

Introduction

Accrochés à la rambarde du couloir principal menant à la salle à manger, des corps avancent. Ce ne sont pas des grappes de corps, encore moins une communauté de corps qui avance pour prendre le repas. Chaque corps est d'une singularité écrasante. En les observant, on voit le poids de la maladie mentale, son incarnation. Errer et rejoindre enfin les sièges accrochés aux tables où, quatre par quatre, ils prendront le repas.

Les pas sont incertains, comme si chaque geste était un de plus vers la mort. Chaque centimètre gagné réveille une douleur contenue. Certains ressemblent à des robots déglingués, leurs membres ne s'articulent plus selon le programme qui fut le leur un jour. Des corps comme autant d'images : une dame oubliée des années 1920, poussiéreuse ; un ogre édenté et gentil dont les orteils se superposent tel un millefeuille mal arrangé ; un homme cheval qui, pour se déplacer, doit baisser la nuque, courber l'échine et fléchir ses pattes, et qui, lorsqu'il est lancé, donne l'image d'un galop sans grâce. Ils sont vingt-quatre singuliers et pesants à déambuler dans ce couloir en direction de la salle à manger, matin, midi et soir.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

2 Lorsque je [1] suis entré pour la première fois dans l'unité de soins où j'allais effectuer mon observation en qualité de « stagiaire sociologue » pour une durée de six mois [2], c'était l'heure du petit-déjeuner. La première image de l'intérieur du service fut celle de ces corps qui marchaient lentement en direction de la salle à manger. Je fus pétrifié et sidéré par cette image. Je voulais faire bonne impression et paraître sympathique aux yeux de ceux et de celles que j'allais rencontrer pour la première fois. Mais cette image provoqua en moi un vacillement. Je me dis : « Ce ballet-là, tu ne pourrais pas le voir ailleurs. »

3 J'oubliai aussitôt ma propre déambulation dans le couloir, qui ne provoquait ni regard ni surprise ou interrogation des patients face à ma présence dans ce lieu où, à cette heure, les portes sont pourtant fermées. Je me retrouvais au milieu de la salle à manger. Les patients étaient pour la plupart déjà attablés et une infirmière d'une cinquantaine d'années se tenait au fond de la salle, près d'un grand buffet blanc cassé. Le brouhaha succédait au silence étouffant du couloir. Les patients commençaient à prendre vie et à remarquer ma présence.

4

Ils me questionnent. Certains me félicitent de faire des études universitaires, une bonne partie me salue. On me demande qui je suis, ce que je fais. Je réponds que j'effectue un stage en qualité de « stagiaire sociologue ». Certains s'exclament : « Eh bien, il y a du travail ici... », ou : « On a même un sociologue... » L'infirmière prend la parole et lève l'index : « Il va observer, mais ne vous inquiétez pas ! Ce n'est pas vous qu'il observe mais nous ! » Elle accompagne ses mots d'un

geste venant porter son index à son œil. Elle m'invite à m'asseoir près du buffet depuis lequel elle procède à la distribution des médicaments. Elle demande aux patients de se calmer pendant que je m'installe sur une chaise à l'extrémité du buffet. Une patiente s'adresse avec force à l'infirmière distribuant les traitements en me prenant à partie : « Je vois mal comment on peut faire de la sociologie si on n'a pas le droit de parler ! »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

5 Au cours de ce repas, je me remémore mon expérience de la veille où j'assistais à plusieurs réunions dans le service [3] à l'étage inférieur. En fin de matinée, la « réunion clinique » m'avait transporté dans un autre temps alors qu'elle paraissait constituer une routine des soignants [4] du service.

6

Dans la grande salle du premier étage, comme chaque mercredi, la plus grande partie du personnel soignant du service est regroupée pour la « réunion clinique ». Une vingtaine de personnes attend l'entrée du patient en discutant. La ponctualité est la règle : les participants doivent entrer dans la salle avant la fermeture des portes qui a lieu à onze heures précises. Le médecin-chef de service est en bout de table, entouré des autres médecins du service. Les personnels non médicaux sont assis sur les côtés et derrière les médecins. À l'autre extrémité de l'immense table, deux chaises vides se font face. Les remarques vont bon train. La stagiaire cadre me lance : « Vous avez de quoi observer ici... », le médecin de l'unité m'interpelle : « Vous n'allez rien voir, vous êtes derrière le poteau. »

Le patient fait son entrée et la salle se tait. Une infirmière l'accompagne, celle-ci me confiera qu'elle s'était chargée de lui faire changer de T-shirt. L'assemblée croise les bras. Le patient avance, franchit la porte et marque un temps d'arrêt en considérant les personnes installées autour de la table. Un médecin lui indique une des deux chaises en bout de table. Il avance et s'assied. Comme d'autres patients le feront par la suite, il tourne sa chaise en direction du groupe et dessine un sourire crispé sur son visage. Le médecin prend la parole : « Tournez-vous un peu plus vers moi, faites comme s'ils n'étaient pas là. » L'entretien débute, semi-directif : « Qu'est-ce qui vous a amené ici ? Qu'attendez-vous de l'hospitalisation ? Y a-t-il un élément que nous n'aurions pas évoqué que vous aimeriez voir abordé ? »

À la fin des trente minutes d'entretien, le patient se tourne vers l'assemblée. Il s'excuse de ne pas s'être préparé et est reconduit dans sa chambre par l'infirmière qui l'avait fait entrer. S'ensuit la « discussion clinique ». Les médecins prennent chacun leur tour la parole. Leurs échanges visent à travailler sur leurs émotions et sur les aspects transférentiels de leur relation avec le patient : « Ce n'est pas croyable mais il m'énervait, je ne pouvais pas le voir. Il a fallu que je ferme les yeux pour l'écouter. » ; « C'est vrai, j'ai eu le même sentiment » ; « C'est sûr que ce n'est pas un charmeur. » À la suite de ces échanges, les médecins discutent de la prise en charge du patient. Je suis ébranlé : cette réunion convoque les images de présentation d'aliénés de Charcot à la Salpêtrière [5]. Au sortir de la réunion, les remarques et les blagues fusent. Les infirmiers

commentent : « Quand c'est untel qui mène l'entretien, il y a de grands moments » ; ou encore : « J'étais loin donc je me suis endormie. »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

7 Ces trois premiers temps de mon entrée sur le terrain me donnent l'impression de basculer dans l'histoire. Des tableaux de Bruegel l'Ancien je passe aux images de Charcot. Un quatrième élément confirme ce sentiment d'étrangeté le deuxième jour d'observation.

8

Un patient qui m'avait été décrit comme étant musicien se présente à moi. Il me parle de sa difficulté à ne pas avoir avec lui son saxophone. Étant moi-même musicien de jazz, je sens rapidement une proximité avec ce patient qui fréquenta les mêmes écoles que plusieurs de mes connaissances et qui semble familier du milieu du jazz de la ville. Le lendemain, ce patient me demande ce que, selon moi, il devrait faire pour enseigner le jazz. Je lui conseille alors de poursuivre les bœufs [6] et de peut-être prendre contact avec ses anciens enseignants. Je lui précise que c'est sans doute ce que je ferais moi-même mais que je ne suis pas spécialiste en la matière. Le lendemain, le médecin qui s'était entretenu avec ce patient évoque avec moi cette discussion. Il me conseille de tenir une posture de sociologue observateur et de répondre aux sollicitations des patients par un : « Je ne sais pas » systématique, cela afin de ne pas risquer de « casser le terrain par des phrases de bon sens » mais qui « pourraient trouver une résonance tout à fait singulière chez le patient ».

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

9 Le sentiment d'étrangeté qui marquait mon entrée en psychiatrie me rendait dans un premier temps particulièrement sensible à la rugosité des règles au sein de l'unité de soin. J'étais stupéfait par la rigidité de la frontière séparant soignants et patients. Je ne comprenais pas son utilité et regrettais de ne pas pouvoir accéder au monde des patients. Mais la sidération céda le pas à la routine, voire à l'ennui. J'intégrais sans grande résistance le groupe des soignants [7] et ses habitudes. Je me laissais aller aux discussions sur les patients, attendant chaque jour la suite des petites histoires de la veille. Faisant, comme les soignants, de ces folies un sujet inépuisable d'amusements, je passais une large partie de mes journées à rire franchement et à compléter la longue liste de mon bestiaire (in)hospitalier.

10

Il y a Monsieur C. dont il faut surveiller le sexe régulièrement car, afin de se sentir plus fort, il pare ses organes génitaux d'un serre-sexe. Le cadre de santé raconte comment les services techniques de l'hôpital avaient dû intervenir d'urgence pour rompre à l'aide d'une tenaille la bague qui commençait à nécroser son sexe.

Il y a cette patiente chilienne qui s'est déshabillée dans la salle à manger. Elle tournait, nue, en désignant ses hanches et son sexe en criant : « Ça c'est la lune et ça c'est le soleil ! » avec un fort

accent sud-américain. Cette même patiente une autre fois, sortant nue de la douche dans le couloir, un journal enroulé et trempé dans la main, répond à l'infirmière qui lui demande ce qu'elle fabrique : « J'ai eu des pulsions sexual. »

Il y a aussi ce patient qui, à notre ouverture de la chambre d'isolement, nous accueille très enthousiaste et annonce qu'il a trouvé un raccourci pour atteindre Vénus. Il y a encore cet autre patient qui est entré en communication en pensées avec Madonna. Elle l'attend et il doit la rejoindre.

Extraits de journal de terrain, hôpital A. 2008.

11 Dans ce quotidien étrange et déroutant, je commençais à trouver de nouveaux repères. Aussi lisais-je avec une passion renouvelée les quelques ouvrages de psychanalyse découverts à la fin du lycée ou lors de mes premières années de faculté. Je m'étonnais de me voir trépigner pour prendre la parole dans les réunions évoquant le cas des patients. Je voulais apporter des éléments sur tel ou tel patient. Je me « contenais ». Je commençais à donner quelques coups de main aux infirmiers pour des tâches ne nécessitant pas de compétences : pousser le chariot, aider à dresser les tables, appeler les patients pour le déjeuner, etc. ; en cas d'urgence, je pouvais être sollicité pour aller chercher une seringue dans la salle de soins. Le plus souvent, j'étais là et j'écoutais, je discutais avec les infirmiers. La force des relations que j'ai nouées avec certains infirmiers m'a permis d'explorer la vie quotidienne des soignants de la psychiatrie publique hospitalière. J'ai eu accès non seulement aux différentes scènes du travail des soignants mais aussi à ses coulisses ainsi qu'à la réflexivité de ces acteurs sur leur activité professionnelle.

12 Je reste marqué par le sentiment diffus de puissance et la forme de virilité [8] qui imprégnait mon quotidien à l'instar de celui des soignants. Le monde de l'hôpital psychiatrique ne me renvoyait apparemment plus à mes propres failles, comme c'était le cas lors des premiers jours de mon immersion. Les cas de violence répétés, qu'ils soient le fait des patients, des soignants ou de l'encadrement, ne me paraissaient pas occuper une place si importante. J'oubliais parfois ma place d'observateur et me délectais de partager un langage commun avec les soignants. J'investissais plus assidûment les espaces majoritairement fréquentés par les soignants (le bureau infirmier, l'office), plutôt que mixtes ou majoritairement fréquentés par les patients (le couloir, le jardin clôturé). J'étais le plus souvent reconduit en voiture à la sortie de l'hôpital par les infirmiers, et je participais même à quelques soirées festives avec eux. J'adoptais la langue commune construite au sein de l'unité. Comme les infirmiers, je disais bonjour en mimant les patients, ou répondais aux questions en singeant les tics langagiers des médecins. L'appropriation de ce syncrétisme linguistique répondait aux exigences de compréhension du travail infirmier.

13 Je faisais corps avec le groupe mais je vivais quotidiennement un décalage perturbant entre les valeurs qui étaient les miennes lors de mon entrée à l'hôpital et celles que j'étais pour partie contraint de m'approprier afin de comprendre le travail des soignants. Ce conflit intérieur, tu le jour, s'exprimait la nuit. J'éprouvais la nécessité impérieuse d'écrire longuement chaque soir dans mon journal de terrain. Mon sommeil était régulièrement troublé par des rêves réservant à mon expérience de terrain une place centrale. Ces rêves étaient le signe d'une transformation trop rapide de ma personne pour être fondée en valeurs. Ce clivage témoignait d'une tension difficile à tenir

entre, d'une part, l'exigence d'intégration au groupe des soignants imposée par mon travail de terrain, et d'autre part, mes sentiments moraux qui m'inclinaient à être plus empathique avec les patients.

14 Pour intégrer le groupe des soignants, j'ai été contraint de faire l'expérience d'une conversion. Le nombre de rôles disponibles à l'hôpital psychiatrique est restreint et j'ai eu, dès mon entrée, à choisir entre le rôle de patient et celui de soignant. Mon choix d'intégrer le groupe des soignants m'a conduit à me convertir non seulement au rôle de soignant, mais aussi aux valeurs qui soudent le groupe infirmier et qui fondent l'expérience du travail en psychiatrie de ses membres. Ma conversion au groupe des soignants fut rapide : en quelques mois, la vie quotidienne de l'hôpital psychiatrique m'apparaissait comme une série d'évidences. Je pris conscience de cette conversion obligée le quatrième mois de mon observation, lors d'une visite impromptue dans le service.

15

L'unité est plutôt calme ce matin. Un événement vient néanmoins perturber la tranquillité des soignants. Un agent du service qualité de l'hôpital et un représentant d'une association d'usagers viennent visiter la chambre d'isolement afin de vérifier sa conformité aux normes en vigueur [9]. L'équipe infirmière n'a pas été prévenue de leur passage. Leur présence est perçue par les soignants comme une intrusion inacceptable. Les infirmiers de l'équipe du matin s'interrogent : « Qu'est-ce qu'ils font là, ceux-là ? » Le cadre de santé les informe de l'identité des individus. À nouveau entre infirmiers, ils commentent : « Franchement, regarde-les, ça sert à quoi ça ? Des usagers en plus. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

16 Prenant part aux discussions sur cette présence dérangeante dans l'unité, à mon tour je mets en doute la pertinence de la visite. Cet épisode faisait écho à la mise en garde répétée des responsables médicaux lors de la négociation de mon entrée sur le terrain : ma présence ne devait pas être « perçue par les soignants comme une persécution [10] ». La direction médicale de l'établissement, les médecins responsables de l'unité ainsi que les cadres de santé s'accordaient sur ce risque particulier que représentait ma présence dans l'unité. Je n'en saisis toutefois pas tout de suite la signification et interprétais cet avertissement comme une marotte psychiatrique invitant à appréhender le réel à travers le prisme psychanalytique. La visite imprévue de la chambre d'isolement par le service qualité et le représentant des usagers éclairait la signification de cet avertissement : les soignants de l'hôpital psychiatrique se distinguent par leur fermeture et supportent difficilement une quelconque présence extérieure à l'hôpital. Ils sont attachés à la protection d'un espace singulier et tenu à distance du monde extérieur. Aussi le « stagiaire sociologue » en quête d'intégration ne peut-il subir une conversion propre au monde de l'hôpital psychiatrique et être du côté des soignants.

17 En conséquence, il m'était impossible de tenir ensemble une réflexion sur les soignants et une autre, parallèle et de même importance, sur les patients. Ma conversion me contraignait à porter la focale sur le groupe des soignants et à percevoir les patients au travers de leur regard. Ma question

étant alors la suivante : qu'est-ce qu'être soignant et qu'en est-il de la pratique infirmière à l'hôpital psychiatrique ?

18 Les mois passés au sein de deux unités de soins psychiatriques ont permis le recueil de données ethnographiques ainsi que la réalisation de plusieurs séries d'entretiens avec des professionnels du soin psychiatrique (médecins, cadres de santé, cadres supérieurs de pôles, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers [ASH], psychologues ou assistants sociaux [11]).

19 Pour entrer dans le travail des infirmiers de la psychiatrie publique hospitalière un retour sur l'histoire de la discipline s'impose. La psychiatrie s'est construite comme discipline médicale à part entière au prix d'importantes luttes sociales. Le militantisme des pionniers de la psychiatrie de secteur a permis la diffusion d'une nouvelle conception de la prise en charge des « malades mentaux ». De nouvelles pratiques émergent de l'expérimentation d'un soin à l'extérieur de l'hôpital. Rapidement, l'ambition de soigner les patients au plus près de leur environnement social ordinaire et de contribuer à leur réinsertion sociale est partagée par les professionnels de santé de l'hôpital et du secteur naissant. La lutte contre l'aliénisme regroupe une pluralité d'acteurs désireux de transformer le mandat sociétal accordé à la psychiatrie. Il s'agit, pour sortir de l'asile, de professionnaliser la psychiatrie et de façonner une discipline à vocation émancipatrice. Les militants de cette psychiatrie renouvelée défendent un corps de principes et de pratiques professionnelles se référant à un corpus théorique marqué par les influences de la psychanalyse, des sciences sociales et du marxisme. Ces références et ces pratiques au sein d'associations, sortes de laboratoires d'expérimentation d'une prise en charge d'un type nouveau, dessinent les contours de la rhétorique professionnelle des psychiatres et des infirmiers de la psychiatrie. Cette rhétorique professionnelle développée parvient à légitimer une nouvelle conception du soin en psychiatrie et à promouvoir la professionnalisation de cette filière de soin. La reconnaissance de la nécessité de transformer le mandat des professionnels de santé de la psychiatrie aboutit, en 1968, à la reconnaissance de la psychiatrie comme discipline à part entière, ainsi qu'à la création du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP), en 1969.

20 La reconnaissance de la spécificité de la filière psychiatrique est toutefois de courte durée. En 1984, l'internat de psychiatrie est transformé et les savoirs qui fondaient l'exercice clinique des psychiatres occupent désormais une place moins importante que ceux de la psychiatrie biologique. En 1992, c'est au tour des infirmiers de secteur psychiatrique de voir leur formation attaquée. À cette date, la formation d'ISP est supprimée au profit d'une formation unique d'infirmier diplômé d'État (IDE) pour les infirmiers de psychiatrie et de soins généraux. Ce mouvement de déprofessionnalisation des métiers de la psychiatrie s'accompagne par ailleurs d'un mouvement de déspecialisation de cette filière de soin. À partir des années 1980 et de façon plus intense depuis les années 2000, l'hôpital psychiatrique est l'objet de réformes importantes. Ces transformations dénigrent la spécificité de l'hôpital psychiatrique. Il s'agit de rendre les hôpitaux psychiatriques conformes aux objectifs de qualité et de performance imposés à l'ensemble des établissements de santé. La politique de rationalisation budgétaire et le tournant managérial mettent à mal, par l'introduction de nouveaux outils et l'imposition de nouvelles injonctions aux soignants, les points d'appui des professionnels de santé de la filière psychiatrique. Face à la recomposition de leur

groupe professionnel et de leur lieu d'exercice, les infirmiers en psychiatrie ne peuvent s'inscrire aujourd'hui dans l'évidence d'une filiation avec ceux qui les ont formés.

21 Dans le contexte nouveau de pression de lits, l'héritage de la psychiatrie de secteur peine à s'exprimer dans le travail quotidien des soignants. Comment dès lors exercer son activité ? Comment développer la créativité nécessaire au travail de soignant dans les conditions actuelles d'un hôpital pensé en termes de flux ? Comment ouvrir des espaces de liberté, trouver une marge de manœuvre pour exercer son activité, mais aussi tenir son poste de travail sur le long terme dans l'hôpital gestionnaire ?

