de la psychose, comme le justifient les soignants, mais également le reflet d'une trajectoire professionnelle complexe.

Cette posture entre en collision avec l'idéalisme de soignants plus jeunes, nourri des figures mythiques de la psychiatrie libertaire. Ce hiatus crée de l'incompréhension qui prend la forme d'un clivage idéologique. De plus, si les fonctions du psychiatre, de la psychologue et de l'ergothérapeute répondent à une définition claire, le cœur du métier d'infirmier en psychiatrie devient flou. Pour preuve, les ASH peuvent prétendre à leurs responsabilités, comme c'est le cas de Martine qui assure l'activité esthétique et pâtisserie. Ce glissement entraine d'ailleurs de la confusion chez les ASH, qui revendiquent de la reconnaissance et de la légitimité pour le travail qu'elles assurent. Quant aux infirmières, leurs compétences ne sont plus définies par la technicité, mais elles n'obtiennent pas pour autant la légitimité de thérapeutes. Cette énigme identitaire est moins présente au CMP où les infirmiers assurent des soins et des suivis thérapeutiques en autonomie.

L'opposition de certaines infirmières est probablement interprétée comme de la mauvaise volonté du fait du confort objectif de leurs conditions de travail. L'existence de ce jugement de valeur des professionnels « motivés » envers les autres est connue de tous. Cela peut en partie expliquer le refus de deux infirmières de participer à mes entretiens. Une enquête, a fortiori réalisée par une interne, a pu être vécue comme le prolongement d'un procès en cours.

> *« Mais j'avais quand même encore ce rêve que les gens qui bossaient en psychiatrie c'était un choix de leur part, et que s'ils y allaient c'est parce qu'ils voulaient se mettre au boulot. Et ça a été terrible de voir en arrivant qu'il y a des gens… qui n'ont rien à foutre ici ! […] Après je ne sais pas s'il y a de bonnes, de mauvaises raisons. On a tous nos raisons d'y être. Ce qui m'est pénible c'est quand on est trop à côté de la plaque. Alors après, bien sûr, je dis ça avec mes croyances et mes références, et mes références c'est la psychanalyse. Donc être au travail c'est se questionner, c'est questionner la relation aux patients, c'est questionner la relation dans l'équipe. » (Sylvie)*

Du « sale boulot » à l'injonction de « se mettre au boulot », les infirmiers ont visiblement besoin de définir activement leurs prérogatives dans l'institution, afin d'endiguer cette posture de soignant « par défaut ».

2) Face au flou, se définir ?

La notion de flou, de mystère, de doute, infiltre l'institution à différents niveaux. Tout d'abord il y a la psychose, cette maladie qui échappe à la science, charriant son lot de

représentations inquiétantes. A l'HDJ, elle renvoie une réalité différente pour chaque soignant, de l'exclusion sociale à la souffrance psychique. Or, comme le précise Oury (2007) : « On ne peut pas définir la psychothérapie institutionnelle sans élaborer une certaine théorie des psychoses. Cette conception détermine la pratique. Il s'agit donc, ici, d'une prise de position doctrinale. Si l'on est partisan d'une pure sociogenèse, l'organisation des soins sera toute autre. De même, si on privilégie une organogenèse. »

En interrogeant les professionnels de l'HDJ, nous avons constaté ces divergences d'opinion. Elles ne sont cependant pas explicitées au quotidien. En effet, ces différences de points de vue pourraient être une richesse et permettre un débat si elles étaient identifiées. Dans le cas contraire, nous assistons à un non-dit institutionnel, masqué par le dispositif réflexif en place qui n'est pas investi par l'ensemble des acteurs. Il se maintient un faux-semblant idéologique qui alimente les incompréhensions. Dans ses propos concernant une séance de supervision, la psychologue donne à voir ces multiples systèmes de sens qui coexistent, sans jamais se croiser.