22 Les professionnels de santé incarnent cette capacité paradoxale à agir dans un contexte contraint tout en se préservant une marge de manœuvre nécessaire à la conduite de leur activité. Par leur activité, ceux-ci tentent de résister aux tensions induites dans la mission qui leur est imposée, consistant à devoir soigner les patients tout en les conduisant au plus vite vers la sortie de l'établissement. Pour répondre à cette double exigence, les soignants intègrent l'importance de la gestion des flux de patients dans leur activité quotidienne. Le turnover accéléré des patients induisant la présence de patients en crise toujours plus aiguë, les outils classiques du soin en psychiatrie (cadre thérapeutique, médicament, contentions, isolement) sont mobilisés afin de répondre à la nécessité de réguler les relations entre soignants et patients. Les soignants sont contraints de construire des règles strictes en direction des patients, cela afin de pouvoir tenir leur poste de travail. Il en résulte un travail de frontière entre soignants et patients, qui contribue à conférer aux malades un rôle de patient particulièrement exigeant. Face à l'importance du nombre de patients à prendre en charge et de leur turnover, les soignants sont confrontés à une alternative : ils peuvent diminuer le temps accordé à chaque malade, ou se concentrer sur quelques cas et délaisser d'autres patients. Les soignants optent bien souvent pour la seconde proposition. L'organisation de leur travail est même collectivement réglée afin de répondre à la question du choix des patients à investir. En conséquence, le parcours d'entrée des patients est jalonné d'épreuves au cours desquelles les soignants sont conduits à évaluer leur degré d'investissement auprès du patient. La clinique, expertise fondant le soin en psychiatrie, n'est déployée que pour les patients « méritants ». Dignes du travail des soignants, ils se distinguent des autres patients dont il conviendra de se décharger collectivement.

23 Mais le travail des soignants n'est pas uniquement soumis aux contraintes de l'hôpital gestionnaire. Les infirmiers en psychiatrie témoignent de capacités de résistance au travail prescrit. Leurs actions collectives et leurs manières de faire leur permettent de renverser les dominations gestionnaires et la dominance professionnelle des médecins. Ils se présentent ainsi comme les principaux artisans de l'invention du quotidien de la psychiatrie. Ces soignants font preuve d'une vigilance particulièrement marquée lorsqu'il s'agit de transformer leur pratique professionnelle. Face à ce qu'ils interprètent comme des attaques contre leur métier, ils n'hésitent pas à entrer dans le conflit. Des débats s'organisent avec les médecins au cours des réunions d'équipe, la pertinence d'une action collective est discutée. L'héritage d'une psychiatrie devant « prendre soin des lieux de soin » les encourage à interpréter leur engagement comme une nécessité professionnelle.

24 Cette vigilance et les actions collectives qui en sont le produit ne parviennent toutefois pas toujours à contrecarrer les réformes. Pour autant, la résistance des soignants ne s'éteint pas. Elle se

mue en une subversion discrète des dispositifs issus de ces réformes. Le détournement des dispositifs et des instruments imposés aux soignants s'inscrit dans la continuité de l'activité clinique des soignants. Bien loin des descriptions qui en font des acteurs subalternes de l'hôpital, leur maîtrise du braconnage, l'expertise qu'ils revendiquent du quotidien des patients et les ressources qu'ils mobilisent pour asseoir leur autorité font d'eux les instigateurs principaux de ce qu'est le soin à l'hôpital psychiatrique aujourd'hui.

²⁵ Pour comprendre cet ordinaire du travail des soignants, il est proposé d'ouvrir les doubles portes de deux unités de soin et d'interroger la manière dont ces professionnels parviennent à agir dans un contexte contraint.

Notes

- [1]

Cette section est rédigée à la première personne du singulier. Mettant l'accent sur la subjectivité du chercheur, il aurait été factice de faire apparaître un récit à la première personne du pluriel ou de mobiliser la forme impersonnelle pour traduire dans le texte présenté les émotions qui sont celles du chercheur.

- [2]

Il s'agit du premier terrain mené au sein de l'hôpital A., durant six mois au cours de l'année 2008-2009.

- [3]

Le service comprend deux unités d'hospitalisation, un centre médico-psychologique (CMP) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- [4]

Le personnel soignant comprend non seulement l'équipe médicale (médecin-chef, médecins responsables et assistants, internes, externes) mais aussi psychologues, ergothérapeutes, cadres de santé, personnels infirmiers, assistantes sociales et stagiaires de ces différentes formations professionnelles. Le terme de soignant, dans ce service et d'une manière générale en psychiatrie, est à entendre au sens large. Il s'agit des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients, fût-elle médicale, paramédicale, psychologique ou sociale.

- [5]

Les présentations de malades qu'organise Charcot les mardis à l'école de la Salpêtrière, entre 1882 et 1893, sont destinées à partager les connaissances cliniques sur la maladie mentale ou neurologique, et à envisager son traitement. Ces présentations étaient par ailleurs le lieu de rencontre privilégié des « grands personnages » parisiens de l'époque qui y assistaient avec assiduité. Les leçons du mardi trouvent une représentation dans le tableau d'André Brouillet, *Une leçon clinique à la Salpêtrière*, salon de 1887.

- [6]

Les « bœufs » ou « *jam session* » sont des regroupements informels de musiciens organisés dans des clubs de jazz ou des cafés. Ils consistent à jouer et à improviser entre musiciens autour de standards de jazz, de morceaux classiques et connus de la plupart des musiciens. Ils sont l'occasion de rencontrer de nouveaux musiciens et de se former à l'improvisation.

- [7]

Parfois qualifié de « collectif soignant », en référence notamment aux enjeux de mise en cohérence des différents segments professionnels autour d'un « cadre de soin » unique pour la prise en charge des patients. Ce groupe est néanmoins traversé d'enjeux professionnels liés à la division du travail et est marqué par de multiples conflits.

- [8]

C. Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Le Seuil, 1998.

- [9]

Depuis l'adoption en 2002 de la loi dite de démocratie sanitaire, un représentant des usagers siège dans les instances décisionnaires de l'hôpital. D'autre part, les dispositifs de contention et d'isolement font l'objet d'une réglementation. La présence conjointe du responsable du service qualité de l'hôpital et du représentant des usagers est notamment le fruit de cette inscription de l'hôpital psychiatrique dans le droit commun, et du développement de l'encadrement juridique des hospitalisations en psychiatrie.

- [10]

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

- [11]

Les extraits présentés sont le fruit d'observations effectuées (entre 2008 et 2011) durant une période de plus d'un an au sein de deux unités de soins psychiatriques de la région lyonnaise dans deux hôpitaux (hôpitaux A. et B.).

Vider les lits

Dans l'hôpital des années 1950 [1], les patients étaient condamnés à une vie de reclus en institution. Aujourd'hui, les patients séjournent pendant des durées variables à l'hôpital, et sont amenés, un jour, à le quitter [2]. Leur présence à l'hôpital se limite même actuellement au seul temps de la crise. Le rôle de l'hôpital est celui d'une prise en charge du patient pendant les phases aiguës de sa maladie. D'où la brièveté des séjours.

2 Dans le même temps, d'un côté, l'idéal de démocratie sanitaire fait la promotion de la participation des patients à la définition des soins et permet aux malades ainsi qu'à leur famille de décroquer l'hôpital. De l'autre côté, un nouveau principe de gestion des flux de patients vise à limiter la durée de séjour en hôpital psychiatrique. La longueur du séjour de chaque patient est comparée à la durée moyenne de séjour (DMS) et à des objectifs quantifiés visant sa diminution. Selon ce principe, l'hôpital est aujourd'hui pensé et piloté au travers de ses flux. Et la vie quotidienne des unités de soin s'organise autour de l'urgente et nécessaire sortie des patients. Cette nouvelle injonction en psychiatrie – vider les lits – transforme en profondeur le travail des soignants. La pression des lits les contraint à uniformiser leurs pratiques : d'une gestion individualisée [3] des patients, l'urgence tend à induire une prise en charge collective des patients.

3 Ce mouvement vers un hôpital gouverné par ses flux est concomitant de celui visant à décroquer l'hôpital et à l'ouvrir sur la ville. C'est ainsi que nombre d'unités auparavant fermées ouvrent à présent leurs portes et consignent de manière plus visible la perspective de sortie des patients. Cette ouverture s'inscrit dans le processus de recentrement de l'hôpital sur le temps de la crise et pose question aux professionnels de santé qui parviennent difficilement à maintenir un quotidien « contenant ». C'est enfin dans ce nouveau contexte que se développent de nouvelles expertises en matière de prise en charge des patients psychiatriques.

L'ouverture des unités de soins

4 Depuis 2006, les unités de soin psychiatriques doivent harmoniser leurs horaires d'ouverture avec ceux des unités de leur pôle. Nous sommes passés d'unités dites fermées, dont les accès sont très restreints, à des unités dites ouvertes.

5 Dans l'hôpital A., le service observé compte deux unités d'hospitalisation, un centre médico-psychologique (CMP) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Comme dans les autres unités de ce type, les portes du bâtiment de l'unité sont ouvertes, depuis un an au moment de l'enquête, sur les plages horaires suivantes : le matin, entre 9 h 30 et 11 h 30 ; l'après-midi, entre 14 h et 19 h. La définition de ces horaires a fait l'objet d'une réflexion collective entre soignants. En dehors de ces horaires, la double porte de l'unité est fermée à clef. Le trousseau des infirmiers, glissé dans la poche de leur blouse, est le symbole d'un hôpital au passé carcéral. Il comporte une clef ouvrant la double porte d'entrée de l'unité, une deuxième ouvrant le bureau infirmier et les

autres bureaux de l'unité, une clef permettant de lier et de délier les liens de contention, une clef pour la chambre d'isolement, une dernière ouvrant les fenêtres des chambres.

6 Le matin et l'après-midi, les patients en hospitalisation libre (HL) bénéficient du droit de sortir de l'unité, sauf s'ils sont soumis à des restrictions relatives à leur « liberté d'aller et de venir [4] ». Une partie d'entre eux font en effet l'objet de prescriptions qui les contraignent à demeurer dans l'unité et / ou dans l'enceinte de l'hôpital. L'ensemble de ces restrictions compose le « cadre de soin » – communément appelé « cadre » – fixé pour chaque patient. Le cadre de soin [5] est déterminé par le médecin, en collaboration avec les autres soignants [6]. Il est révisé au rythme de l'évolution de l'état de santé de chaque patient. Bien qu'accueillis en service dit « ouvert », certains patients n'ont légalement pas le droit de sortir du service. Les patients hospitalisés sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers – HDT, ou hospitalisation d'office – HO) sont considérés comme « fugueurs » s'ils sortent du service sans document de « permission ». Ce document doit être signé de la main du médecin, et pour les malades placés en HO, l'accord du préfet doit être obtenu. Or ces demandes adressées à la préfecture obtiennent actuellement plus difficilement une réponse favorable qu'auparavant [7]. La crainte d'une potentielle « dangerosité [8] » des patients induit selon un médecin responsable d'unité une situation impossible : pour sortir définitivement de l'hôpital, les patients placés en HO doivent avoir effectué des « sorties d'essai ». Ces permissions étant actuellement systématiquement refusées par la préfecture, les patients « encombrant les services [9] ».

Le recentrement de l'hôpital psychiatrique sur le temps de la crise

7 Depuis la sectorisation, c'est le lieu d'habitation du patient qui conditionne son lieu d'hospitalisation dans les unités d'entrée classiques [10]. Cette distribution des patients selon ce seul critère territorial induit la coprésence de patients présentant des pathologies différentes. Elle a aussi pour effet une reproduction, à l'intérieur de l'hôpital, des inégalités territoriales.

La sectorisation

En France, le « secteur psychiatrique » est mis en place par la circulaire du 15 mars 1960. La politique du secteur « consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de

secteurs géographiques ; à l'intérieur de chacun, la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation et, enfin, la surveillance postcure [11] ».

Cette réorganisation territoriale de l'offre de soins vise une plus grande cohérence entre les différents dispositifs de soins, fondée sur une meilleure articulation des professionnels présents à l'échelle d'un territoire restreint. Cette réforme s'inscrit dans un contexte de surcharge des hôpitaux publics en psychiatrie [12]. Elle s'insère au sein d'un mouvement plus large de critique des hôpitaux psychiatriques décriant les mauvaises conditions de prise en charge des malades mentaux. Pour permettre de baisser le taux d'occupation des hôpitaux, le ministère en charge de la Santé publique opte pour la refonte de l'organisation administrative de l'offre de soins en psychiatrie. Il s'agit de renforcer les coordinations locales entre les différents établissements de santé. Le « secteur » correspond à l'échelon administratif à partir duquel l'offre de soin en psychiatrie est envisagée. Il constitue dès lors « l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. Il dispense et coordonne, pour une aire géographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des soins » [13]. L'unité territoriale retenue, plus réduite que celle du département, fait de chaque secteur une entité d'environ 70 000 habitants affectés à un service hospitalier donné ainsi qu'à un ensemble de structures extrahospitalières telles que les hôpitaux de jour, les foyers de postcure et certains dispensaires. La sectorisation préfigure une offre de soin organisée en réseau à partir d'un échelon territorial restreint.

Le terme de secteur lui-même renvoie à une pluralité de sens. Considéré non seulement comme une organisation administrative mais surtout comme un espace (physique, théorique et pratique), l'hôpital psychiatrique fait au cours de cette période l'objet d'une réflexion à plus d'un titre. Le bouillonnement intellectuel à l'hôpital au moment de l'instauration du secteur tend à brouiller les pistes pour les observateurs des mondes de la psychiatrie, et à rendre complexe toute interprétation unifiée. Comme le met en évidence Livia Velpry [14] – qui reprend notamment les travaux de Pauline Rhenter [15] – « [la notion de secteur] désignera tantôt une méthode héritée de la psychothérapie institutionnelle [16], tantôt la psychiatrie hors les murs au sens strict, tantôt le territoire rattaché à une même équipe soignante » [17]. Cette polysémie [18] nécessite de distinguer formellement les différentes acceptions de la notion de secteur. Aussi proposons-nous de distinguer la politique publique en la rangeant sous le terme de « politique du secteur », l'idéologie professionnelle sous celui de « psychiatrie de secteur », l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie sous celui de « secteur » ou de « secteur psychiatrique », et enfin, le processus par lequel le secteur est mis en œuvre sous le terme de « sectorisation ».

8 Ces inégalités sociales de santé à l'échelle des secteurs ne sont pas sans effet sur la prise en charge psychosociale des patients [19]. En effet, les patients issus des secteurs les moins favorisés cumulent de façon paroxystique des problématiques à la fois psychiques et sociales. C'est le cas des secteurs dans lesquels exercent les équipes que nous avons observées. Les patients qui y sont hospitalisés sont non seulement en crise aiguë mais ils présentent également d'importantes difficultés sociales. L'hôpital public accueille prioritairement les malades qui présentent les pathologies les plus sévères et notamment des individus placés sous contrainte (HO [20] ou HDT [21]). La prise en charge de ces patients sous contrainte constitue une des missions obligatoires de la psychiatrie publique hospitalière ; or ces bénéficiaires prioritaires présentent souvent la particularité de cumuler difficultés sociales et troubles psychiques [22].

9 L'ouverture des services, contemporaine de l'inscription de l'hôpital dans l'ensemble plus large de la santé mentale [23], a provoqué l'inquiétude des soignants. L'ouverture des services, couplée avec l'augmentation du turnover des patients, risquait fort d'augmenter la charge de travail des soignants. La réduction de la durée des séjours a en effet conduit à des changements organisationnels visant notamment à regrouper les patients par pathologie ou par durée de séjour. En conséquence, l'hôpital psychiatrique connaît une diminution de la mixité de ses patients.

10 À l'intérieur des unités, les soignants tentent de juguler une demande d'hospitalisation structurellement plus importante que l'offre de lits. Du fait de la sortie rapide des patients, les soignants ne vivent avec eux que le temps de la crise. Aussi, ils sont privés des rétributions associées au soin dans la durée. Le seul temps de la crise ne leur permet pas de prendre en considération l'intégralité de la personne du malade. Les soignants tendent alors à réduire les patients aux signes les plus visibles de leur pathologie. Le fait de n'avoir pas ou que peu de retours à propos des patients qui, une fois sortis, vivent une existence ordinaire, contribue à une perte de sens de l'activité de soignant en psychiatrie. Plusieurs soignants confessent ainsi perdre espoir en leur activité tant l'unité dans laquelle ils exercent est continuellement remplie de patients atteints des pathologies les plus sévères.

11 Ce fonctionnement concourt à placer dans l'ombre les trajectoires de maladie [24] des patients. Certaines cartes postales accrochées aux murs du bureau infirmier rappellent l'existence de patients ne revenant pas ou peu dans l'unité – et parvenant donc à vivre une existence acceptable en dépit de leur pathologie. Cela n'empêche qu'un grand nombre de patients se présentent régulièrement dans l'unité à la suite de crises particulièrement aiguës et à répétition. Ces patients s'orientent, au fil des hospitalisations, vers une carrière de « patient chronique ». Pour eux, l'action thérapeutique des soignants ne débouche que rarement sur la « stabilisation » de leur état psychique.

Le maintien d'un quotidien « contenant » en prise avec la logique des flux de patients

12 Afin d'offrir des rythmes qui permettent aux patients de se repérer facilement dans la temporalité psychiatrique, l'ordinaire de l'hôpital est marqué par un quotidien routinier, ponctué de rares urgences. Ce rythme marque aussi la profession infirmière. Les membres du groupe infirmier jugent d'ailleurs de la qualité de leurs collègues nouvellement arrivés à leur capacité à rapidement s'acquitter des tâches pratiques et obligatoires inhérentes au métier. Dans le quotidien des infirmiers, la multiplicité des tâches ne doit pas déstabiliser le caractère ritualisé de la série d'actions immuables (lever, repas, médicaments, coucher) en direction des patients. La routinisation des temps collectifs agit comme un marqueur temporel fort qui rappelle que le traitement est étayé sur l'appropriation de règles irrévocables. De leur côté, les patients ont intégré les rythmes de travail des soignants. Ils tentent en permanence de solliciter les infirmiers. Lors de leurs passages éclairs dans le couloir ou pendant leur présence dans le bureau infirmier, les infirmiers sont interpellés par les patients. Les demandes sont multiples et diverses : de l'argent gardé par les soignants pour s'acheter une boisson à la cafétéria, une permission pour sortir de l'hôpital, ou une diminution ou un changement de leur traitement psychopharmacologique... L'organisation à flux tendu, qui alimente la « course des soignants », entrave la fonction contenante de l'hôpital psychiatrique. Cette dernière exige de bonnes connaissances et la surveillance des patients.

13 Les « mouvements » des patients constituent le principe de réalité de l'hôpital avec lequel les soignants doivent composer. Et on voit émerger un mode de désignation des patients en fonction de leur place dans ces mouvements. De même, de nouvelles pratiques émergent, permettant d'inscrire le soin dans le temps face à des cadences réduisant la durée du séjour des patients.

14 La réunion de staff hebdomadaire s'ouvre systématiquement sur les « mouvements » dans l'unité. Ces « mouvements » désignent les flux de patients entrant et sortant de l'unité au cours de la semaine. Un patient est « sortant » lorsque son départ de l'unité est programmé. Une fois « stabilisé », le patient peut quitter l'hôpital et bénéficier d'un suivi thérapeutique au sein des structures extrahospitalières. La sortie d'un patient est le plus souvent le fruit d'une décision de l'équipe médicale et soignante, mais il arrive que des patients sortent contre avis médical lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés sous contrainte. Un patient en « subsistance » est un patient hospitalisé dans une autre unité de l'hôpital faute de place dans l'unité de laquelle il dépend.

15 Les échanges témoignent ainsi de la manière dont se reporte la pression des lits [25] sur le travail des soignants. Les informations retenues comme pertinentes renvoient avant tout à une logique comptable dans laquelle les flux priment sur les cas singuliers des patients. Le médecin responsable de l'unité énumère successivement les noms des patients en indiquant leur statut en fonction de la proximité de leur arrivée ou de leur sortie dans l'unité :

Monsieur P. est sortant, Monsieur N., qui était en CI [chambre d'isolement], prendra le lit de Monsieur P., Monsieur G. sortira vendredi et Monsieur X. prendra son lit. [...] Mademoiselle I. sortira lundi. Nous avons aujourd'hui une entrée, Mademoiselle Y., qui est en subsistance à Pinel 2 [26]. Elle est arrivée hier pour une BDA [bouffée délirante aiguë] [27]. Nous avons en ce moment quinze patients en subsistance et l'unité des urgences nous met une pression de plus en plus forte. Nous allons tenter au maximum de garder le cap mais le service des urgences a une politique d'entrée de plus en plus étonnante. Bon.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

17 L'unité des urgences de l'hôpital est chargée de gérer les flux entrants de patients. Les unités n'encourageant pas une sortie rapide des patients, et ainsi ne permettant pas un turnover important des malades, comptent un grand nombre de subsistants. Ces unités au fort taux de subsistants peuvent faire l'objet de critiques de la part de l'administration hospitalière procédant au suivi des flux de patients dans l'hôpital. Les responsables de ces unités peuvent aussi être considérés comme des « outsiders » par les professionnels de santé qui valorisent l'hospitalisation de courte durée.

18 La majeure partie des patients sont « de la maison ». « Habitues » de l'hôpital, ces derniers sont régulièrement hospitalisés dans l'unité ou y sont hospitalisés depuis de nombreuses années. Leur retour n'étonne pas les soignants qui vont parfois jusqu'à parier sur la date de leur venue. Ces patients étiquetés comme « chroniques » sont souvent désignés par leurs prénoms au cours des discussions entre soignants, voire au cours de leurs échanges avec les soignants. Monsieur X. devient alors Ahmed, et Mademoiselle Y., Andrée. L'équipe médicale et soignante escompte peu de résultats pour ces malades dont la pathologie et les traitements (institutionnels, chimiothérapiques ou techniques tels que l'électro-convulsivothérapie) ont pu avoir des effets jugés comme étant irréversibles. Certains sont considérés comme « stabilisés » : les symptômes les plus envahissants de leur pathologie sont régulés à l'aide de traitements psychopharmacologiques. Pour autant, une vie à l'extérieur de l'hôpital est difficilement envisageable, tant leur expérience s'est structurée en institution, voire à l'intérieur de l'unité où ils sont hospitalisés depuis de nombreuses années. Comme le disent avec affection les soignants, ces patients « font partie des murs ». Leur arrivée est souvent antérieure à la prise de fonction des soignants qui les prennent en charge. Si des projets de sortie sont envisagés par les équipes, les soignants se heurtent autant aux difficultés d'adaptation de ces patients qu'à la « rigidité » des structures non hospitalières censées permettre leur accueil. Les exigences des lieux d'hébergements (maison de retraite, foyer d'hébergement, maisons-relais, etc.) sont en effet trop élevées pour ce type de patients. Ces projets de placement échouent également à cause des difficultés du patient à se projeter dans un environnement nouveau. Ces patients, parfois considérés comme « encombrant les services », rappellent ainsi les soignants à une nécessaire « humilité ».

19 Dans le contexte de la pression des lits, les hospitalisations à répétition deviennent la norme. Elles permettent de répondre à la double exigence de gestion des flux de patients et de valorisation du droit des usagers à sortir rapidement de l'hôpital [28]. Elles ont pour conséquence la segmentation du soin des patients.

Anaïs, infirmière DE de l'équipe du matin, discute avec Adeline, l'assistante sociale. Ponctuant ce passage entre deux activités d'une pause cigarette, Anaïs et Adeline en profitent pour parler avec moi des patients. Nous discutons du manque de reconnaissance ressenti par les soignants. Anaïs évoque alors le cas de Monsieur T. Patient « de la maison », il a quitté l'unité en fin de semaine dernière et est « entrant » ce lundi matin. Anaïs rappelle le trait d'esprit du médecin de l'unité, lors de la pause-café du matin, qui ironisait : ce patient « est le premier écologiste à vouloir être traité aux métaux lourds ». Monsieur T., patient bipolaire engagé dans la cause écologiste, a en effet critiqué le médecin, lui reprochant de ne pas lui avoir prescrit des sels de lithium [29] qui constitueraient, selon lui, le traitement le plus indiqué pour sa pathologie. Tirant nerveusement sur sa cigarette, Anaïs, l'infirmière DE, se réjouit car elle est parvenue, selon elle, à « protéger l'alliance thérapeutique [30] » avec ce patient alors que ce dernier s'était montré particulièrement défiant à l'égard de l'équipe. En effet, le vendredi précédent, elle a eu avec Monsieur T. une discussion qu'elle nous rapporte : « Monsieur T., alors que la confiance semble être brisée avec beaucoup de soignants, s'est montré sympa. Je suis venue le voir avant le week-end parce que je partais et qu'il était sortant. Je lui ai dit : “À lundi !” Et il m'a dit qu'il ne serait plus là. Moi je savais que je le reverrai. Du coup, je me suis dit que je ne m'y suis pas trop mal prise [rires]. »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

21 Diplômée depuis quelques mois, cette infirmière a conscience que le départ d'un patient peut répondre à d'autres exigences que thérapeutiques. Elle sait que la sortie de l'hôpital de Monsieur T. ne signifiait pas nécessairement la sortie de sa crise ou son rétablissement. Elle a réussi à prévenir le « décrochage » du patient et à prévoir son retour prématuré à l'hôpital.

Nouvelles contraintes, nouveaux experts

22 Pour « libérer les lits », les soignants coopèrent et participent à la construction de projets de sortie permettant aux patients de mener leur existence en dehors de l'hôpital. Les nouvelles contraintes de l'hôpital s'appliquent en effet à l'ensemble de ses professionnels. Dans ce nouveau contexte, de nouveaux professionnels sont valorisés.

23 Face à la nécessité partagée de faire sortir les patients aux conditions de vie précaires, la connaissance des règles des structures alternatives à l'hôpital constitue une expertise valorisée par l'ensemble des professionnels de l'hôpital [31]. En conséquence, le travail de l'assistante sociale est central. Il contribue à faciliter la réalisation efficace de projets de sortie. Ces projets, qui sont le fruit d'une réflexion collective des soignants, nécessitent notamment la maîtrise des relations avec l'ensemble des structures extérieures à l'hôpital susceptibles d'accueillir les patients. À ce titre, les assistantes sociales, qui maîtrisent ces relations, peuvent être analysées comme renvoyant à ce que Michel Crozier et Ehrard Friedberg qualifiaient de « marginal sécant » [32]. Leur position provient en particulier de leur capacité à mobiliser dans les dossiers une rhétorique propre à convaincre ces

structures d'accueillir les patients qui ne répondent pourtant pas aux exigences de ces établissements. La capacité de l'assistante sociale à jongler habilement entre les registres du soin et ceux de la gestion administrative en fait une collègue estimée. Sans être perpétuellement confrontées aux patients et bénéficiant d'un bureau individuel dans l'unité, les assistantes sociales sont néanmoins intégrées au groupe infirmier. Elle participent au soin en prenant en charge des aspects concrets de la vie des patients [33], sur lesquels les infirmiers se considèrent eux-mêmes comme dépourvus de compétence. Les assistantes sociales, œuvrant à l'interface entre l'hôpital et l'extérieur, parviennent à naviguer entre les registres paramédicaux, médicaux et administratifs, et deviennent, ce faisant, des actrices centrales au sein de l'organisation.

24 A contrario, les compétences cliniciennes du psychologue sont dévaluées au profit des savoirs pratiques plus opérants dans la gestion des flux des patients. Mais les relations entre les infirmiers et les psychologues sont en fait plus complexes et s'inscrivent dans l'histoire de ces deux groupes professionnels en psychiatrie. Les savoirs que les psychologues mobilisent ne sont pas reconnus comme des compétences dont ils seraient les seuls dépositaires. Le cœur du métier des psychologues a trait à la réflexion clinique et à l'approche compréhensive du patient. Or ce sont les tâches qui sont considérées comme les plus nobles par les infirmiers en psychiatrie, et dont on les a privés.

25 L'expertise revendiquée par les ISP (infirmiers de secteur psychiatrique), qui se traduit par une connaissance empirique des pathologies psychiatriques, et ainsi, les savoirs et les pratiques considérées comme relevant de leur juridiction, ont fait l'objet d'une mise en concurrence avec celle des psychologues. De cette mise en concurrence, les « presque psychologues » infirmiers sont sortis perdants. Leur rancœur à l'égard des psychologues s'exprime de façon récurrente dans le quotidien hospitalier. Dans l'unité observée à l'hôpital B., les relations entre les infirmiers et la psychologue sont teintées de mépris et d'une certaine violence. Ainsi, le week-end, en l'absence de la psychologue, les infirmiers commentent son travail.

26

Le dimanche, les soignants fument à l'intérieur de l'office. Ils utilisent comme cendrier la tasse préférée d'Aude, la psychologue. Attablés, ils s'amusent à mimer le plaisir que la psychologue prend à boire le café dans cette tasse : « Elle est si belle cette tasse décorée à la main ! » Ils rient ensemble et commentent : « Aude, on ne comprend rien à ce qu'elle dit. Quand elle parle, on comprend rien ! Et il faut toujours qu'elle la ramène avec ses "chouchous". La dernière fois, elle voulait carrément faire un entretien en CI [chambre d'isolement] et que l'on soit là, juste parce que c'était son petit préféré. Oh là là ! Moi, je sais ce qui lui manque... C'est un bon coup de b... à effet retard ! »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

27 Par cette dernière expression, Stéphanie fait référence aux médicaments antipsychotiques à effet retard qui, en une seule injection, ont un effet prolongé d'une durée d'un mois environ. Le rôle institutionnel des psychologues en matière de réflexivité au sein de l'équipe soignante est dénigré. Et les psychologues bénéficieraient d'avantages liés à leur statut, dont ne jouissent pas les infirmiers

alors même qu'ils présentent, selon eux, des compétences équivalentes. Le conflit autour de la division du travail structure le groupe infirmier en psychiatrie ; il s'inscrit dans la protestation des infirmiers, consécutive à la suppression du diplôme d'ISP vécue comme une injustice.

La suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP)

Le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique est supprimé par l'arrêté du 23 mars 1992 qui met fin à la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique et institue une formation unique d'infirmiers diplômés d'État (IDE) au sein des instituts de formation en soins infirmiers [34] (IFSI).

La suppression du diplôme d'ISP est considérée par les infirmiers exerçant en psychiatrie comme un mépris pour leurs connaissances et leurs savoir-faire spécifiques. Cette réforme fait réémerger des débats relatifs à la place de la psychiatrie dans la médecine et dans la société. Elle est interprétée comme un témoignage supplémentaire de la relégation de la psychiatrie historiquement considérée comme le « parent pauvre de la médecine et du soin ».

En 1994, l'équivalence du diplôme prévue par l'arrêté du 30 mars 1992 après la validation de trois mois de stage à temps complet (un mois en médecine, un mois en chirurgie, un mois en réanimation ou aux urgences) est accordée à tous les infirmiers de secteur psychiatrique en faisant la demande, et ce, sans condition. L'arrêté est signé par Simone Veil. Dans les faits, peu d'anciens ISP en feront la demande et moins encore souhaiteront quitter la psychiatrie. Dans les services, les premières générations d'IDE font les frais de la réforme mal acceptée. Nombre d'ISP refusent de participer à l'accueil de leurs collègues et s'abstiennent de les former à leur arrivée. Cette situation, bien qu'elle n'ait pas duré longtemps, a contribué à créer au sein des premières générations d'IDE le sentiment d'être la cible d'une « guéguerre » à laquelle ils n'avaient pas participé.

À l'issue des réflexions d'un groupe de travail traitant du renforcement des compétences des IDE exerçant dans les établissements de psychiatrie, deux circulaires paraissent : la première, du 8 juillet 2004 [35], propose la mise en œuvre d'une formation complémentaire de quinze jours pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie ; la deuxième [36], du 16 janvier 2006,

préconise la mise en place d'un tutorat qui s'adresse également aux infirmiers nouvellement diplômés ou plus expérimentés, qui débudent en psychiatrie.

À partir de 2006, la formation des nouveaux arrivants en psychiatrie s'effectue dans les hôpitaux sur la base de ces deux compléments, « les 112 heures » de formation complémentaire (module de « consolidation des savoirs) et le tutorat par un infirmier confirmé du service intégré.

28 La division du travail à l'hôpital et l'histoire du groupe infirmier en psychiatrie permettent de mieux comprendre les conflits et les désaccords entre les infirmiers et les psychologues. Qu'il s'agisse des assistantes sociales ou des psychologues, le travail dans un contexte contraint conduit à une réévaluation des relations professionnelles. Il induit aussi une transformation du rôle des infirmiers et de nouvelles formes de régulation leur permettant de maintenir leur rôle face à l'intensification de leur travail [37].

Notes

- [1]

Décrit par E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, 1961, traduction française par Liliane Lainé : *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

- [2]

M. Coldefy, E. Salines, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », DREES, *Études et résultats*, n° 342, 2004 ; C. Alezrah, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'information psychiatrique*, vol. 85, n° 6, 2009, p. 509-517.

- [3]

É. Minvielle, « Gérer et comprendre l'organisation des soins hospitaliers », dans G. Cresson et F.-X. Schweyer (sous la direction de), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Paris, Éditions de l'ENSP, 2000, p. 115-131.

- [4]

Les restrictions à la liberté d'aller et de venir sont prescrites par le médecin en charge du patient et consignées dans le dossier du patient.

- [5]

Le cadre de soin désigne « l'ensemble des dispositions, matérielles, organisationnelles et surtout humaines, qui permettent et accompagnent l'émergence d'un processus thérapeutique par les relations soignants/soignés » : M. Tortonese, « Cadre thérapeutique et accompagnement infirmier », EMC, *Savoirs et soins infirmiers*, 2011, p. 1-7.

- [6]

Comme nous le verrons plus loin, les assistantes sociales sont catégorisées comme soignants du fait du nombre de patients cumulant problématiques psychiques et sociales. L'interpénétration de ces problématiques est bien connue des soignants et fait l'objet d'une abondante littérature, en particulier depuis les années 1990. Voir notamment : M. Joubert, C. Louzoun (sous la direction de), *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse, érès ; J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, L. Ridet (1996), *Crises : approche psychosociale clinique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2005.

- [7]

L'enquête eut lieu peu de temps après les débats autour de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 relative à la réforme de la protection juridique des majeurs.

- [8]

C. Gheorghiev et coll., « Dangers et maladie mentale », *L'information psychiatrique*, vol. 84, n° 10, 2008, p. 941-947.

- [9]

Extrait d'entretien : 34, infirmière IDE, 30 ans, hôpital B.

- [10]

Les unités d'entrée représentent la majeure partie des unités des établissements psychiatriques actuels. Il s'agit d'unités pour adultes non spécifiques à une pathologie, à un ensemble de troubles spécifiés ou à un âge de la vie déterminant une prise en charge différenciée (les patients relevant de la pédopsychiatrie, de la gérontopsychiatrie, etc., en sont donc exclus).

- [11]

Ministère de la Santé publique, 1960.

- [12]

N. Henckes, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Sociologie, École des hautes études en sciences sociales (EHESS) 2007 ; B. Eyraud, L. Velpry 2012, « Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ? », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [en ligne], 7.

- [13]

M. Coldefy, E. Salines, *op. cit.*

- [14]

L. Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008.

- [15]

P. Rhenter, *De l'institutionnel au contractuel : psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)*, thèse de doctorat en sciences politiques sous la direction de Jacques Michel soutenue en 2004 à l'université Lyon 2.

- [16]

Le courant dit de la « psychothérapie institutionnelle » désigne « le renouveau du traitement moral dans tout le monde occidental » : J. Hochmann, *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Puf, 2017. Entendant permettre aux malades de renouer avec des liens sociaux ordinaires, les intellectuels et les médecins à l'origine de ce mouvement proposent une critique du rôle social et politique de l'hôpital psychiatrique, et une réflexion sur des liens pensés comme intrinsèques entre institution, pouvoir et politique.

- [17]

L. Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie*, *op. cit.*

- [18]

Les différentes acceptions du terme de secteur en psychiatrie sont notamment éclairées dans les travaux de Nicolas Henckes, *Le nouveau monde de la psychiatrie française*, *op. cit.*

- [19]

La prise en charge psychosociale entend prêter attention aux liens entre phénomènes sociaux et psychiques dans le soin apporté aux patients. Elle allie, d'un point de vue théorique, les outils des sciences sociales et ceux de la psychologie ou de la psychanalyse, et, d'un point de vue pratique, des instruments issus du monde du travail social et ceux issus du monde de la prise en charge psychologique, psychanalytique ou psychiatrique.

- [20]

Hospitalisation d'office.

- [21]

Hospitalisation à la demande d'un tiers.

- [22]

Depuis les années 1990, les effets de la précarité ont fait l'objet d'une littérature abondante notamment depuis le rapport de T. Lecomte, A. Mizrahi et A. Mizrahi, « Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1991-1992 » [en ligne] ; J. Furtos, 2008, *Les cliniques de la précarité*, Paris, Masson.

- [23]

É. Piel, J.-L. Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Paris, La documentation française [en ligne] ; M. Bellhasen, *La santé mentale. Vers un bonheur sous contrôle*, Paris, La Fabrique, 2014.

- [24]

La notion de trajectoire de maladie est à entendre dans l'acception développée dans les travaux de Anselm Strauss définissant le terme de trajectoire comme faisant « référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués », A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

- [25]

N. Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.

- [26]

Pinel 2 est le nom (inventé) de l'unité de soin d'un autre service de l'hôpital décrit dans cette partie.

- [27]

Une BDA est une bouffée délirante aiguë. Cette catégorie, souvent mobilisée pour les patients n'ayant jamais été hospitalisés en psychiatrie ou visant leur première crise aiguë, insiste sur le symptôme. Le patient est délirant, il fait l'expérience de la « dissociation » dans laquelle la frontière entre « réel » et « imaginaire » est troublée, et par laquelle une part des perceptions du patient est altérée.

- [28]

Depuis 2002, la loi sur la démocratie sanitaire place au premier plan le droit des usagers dans les établissements de santé.

- [29]

Les sels de lithium sont contenus dans les stabilisateurs de l'humeur prescrits dans le traitement des troubles bipolaires.

- [30]

L'alliance thérapeutique consiste en la collaboration mutuelle entre le soignant et le soigné. Cette alliance est notamment recherchée afin de faciliter la prise en charge des patients sur le long terme ainsi que leur acceptation des traitements proposés.

- [31]

A. Strauss, *La trame de la négociation*, *op. cit.*

- [32]

M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1997.

- [33]

Parmi ces aspects, on peut citer en particulier le logement et les ressources financières pour la majorité des patients dont les ressources sont principalement composées de prestations sociales.

- [34]

Pour davantage d'éléments sur la formation infirmière actuelle au sein des IFSI, voir : P. Thouvenin, « Ethnographie de la formation des infirmières françaises », *Regards sociologiques*, n° 29, 2004, p. 35-53.

- [35]

Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n° 234, du 8 juillet 2004, relative à la mise en œuvre de la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie (janvier 2004).

- [36]

Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21, du 16 janvier 2006, relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

- [37]

C. Barret, « Le temps de travail sous tension », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 3, 2002, p. 75107 ; I. Sainsaulieu, *Le malaise des soignants*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Les régulations du soin en psychiatrie

Le ciment symbolique [1] de l'hôpital psychiatrique, c'est-à-dire la valeur partagée par ses membres et qui leur permet d'orienter leurs pratiques, demeure le soin. La mission des soignants reste de soigner les malades ou, au moins, de leur permettre de sortir en meilleure santé de l'hôpital. Mais face à l'intensification de leur travail, les soignants ne bénéficient que d'un nombre limité de ressources pour tenir leur rôle de soignant. Pour ne pas être submergés par les demandes des patients, ils mettent en œuvre de nouvelles formes de régulation avec les patients ainsi qu'avec les autres professionnels de l'unité de soin. Poursuivant cet objectif, ils mobilisent principalement le cadre de soin, la chambre d'isolement et le médicament psychopharmacologique.