> *« Véronique* [une infirmière], *qui est quand même hyper défensive, a pu dire des choses aujourd'hui* [en supervision]. *Alors je crois qu'elle se rend pas bien compte en fait de ce qu'elle dit. Elle se rend pas compte de ce qu'on peut entendre à travers ce qu'elle a amené. Mais déjà c'est un peu dit. » (Sylvie)*

Ne parlant pas le même langage, les professionnels évoluent en parallèle, si bien qu'une infirmière peut être perçue comme aveugle à son propre discours. Le superviseur, maniant les codes de la psychanalyse, entretient un certain système de références mais ne propose pas de langue commune. Cet outil thérapeutique, s'il n'est pas problématique en soi, alimente un rapport d'autorité de la part de ceux qui le pratiquent, et d'illégitimité chez les autres. Durant l'essor de la psychothérapie institutionnelle, la nouveauté et l'alternative de ce mode de prise en charge avait motivé les professionnels à rallier cette cause. Mais ils possédaient tous un idéal commun, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

En l'absence d'un projet défini, les soignants ne peuvent établir la nature de leur travail, s'il est fait ou non, et de la bonne manière. Si pour l'instant la guérison de la psychose, au sens d'un arrêt des symptômes et d'un retour à l'état initial, n'est pas possible, cela n'empêche pas la création d'un projet de soin. Or, il existe une certaine inertie sur le plan thérapeutique. La majorité des soignants restent de nombreuses années à l'HDJ, répétant les mêmes actions, sans questionner le sens qu'ils donnent à leurs pratiques :

> *« L'institution est très malade et elle ne se soigne pas ou très peu.* […] *Je dirai de la somme accumulée, des désespoirs de chacun d'entre nous qui ne se sont pas mis au travail. Malade de sa verticalité, de cette hiérarchie illusoire qui créé une fausseté de rapports. D'un manque de collégialité dans le travail des différents intervenants, du petit pouvoir que s'octroient les soignants sur les patients pour dire qu'ils sont moins malades qu'eux. Elle est malade du fait que les soignants restent des décennies sur le même poste, dans le même service de soin, sans jamais réactualiser nos capacités, nos ressources, nos richesses et nos limites, ailleurs que dans un contexte déjà exploré et réexploré et qui ne permet pas de pouvoir se remettre en vie. Elle est malade de se répéter, l'institution. » (Paule)*

Des études en psychologie sociale et du travail ont établi que le « sentiment d'efficacité personnelle » est un élément nécessaire à l'investissement de sa profession et à la socialisation organisationnelle. Elle est définie par « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura cité par Almudever et al. 2006). Elle renvoie non pas aux compétences de la personne mais à la croyance de ce qu'elle peut en faire. Autrement dit par Godelier (2013) : « Pour se mettre en marche, les hommes ont besoin de croire que l'impossible est possible. »

Finalement, la question posée aux patients à travers le sondage vient rencontrer une question que se posent certains soignants eux-mêmes : qu'est-ce qui est thérapeutique à l'HDJ ? La chronicité des patients peut en effet entrainer un certain fatalisme du côté des soignants, dans un contexte d'émergence de nouveaux paradigmes scientifiques qui revendiquent une efficacité dans les soins psychiatriques. Interrogé sur cet aspect, au sujet de la clinique de la Borde, Guattari[6] répondait : « Je crois qu'il faut prendre la question en creux, l'important c'est de ne pas nuire, pas tellement de chercher à apporter. D'essayer de reproduire le moins possible les comportements aliénants extérieurs. »

Quelles que soient leurs orientations, de nombreuses initiatives ont émergé dans le champ psychiatrique, concernant des techniques psychothérapeutiques ou des projets médico-sociaux. Elles pourraient permettre de redéfinir l'identité de l'HDJ et de remobiliser les acteurs dans leur quotidien.

---

[6] Reportage INA « La Borde ou le droit à la folie » (9 février 1977)

3) Entre déstigmatisation et déni

Au travers de cette enquête, les entretiens avec les patients ont mis en évidence leur vécu de stigmatisés et paradoxalement le maintien de leurs identités plurielles en dehors et à l'intérieur de l'HDJ. Ces deux aspects révèlent la complexité de leur statut et le risque d'être réduits à leur pathologie. Cela pose finalement la question de leur identité.

Nous pouvons reprendre les trois acceptions de l'identité établies par Goffman, c'est-à-dire l'identité « pour soi », l'identité sociale, et l'identité personnelle. Selon l'approche phénoménologique, la maladie mentale est justement l'expression d'une perte de continuité dans le sentiment subjectif de l'identité « pour soi ». Les identités sociale et personnelle résultent de l'interaction avec autrui et révèlent, en l'occurrence, la réalité du stigmate.