Le cadre thérapeutique, entre savoirs théoriques et pratiques professionnelles

2 Pour chaque patient, les soignants développent un arc de travail, « c'est-à-dire l'ensemble du travail qui aura besoin d'être fait pour maîtriser le cours de la maladie et remettre le patient dans une forme suffisamment bonne pour que celui-ci puisse rentrer chez lui » [2]. Le cadre de soin en constitue l'instrument principal. Également appelé cadre thérapeutique, il est la traduction du cadre classique de la cure psychanalytique en termes de dispositifs institutionnels.

3 Le cadre thérapeutique est un instrument central de la pratique thérapeutique en psychiatrie. Il peut être entendu comme l'ensemble des mesures à visée thérapeutique appliquées à un individu en fonction de son état clinique. Il est le résultat d'une prescription par le médecin et se traduit par des mesures ayant principalement trait aux conditions de la vie quotidienne des patients au sein de l'unité. Sont inscrits dans le cadre, le type d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers), les mesures du type tutelle-curatelle qui s'imposent à l'individu à l'intérieur de l'hôpital comme à l'extérieur, mais aussi toute une série de mesures de restriction des libertés qui font l'objet d'une prescription médicale. Parmi ces mesures, on peut citer les limitations de la liberté d'aller et venir : les diverses interdictions de sortir de l'hôpital, les « permissions », la limitation des sorties au parc de l'hôpital, au jardin de l'unité, etc. ; la limitation des contacts avec l'extérieur par la restriction du nombre de visites et/ou des appels téléphoniques autorisés ; la consignation en pyjama qui signale physiquement la présence d'un patient en « cadre strict », la consignation en chambre d'isolement ou d'apaisement, ou dans « sa » chambre au cours de périodes horaires fixes et spécifiées ; les entraves physiques comme la pose des liens de contention.

4 Les infirmiers ont formellement la charge de faire appliquer au patient les mesures contenues dans le cadre. Selon le cadre et l'arc de travail qui lui est associé, les soignants adaptent leur prise en charge et infléchissent le sens qu'ils attribuent aux actions des patients à l'intérieur de l'unité de soin. Le cadre est « réévalué » au cours des rencontres entre médecin et patient et est négocié entre les différents segments professionnels de l'hôpital, patients compris. Ce cadre est donc appelé à être modifié au fil de la trajectoire de maladie des patients et de la probable proximité de leur sortie de l'hôpital. En théorie, le cadre thérapeutique est individualisé et s'adapte à l'état clinique du patient. Dans la pratique, il peut constituer un outil de régulation en marge de la démarche clinique. Les patients doivent alors se conformer à une succession d'étapes.

5

Lors d'une discussion avec un patient se plaignant de son hospitalisation, Stéphanie, jeune infirmière diplômée d'État (IDE) à l'hôpital B., explique avec pédagogie les différentes phases d'hospitalisation associées aux aspects formels du cadre du patient : « En HDT, même si vous n'avez rien à faire ici, il faudra faire comme d'habitude : d'abord en pyjama sans sortie, puis des temps de sortie dans le parc, puis les vêtements, puis des permissions et puis voilà, il faut suivre le même chemin que d'habitude. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

6 D'un cadre dit « fermé », c'est-à-dire sans autorisation de sortie, avec consignation en pyjama [3], et « contenant » puisqu'il entend contribuer à contenir la pathologie présentée par le patient, le médecin prescrit une succession d'« ouvertures du cadre ». Ces dernières permettent de mettre progressivement le patient à l'épreuve de ses capacités à contenir lui-même son malaise, dans des conditions se rapprochant progressivement de celles de la vie ordinaire. À chacune de ces étapes, les soignants adoptent une série d'attitudes associées au développement de l'arc de travail avec le patient. Dans un premier temps, lorsque le patient est en pyjama, les infirmiers observent son comportement à l'intérieur de l'unité. Ils examinent la manière dont il réagit face au rejet d'une partie de ses demandes et pour évaluer sa « tolérance à la frustration ». Cela les renseigne sur la capacité du patient à se contenir. Après ouverture du cadre, les infirmiers se montrent plus disponibles : les patients peuvent évoquer leur vie au sein de l'unité et la manière dont ils ont perçu leurs expériences de sorties dans le parc ou à l'extérieur de l'hôpital. Enfin, les infirmiers acceptent de discuter du projet de sortie avec le patient afin qu'il tire bénéfice de son expérience d'hospitalisation.

7 Les infirmiers sont chargés de surveiller la bonne application des modalités du cadre des patients qui, de leur côté, cherchent souvent à les transgresser. Pour simplifier leur travail et instaurer de nouvelles formes de régulation, les infirmiers tentent d'harmoniser les cadres des différents patients. Dans le contexte de surcharge de travail, du fait du turnover des patients, ils interpellent les médecins pour augmenter la lisibilité des cadres. Ainsi, au cours d'une réunion faisant suite à l'agression d'une infirmière de l'hôpital B., l'un d'entre eux propose un point sur le fonctionnement des cadres de soin des patients.

8

Anne, IDE [4], évoque la question du cadre des patients. Tout le monde se tait. Après quelques secondes de silence, certains de ses collègues infirmiers prennent la parole pour dénoncer les cadres qui sont pour eux incompréhensibles. Stéphanie, IDE, poursuit la discussion : « Moi je ne gère plus certains cadres. Il y a des patients qui fument seuls sur le palier, d'autres accompagnés ; Monsieur T., il faut lui ouvrir le hall à 7 h 55, d'autres, c'est à 10 h 55, d'autres à 11 h, etc. Ça serait bien d'avoir des cadres plus clairs, je dirais, "universels" ! » Livia, la médecin responsable, est peu convaincue. Monique, infirmière ISP [5], reformule la demande de Stéphanie : « Il faut que les cadres soient adaptés à chaque patient, mais il faut surtout que l'on puisse les faire respecter. » Livia acquiesce et Sonia, médecin assistant, synthétise : « Il faut clarifier les cadres, que chacun sache où il va et que l'équipe puisse gérer ça. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

9 Le cadre thérapeutique s'apparente en pratique souvent à un outil aux contours flous et qu'il est donc difficile d'appliquer collectivement. Or les infirmiers, qu'ils soient anciens ISP ou IDE, ont des difficultés à mettre en œuvre l'individualisation des prises en charge. Dans le contexte d'un hôpital ouvert, le flux de patients augmente, la surveillance des différents cadres génère une intensification de l'activité infirmière. Chargés de surveiller les allées et venues de l'ensemble des patients de l'unité, les infirmiers doivent connaître les modalités du cadre de chaque patient. Si le pyjama d'hôpital aide à identifier les patients « en cadre strict », il convient, pour les autres patients, de se remémorer les autorisations spécifiques les concernant. Aussi, les infirmiers formulent régulièrement auprès des médecins des demandes de clarification, voire de traitement collectif des cadres. Ces demandes sont problématiques pour l'équipe médicale qui souhaite privilégier le traitement individualisé des patients.

L'isolement : une nouvelle forme de régulation ?

10 L'isolement thérapeutique s'inscrit parmi l'ensemble des mesures de contrainte en psychiatrie [6]. Le confinement en chambre d'isolement (CI) est prescrit aux patients en crise aiguë devant être le moins possible soumis à des stimulations extérieures. Pour ces patients, les traitements chimiothérapeutiques ne permettent pas de diminuer de manière significative les symptômes envahissants. Ces symptômes, tels que l'agitation et l'agressivité, les conduisent à avoir un comportement qui risquerait de mettre en danger leur intégrité physique ou celle des autres. La prescription médicale de l'isolement thérapeutique répond à des critères symptomatologiques. Elle peut néanmoins aussi être utilisée pour permettre aux soignants d'être « plus contenant » envers l'ensemble des patients.

11 Chaque unité de soin comporte une chambre d'isolement. Il s'agit d'une pièce dont l'architecture et les objets qui la composent témoignent de l'hybridation propre au travail

psychiatrique [7]. Les murs et le plafond sont du même blanc. Rien dans la pièce ne doit venir stimuler les patients « maniaco-dépressifs » qui pourraient « grimper », c'est-à-dire s'enfoncer dans un état maniaque. Blanc, le lit est fait d'un seul bloc et d'un matériau résistant, sans angle contondant, le risque étant que le patient porte atteinte à son intégrité corporelle ou lacère ses liens de contention. Le lit est scellé au sol afin que les patients ne puissent le déplacer, le transformer en projectile ou en dispositif suicidaire. En dessous du sommier, des emplacements sont prévus pour l'accroche des liens de contention. Six glissières permettent de les attacher : deux au niveau des poignets, deux au niveau des chevilles, deux au niveau du ventre. Le plus souvent, les patients sont « contenus fois quatre » ou « aux quatre membres » (poignets et chevilles). La « contention ventrale » n'est mobilisée que dans les cas extrêmes. Au cours de mes observations, la contention ventrale a en particulier été utilisée pour une jeune patiente présentant, en plus de ses troubles psychiatriques, une insuffisance cardiaque, son agitation constituant un risque vital. L'immobilisation totale de cette patiente visait à réduire le risque de crise cardiaque. Le matelas est fait de plastique ignifugé et inaltérable, bien que les infirmiers racontent volontiers comment leurs patients sont parvenus à le brûler ou à le trouser. Comme dans le reste de l'unité, les fenêtres, ici en hauteur, ne sont pas en verre et ne comportent pas de poignée permettant de les ouvrir. Les matériaux sont lavables à grande eau. Dans le sas, se trouvent une douche sans pommeau et des toilettes dont la chasse est actionnée depuis l'extérieur par les soignants. De l'extérieur de la chambre, le visage du patient qui utilise les toilettes est visible. Contrairement aux autres chambres de l'unité, la chambre d'isolement comporte une sonnette à disposition du patient, déclenchant un signal lumineux dans le bureau infirmier.

12 Le protocole de suivi des soins en isolement exige une surveillance permanente du patient par une visite chaque heure. Cette règle est parfois difficilement tenable. Du fait de l'intensification de l'activité, il arrive que cette visite soit reportée ou effectuée de manière expéditive, se résumant à observer de l'extérieur le patient en chambre d'isolement.

13 On trouve aussi dans certaines unités une chambre d'apaisement, c'est-à-dire une chambre fermée à clef et légèrement moins sécurisée que la CI. La chambre d'apaisement ne comporte pas de sas d'entrée mais elle reste dépouillée. La prescription d'un placement en chambre d'apaisement ne s'accompagne que rarement de contentions.

14 Il ne peut y avoir qu'un seul patient hospitalisé en CI à l'échelle d'une unité de soin. L'intensification de la demande d'hospitalisation et l'accélération du turnover des patients induisent pourtant un risque plus élevé que plusieurs patients en crise aiguë soient hospitalisés au même moment. La gestion de la disponibilité des chambres d'isolement est alors capitale. Le personnel administratif des hôpitaux tente, pour ce faire, de renforcer l'activité des urgences psychiatriques. Celles-ci jouent à la fois : un rôle de filtrage des demandes ne pouvant obtenir de réponse favorable dans l'établissement ou dans d'autres structures ; un rôle d'accueil temporaire en l'attente d'un lit disponible dans une des unités de l'établissement ; éventuellement un rôle de renfort. Malgré cette gestion assurée par le service des urgences, il arrive que plusieurs patients d'une même unité répondent au même moment aux critères de placement en CI. Dans ces situations, il arrive que les infirmiers orientent en urgence un patient en CI dans une autre unité de l'établissement. Dans certains cas, faute de place, des patients peuvent être contenus dans leur lit dans l'attente qu'une « CI se libère ». Afin de prévenir ces situations, le personnel médical et soignant veille tout

particulièrement à la gestion des flux des patients de la chambre d'isolement. Il cultive par ailleurs les bonnes relations avec les soignants des autres unités qui pourraient, temporairement, accueillir un patient dans la CI de leur unité. Le placement d'un patient est ainsi conditionné par l'éventuelle disponibilité d'une chambre d'isolement.

15 La gestion à flux tendu de l'isolement thérapeutique fait souvent l'objet de conflits entre le personnel médical et les infirmiers. Pour les médecins, il convient d'organiser au plus vite la sortie de CI des patients. Pour les infirmiers qui sont en première ligne face aux patients de l'unité, leur retenue en isolement permet de limiter les sollicitations. L'usage de la chambre d'isolement répond ainsi à cette exigence de régulation. Si, comme le raconte Anne, IDE à l'hôpital B., certains infirmiers sont, comme elle, « mal à l'aise avec les contentions ou avec la chambre d'isolement », l'isolement thérapeutique fait partie des prescriptions médicales en psychiatrie qui permettent une régulation des relations à l'échelle de l'unité de soin.

Les régulations chimiothérapeutiques

16 Afin d'éviter des situations d'urgence et pour répondre à l'exigence d'une sortie rapide de l'hôpital, la prescription de substances psycho-pharmacologiques agit aussi comme un régulateur organisationnel. On connaît la place centrale du médicament dans le traitement de la maladie psychiatrique. Chaque journée est rythmée par la distribution des traitements et par des discussions entre soignants sur le dosage des médicaments.

17 Le travail des soignants est avant tout orienté vers l'observance thérapeutique qui consiste à s'assurer du bon suivi par les patients des traitements prescrits par le médecin. Les « primo », ceux qui font pour la première fois l'expérience d'une hospitalisation en psychiatrie, expriment souvent des craintes à propos du traitement qui leur est prescrit, observant les autres patients de l'unité. Les infirmiers tentent de les rassurer afin de créer les conditions d'une « alliance thérapeutique » nécessaire à l'observance de leur traitement.

18

Depuis l'office, Monique, ISP, appelle Monsieur I. qui fume une cigarette dans la cour grillagée de l'unité. Monsieur I. est entré mardi dernier. Son médecin psychiatre a introduit un nouveau traitement cette semaine. Pour Monique, les « primo-hospitalisations » ne sont pas des patients faciles : il faut beaucoup travailler pour qu'ils acceptent leur hospitalisation, leur maladie et leur traitement. Monique attend le patient dans le local de soins ; il finit par entrer. Monique lui adresse un large sourire et module sa voix d'une douceur toute maternelle : « Voilà, je vais vous donner votre traitement du matin, c'est celui que le docteur vous a prescrit. C'est Abilify© [8], pour que vous n'ayez plus ces douleurs à la tête dont vous parliez l'autre jour. Il ne faut pas qu'on vous laisse ressentir ces choses-là. Donc le traitement sert à ça. » Elle prend le cachet dans son emballage et le lui présente. Apparemment inquiet, le patient questionne Monique avec hésitation :

« Mais..., je ne voudrais pas d'un traitement qui me fasse être un zombie. » Monique lui répond fermement : « Non. Ce traitement n'a pas d'effets secondaires comme ça. Par contre, il va vous servir à ce que vous ne ressentiez plus toutes ces choses dont vous avez parlé. Ces choses au visage... Ces choses, nous, on s'en occupe, c'est à cela qu'on sert, les infirmiers et les médecins : à ce que vous ne ressentiez plus ces choses-là. Mais votre énergie, vous en avez besoin et nous aussi on en a besoin ! Donc on ne va pas vous l'enlever ! » Le patient, confus et presque honteux de ses doutes, s'excuse : « Oui c'est vrai. Pardon. C'était stupide. » Il avale son traitement devant Monique et sort dans le couloir.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

19 L'observance du traitement par les patients est essentielle car elle conditionne la durée de l'hospitalisation. Les soignants développent ainsi des aptitudes leur permettant de faire accepter les traitements psychopharmacologiques aux patients de leur unité.

20 Il faut ajouter à cette dépendance historique de l'hôpital psychiatrique français au médicament la sollicitation régulière des laboratoires pharmaceutiques par l'intermédiaire des visiteurs médicaux. L'utilisation privilégiée d'une molécule peut être l'objet d'une dotation financière en direction de l'unité ou du service. Des réunions de présentation des traitements psychopharmacologiques sont régulièrement organisées au sein des services.

21

Présentation du laboratoire Risperdal© à l'hôpital B.

Le cadre de santé présent lors de la relève s'adresse à l'équipe. Il insiste pour que les infirmiers assistent à la présentation du laboratoire Risperdal© : le plus de personnes possible doivent être présentes. Anaïs, infirmière DE qui a fini son service, est contrainte de rester avec Stéphanie, IDE, et Anne, ISP ; elles acceptent de venir mais insistent sur le fait qu'elles auront rapidement d'autres choses à faire. La présentation se tient dans la salle de réunion de l'unité. Sur la table, boissons et petits fours proposés par un traiteur. Le visiteur médical installe son PowerPoint et engage son exposé. Quelques minutes plus tard, Stéphanie et Anaïs se lèvent pour « aller sortir Mademoiselle S. de CI ». Seule une infirmière, le cadre de santé et le médecin stagiaire assistent à la présentation. Le cadre de santé s'exclame alors : « On est éclatés comme la psychose. C'est intéressant à observer [ton ironique]... L'équipe est complètement éclatée, on réagit comme nos malades ! » Les deux infirmières reviennent quelques minutes plus tard. Elles commentent alors les petits fours et les pâtisseries commandés par le laboratoire. Elles ironisent sur la présence de mets si délicats dans l'unité. Le visiteur médical montre comment se servir du kit sur le PowerPoint et propose aux infirmiers de le tester. Le cadre et l'équipe infirmière suggèrent alors au nouveau stagiaire infirmier (Jean-Marc, 45 ans, ancien commercial chez Danone en reconversion professionnelle, troisième année d'IFSI à la Croix-Rouge) de le tester. Celui-ci joue le jeu devant l'assemblée. Je suis quant à moi choisi pour recevoir l'injection dans la fesse. Les infirmiers m'ont désigné : « Vas-y, Frédéric, penche-toi ! [rires] » Stéphanie lance alors une conversation sur la perversité des patients qui aiment se faire piquer les fesses par les infirmières. Anne poursuit sur les avantages de cette

nouveauté. C'est surtout « l'aspect traiteur de la présentation » qui fait plaisir à l'équipe. Personne ne gardera les plaquettes qui resteront sur la table de réunion.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

22 Le désintérêt des infirmiers est frappant. Ceux-ci peuvent d'ailleurs critiquer, à l'issue de ce type de réunion, l'ingérence des laboratoires pharmaceutiques dans l'exercice des soignants en psychiatrie. Si les laboratoires font partie du paysage de la psychiatrie et bien que le médicament y occupe une place centrale, les laboratoires sont considérés comme ne devant pas interférer dans le soin.

23 La régulation par l'administration des médicaments fait l'objet d'une négociation entre les différents segments de l'unité, patients compris. Le médicament constitue un enjeu important dans la relation thérapeutique et dans les interactions des segments professionnels de l'hôpital. Les médicaments psychotropes les plus souvent prescrits pour traiter les pathologies en hôpital psychiatrique sont des neuroleptiques. Ils peuvent avoir des effets secondaires indésirables, voire dangereux, tels que des troubles du rapport à son propre corps, une prise de poids, des rigidités musculaires, un ralentissement psychomoteur, des tremblements, etc. Les patients formulent régulièrement des demandes visant à diminuer le dosage de leur traitement. Ils sont aussi à l'affût d'éventuelles nouvelles molécules qui réduiraient leurs symptômes et limiteraient la survenue des effets secondaires les plus incapacitants. Les patients les considèrent comme peu efficaces et ils expriment de façon presque continue leur insatisfaction à l'égard des traitements qui leur sont prescrits et remettent souvent en cause les prescriptions des médecins.