Comme les patients l'ont exprimé durant les entretiens, ce vécu de personne stigmatisée est patent, entériné par leur statut de personne handicapée. La maladie mentale possède par ailleurs la particularité de ne pas être évidente d'emblée. Elle suppose une « capacité de décodage » de la part du public et traduit le concept de « visibilité » appliqué aux stigmates. Ils ne sont donc pas forcément « discrédités » d'emblée, ce qui supposerait que leur différence soit visible, mais « discréditables » à tout moment. Cet élément explique en partie la crainte qu'ils peuvent avoir de rencontrer de nouvelles personnes qui les renverraient à leur stigmate. Car par définition, un stigmate n'est pas absolu, mais relatif à des exigences données. Cette vision interactionniste des troubles peut donner un nouvel éclairage aux symptômes tels que la méfiance, le sentiment de persécution ou la routinisation du mode de vie, traditionnellement interprétés à l'aune des concepts psychiatriques.

Le rejet ressenti par les personnes stigmatisées risque de leur faire considérer que leurs déficiences le justifient. C'est pourquoi il n'est pas rare qu'un sentiment de honte vienne s'ajouter à la maladie. Ainsi, les patients de l'HDJ ne créent que rarement de nouvelles relations, hormis entre stigmatisés. Au milieu de leurs « semblables », les malades mentaux ne sont plus frappés d'infamie. L'HDJ offre non seulement un espace social pour les personnes stigmatisées, mais il permet également la rencontre entre patients et « normaux », autrement dit des « contacts mixtes » selon la terminologie de Goffman. Les soignants, considérés comme normaux du fait de leurs attributs, prétendent néanmoins comprendre la vie de stigmatisés. Dans

cet endroit, il est donc possible de décaler les normes du stigmate afin de considérer les patients comme ordinaires.

De manière plus radicale, certains soignants reconnaissent même au patient une fonction soignante :

> *« Je dirais que ce que nous apportent les patients schizophrènes, c'est un intérêt pour les questions philosophiques fondamentales, chacun à sa façon. Ils posent en général de grandes questions sur la mort, le temps, la présence, l'espace.* […] *C'est peut-être des réponses inadaptées, peu importe. Mais ce qui compte c'est la question qui est posée. Et ce sont les mêmes questions que nous on se pose. Et c'est là qu'on se retrouve.* […] *Ce qui rend la rencontre potentiellement possible, c'est ces questions. C'est pour ça qu'être soignant c'est déjà avoir un intérêt pour ces questions-là. C'est peut-être ça qu'on vient chercher entre autre, les grandes questions de l'humanité. » (Samy)*

> *« Dans ce travail, il y a une part difficile en lien avec la maladie, la souffrance. Qui est-ce qui tient qui ? C'est le patient qui tient les soignants ou les soignants qui aident le patient à tenir ? Ou ils se tiennent mutuellement ?* […] *Dans le meilleur des cas, ça apporte de l'humanité. De la découverte de l'autre. Des échos de l'autre souffrant. Des échos qu'il y a entre la souffrance de l'autre et la nôtre. Ça me fait penser à ce que disait une patiente qu'on a vue lors de notre enquête : 'aider les autres, ça m'aide'. Je pense que pour les soignants, d'aider les patients à tenir, ça nous aide à tenir. A tenir debout. A nous tenir ensemble. Je pense que j'ai beaucoup reçu des patients. J'ai été souvent touchée par la bienveillance, par la délicatesse. » (Paule)*

Dans cette définition du soin comme une possibilité de rencontre humaine, les patients prennent part à l'identité soignante de l'HDJ.

Nous pouvons enfin questionner les effets d'une enquête sur l'identité sociale des patients. Par définition, s'entretenir avec un enquêté suppose d'imputer une valeur heuristique à son discours. Or, il se peut que les propos d'un patient soient incohérents. Ce fut le cas à plusieurs reprises lors de mon enquête. Comme l'explique Velpry (2008), l'incohérence d'un discours d'enquêté questionne le chercheur sur la validité de son matériau, car la force de l'ethnographie réside avant tout dans les données empiriques. Voulant adopter un regard anthropologique et non psychiatrique sur son terrain, Velpry se voyait néanmoins obligée de prendre en considération l'aspect pathologique des discours recueillis. Il lui était alors difficile d'exercer un regard critique tout en empruntant une partie de la grille de lecture des professionnels qu'elle observait.

Sur le plan du stigmate, il semble évident qu'interroger les patients au même titre que les soignants participe à un mouvement de « normalisation » de la parole des malades, réduisant le clivage entre les individus. La « normalisation » renvoie, selon Goffman, aux efforts exercés par les « normaux » pour traiter le stigmatisé comme s'il ne l'était pas. Ce terme s'oppose à celui de « normification » qui définit à l'inverse les stratégies élaborées par le stigmatisé pour compenser sa tare. Ainsi, la volonté de normalisation exercée par le chercheur, parfois sous l'impulsion de son propre engagement moral, est également une donnée importante dans les résultats de l'enquête.

Les mouvements antipsychiatriques ont tenté de considérer la maladie mentale comme issue d'une pure sociogenèse, dans un contexte de réclusion des malades mentaux dans des asiles. Malheureusement, une fois les murs tombés, les malades n'ont pas guéri. La réalité de la maladie mentale implique probablement la nécessité d'un système de soin. Si l'HDJ révèle ici ses limites, il ne s'agit pas de conclure hâtivement à l'inutilité de la structure. Cette posture comporterait le risque de confondre déstigmatisation et déni de la maladie mentale. Une proposition recueillie auprès d'un patient pendant le sondage, pourrait donner une piste de transformation :

> *« Pas plus de travail pour les soignants mais un travail différent. Plus vivant. »*

Conclusion

Différents modèles théoriques et pratiques coexistent en psychiatrie, se sédimentent mais ne s'imposent pas. En nous appuyant sur les travaux de Gonon et Hochmann, nous avons établi que ce flou identitaire traduit l'absence de modèle incontestable en psychiatrie. Contrairement à certaines maladies incurables, comme les maladies génétiques, la psychose ne possède ni traitement efficace ni explication consensuelle. Dans ce contexte, il semblait intéressant de comprendre comment les professionnels de la psychiatrie travaillent avec cette inconnue. En effet, certains travaux de psychologie sociale suggèrent un lien entre l'épanouissement au travail et le sentiment d'efficacité professionnelle. Or, l'efficacité ne s'obtient que si la personne sait quoi faire et quels résultats en attendre.

C'est pourquoi nous avons cherché à comprendre comment les soignants d'un hôpital de jour psychiatrique (HDJ), dédié aux patients psychotiques chroniques, trouvent du sens personnel à leur travail et des valeurs communes pour faire équipe. La méthode qualitative propre à l'anthropologie a permis d'accéder à la complexité des trajectoires individuelles, au-delà de l'estimation quantitative du sentiment d'efficacité apportée par la psychologie sociale. L'enquête s'est déroulée pendant six mois, sous la forme d'une observation participante et d'entretiens semi-directifs. Sept soignants et trois patients ont été invités à se prononcer sur leur vision de la maladie, du soin et du fonctionnement de l'HDJ. Nous avons analysé les données recueillies au travers de différents cadres conceptuels.

L'étude des normes théoriques de l'institution, c'est à dire le discours officiel des acteurs sur le soin, a mis en évidence la pluralité des définitions de la psychose et de la thérapeutique attenante. Elles répartissent globalement les acteurs entre les deux modèles théoriques dominants : la psychanalyse et la psychiatrie biologique. Les écarts observés entre le discours et la pratique, autrement dit les normes pratiques, ont révélé l'influence d'autres facteurs dans certains comportements soignants. En l'occurrence, le « sale boulot » réservé aux infirmières en service d'hospitalisation éclaire en partie leur volonté de confort et de routinisation des pratiques à l'HDJ. A l'inverse, quelques soignants « stigmatophiles » manifestent leur volonté de réhabiliter les patients au quotidien, traduisant la part d'engagement moral et politique dans leur choix professionnel. Ces divergences dans les pratiques ont questionné la possibilité ou

non de « faire équipe » à l'HDJ. Nous avons alors observé que les acteurs s'affilient par accointances idéologiques le plus souvent, ce qui entraine un profond clivage dans l'équipe.