24 De leur côté, les soignants sollicitent l'équipe médicale pour gérer au mieux le quotidien d'une coprésence pesante avec les patients en crise. Ils font valoir leur expertise en matière de médicaments et cherchent à influencer sur la décision médicale en matière de traitements. Au-delà de l'état de santé du patient, les demandes des infirmiers en matière de traitements psychopharmacologiques sont motivées par la recherche d'une amélioration de leurs propres conditions d'exercice. L'action du médicament sert de variable d'ajustement pour des équipes qui sont « en première ligne » et qui considèrent ne plus pouvoir « contenir » de façon suffisamment efficace les patients. Les infirmiers comptent sur une régulation chimiothérapique pour les patients considérés comme particulièrement « envahissants », « adhésifs », ou comme risquant de porter atteinte à leur intégrité physique ou à celle des autres. Ils demandent également aux médecins de diminuer le dosage du traitement d'un patient « trop sédaté » et qui ne peut plus être autonome.

25 L'alliance thérapeutique recherchée n'est pas toujours obtenue. Deux situations conduisent le médecin à prendre la décision de placer un patient en isolement quelques jours : si un patient traverse une crise aiguë, ou bien si le patient crée une désorganisation difficile à gérer par l'équipe infirmière. Les patients en crise aiguë peuvent être violents envers les infirmiers et envers eux-mêmes. L'entrée en chambre d'isolement est certes ritualisée ; malgré tout, elle reste angoissante pour les soignants en raison de l'incertitude quant à la situation à venir, mais également de la rupture spatiale incarnée par le sas, seuil symbolique entre l'espace routinier du couloir et l'espace rituel de la chambre d'isolement.

C'est l'heure du repas pour le patient contenu en chambre d'isolement. Aujourd'hui, c'est Stéphanie, IDE, qui ouvre la première porte de la CI. Elle entre dans le sas. Anaïs, également IDE, reste à l'extérieur et maintient la première porte ouverte. Stéphanie frappe à la seconde porte et appelle le patient. La porte est toujours fermée. Stéphanie l'observe par le hublot pour relever les premiers indices de l'état d'agitation du patient. Monsieur S. paraît calme ce matin. Il est « lié aux quatre membres », ce qui ne rassure pas Anaïs et Stéphanie. Stéphanie ouvre la seconde porte, pendant qu'Anaïs reste légèrement en retrait. Les clefs sont sur la porte. Comme préparée à un éventuel repli, Stéphanie vient près du lit. Monsieur S. est « plus calme », mais il est toujours « bien haut ». Stéphanie et Anaïs apportent le plateau repas. Elles se font maintenant face de chaque côté du patient et échangent un regard. Monsieur S. se plaint des liens qui sont trop serrés. Il ne sent plus ses mains ni ses pieds. Les infirmières vérifient les poignets du patient et constatent que les liens de contention sont « un peu serrés ». Elles négocient entre elles et lâchent « un peu de lest » aux liens contenant le patient, après avoir demandé au patient sur un ton professoral : « Qu'est-ce qui a été décidé ? Rien de plus ! Pas de changement de cadre décidé par le médecin. » Stéphanie ouvre les vis en fer, desserre les lanières de cuir à l'aide d'une grosse clef en forme de T. Anaïs prend un coussin et remonte le buste du patient pour qu'il puisse manger. Une fois installé, Monsieur S. négocie avec succès qu'elles desserrent le pied gauche. Stéphanie tend maintenant un petit gobelet en plastique contenant le traitement que le patient doit prendre devant elle. Monsieur S. tente de dissimuler le médicament dans la paume de sa main grâce à un tour de passe-passe un peu grossier. Stéphanie le reprend : « Monsieur S., votre traitement ! » Monsieur S. se plaint. Selon une infirmière, il « est KO avec ces médicaments », mais il ne fait pas preuve de résistance. Anaïs et Stéphanie souhaitent au patient un bon appétit et lui indiquent qu'elles repasseront dans une vingtaine de minutes. Elles se retournent sans regarder par le hublot, referment la porte de la CI. Une fois la seconde porte fermée, Anaïs confesse qu'elle n'aime pas les contentions.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

27 Si ce patient n'a pas fait preuve de résistance, il arrive souvent que les patients en chambre d'isolement rejettent violemment le traitement qui leur est prescrit. Les patients en crise aiguë, placés en chambre d'isolement, renâclent bien souvent à prendre leur traitement. N'admettant pas le bien-fondé de leur pathologie, ils refusent d'ingérer les médicaments qui leur sont prescrits. Il s'agit alors, pour les infirmiers, de déjouer les tours de passe-passe que les patients mettent en œuvre pour simuler la prise de leurs médicaments.

Mademoiselle R., patiente de 46 ans, est en chambre d'isolement depuis deux jours. Elle bénéficie de trois autorisations de sortie par jour pour fumer une cigarette. Au cours d'une de ses sorties, elle s'agite devant la porte du bureau infirmier car elle ne veut pas retourner en chambre d'isolement. Présentée par les soignants comme une « habituée » de l'unité, elle fait des séjours réguliers lorsqu'elle est « trop haute ». Quand elle entre en phase maniaque [9], elle sollicite le plus souvent elle-même une hospitalisation afin de ne pas mettre en péril sa vie personnelle. Elle est aujourd'hui, selon les infirmières, « un peu haute » : au cours d'une de ses sorties autorisées, elle

fait une scène afin de ne pas retourner en chambre d'isolement. Elle parle fort et reproche à l'équipe soignante de lui imposer d'y retourner. Stéphanie, IDE de 22 ans, la raccompagne avec Annie, l'aide-soignante. Pendant ce temps, dans le bureau infirmier, un autre patient frappe à la porte. Il demande de l'aide aux soignants chahutés car il y a un problème en CI. Anaïs, Sonia, le médecin assistant de l'unité et moi-même nous nous précipitons sur place. À notre arrivée, Stéphanie et Annie tentent de contenir Mademoiselle R. ; près du lit de la patiente, elles peinent à mettre les liens de contention tant Mademoiselle R. est agitée. La patiente donne des coups de pieds, agite les bras et les jambes. Elle crie qu'on l'a « remise en CI trop tôt ». Je reste sur le seuil de la porte [10]. Anaïs et Stéphanie tiennent fermement les membres supérieurs de la patiente, mais elle s'agite encore. Elle bande son torse et se jette de tout son corps sur le matelas afin de libérer ses membres entravés. Pendant toute la scène, Sonia et Anaïs tentent de la rassurer. D'une voix douce, elles lui demandent de se calmer, de se relaxer, et mettent en avant le fait qu'elle a besoin de repos. C'est alors que Sonia, médecin assistante nouvellement recrutée, me crie : « Eh, et toi ? Qu'est-ce que tu fous, viens tenir son pied ! » Je m'approche et m'exécute. C'est la première fois que je touche le corps d'un patient. Cette femme poilue, à la poitrine décharnée, crie sans relâche en se débattant. Les voix douces continuent mais ne parviennent pas à la calmer. Très vite, chacun de ses membres est lié au cadre du lit. Une fois contenue, Sonia lui demande de remettre correctement son pyjama pour être plus présentable. Elle répète que c'est bien elle, en tant que médecin, qui décide de ce qui se passe. Stéphanie demande à Sonia quel traitement donner à la patiente. Sonia propose un traitement *per os* (traitement en solution liquide à ingérer). Stéphanie le présente à Mademoiselle R. qui le refuse. Elle lui conseille de le prendre afin d'éviter l'injection. La patiente s'en fiche et dit qu'elles « n'ont qu'à lui faire une injection ». Anaïs part préparer l'injection. La patiente se met à hurler. Anaïs ferme la porte derrière elle. À son retour, Annie et Stéphanie maintiennent la patiente : à cheval sur la patiente, Annie appuie de toutes ses forces pour la contenir. Mademoiselle R. lui donne un coup de pied et la fait tomber au sol. Anaïs monte alors à son tour sur la patiente pendant que les autres détachent une cheville de Mademoiselle R., la font basculer sur le flanc et procèdent à l'injection. Mademoiselle R. continue de crier et les soignants parlent toujours d'une voix douce. Mademoiselle R. menace de porter plainte. Elle insulte les infirmières et m'interpelle, me demandant si je trouve tout ça normal. Une fois sortis, nous retournons dans le bureau infirmier. Annie commente la scène : « Pas mal le cheval d'Anaïs. » On se lave les mains avec de la solution hydroalcoolique à disposition dans le bureau.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

29 Si la pose des contentions et le traitement imposent ici l'usage de la force et peuvent induire des débordements du corps, la violence de ce corps-à-corps est comme détachée de la douceur des propos des soignants. L'enveloppement des mots visant notamment à préserver l'alliance thérapeutique tranche avec la violence des gestes, qu'ils soient le fait des patients ou celui des soignants eux-mêmes. Après l'usage de la force, les infirmiers se « lavent les mains ». Dans ce corps-à-corps, la patiente n'a pas fait preuve de résistance à mon égard. Elle avait, au fil de son hospitalisation, compris que ma présence ne pouvait lui être utile dans la négociation de ses conditions d'existence à l'hôpital. A contrario, la violence dont elle use à l'encontre des soignants témoigne de leur position centrale dans la négociation de ces conditions.

30 Dans le cadre d'un hôpital ouvert, les soignants valorisent les compétences permettant de mener à bien leur mission paradoxale : celle de raccompagner au plus vite les patients vers la sortie tout en individualisant leur prise en charge. Ils sont les titulaires d'une mission d'ex-compagnement. Pour tenir ensemble les deux aspects de leur mission, ils mobilisent des instruments qu'ils héritent notamment de la psychiatrie de secteur, tels que le cadre thérapeutique et le médicament, ainsi que de nouvelles coopérations, avec l'assistante sociale notamment. En s'en saisissant, ils tentent de réguler les effets de la coprésence avec les patients. Cette situation inédite fait paradoxalement resurgir des images d'asile dans lesquelles la rugosité des relations de soin occupe le premier plan.

Notes

- [1]

A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

- [2]

Ibid., p. 176.

- [3]

Le port du pyjama fait partie des prescriptions médicales. Il est l'héritier d'une théorie du soin dans laquelle le pyjama est pensé au travers de sa « fonction contenant ». Il est censé fournir temporairement au patient l'enveloppement nécessaire à son apaisement. Dans cette perspective, l'institution psychiatrique, par le biais du vêtement, vient pallier l'incomplétude de l'enveloppe psychique du patient. Aujourd'hui, le port du pyjama de l'hôpital psychiatrique fait toujours l'objet d'une prescription médicale. Il s'inscrit de façon moins évidente dans une théorisation du soin. Il est plus trivialement un moyen pratique pour différencier du premier regard les patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie de l'unité et de l'hôpital. Les fugueurs éventuels sont ainsi aisément repérables dans le parc de l'hôpital, par le personnel soignant et celui du « poste de garde » situé à l'entrée de l'hôpital. De ce fait, le port du pyjama de l'hôpital fait l'objet de débats de la part des patients et des soignants.

- [4]

Infirmière diplômée d'État.

- [5]

Infirmière de secteur psychiatrique.

- [6]

Sur cette question, voir notamment L. Velpry, B. Eyraud et coll., « Réguler les pratiques contraignantes de soin en santé mentale : recompositions et enjeux », dans J.-C. Pascal, C.

Hanon (sous la direction de), *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Paris, Doin, 2014.

- [7]

Le cadre de santé de l'hôpital A. raconte avec nostalgie l'époque où les soignants bénéficiaient d'un important service technique interne à l'hôpital, capable de produire des pièces spécifiques aux équipements psychiatriques. Ces équipes avaient, selon lui, développé des compétences propres au travail en psychiatrie. L'externalisation d'une partie de ces services tend à diminuer la confiance dans le matériel utilisé par les soignants, notamment en chambre d'isolement.

- [8]

Traitement neuroleptique de seconde génération.

- [9]

Les patients en phase maniaque sont des patients en crise atteints de troubles bipolaires les faisant alterner entre phase d'excitations intenses (phase maniaque) et phase de ralentissement général de l'humeur (phase dépressive). Entre ces deux types de phases aiguës, ces patients peuvent ne pas présenter de signes de leur pathologie psychiatrique.

- [10]

Sur ce terrain, la seule restriction à mes observations était l'espace de la chambre d'isolement présenté comme un lieu dans lequel les patient-e-s « ne sont pas au mieux de leur forme » et où « la question de leur accord est plus délicate ».

Retours de l'asile

Les unités de soin psychiatriques sont dorénavant des lieux de soin de courte durée au sein desquels la présence des patients est d'emblée problématique. La réduction de la durée de séjour des patients ainsi que la traduction comptable du recentrement des hôpitaux sur le soin ont contribué à supprimer une large part des activités « occupationnelles », voire thérapeutiques, qui s'éloignent du cœur du métier des soignants. À l'ergothérapie se sont substituées des activités artistiques plus ponctuelles. Nombre d'entre elles qui avaient pour but d'occuper les patients (manuelles notamment) ont été supprimées du fait du recentrement de l'hôpital sur le soin. Elles sont dorénavant organisées par le service culturel de l'hôpital et non par les soignants. Les activités artistiques auxquelles peuvent participer les patients [1] ne bénéficient que d'une faible publicité de la part des soignants qui les considèrent comme annexes, ayant contribué à grignoter un ensemble de tâches valorisantes (animation d'ateliers, activités créatrices, etc.) qu'ils ne peuvent aujourd'hui effectuer eux-mêmes dans leur unité, faute de temps et de financements. Les patients ne bénéficient donc que rarement d'activités en dehors des quelques ateliers mis en place par les soignants. Aussi la vie quotidienne des patients s'apparente-t-elle à une attente de sortie de l'hôpital. Cette présence pesante des patients qui errent dans les couloirs de l'unité ou dans le parc de l'hôpital se reporte sur les soignants qui tentent de déjouer l'« adhésivité » des malades et de réguler cette coprésence. Pour ce faire, ils participent à la construction d'un quotidien aux règles strictes et dessinent une frontière inflexible entre soignants et soignés.

Une frontière inflexible entre soignants et soignés

2 Les soignants façonnent des règles de comportement dans l'unité de soin et des frontières physiques et symboliques qui permettent de réguler les interactions des soignants avec les soignés. L'urgence à faire sortir les patients contribue à la rugosité des relations entretenues entre soignants et patients. Cette rugosité s'étend parfois aux relations entre les soignants. Le passage de l'hôpital psychiatrique comme institution à l'hôpital comme organisation participe de la redéfinition des rôles des acteurs des établissements de santé. L'institution hospitalière, qui fournissait jusqu'alors les principales instances de régulation, est en déclin [2]. Ce déclin induit un effritement des supports [3] traditionnels dans la tenue des rôles professionnels. Cette fragilisation des rôles des acteurs de l'hôpital contribue à la montée de la violence dans les établissements psychiatriques.

3 L'espace de l'unité de soin psychiatrique est restreint et les soignants souffrent de la coprésence continue avec les malades. Cela implique un travail visant à déjouer les effets de leur présence proximale et de leur « adhésivité ». Dans l'économie des relations entre patients et

soignants, une série de pratiques permet de réaffirmer la place des soignants dans le quotidien psychiatrique, notamment la gestion de l'espace physique. Les infirmiers définissent les espaces de l'unité et le degré d'appropriation de cet espace par les patients. Parmi les stratégies développées, les soignants opèrent un travail de délimitation des espaces physiques au sein de l'unité de soin, notamment au travers des prescriptions en direction des patients. Ces dernières inscrivent dans l'espace physique des délimitations symboliques entre soignants et patients. Certains espaces appartiennent en propre aux soignants ; d'autres constituent des espaces mixtes, c'est-à-dire des espaces à l'intérieur desquels se jouent des interactions régulières des soignants avec les patients, et dans lesquels la négociation des règles de coprésence entre soignants et patients est pour partie admise ; d'autres espaces, enfin, constituent des lieux plus spécifiquement propres aux patients.

4 Les lieux appartenant en propre aux patients sont tous extérieurs à l'unité de soin ou à l'espace dans lequel déambulent régulièrement les soignants : le jardin de l'unité pour les patients ne pouvant sortir dans le parc du fait de la limitation de leur liberté d'aller et venir ; le parc de l'hôpital et sa cafétéria pour les patients bénéficiant de l'autorisation de sortie de l'unité. Les soignants et les patients n'y sont que de façon marginale en coprésence. Le parc et la cafétéria de l'hôpital sont principalement occupés par les patients. Ils sont les lieux privilégiés pour contrevenir aux règles de l'unité de soin : s'y organisent des échanges de cigarettes, éventuellement de médicaments entre patients de différentes unités. Les patients peuvent aussi y exprimer des émotions ou des sentiments non autorisés (violence, amour, sexualité, amitiés, etc.). Le jardin de l'unité est visible des soignants et donc moins investi par les patients. Les soignants ont connaissance de cette vie dans le parc de l'hôpital, mais ils se gardent de toute ingérence dans ces espaces. Pour traverser le parc et éviter de rencontrer les patients en dehors des règles de l'unité, ils se déplacent préférentiellement en voiture ; ceux ne disposant pas de leur propre véhicule se font déposer en dehors de l'hôpital par leurs collègues ou organisent des covoiturages.

5 À l'intérieur de l'unité, les espaces tels que le couloir, le bureau infirmier et le salon des patients et, dans une moindre mesure, la chambre des patients, constituent des espaces mixtes. En leur sein, soignants et patients mettent conjointement en œuvre des pratiques leur permettant d'organiser les conditions de leurs rencontres. La majeure partie de ces pratiques vise, du côté des soignants, à limiter le nombre d'interactions avec les patients. L'espace symbolique de cette coprésence est le couloir de l'unité.

6

Dans le couloir en « U », les patients s'agglutinent devant la porte vitrée du bureau infirmier. Errant autour de ce point d'ancrage, ils attendent de pouvoir adresser leurs demandes aux infirmiers. La majeure partie des vingt-cinq patients de l'unité déambulent le plus souvent dans l'espace restreint situé entre le bureau infirmier et la chambre d'isolement. C'est ici qu'ils ont le plus de chances : d'interpeller les blouses blanches lors de leur passage éclair dans le couloir. C'est aussi là qu'ils peuvent les observer et interpréter leurs comportements (en trouvant des signes de disponibilité ou d'indisponibilité). C'est enfin depuis ce poste d'observation qu'ils peuvent plus trivialement regarder les soignants interagir, énergiquement, à la manière des gens du dehors qu'ils ne croisent que rarement dans l'unité.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

7 Distribuait les chambres des patients, le couloir est perpétuellement investi par les patients, et les infirmiers le perçoivent comme un territoire hostile.

8

« C'est la jungle dans le couloir. Répondre à mille et une demandes... C'est à eux, le couloir. Tu vis au quotidien avec eux. Pendant sept heures quarante-huit, ils sont avec toi, il y en a que tu ramènes chez toi. Le plus dur c'est ça. C'est pas la violence. C'est le quotidien. Ils savent que tu vas pisser. C'est aussi pour ça que des fois, j'aime manger au self. Tu bénis la solitude..., le silence quand tu rentres chez toi. »

Entretien 6, infirmière IDE, 26 ans, hôpital B. 2011.

9 Les soignants évitent le couloir, ou bien, quand ils y circulent, ils ne marquent aucune pause et adaptent le rythme de leur marche afin de limiter le nombre de contacts. Ces stratégies permettent de restreindre les demandes des patients, d'en autoriser d'éventuelles et de leur répondre sans nécessairement s'arrêter. Pour les patients, il s'agit d'obtenir de façon efficace l'attention des soignants à leur passage. Les demandes des patients ont principalement trait aux conditions de leur hospitalisation. Pour maximiser leurs chances d'obtenir l'attention des infirmiers, les patients expérimentent différentes méthodes : ils haussent le ton, agissent de façon désordonnée, etc. En fonction de leur degré d'intégration de leur rôle de patient, ceux-ci ont plus ou moins de chances de voir leur demande entendue.