L'analyse des paradigmes psychiatriques selon une perspective constructiviste a permis de mettre en évidence les liens entre les questions morales, politiques ou économiques et la construction d'un modèle de soin. La psychanalyse comme la psychiatrie biologique ont initialement été élaborées dans une volonté scientifique. Mais à défaut d'avoir fait la preuve expérimentale de leur validité, les acteurs se sont finalement approprié ces courants pour incarner des postures philosophiques opposées sur la nature de l'homme, de sa conscience et de la folie. A l'HDJ, l'absence de validité scientifique se traduit par le doute des professionnels quant à leur légitimité médicale. Le projet de sondage des patients, effectué sur le mode d'une enquête de satisfaction, révèle d'ailleurs le malaise de l'institution quant à l'efficacité de ses pratiques.

L'intérêt porté aux frontières de la discipline psychiatrique a apporté un éclairage sur le flou identitaire de l'HDJ. En effet, la psychiatrie actuelle se distingue par la pluralité des points de vue qui la constituent et par l'évolution des objets qui la circonscrivent. Les travaux de Castel et Lantéri-Laura ont démontré la difficulté grandissante de la psychiatrie à se définir. Ainsi, les psychotiques, public historique des psychiatres, sont devenus des patients handicapés que l'on soigne dans une perspective de réadaptation et non de guérison. En parallèle, la notion de souffrance psychique s'est imposée progressivement dans d'autres domaines comme le travail ou la sexualité, amenant à définir des objectifs de santé mentale pour l'ensemble de la population.

Ces transformations sur le fond et la forme participent à un mouvement global de confusion en psychiatrie. En l'occurrence, l'HDJ est officiellement rattaché à un hôpital, Edouard Toulouse, mais il exclut de sa pratique le pan technique inhérent au domaine médical. Une étude plus poussée sur la culture matérielle en vigueur à l'HDJ pourrait d'ailleurs permettre d'évaluer plus précisément ce hiatus. Ainsi, sur le plan identitaire, la structure n'est pas vraiment médicale, tout en n'étant ni sociale, ni caritative, ni politique. L'hypothèse de ce travail est que la définition d'un projet commun permettrait de dépasser cette impasse identitaire, qui laisse la place aux clivages idéologiques.

Enfin, en prenant en compte « l'avis des intéressés » (Goffman 1975), autrement dit de quelques patients de la structure, nous avons pu mettre en évidence deux éléments importants de leur vécu subjectif : tout d'abord, l'intensité de leur expérience de stigmatisés, qui explique en partie la valeur qu'ils accordent aux échanges sociaux de l'HDJ ; ensuite, la réalité souvent oubliée de leurs identités plurielles, menacées par l'infantilisation opérée par la structure. L'enquête auprès des patients a néanmoins eu comme limite la sélection des informateurs en fonction de leur état mental et le risque que comportait l'interprétation de certains propos incohérents.

Afin d'approfondir la question du travail psychiatrique face à l'« inconnu » de la psychose, plusieurs pistes peuvent être suggérées. Il pourrait être intéressant de comparer l'engagement des soignants dans un autre lieu d'exercice, afin d'évaluer si un parti pris théorique facilite l'adhésion des professionnels. Par ailleurs, les propos des patients semblent valoriser l'opportunité de socialisation qu'offre l'HDJ, en regard de leur exclusion sociale. Ce constat va dans le sens de plusieurs initiatives actuelles dans le champ psychiatrique : d'une part, l'ouverture de structures strictement sociales qui revendiquent leur légitimité envers les psychotiques en incarnant un lieu d'accueil et d'échanges sociaux ; d'autre part, l'émergence du concept de « rétablissement » en psychiatrie, qui mise sur la responsabilisation des patients afin de rompre leur trajectoire d'exclusion.

En militant pour que les patients soient actifs dans les soins, ces projets revendiquent une rupture avec le fonctionnement d'« institution totale » (Goffman 1968) propre aux structures qui pourvoient à tous les besoins d'un individu. Par conséquent, nous pouvons supposer que l'inertie de l'HDJ est peut-être le reflet d'un projet institutionnel qui n'envisage les patients qu'au travers de leur passivité. A la lumière de cette hypothèse, il serait intéressant d'étudier comparativement les effets d'une institution qui conçoit l'évolution de ses acteurs.

Enfin, pour tenter d'apporter une réponse à la question identitaire de la psychiatrie, il nous semble qu'elle se construit dans la tension entre sciences humaines et sciences naturelles, entre risques de stigmatisation et de déni de la maladie mentale.

Bibliographie

Almudever B, Croity-Belz S, Hajjar V, Fraccaroli F. Conditions d'efficience du sentiment d'efficacité personnelle dans la régulation d'une perturbation professionnelle : la dynamique du système des activités. Psychol Trav Organ. 1 sept 2006;12(3):151-66.

Anderson N. Le hobo, sociologie du sans-abri. Paris: Armand Colin; 2011.

Barrett R. La traite des fous: la construction sociale de la schizophrénie. Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance; 1997.

Baudry R, Juchs J-P. Définir l'identité. Hypothèses. 1 déc 2008;10(1):155-67.

Berenguer E. Les pratiques du secteur psychiatrique. Logiques et enjeux contemporains [Mémoire de Master]. [Marseille]: AMU; 2013.

Boudou B. Éléments pour une anthropologie politique de l'hospitalité. Rev MAUSS. 2012;40(2):267-84.

Bryon-Portet C. Vers une société plus conviviale et solidaire ? Les associations et réseaux fondés sur la proximité géographique à l'ère postmoderne. Sociétés. 2011;113(3):107-18.

Castel R. Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale. Rev Fr Sociol. 1973;14(1):111-35.

Castel R. La Gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris: Les Editions de Minuit; 1981.

Coutant I. Troubles en psychiatrie : Enquête dans une unité pour adolescents. Paris: La Dispute; 2012.

Delion P. La chronicité en psychiatrie aujourd'hui [Internet]. Toulouse: ERES; 2004. (Hors collection). Disponible sur: http://www.cairn.info/la-chronicite-en-psychiatrie-aujourd-hui--9782749203652.htm

Desclaux A, Sarradon-Eck A. Introduction au dossier « L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique ». ethnographiques.org [Internet]. 2009 [cité 1 sept 2017];(Numéro 17-novembre 2008
L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique). Disponible sur: http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux-Sarradon-Eck

Devereux G, Barre WL, Sinaceur H. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Paris: Flammarion; 2012.

Ehrenberg A. Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale, Abstract. Rev Fr Aff Soc. 1 avr 2010;(1):77-88.

Fassin D. Les économies morales revisitées, Revisiting moral economies. Ann Hist Sci Soc. 13 janv 2010;64e année(6):1237-66.

Fassin D, Jaffré Y. Sociétés, développement et santé. Paris: Ellipses Marketing; 1990.

Favret-Saada J, Isnart C. En marge du dossier sur l'empathie en anthropologie. J Anthropol Assoc Fr Anthropol. 1 déc 2008;(114-115):203-19.

Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 1976.

Gansel Y. Conceptions du statut professionnel chez les psychiatres : un regard anthropologique, Different concepts of professional status for psychiatrists : an anthropological approach. Inf Psychiatr. 2006;82(10):811-5.

Gansel Y. La bipolarité épistémologique de la psychiatrie française. LÉvolution Psychiatr. 1 janv 2014;79(1):134-41.

Gansel Y, Danet F. Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine. Inf Psychiatr. 15 févr 2014;Volume 83(4):303-10.

Gentis R. Psychiatries et politiques. Sud/Nord. 2004;19(1):9-16.

Godelier M. Lévi-Strauss. Seuil. 2013.

Goffman E. Asiles : Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: Les Editions de Minuit; 1968.

Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi. Editions de Minuit. Paris: Les Editions de Minuit; 1973.

Goffman E. Stigmate : Les usages sociaux des handicaps. Paris: Les Editions de Minuit; 1975.

Gonon F. La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? Esprit. 1 août 2012;Novembre(11):54-73.

Gonon F. Cinquante ans de psychiatrie biologique. Sud/Nord. 26 sept 2013;(25):39-48.