10 Il est d'autres lieux au sein desquels le contact avec les patients obéit à des règles plus strictes. Le bureau infirmier et la salle de soin sont ainsi des espaces intermédiaires : ils appartiennent aux infirmiers mais les patients peuvent y requérir leur attention. Dans ce bureau, les soignants font leurs « écrits ». Les « écrits infirmiers » sont des observations que ceux-ci rédigent pour l'équipe suivante et qui font partie intégrante du dossier de patients. Ils recouvrent aussi la transcription partielle de l'entretien médico-infirmier. Les soignants consultent également les dossiers des patients et effectuent toutes les tâches requises par l'outil informatique. Ils rédigent également les formulaires de permission des patients.

11 La porte du bureau reste ouverte ou entrouverte. Lorsqu'ils sont dans le bureau, les infirmiers acceptent la plupart du temps de répondre aux demandes des patients. Les patients se présentent dans l'embrasure de la porte après avoir frappé. Les infirmiers trient les demandes qui leur sont adressées selon la qualité de leur formulation. La salle de soin, dédiée à la pharmacie de l'unité et aux soins somatiques, constitue aussi un espace intermédiaire. Elle est moins investie par les patients car les soignants y sont moins disponibles. Il est défendu aux patients d'y entrer lorsqu'un infirmier effectue un soin, notamment parce que les soins somatiques [4] sont aussi, pour les infirmiers, l'occasion de discussions informelles avec les patients. Les patients doivent frapper à la porte avant d'entrer.

12 Les espaces plus spécifiquement investis par les soignants et dont les seuils sont difficilement franchissables par les patients jouent un rôle considérable dans les régulations du quotidien psychiatrique à l'échelle de l'unité. Pour les soignants, ces espaces, bien que situés à l'intérieur de l'unité, renvoient à l'extérieur. L'office est en cela exemplaire. Bien qu'il s'agisse d'un espace

physique, il désigne aussi un territoire symbolique. Il renvoie aux enjeux de frontières des soignants dans l'organisation psychiatrique : les patients en sont, à de rares exceptions près, totalement exclus. La seule personne vue à l'intérieur est Madame X. qui y était conviée par les infirmiers eux-mêmes. Elle pouvait exceptionnellement entrer pour « faire le défilé », habillée des vêtements que les blouses blanches lui avaient achetés. Cette scène presque familiale était réservée à une patiente « chronique » et qui fait partie de l'unité depuis plus longtemps que la plupart des professionnels. Le reste du temps, les patients doivent frapper à la porte et ne laisser paraître dans la porte entrebâillée que l'extrémité de leur visage. Lorsqu'ils entrent plus brusquement ou si leur corps franchit le seuil de la pièce, ils sont réprimandés et leurs demandes sont alors systématiquement différées.

13 À l'intérieur de l'office, les soignants prennent le café, déposent leurs affaires personnelles. L'office est un espace convivial. Il comporte une table autour de laquelle se retrouvent les soignants pour boire le café, déjeuner ou dîner. Dans cette pièce dédiée à la préparation des repas avec les agents de service hospitalier (ASH), les soignants disposent d'une machine à café. Ils peuvent enlever leur blouse, recharger leur téléphone ou passer un appel téléphonique. Surtout, ils se détendent, parlent des patients, ou se racontent. L'office est un lieu, protégé des malades, où, bien souvent, résonnent les rires pour désamorcer le tragique des situations auxquelles le quotidien psychiatrique confronte les soignants. C'est un dehors à l'intérieur de l'unité, à la nuance près que ce qui s'y dit concerne le plus souvent le dedans. Les relations entre soignants au sein de l'office ou du bureau infirmier sont marquées à la fois par l'absence physique des patients et par leur présence symbolique dans les discussions. C'est un territoire protégé nécessaire à la régulation des relations sociales dans l'unité de soin.

14 Il arrive tout de même que les soignants et les patients se rencontrent. Ces rencontres concernent essentiellement les « chroniques », avec lesquels les soignants nouent une relation qui va au-delà de la seule relation de soin. Les chroniques étaient bien souvent présents dans l'unité avant même l'arrivée du soignant. La présence de ces malades devient pour les soignants un repère familial et attachant face à la succession ininterrompue de nouveaux patients. Ces rencontres se réalisent aussi en dehors de l'unité de soin, dans des hors-lieux tels que ceux offerts aux cours de l'accompagnement des patients à l'extérieur.

15

Ahmed N. est un patient hospitalisé depuis de nombreuses années dans l'unité. Âgé d'une soixantaine d'années, il fait partie des chroniques de l'hôpital. Comme d'autres, ce patient, qui a connu les transformations de l'institution psychiatrique, n'a jamais pu être admis dans un hébergement en dehors de l'hôpital. Inconstant et auteur de débordements réguliers, il ne peut pas être accepté ailleurs qu'à l'hôpital et son parcours psychiatrique rend d'autant plus difficile un éventuel placement en maison de retraite. Il crie beaucoup et s'énerve en fermant les yeux. Lorsqu'il commence à s'énerver et à devenir peu compréhensible, les soignants lui demandent d'ouvrir les yeux et de reprendre ses esprits. Quand il n'y parvient pas, l'équipe est mise à mal : les soignants l'orientent alors vers un « séjour de rupture [5] » dans un autre service ou en unité pour malades difficiles (UMD), à l'extérieur de l'hôpital. Ahmed N., peu apprécié des soignants, est pourtant le chouchou de Stéphanie qui « aime bien les psychopathes ».

C'est justement Stéphanie qui est aujourd'hui chargée de l'accompagner pour acheter des vêtements. Ahmed N. est calme et joyeux. Il est heureux d'aller en « sortie-vêtements ». Stéphanie va le chercher après la relève et exprime avec emphase qu'il « s'est fait tout beau pour aller faire les magasins ». Il s'est « rasé, lavé, changé », et est « fin prêt » pour aller chercher de nouveaux vêtements. C'est le départ. Avant d'aller récupérer la voiture de service, il faut se rendre au guichet administratif de la tutelle situé à l'entrée de l'hôpital. C'est là-bas que Stéphanie pourra disposer de l'argent nécessaire aux achats de la journée. À mi-chemin entre l'unité et le service des tutelles, Stéphanie remarque que le patient est resté en chaussons. Elle s'esclaffe et entraîne avec elle Ahmed N. : « Ce n'est pas grave. » Elle lui dit qu'il peut les garder. Stéphanie et Ahmed N. reprennent leur chemin. L'agent du service des tutelles tend à Stéphanie une enveloppe accompagnée d'un coupon. Stéphanie note le prénom de Ahmed N. sur l'enveloppe contenant la somme demandée en liquide et vérifie le coupon : « Bon de 290 Å pour des vêtements chauds. » Tout est en ordre. Elle compte ensuite lentement et à haute voix l'argent devant le patient, puis place l'enveloppe dans son sac à main. Il faut alors récupérer la voiture. Les choses se compliquent. Le poste de garde chargé de confier le véhicule n'a pas été prévenu de la réservation. Le cadre de santé aurait bien réservé une voiture, mais cette réservation était prévue hier et non aujourd'hui. Stéphanie va de bureau en bureau et fait sa mauvaise mine pour tenter d'obtenir une voiture. Dix minutes plus tard, le problème est finalement réglé grâce à un agent administratif touché par la déception de Stéphanie. À présent, Stéphanie a en main la carte de la voiture et se dirige vers le parking. Monsieur N. la suit, rassuré, et ne cache pas sa joie.

Dans la voiture, Stéphanie angoisse. Tout est électronique et elle n'a pas l'habitude de ce type de voiture. Ahmed N., installé à l'arrière, est ravi. La voiture démarre. Stéphanie est rassurée. Sur le chemin, Ahmed rit et pousse des cris de joie ; sa voix oscille entre les intonations d'un enfant et celles d'un vieillard. Stéphanie rit à son tour et accélère dans les virages pour amuser le patient. Nous arrivons à Kiabi, enseigne à bas prix. Nous entrons dans le magasin. On ne peut que remarquer le regard des clients sur le patient. Ahmed N. ne semble pas s'en inquiéter. Stéphanie prend un Caddie et le montre à Ahmed N. Dans le magasin, Stéphanie fonce. Elle désigne un pull-over, demande à Ahmed s'il lui plaît. Ahmed N. répond par l'affirmative avec enthousiasme. Un autre, oui encore. À chaque proposition de Stéphanie, ce sera le même « oui ». Stéphanie est toute contente. « C'est chouette, avec Ahmed, il est d'accord pour tout. » Se pose la question de sa taille. Pour les T-shirts, ce sera XL. Pour les chaussures, Ahmed fait du quarante-trois. Au rayon des chaussures, Stéphanie demande : « Basket ou chaussures de ville ? » Ce seront des baskets. Ahmed hésite entre deux paires. Stéphanie lui propose de les essayer. Une paire de basket est à sa taille, le choix est fait. En trente minutes, le Caddie est rempli d'affaires. Il faut maintenant choisir des pantalons. Ahmed affirme que, pour les pantalons, il fait aussi du quarante-trois. Stéphanie le reprend : « Non ! ça, c'est les chaussures. » Ahmed commence à s'énerver. Il ferme les yeux et dit que quarante-trois est bien sa taille. Stéphanie le rassure : « De toute façon, ne vous inquiétez pas pour la taille, on va essayer. Prenez celui-là [un 48] et on verra en l'essayant ! » La vendeuse vient régulièrement indiquer les « promos » et autres « bonnes affaires ». Au rayon des sous-vêtements, Ahmed craque pour des chaussettes à « petits cœurs ». Stéphanie les trouve un peu chères. Elle lui montre celles qui ont des motifs de « petits singes ». Ahmed est séduit. Il passera d'ailleurs le reste de la journée à faire des commentaires ou des blagues dans lesquelles singes et bananes ont tous les rôles.

Le Caddie rempli de T-shirts, pantalons et autres vêtements, Stéphanie et Ahmed se dirigent vers les cabines d'essayage. Stéphanie demande à Ahmed N. s'il a bien « quelque chose en dessous ». Ahmed fait la grimace. Stéphanie en rit et lui dit que ce n'est rien. Il peut tout de même essayer le pantalon. Ahmed s'exécute. Stéphanie attend devant la cabine. Après quelques secondes, Ahmed dit que le pantalon ne lui va pas. Par l'espace entre le rideau de la cabine et le sol, Stéphanie remarque que Monsieur N. n'a pas enfilé convenablement le pantalon. Elle lui demande de le fermer complètement pour voir et de venir montrer ce que cela donne ensuite. Soudain, Ahmed crie avec joie : « Ça me va ! » Il vient se montrer. Stéphanie le complimente. Le pantalon sera acheté. Stéphanie s'en réjouit et s'adresse à moi : « Chouette ! Comme ça, on peut prendre le pantalon. Ça m'aurait fait mal de le laisser. Quand tu penses aux vêtements qu'on essaye, on ne sait pas qui est passé avant ! Pour te dégoûter vraiment, il faudrait que tu voies l'état des culottes de Mademoiselle E. Ah, ça fait perdre du poids ! » Une fois Ahmed sorti de la cabine, Stéphanie le taquine. Elle s'arrête de nouveau au rayon des T-shirts. Elle lâche : « Ah ! Est-ce que j'ose ? » Elle montre alors un T-shirt à l'effigie de Scoubidou. Ahmed le voudrait bien mais ce modèle n'existe pas en XL. Il faut donc se rabattre sur des polos. Pour le choix de la couleur, Stéphanie dit en souriant : « Je ne vous le propose pas en rose ? » Ahmed, aux anges : « Non, ça fait femme ! Ça fait pédale ! » Stéphanie feint de s'offusquer : « Oh, Monsieur N. ! » et prend trois polos : un bleu, un noir, un rouge.

À la caisse, la vendeuse propose la carte de fidélité du magasin. Stéphanie répond, gênée : « Non merci. C'est pour un patient. » Stéphanie demande alors à Ahmed s'il est content. Ahmed N. ne dit rien et détourne la tête. Elle insiste. Ahmed se retourne alors et présente un large sourire. Stéphanie et la caissière sourient à leur tour. Trois grands sacs sont remplis. À la sortie du magasin, Stéphanie offre une cigarette à Ahmed et en fume une.

Dans la voiture, après une énième blague dont les seuls mots compréhensibles sont « singe » ou « banane », Ahmed s'exalte face à la beauté du paysage de la zone commerciale. Il n'en revient pas : « C'est beau ! C'est beau ! Il y a des magasins partout ! C'est le paradis ! » Le second stop a lieu à Auchan. Il s'agit d'acheter une radio pour remplacer celle d'Ahmed N. qui ne fonctionne plus. Ahmed « flashe » sur une mini-radio portative. Stéphanie lui propose d'en prendre une et d'en trouver une seconde pour sa chambre. Une fois les radios choisies, Stéphanie et Ahmed se mettent en quête des piles convenant aux deux postes de radio. Les clients regardent avec insistance Ahmed, grisé, qui rit à tout-va. Il lui manque du gel douche. C'est alors qu'en avançant dans l'allée centrale, Ahmed passe devant le rayon des sous-vêtements féminins. Il se met à crier, hilare : « Nénés ! Nénés... » devant une allée de soutiens-gorge. Dans le rayon des produits pour hommes, Stéphanie lui conseille d'acheter « des serviettes de bain rien qu'à lui [vous] ». Elle sélectionne pour lui des rasoirs, du shampoing, son « Tahiti douche », des chaussons pour faire plaisir à Nanou (l'ASH), du déodorant et du parfum. Pour un autre patient, Monsieur P., elle avait proposé le parfum « Playboy », pour lui, c'est « Scorpio ». Enfin, Stéphanie demande à Ahmed s'il souhaite acheter des gâteaux ou du Coca. Il n'en veut pas. Stéphanie va chercher des petits gâteaux pour avoir un dessert ce soir : « Nanou [l'ASH] prépare une tarte au thon. Des fois, on se fait ça. Là, il y a Anaïs, moi et Nanou, alors... »

À la caisse, un client a posé son sandwich avec les affaires de Stéphanie. Cette dernière précise à la caissière que cet article ne fait pas partie de leurs achats. Ahmed s'emballe. Il ferme les yeux et parle fort. Le garde approche. Stéphanie calme le jeu et sourit. Ahmed parle au garde qui ne se montre pas très conciliant. Sur le chemin du retour, Ahmed achète un jeu à gratter à cinq euros. Il remporte vingt-sept euros. Il veut alors partager ses gains avec Stéphanie. Elle lui explique qu'il s'agit de son argent et qu'il doit le garder.

Dans la voiture, Ahmed demande déjà que Stéphanie et moi venions dans sa chambre une fois rentrés pour que, tous les trois, nous nous occupions du rangement de son placard. Stéphanie commente : « Ah oui... Tous les trois ! Il est très papa, maman et moi dans ces moments-là. » À l'arrivée d'Ahmed N. dans l'unité, les patients agglutinés dans le couloir regardent les sacs. Ils restent devant les vitres du bureau infirmier et observent Stéphanie qui détache les étiquettes des vêtements une à une devant Monique, Bénédicte, les infirmières et Adeline, l'assistante sociale. Les autres patients sont un peu jaloux, mais certains tentent de garder l'air détaché. Monsieur C., un autre patient de l'unité, vient faire quelques commentaires : « C'est une folie d'acheter tout ça d'un coup. » Nous allons ensuite ranger le placard. Nanou nous rejoint très enthousiaste et se reprend : « Il faut maintenant qu'il arrive à garder tout ça. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

16 La « sortie-vêtements » de ce patient constitue une véritable extraction des règles de l'unité de soin. Une telle sortie, sur un temps long et à l'extérieur de l'hôpital aux côtés de l'infirmière, permet de créer les conditions d'une rencontre. Ces moments sont rares dans le quotidien de la psychiatrie ; ils existent néanmoins et permettent de nuancer la rugosité des relations entre infirmiers et patients. Le reste du temps, les rappels réguliers des règles fixant des relations strictes et inflexibles entre soignants et patients visent à figer dans le temps les rôles sociaux des différents acteurs de l'hôpital, et à établir une frontière entre soignants et soignés.

17 L'installation d'une frontière entre soignants et patients se traduit par la prégnance d'un collectif soignant traversé de conflits face à un ensemble atomisé de patients. Héritier de la psychothérapie institutionnelle encourageant les pratiques collectives à l'hôpital, d'une collégialité de la décision et des approches groupales, le collectif soignant perd aujourd'hui de sa substance. Celui-ci n'est pas le promoteur unique des règles à l'échelle de l'organisation. Les patients tentent de leur côté d'obtenir, par la négociation, des avantages qui leur permettent d'améliorer les conditions de leur hospitalisation (tabac, autorisation de sorties, médicaments, etc.). Conscients de leur possibilité d'agir dans la négociation, les patients essaient de faire valoir leurs demandes auprès des soignants. Dans cet échange, les soignants rappellent systématiquement les règles formelles de l'unité (en particulier l'importance de la décision médicale dans l'obtention d'avantages permettant d'améliorer les conditions de la vie quotidienne du patient au sein de l'unité de soin). Ils s'attachent, dans le même temps, à faire entendre leur rôle de soignants dans le but de contribuer à asseoir leur autorité.

18 Le rappel constant des règles par les soignants est un indicateur de la fragilité des rôles de soignant et de soigné dans le cadre d'un effritement des régulations institutionnelles et professionnelles des relations sociales à l'hôpital. Du point de vue théorique, les règles générées au niveau de l'institution (programme institutionnel [6]) et au niveau de l'appartenance à une profession ou à un groupe professionnel (licence et mandat) sont remises en cause. Il s'agit alors, pour les soignants, d'inscrire les règles dans l'ordre de la norme. Pour inscrire les règles concernant les comportements dans un ensemble normé de rôles sociaux, les acteurs s'engagent dans un travail de négociation qui témoigne de la fragilité des supports de leurs actions. Chaque entrée de patient dans l'office, chaque demande de patient formulée dans le couloir, chaque critique des traitements prescrits par le médecin, chaque demande d'ouverture du cadre est rejetée par les soignants qui renvoient le patient de façon lapidaire. Peu de temps est consacré à la discussion avec les patients.

19 Le rappel constant des règles provient du fait que les soignants doivent formellement faire appliquer aux patients les restrictions qui sont contenues dans leur cadre. Lorsque le patient ne bénéficie que d'un nombre restreint de sorties, les soignants doivent être vigilants à ce que le patient respecte son confinement dans l'unité. Lorsque le patient néglige ces restrictions, les infirmiers sont chargés de le rappeler à l'ordre. Plutôt que de lire ce rappel régulier des frontières entre soignants et soignés comme le témoignage d'une violence institutionnelle comparable à celle décrite par les auteurs de l'antipsychiatrie, on peut analyser cette violence comme étant le produit des transformations récentes de l'hôpital psychiatrique et de la fragilisation des supports permettant aux professionnels de l'hôpital de tenir des rôles. Fruit de la fragilisation des rôles à l'hôpital et de la réduction de la durée du séjour des patients, la violence n'en est pas moins effective. Elle s'incarne dans un travail continu de construction d'une frontière intangible entre soignants et soignés.

Le marquage des corps

20 L'hôpital est souvent présenté en sciences sociales comme le lieu d'une coprésence et d'une nécessaire coopération entre des acteurs appartenant à différents groupes professionnels [7]. Cette coprésence questionne d'éventuels processus de différenciation observables dans l'espace des unités de soin. Ce que les ethnologues regroupaient sous le critère de « parage des corps » (vêtements, bijoux, objets distinctifs, etc.) aide à comprendre l'espace visuel à l'échelle de l'unité, et ses enjeux de différenciation [8]. À l'hôpital, les soignants portent des habits de travail qui les distinguent des patients. Les infirmiers portent la blouse de couleur blanche (ou le sarrau [9]). Les aides-soignantes portent une blouse de couleur verte. Les cadres de santé choisissent, quant à eux, de porter ou non la blouse, et investissent cet objet d'une fonction symbolique forte. À l'hôpital A., le cadre de santé de l'unité, particulièrement apprécié par l'équipe en sa qualité de soignant, garde consciencieusement sa blouse d'infirmier accrochée à la patère de son bureau. La vision quotidienne de son ancienne blouse d'infirmier lui permettrait de rappeler son ancrage dans une « fonction de soignant ». Portée ou non, la blouse rappelle que la fonction de cadre de santé en psychiatrie s'inscrit avant tout dans une démarche de soin. À l'hôpital B., le cadre de santé portait systématiquement la blouse et le

pantalon blanc de soignant. La blouse est ainsi le témoin physique de l'appartenance au collectif soignant.

21 Le port de la blouse a fait l'objet de nombreux débats en psychiatrie. D'abord portée avec l'évidence de l'uniforme, la blouse d'hôpital a par la suite fait l'objet de controverses, en particulier dans les années 1960-1970. Revisitant les apports de la psychothérapie institutionnelle, le propos est alors de mettre en doute le bien-fondé des distinctions formelles entre soignants et soignés. Le rejet de la blouse vise à atténuer l'asymétrie relationnelle entre des sujets partageant des activités et des réflexions collectives. Cette mise en débat a conduit une large partie des soignants à revendiquer l'autorisation formelle de porter des « habits civils » dans le travail auprès des patients. Cette question reste à l'agenda, et les infirmiers, ISP comme IDE, aiment à rappeler qu'ils n'ont « pas besoin de porter la blouse pour se sentir soignant », ou que « le soin ne passe pas par le vêtement » :

22

« La blouse, dans mon ancien service, on ne la mettait que pour les soins somatiques. Autrement, on avait nos habits personnels. Il n'y avait rien qui nous différenciait des patients et je n'ai jamais eu de problème à savoir qui j'étais. Ce n'est pas la blouse qui fait le soignant. »

Entretien 1, IDE, 45 ans, hôpital B.

23 Aujourd'hui, le port de la blouse est l'objet de détournements. Seule une minorité d'infirmiers en psychiatrie portent la tenue infirmière complète (blouse blanche, pantalon blanc et crocs [10]). Dans un des services observés, sur la cinquantaine de professionnels suivis, seuls les stagiaires infirmiers (interprétant leur rôle à partir des règles formelles), un cadre de santé et deux infirmières (IDE de moins de 30 ans) portent la tenue dans son intégralité. Les autres ne portent que la blouse. La plupart des infirmiers laissent une partie de leur blouse ouverte afin de découvrir leurs « habits civils ». La tenue complète de l'uniforme infirmier reste associée à l'hôpital général et est, à ce titre, majoritairement rejetée par les infirmiers de la filière psychiatrique [11]. Les soignants investissent aussi la blouse d'une fonction symbolique.

24

La cadre de santé est de retour après deux semaines de vacances. Elle porte la tenue de soignant complète (blouse, pantalon, sabots). Autour d'un café, Anne, infirmière DE, et Nathalie, assistante sociale, évoquent ce que les soignants « ramènent chez eux du travail ». Nathalie engage la discussion : « On est des éponges, c'est pas pour rien que l'on a choisi cette voie. » La cadre de santé complète : « C'est pour ça que je mets la blouse, ça m'aide à différencier ici et l'extérieur. » Anne ajoute : « Moi je porte la blouse ouverte. J'ai appris avec des ISP qui disaient qu'on n'avait pas besoin de la blouse pour être soignants. On ne portait la blouse que pour les actes techniques. Elle était sur un cintre dans la salle de soins. » Le cadre poursuit : « En même temps, la blouse peut aider au fonctionnement : elle signifie l'institution, le cadre..., rappeler qu'on est dans le soin. » Après quelques échanges, les soignants sont d'accord sur un point : « Ce qui aide, c'est la voiture, le trajet qui fait sas. » Anne rappelle son expérience de soins en prison où la succession des grilles aidait à déposer successivement différentes couches, « comme un oignon », et signifiait le dedans et le dehors. Anne dit alors que le travail infirmier est un travail sur de l'humain qui touche des

« trucs profonds » chez les soignants, fait émerger des expériences passées, etc. Pour Anne, la limite est dépassée lorsqu'elle se met à rêver des patients.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

25 Dans son ouvrage *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, Ginette Francequin [12] consacre un chapitre à « La blouse à l'hôpital ». Elle met en avant le caractère distinctif de la blouse face aux autres vêtements de travail de l'hôpital. La blouse est un moyen d'exprimer un « corps d'appartenance, appartenance à un groupe de métier – infirmière, aide-soignante, médecin, puéricultrice – ou à un groupe de soignants relevant d'une chaîne de soin [13] ». À l'hôpital psychiatrique, elle recouvre cette fonction de différenciation entre groupes professionnels. Le port de la blouse blanche signifie l'appartenance au groupe restreint des soignants (infirmiers et aides-soignants) et, plus spécifiquement, au groupe professionnel des infirmiers. Les médecins, assistants sociaux, psychologues ou psychomotriciens sont, quant à eux, en habit de ville. La blouse peut ainsi aider à signifier l'appartenance au corps des infirmiers.

26

Ne s'étant pas réveillé à l'heure, Monsieur B. arrive en retard dans la salle à manger. Tous les patients ont déjà rejoint leur chambre ou le couloir. Anaïs lui sert le petit-déjeuner. Elle s'assied en face de lui et engage la conversation. Il lui demande alors : « Et vous, qu'est-ce que vous faites de vos journées ? » Elle lui répond, sans parvenir à étouffer un léger rire et en lui montrant sa blouse blanche : « Je travaille ici, comme vous l'avez (sans doute) remarqué, je suis infirmière ici. » Je viens m'attabler, le patient continue : « Et lui, c'est votre mari ? [rires]. »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

27 Habituellement, le port de la blouse indique sans équivoque le statut de soignant et permet aux infirmiers d'éviter de se présenter. La blouse blanche à l'hôpital psychiatrique distingue les différents groupes professionnels ; elle joue par ailleurs « le rôle de transition entre sphère privée et sphère publique puisque aucun texte n'oblige à la porter [14] ». Ainsi, avec ce vêtement de travail, les infirmiers peuvent construire une frontière entre ce qui se joue à l'intérieur de l'unité et qui relève du soin, et ce qui se joue à l'extérieur et qui relève de l'expérience quotidienne. Le port de la blouse permet de lutter contre la porosité entre vie professionnelle et vie personnelle.

28 Les infirmiers portent en revanche systématiquement la blouse lors de leurs interactions avec les patients dès lors qu'ils sont dans une forme plus intense de proximité physique ou mentale avec eux.

29

Lors d'une pause-cigarette avec Sonia, le médecin assistant, Anaïs, IDE, annonce qu'elle doit aller se changer et se mettre « tout en blanc ». Surprise, Sonia lui demande s'il y a « un pansement à faire ». Anaïs lui répond : « Non, on va accueillir une patiente très difficile et il faut être "en tenue de sport"... Enfin tu verras bien. »

L'arrivée de Mademoiselle Q. est en effet programmée pour cet après-midi. Anaïs appréhende et montre son mécontentement. Elle a gardé de sa précédente hospitalisation « un très mauvais souvenir de contentions avec elle. La dernière fois, ça a pris plus de trois quarts d'heure. C'est une vraie anguille, en plus, elle peut être très violente. Quand elle est comme ça, elle n'arrête pas de bouger. En plus, on ne peut pas vraiment la sédater car elle a un problème cardiaque. Du coup, il ne faut pas non plus qu'elle s'agite trop car elle pourrait claquer sur le lit. Il faut donc la contenir de façon particulière : avec des contentions en cuir et carrément une camisole pour qu'elle ne bouge plus. Sinon, elle a un comportement autoagressif, elle se tape la tête contre le lit. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

30 Les infirmiers gardent aussi la blouse lors de la réunion clinique du service qui a lieu en présence d'un patient et d'un grand nombre d'autres soignants. C'est un moyen de signifier leur appartenance à leur groupe professionnel, mais c'est aussi un moyen de se protéger, symboliquement, de la « contagion » de la maladie mentale. On remarque en effet, dans le discours des infirmiers, que la blouse protège des possibles projections ou souillures de la part des malades. Une infirmière de l'hôpital B. raconte ainsi son arrivée en tenue de ville et met en avant le fait qu'une forte proximité avec des patients – qui plus est en tenue légère – est plus généralement envisageable en portant la blouse et non en tenue de ville.

31

« Mademoiselle A. était couchée à poil sur le lit avec le maillot de bain sur les pieds. Je lui ai dit : “Bah alors Mademoiselle A., vous auriez pu l'enfiler jusqu'au bout !” J'essaie de la lever et là elle me prend dans ses bras et pose sa tête. Un câlin à 7 h du matin. J'étais là : “Euh... Mademoiselle A.” Je lui ai demandé ce qui n'allait pas et elle a recommencé. Je me suis dit que j'aurais dû me changer. »

Entretien 4, IDE, 22 ans, hôpital A.

32 Il existe un grand nombre d'interactions au cours desquelles la blouse semble protéger moins des projections physiques que des projections psychiques. Cette enveloppe corporelle constitue ainsi une « deuxième peau » représentant le deuxième corps de l'infirmier lorsqu'il est en relation avec les patients. Les infirmiers sont ainsi dotés d'un double corps : celui d'individu singulier et celui de représentant de l'institution. La blouse blanche de l'infirmière est la peau de ce deuxième corps, lequel rappelle le « double corps du roi », d'Ernst Kantorowicz [15]. Corps incarnant l'institution, il peut parfois venir se confondre ou protéger l'individu dans son rôle dans l'institution.

33 L'espace visuel de l'unité est organisé autour de cet élément structurant ses différents rôles des personnes en hôpital psychiatrique. Les patients, en particulier lorsqu'ils sont en crise, portent le pyjama de l'hôpital. Ils sont alors « consignés en pyjama » sur prescription médicale. À leur arrivée au sein de l'unité, tous les patients sont tenus de quitter leurs habits de ville pour emprunter, pour une durée limitée, le pyjama de l'institution. Ces pyjamas sont de différentes couleurs qui indiquent la taille du vêtement ; certains patients remontent les manches ; d'autres font des ourlets à leur

pantalon, etc. Lorsqu'ils ne sont pas en crise ou qu'ils n'ont plus besoin d'être « contenus par l'institution », les patients retrouvent leurs habits de ville. Lorsqu'ils sont consignés en pyjama, ils tentent, de la même manière que les infirmiers avec la blouse, de se défaire de leur statut. La consignation en pyjama vise : à permettre au patient d'être « enveloppé » ; à solliciter la « fonction contenante de l'institution [16] » ; à lutter contre les éventuelles fugues des patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'enceinte de l'unité ou de l'hôpital, le pyjama facilitant leur repérage en dehors de ces lieux. Cette prescription est souvent mal vécue par les patients ; elle fait l'objet de discussions répétées et parfois vives entre patients et soignants, au cours desquelles les patients récusent le port du pyjama qui constitue une atteinte à leur liberté.

34 Pour les infirmiers, le pyjama renvoie aux images de l'asile, à la déshumanisation du soin, ou à la chronicité de la maladie mentale. Il questionne ainsi le soin et le rôle du soignant : de quoi le soignant a-t-il besoin pour signifier son rôle ? Il renvoie aux mêmes questions que la blouse. Le port du pyjama fait partie de ce que Erving Goffman qualifiait de mortifications [17]. Il est l'acte symbolique par lequel le patient entre dans la phase hospitalière de sa carrière de malade mental. Le pyjama renvoie au nocturne, il ne se porte dans la vie ordinaire qu'à la tombée de la nuit. C'est un objet de l'ordre de l'intime. La blouse blanche, quant à elle, renvoie au diurne, au travail, et à la souillure à combattre. Si patients et infirmiers portent tous deux un habit de travail, le travail à effectuer est clairement différencié par l'habit qu'ils portent l'un et l'autre. Les infirmiers doivent tenter de faire entrer les malades dans le monde diurne, celui de la tenue de ville. Concernant le travail de soin, le pyjama est un accessoire physique de différenciation. Il opère une distinction entre les « bons patients » (prenant eux-mêmes en charge leur soin) qui demandent une prise en charge moins intensive, et les « mauvais patients » (en crise, ne pouvant se prendre en charge eux-mêmes), dépendants des soignants dans leur vie quotidienne. Le port du pyjama peut faciliter le travail du soignant qui voit dans le patient l'objet de l'institution dont il porte la marque. Si la blouse est comme une « deuxième peau » rassurante, permettant l'approche du malade, le pyjama, dans la distinction qu'il opère, est un moyen d'approcher un patient « en crise ».

35 Au-delà de la question du pyjama, le corps même des patients est marqué par le traitement de la maladie mentale. Les corps des patients hospitalisés portent en effet les stigmates de leur pathologie et de leur traitement. Ils forment dans le même temps une communauté de corps, partageant certaines particularités physiques, résultat du traitement médical des pathologies psychiatriques.

36 Les patients arrivant pour la première fois au sein de l'unité de soin subissent une transformation extrêmement rapide. En l'espace de quelques semaines, leur corps devient comparable à celui des autres patients de l'unité : il enfle. L'« embonpoint neuroleptique » forme une enveloppe. Comme le met en évidence Julien Gard dans sa recherche doctorale sur les malades organisés en groupes d'entraide mutuelle [18], les traitements psychiatriques font l'objet d'un travail d'incorporation : « C'est parmi ces personnes que l'incorporation du traitement apparaît de la manière la plus flagrante. Le corps, malgré les traitements correcteurs, montre à travers des postures étranges, cette imprégnation sur le long terme des traitements. Les attitudes corporelles de Maurice qui révèlent le poids de son passé institutionnel, lequel semble l'écraser, sont également dues aux traitements. On voit dans ses postures la rigidité en particulier provoquée par la prise de neuroleptiques à long terme. Le traitement réalise, à travers son influence sur les corps, la violence

institutionnelle qui prend ainsi forme dans les attitudes et postures des Sujets. Le corps devient l'interface entre un Sujet, son histoire biographique, et l'histoire institutionnelle qui s'écrit sur lui. Cette violence institutionnelle incarnée *via* le traitement qui, je l'ai montré, servait en des temps qui sont désormais en partie révolus, à calmer l'angoisse et l'agitation provoquées par le fonctionnement asilaire, est toujours lisible dans ces postures qui donnent à voir l'écrasement de la personne par le poids des structures et des contraintes institutionnelles [19]. »

37 La maladie mentale devient visible dans cette « deuxième peau » caractéristique du traitement des pathologies psychiatriques. C'est aussi le rythme de la marche qui évolue. De corps vivant au rythme de la ville, ils se transforment pour déambuler sur le tempo ralenti de l'unité. Les mimiques et les gestes accompagnent les propos déconstruits. Les gestes sont lents et incertains, les mains tremblantes. Le visage transpirant et immobile ne possède que quelques expressions limitées. Le regard est moins intense. Le corps dans sa totalité expressive est transformé en quelques semaines. Ces corps rappellent l'« inquiétante étrangeté [20] » de Sujets qui diffèrent en peu de choses de ces autres sur lesquels le regard ne s'arrête pas à l'extérieur de l'hôpital. La vue de corps altérés par la souffrance et par son traitement institutionnel provoque un malaise : « Dans ces conditions, la symbolique corporelle perd provisoirement son pouvoir de conjuration. Le corps redevient une gêne, un poids. Les attentes respectives des acteurs cessent de se répondre et laissent au contraire percer des failles. Les corps cessent de s'écouler dans le miroir fidèle de l'autre, dans cette espèce de bloc magique, où les acteurs effacent leur corporéité dans la familiarité des signes et des symboles, en même temps qu'ils la mettent adéquatement en scène. Un malaise naît à chaque rupture des conventions de l'effacement. On peut à ce propos rappeler les difficultés qui touchent les personnes ayant un handicap physique ou sensoriel, ou cataloguées comme trisomiques, “débiles” ou “malades mentaux” [21]. »

38 Le travail de soin aurait-il ainsi pour effet de dépouiller la personne de tout érotisme, de procéder à une désincarnation totale afin de travailler plus aisément sur la pathologie elle-même ? Pour chercher « la part saine du malade », ne faut-il pas rendre visible la maladie, façonner le corps du malade afin qu'il devienne le marqueur de sa maladie à traiter dans le visible ? Le médicament joue le rôle de révélateur et de marqueur physique de la maladie mentale facilitant le travail des soignants. La frontière des corps permet la construction d'une *hexis* corporelle de malade faisant face à l'*hexis* professionnelle des soignants. À cette frontière des corps, s'ajoute un travail sur les consciences. Les discours et les récits érigent une frontière entre soignants et patients.

Rires et récits à propos des patients

39 Le rire est omniprésent dans les équipes de soin psychiatrique. Il s'exprime avec plus de force au sein des espaces protégés du regard des patients. Le récit occupe également une place centrale dans le travail des soignants. C'est dans l'échange que les membres de l'équipe acquièrent un

savoir-faire qu'ils peuvent transposer dans leurs propres pratiques. La narration d'histoires, le jeu de mime, de saynètes face au groupe, sont autant de temps informels au cours desquels les membres du collectif soignant réactivent une série de savoirs et se constituent un répertoire de pratiques mobilisables par l'ensemble des participants. Ces récits portent les traces d'une quête de perpétuation de pratiques professionnelles et de normes d'activité.

Le rire dans les sciences sociales

Les sciences sociales accordent une place spécifique à la question de l'humour et de ses effets. Rire de classe [22], fait à la fois social et culturel, objet d'histoire [23], le rire est un problème sociologique [24]. La philosophie s'est attachée à décrire son fonctionnement [25], la sociologie appréhende aujourd'hui ses effets, en particulier sur la transformation des représentations sociales dominantes [26]. Si les travaux de sciences sociales portent essentiellement sur la question des liens entre rire et socialisation [27], quelques recherches ont permis de mettre en exergue les effets du rire dans le contexte spécifique du travail [28]. D'autres travaux ont mis en évidence les enjeux sociaux pour lesquels l'humour est convoqué, et ses effets en matière de transgression des normes sociales [29]. Des publications récentes s'intéressent plus particulièrement à ses enjeux dans un domaine proche de celui de la psychiatrie : celui du travail social [30]. Le rire y est décrit comme un levier d'action qui permet aux travailleurs sociaux de mobiliser leur « intuition » et d'agir en direction de leur public [31]. L'humour est alors un outil [32]. Il peut également être porteur d'une forme de virilité [33].

40 Comme dans le cas des agents d'accueil et des éboueurs [34], le rire des infirmiers est constitutif d'un *ethos* professionnel. Les facéties, prenant le plus souvent pour objet les patients, témoignent d'une forme de virilité qu'aiment à mobiliser les soignants. L'humour grinçant transforme aussi les situations tragiques en autant de saynètes comiques. Les traits d'humour des soignants visent à rétablir les assignations de rôle et à rappeler leur appartenance au groupe infirmier. C'est ce dont témoigne Stéphanie, IDE à l'hôpital B., lorsqu'elle affirme avec enthousiasme à l'arrivée du médecin responsable de l'unité : « On les a tous guéris [35] ! » [rires] Avec le même ressort teinté d'aigreur, Anaïs, IDE dans la même unité, se demandait le dimanche quel patient elle allait « faire grimper [36] ». À travers ces propos, les infirmiers rappellent leur pouvoir vis-à-vis des patients. La virilité infirmière est signifiée dans leur capacité (ou leur toute-puissance), pour partie fictive, à agir sur la pathologie des patients.

41 Dans les discussions des soignants, les patients sont au principe du comique de l'hôpital [37]. Pourtant, l'humour ne porte pas que sur les caractéristiques des patients ; il intervient aussi pour signifier des éléments relevant de l'organisation. Ainsi une patiente délirante a pris à partie le médecin responsable de l'unité et a tenté de l'agresser dans le couloir. Elle est alors mise en chambre d'isolement et très sédaturée au moment de la scène. Un infirmier ironise sur sa situation.

42

« D'habitude les patients arrivent à faire la différence entre les infirmiers et le médecin. Là, la tigresse, elle a même pas vu à qui elle s'adressait. Du coup, elle a sorti ses griffes mais c'était la mauvaise personne ! » *[rires]*

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

43 Les saynètes parlent du métier de soignant et tendent à dédramatiser une situation qui pourrait mettre à mal le professionnel de santé. Les relations de hiérarchie à l'hôpital sont mises en scène de façon humoristique. Par l'humour, les soignants prennent de la distance avec les limites de leur métier. Dédramatiser [38] est une nécessité lorsqu'ils font face à des situations dans lesquelles ils sont eux-mêmes confrontés à la violence. À la suite d'une altercation avec un patient, ils mobilisent presque systématiquement l'humour afin de mettre à distance la situation dans laquelle ils se sont trouvés engagés. Ainsi, un patient qui était sorti peu de temps auparavant revient dans l'hôpital psychiatrique ; l'équipe raconte avec humour les conditions de son retour.

44

Jacques, ISP, raconte comment Monsieur T., actuellement en chambre d'isolement, attendait les soignants chez lui. « Il est revenu complètement fou, lié aux quatre membres. » Le médecin responsable de l'unité complète le tableau : « Il est très agressif envers nous. Il a contacté son ami, qui est de chez nous aussi, et qui est champion de boxe poids lourd et vice-champion d'Europe. *[Les infirmiers, le médecin et le cadre de santé se mettent à rire à l'unisson.]* Je ne l'ai jamais connu, ayant si peu confiance depuis que je le suis. » Stéphanie décrit la scène : « Monsieur T. les attendait chez lui. Il avait mis une ceinture noire de judo et était assis dans son fauteuil *[rires]*. Il avait disposé devant lui tout un éventail de couteaux de cuisine *[rires]*. À l'arrivée de Jacques (un ISP), il l'a menacé avec un coupe-papier et s'est écrié : "Vous ne m'avez jamais vu comme ça." *[Le groupe s'esclaffe au milieu du récit]* Jacques a refermé la porte et appelé la police qui a fait un très bon travail. »

Raphaël Favre, le médecin responsable de l'unité, fait un trait d'esprit et conclut la conversation : « Il m'en veut de ne pas lui avoir donné le bon traitement pendant neuf ans. C'est le seul écologiste qui réclame un traitement aux métaux lourds (lithium) ! *[Les soignants rient puis reprennent leurs activités].* »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

45 Le professionnel ayant été mis à mal, le trait d'esprit et l'humour permettent de dédramatiser la situation absurde, insolite ou violente, et de rappeler son appartenance au groupe des soignants. Le rire met alors à distance des circonstances qui pourraient faire sortir le professionnel de son rôle et l'entraîner dans les territoires de sa propre folie. Par l'humour, la frontière soignant-soigné est rétablie.

46 Tout comme le récit permet de distendre la situation vécue, le rire se fait outil pédagogique. Les soignants peuvent revivre une situation et tenter de comprendre ce qui, du côté du patient, a pu être à l'œuvre au cours de l'interaction. Dans ce travail, ce ne sont plus des territoires physiques qui sont mis en jeu mais une géographie plus intime. Dans l'office, les conversations entre soignants font souvent revivre les interactions auxquelles ils ont participé avec les patients. Les infirmiers rejouent alors ces situations dans des saynètes exposées de façon ludique, où le malade est recréé à partir d'images fortes ou de fragments significatifs de sa folie.

47

Dans la salle d'office, les soignants échangent autour du café à propos du cas de Maria, une patiente sud-américaine. Ils évoquent ses frasques au sein de l'unité. C'est d'abord l'image de cette jeune femme nue dans la salle à manger et s'exclamant : « Ça c'est la lune et ça c'est le soleil » [rires] en faisant considérer les deux faces de ses hanches à l'assemblée des malades ; ou celle de cette fille sortant de la douche toute mouillée, un journal dans la main, expliquant qu'elle avait eu des « pulsions sexual » avec un accent hispanique que les soignant(e)s se plaisent à imiter. Autour de la table ronde, chacun évoque ses expériences avec la patiente. Une infirmière dit qu'« elle prend sa brosse à cheveux pour son enfant ». Les soignants attablés s'esclaffent. Le cadre de santé ajoute qu'« on a essayé de la lui enlever, mais elle a crié au scandale ; c'est vrai, on ne peut pas enlever un bébé à sa mère ». Les rires reprennent de plus belle. Le médecin affirme qu'« il y a quand même un progrès pour ses “pulsions sexual” parce que la semaine dernière elle se masturbait dans la salle à manger devant tout le monde ». Les rires se font plus étouffés et une tension se fait sentir parmi les soignants. Une infirmière renchérit alors : « Mais quand même le journal, c'est une journaliste en plus ! » Le rire reprend puis cède la place à des émotions plus mélangées : « C'est quand même triste, c'est sa première crise. En plus c'est une fille brillante, elle parle cinq langues. Ça sera difficile de lui expliquer quand elle aura retrouvé ses esprits. » Les expériences avec d'autres patients émergent. Histoires d'une patiente qui, en pleine crise, faisait des fellations à plusieurs patients de l'unité et à qui il a fallu expliquer par la suite ce qu'elle avait fait malgré elle. Histoires d'autres patients, jeunes qui, pour la première fois, vivaient le délire et qui, entrés pour une bouffée délirante aiguë, présentaient, comme elle, au fil de leur hospitalisation des « signes de l'entrée dans un système délirant ».

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

48 Dans ces portraits chinois, l'humour agit à plusieurs niveaux. Il encourage le jeu des associations libres et la discussion par juxtaposition de fragments. Il permet, de façon ludique, d'établir le portrait clinique d'un ou de plusieurs patients. Par ailleurs, avec l'humour, les participants peuvent déjouer les angoisses liées à la projection de leur propre situation sur les cas des patients. Dans ce cadre, rire en groupe rétablit collectivement les points d'appui permettant d'agir en soignant lors des futures interactions avec les patients. Le rire témoigne, en particulier face aux autres soignants, que quelque chose d'a-normal s'est produit, auquel il convient de remédier : « Trouver plaisant, se moquer, rire, c'est constater chez quelqu'un ou dans un objet quelque chose de répréhensible, de mauvais, qui, en somme, ne devrait pas être [39]. » Le rire permet, dans un premier temps, de dépasser la frontière entre le normal et le pathologique pour comprendre le basculement opéré au cours de l'interaction avec le patient contenu dans le fragment

d'expérience vécue et racontée par le soignant, et dans un second temps, de rétablir cette même frontière par le partage d'un rire au sein du collectif soignant. Ce rétablissement est lui-même induit par des relations de soin qui conduisent les soignants à reconnaître des territoires troubles de leur propre subjectivité afin de tisser du lien avec les malades. Le fait que le malade ait conduit à ressentir, toucher, apercevoir ou percevoir en soi-même des territoires troubles, des zones communes à cet autre qui pourtant est un fou, invite à aménager, cette fois-ci en soi-même et par le collectif, des espaces de protection ou de décontamination.

49 Les infirmiers acquièrent les réflexes du métier non seulement dans la pratique mais aussi dans le récit qui peut être considéré, à la faveur des continuateurs de Paul Ricœur [40], comme un moyen d'accéder à la dynamique de l'identité des acteurs. Dans son ouvrage *Soi-même comme un autre*, le philosophe expose la manière dont la « mêmété » (l'identité *idem*) implique une permanence dans le temps, une manière d'être tourné vers le passé, toujours même, inflexible, tandis que « l'ipsité » (l'identité *ipse*) ouvre à la potentialité d'une identité autre, non identique. Inaugurant, avec d'autres, ce qu'il est convenu d'appeler le « tournant narratif [41] » en sciences humaines et sociales, Paul Ricœur permet d'envisager l'intérêt heuristique de la « mise en intrigue [42] » du soin en psychiatrie au travers des récits qu'en font les soignants. Après chaque temps fort avec les patients, les soignants se replient dans la salle d'office et, le temps d'un café, évoquent l'expérience de leurs interactions avec les patients. Ils réactualisent ce faisant les normes transgressées et construisent un récit collectif. L'espace du récit, éminemment fragmentaire [43], permet la transmission de pratiques infirmières. Les pratiques sont ainsi diffusées, présentées et/ou critiquées à l'intérieur du groupe des soignants.

50

De retour dans l'unité après avoir été appelés par le poste de garde pour aller chercher un patient fugueur, les IDE, Thomas et Stéphanie, racontent comment ils ont dû s'y prendre pour interpellier le patient qui n'acceptait pas de revenir dans l'unité : « C'était impossible de l'approcher. Il ne voulait rien entendre. Du coup, on a dû utiliser la technique du drap. On approche avec le drap et hop, on jette le drap sur le gars et on le maîtrise. » À l'écoute de ce récit de pratique peu orthodoxe, les soignants attablés dans le bureau infirmier s'amuse et rient de la scène.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

51 Les infirmiers racontent l'épisode qu'ils ont vécu avec le patient ; ils diffusent, ce faisant, une technique que d'autres infirmiers pourront éventuellement mobiliser dans une situation comparable. Au cœur des récits des infirmiers, se loge un répertoire de comportements potentiellement transposables à d'autres situations. Les savoir-faire infirmiers trouvent un autre espace de transmission que lors de leurs interactions en binôme. C'est aussi dans les coulisses [44] de la salle de soin ou de l'office que se diffusent, dans la narration, les pratiques infirmières. Cet espace de narration remplit plusieurs fonctions. Non seulement il permet aux infirmiers de s'assurer de la légitimité de leur pratique par l'approbation par le collectif, ce qui, dans le contexte psychiatrique, est nécessaire tant les interactions avec les patients peuvent conduire à transgresser les conventions sociales. Mais cet espace est aussi le lieu du rétablissement des normes professionnelles et d'échange de pratiques professionnelles. Les plis du récit [45], les associations libres effectuées par

les soignants débouchent souvent sur des regroupements de cas à partir desquels les soignants « bricolent [46] » des savoirs chaque jour réactivés. Par ailleurs, dans cet espace de narration se réactivent l'ensemble des expériences du groupe face à un nouveau cas. Concernant la réaction des patients face à une agression par exemple, les soignants témoignent. Dans cet extrait, l'agression d'une stagiaire avait eu lieu peu avant la discussion.

52

« Ils [les patients] sentent quand c'est comme ça. Ils sentent quand les infirmiers pètent les plombs et, dans ces cas-là, ils sont super-gentils. C'est vrai, t'as vu [*s'adressant à moi et à une infirmière*], ce matin ils étaient cools ! C'est comme avec les agressions. Quand un infirmier se fait agresser, ils viennent tous choper l'autre patient. L'autre fois, Monsieur D. s'était levé avec son couteau, il a couru, j'ai vu le couteau arriver, je me suis dit : "C'est pour qui ça ? Ah, c'est bon, c'est pas pour moi." C'était pour le patient. » Anaïs, IDE, conclut : « On ne peut pas être tous en crise au même moment. Quand les patients sont en crise, on ne peut pas tomber et quand les soignants sont en crise, les patients ne peuvent pas être en crise, ça ferait trop. »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

53 Si les observations infirmières peuvent être laconiques à l'écrit, elles s'écrivent moins qu'elles ne se disent. Dans l'échange, c'est le fragment du quotidien vécu avec le patient qui est raconté sous la forme d'anecdotes dont chacun des membres de l'équipe devient alors pour partie dépositaire. À partir de ces bribes d'expériences, vécues et mises en scène collectivement, c'est l'histoire de l'unité qui est en permanence construite. Aux questions pratiques concernant les manières d'approcher le délire, de le « laisser vivre » pour le comprendre, de le prendre « à rebrousse-poil [47] », les expériences quotidiennes fournissent autant de savoirs mobilisables par l'ensemble des membres de l'équipe soignante. Cette histoire vivante constitue un vaste répertoire que les infirmiers transposent et mobilisent dans leurs actions. Les « petites histoires », si caractéristiques du huis clos psychiatrique, forment un matériau clinique d'expériences transposables à de nouveaux cas présentant des signes comparables.

54 Ces récits dressent aussi un tableau non neutre des patients. Au-delà des représentations profanes de la maladie mentale à l'œuvre parmi les soignants, plusieurs exemples de mythes psychiatriques peuvent être relevés au point que l'« inquiétante étrangeté » des patients peut être renvoyée par les soignants au registre du surnaturel. Les soignants évoquent souvent le « sixième sens » des psychotiques qui, du fait de leur sensibilité exacerbée, parviendraient à « sentir » un certain nombre d'éléments sans la médiation du langage. Les patients « sentiraient », par exemple, lorsque les soignants parlent d'eux. Ce sixième sens justifie ainsi que les patients psychotiques soient « toujours présents derrière la porte » lorsque l'on évoque leur situation. Ils sentiraient aussi de façon particulièrement aiguë les émotions de leurs interlocuteurs et en déduiraient des éléments de la vie intime des soignants. Hypersensibles, ils parviendraient systématiquement à trouver « la corde sensible » et joueraient ainsi avec les émotions des soignants. « Grands enfants », ils sentiraient ce qui se loge dans le *dedans* des autres.

55 Des travaux nord-américains [48] se sont attachés à décrire les représentations de la maladie mentale chez les soignants. Ils mettent en évidence la prégnance de préjugés ordinaires sur les pathologies psychiatriques. La vie sexuelle des patients en offre un exemple, systématiquement catégorisée comme déviante.

56

Lors de sa visite dans la chambre d'un patient, Anaïs, IDE, surprend le patient en train de se masturber en regardant la jaquette d'un DVD pornographique. De retour dans le bureau infirmier, elle montre aux autres soignants le DVD du patient. Il s'agit d'une vidéo pornographique intitulée *Les infirmières du sexe*. La jaquette met en scène une infirmière dans une pose suggestive. Après avoir montré le boîtier et sa jaquette à l'assemblée, elle le jette ostensiblement à la poubelle et met en avant le caractère scandaleux de la situation. Pour les soignants, l'activité sexuelle du patient est déviante : « Il passe son temps à se masturber. » Une IDE dit que c'est « à cause de son traitement ». Les autres IDE s'insurgent : « C'est un pervers. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

57 La vie sexuelle des patients est amplement envisagée sous l'angle de la déviance. Plus généralement, ce sont les relations entre patients qui sont catégorisées comme porteuses de perversité.

58 L'organisation psychiatrique est traversée de récits et c'est souvent autour de ces récits que se retrouvent les soignants et que les équipes se soudent. Les soignants y expriment leurs émotions et leurs sentiments. Mélanges de fantasmes et de craintes, d'empathie et de distance, ces émotions font dans le récit l'objet d'un travail collectif [49]. Chaque jour, une nouvelle histoire est racontée, prenant dans le récit la valeur d'événement [50]. C'est alors en cercle, autour de la table ronde de la salle d'office [51], que les frasques des patients se racontent. Les commentaires des soignants rappellent une unité de lieu, l'hôpital psychiatrique, la folie de ses pensionnaires et le rôle de ses professionnels. Ils définissent surtout des rôles, en tous points opposés, ceux de soignants et de soignés.

L'expression obligatoire des sentiments des patients

59 Chaque jour, les patients viennent exprimer leurs demandes auprès des membres du groupe infirmier. Si ces derniers considèrent la demande comme « adaptée », ils la transmettent à l'équipe médicale. Si au contraire la demande du patient n'est « pas adaptée », elle est rejetée et aboutit à une demande de rappel des règles de fonctionnement de l'unité de la part du médecin, à un « recadrage », voire à la suppression d'une série d'avantages pour le patient. Dans la formulation de leurs requêtes, les patients mobilisent différents registres qui nous indiquent la manière dont se

transmet une forme d'« expression obligatoire des sentiments [52] » contraignant les patients à exprimer leurs demandes de façon codifiée pour en escompter les bénéfices. L'analyse de la manière dont les patients font valoir leurs demandes auprès des soignants instruit quatre registres idéaux-typiques : le registre psychologique, le registre de la folie furieuse le registre du désœuvrement, et le registre revendicatif outré. Au travers de ces quatre registres, on voit se dessiner un rôle de patient dont les infirmiers organisent l'apprentissage pour les pensionnaires de leur unité.

60 Le registre interprété comme étant le plus adapté de la part des soignants peut être qualifié de registre psychologique. Les patients vont solliciter les soignants pour leurs compétences relationnelles, par exemple leur demander de parler de leur vie personnelle, émettre des hypothèses sur leur pathologie et sur la manière de vivre avec. Les demandes formulées s'inscriront dans une démarche, consciente de la part des patients, qui vise à comprendre et à améliorer leur état psychique ou encore les conditions de leur vie à l'extérieur de l'unité. Pour ce faire, les patients doivent présenter leurs requêtes de façon détournée et les inscrire dans le registre du soin. Autonomes et acteurs de leur soin, les patients formulent des demandes considérées comme « adaptées », faisant l'objet d'un relais privilégié auprès de l'équipe médicale.

61

Monique passe beaucoup de temps avec Madame B. qui est toujours consignée en pyjama du fait de ses sorties répétées de l'unité. L'ISP insiste, concernant cette patiente, sur le fait que le docteur Raphaël Favre, médecin responsable de l'unité, n'aurait pas, au cours du « tour » de vendredi, fait preuve de beaucoup d'intelligence. Discutant depuis plusieurs jours avec cette patiente, Monique a inscrit sur le dossier de Mademoiselle B. une remarque expliquant son comportement et justifiant « l'ouverture de son cadre ». La patiente commence à évoquer le deuil de sa mère de façon adaptée, et sollicite l'équipe soignante. Raphaël Favre n'aurait pas lu son observation qui mettait en avant les demandes « très adaptées » de Madame B., permettant de comprendre des éléments de son comportement, comme le fait de fuguer pour se rendre sur la tombe de sa mère.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

62 Les infirmiers se font les traducteurs des demandes qu'ils jugent adaptées auprès du médecin, afin d'influencer la prescription médicale tout en faisant valoir leur expertise. Ils peuvent également remettre en cause les suppliques jugées inadaptées et manifester leur opposition avec le médecin. Revendiquant l'expertise du quotidien psychiatrique, ils veulent voir aboutir les demandes qu'ils portent. Lorsque leur travail de relais de l'information n'est pas pris en considération, ils se font critiques à l'égard des compétences du médecin. Les patients qui refusent de se soumettre au registre psychologique, expression obligatoire des sentiments au sein de l'unité de soin, tendent à mettre les soignants à l'épreuve. Ne pas solliciter les soignants au cours d'une hospitalisation est considéré par le personnel infirmier comme suffisant pour faire entrer dans une carrière de « mauvais patient ».

63 Les patients qui maîtrisent les différents registres bénéficient donc d'une plus grande aptitude dans la négociation des conditions de leur hospitalisation au sein de l'unité. Cette maîtrise est le résultat d'un apprentissage. La connaissance des registres nécessaires à l'obtention d'une action thérapeutique renforcée double la frontière soignants-patients d'une frontière entre patients. Cette mise en concurrence conduit les patients à l'apprentissage forcé des règles concernant l'expression obligatoire des sentiments propre à la pathologie mentale à l'hôpital psychiatrique. Au fil des expériences de l'hospitalisation, cet apprentissage se fait non seulement dans les contacts répétés avec les soignants, mais aussi dans les discussions informelles entre patients.

64

Monsieur P. qui sortait fumer a été repris par un autre patient, Monsieur U., qui imite le ton et les manières des infirmiers. L'histoire fait le tour des soignants. Monsieur P., dont la mère a signé l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), dit que ce n'est plus sa mère et qu'il lui « crachera à la gueule quand il la reverra ». Monsieur U. lui dit alors qu'en disant cela il prouve à Stéphanie, l'IDE, qu'il est malade, et que l'on pourra considérer qu'il est susceptible de sortir quand il dira qu'il peut revoir sa maman. En remplissant le dossier de Monsieur P., Stéphanie demande si elle peut écrire « emmerdeur ». Martine dit que l'on en aurait bien envie. Elle écrira : « Très véhément, à la limite de l'agressivité. Refus de soins. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

65 Les patients font l'apprentissage de leur rôle, notamment en expérimentant différents registres dans la formulation de