Henckes N. Les psychiatres et le handicap psychique, Psychiatrists and the psychic handicap. From post WWII through the 1980sAbstract. Rev Fr Aff Soc. 1 mars 2010;(1):25-40.

Hochmann J. Du militantisme en psychiatrie. Sud/Nord. 26 sept 2013;(25):9-12.

Jaffré Y. Le souci de l'autre: audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée, Caring for others: Audit, professional ethics and reflexivity of care workers in Guinea. Autrepart. 1 janv 2011;(28):95-110.

Jovelet G. Du traitement moral à l'économie morale, et retour... Inf Psychiatr. 2013;89(2):121-6.

Juan S. Le concept de routine dans la socio-anthropologie de la vie quotidienne. Espace Popul Sociétés Space Popul Soc [Internet]. 1 juill 2015 [cité 20 sept 2017];(2015/1-2). Disponible sur: https://eps.revues.org/5935#quotation

Lantéri-Laura G. Évolution du champ de la psychiatrie moderne : frontières et contenu. LÉvolution Psychiatr. 1 janv 2003;68(1):27-38.

Laval C. Entre militantisme et engagement en santé mentale. Sud/Nord. 26 sept 2013;(25):67-70.

Leca M. Essai sur l'histoire de l'hôpital Edouard Toulouse [Thèse de DES]. [Marseille]: Faculté de médecine de Marseille; 1984.

Leyreloup A-M. Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. Sud/Nord. 26 sept 2013;(25):121-8.

Lhuilier D. Le « sale boulot », Summary, Resumen. Travailler. 2005;(14):73-98.

Lovell AM, Ehrenberg A. La Maladie mentale en mutation : Psychiatrie et société. Paris: Odile Jacob; 2001a.

Massé R. Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé [Internet]. 14 oct 2010 [cité 1 sept 2017];(1). Disponible sur: https://anthropologiesante.revues.org/116

Minard M. Politique, économie et psychiatrie. Sud/Nord. 2004;19(1):75-98.

Missa J-N. Peut-on parler de militantisme psychopharmacologique chez les pionniers de la psychiatrie biologique (1952-1960) ? Sud/Nord. 26 sept 2013;(25):105-20.

Morvillers J-M. Le care, le caring, le cure et le soignant, Care, the caring, the cure and the caregiver. Rech Soins Infirm. 15 oct 2015;(122):77-81.

Olivier de Sardan J-P. La violence faite aux données. Enq Arch Rev Enq. 1 nov 1996;(3):31-59.

Olivier de Sardan J-P. Émique. L'Homme. 1998;38(147):151-66.

Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-La-Neuve: Editions Academia; 2008.

Oury J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. VST - Vie Soc Trait. 14 déc 2007;(95):110-25.

Philippart J-S. La commensalité : une mise en forme exemplaire de l'Être-en-commun [Internet]. MondesFrancophones.com. 2011 [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: http://mondesfrancophones.com/espaces/philosophies/la-commensalite-une-mise-en-forme-exemplaire-de-l%e2%80%99etre-en-commun/

Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 2012.

Ravon B. Lise Demailly, Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles. Quest Commun. 1 déc 2008;(14):389-91.

Sakoyan J. L'éthique multi-située et le chercheur comme acteur pluriel.Dilemmes relationnels d'une ethnographie des migrations sanitaires. ethnographiques.org [Internet]. 2009 [cité 1 sept 2017];(Numéro 17-novembre 2008
L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique). Disponible sur: http://www.ethnographiques.org/2008/Sakoyan

Sarradon-Eck A. Médecin et anthropologue, médecin contre anthropologue : dilemmes éthiques pour ethnographes en situation clinique. ethnographiques.org [Internet]. 2009 [cité 1 sept 2017];(Numéro 17-novembre 2008
L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique). Disponible sur: http://www.ethnographiques.org/2008/Sarradon-Eck

Velpry L. Les paradoxes de l'autonomie en psychiatrie : une analyse sociologique. Confluences. 2007;(17):21-3.

Velpry L. Le quotidien de la psychiatrie: Sociologie de la maladie mentale. Paris: Armand Colin; 2008.

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 moeurs.

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.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre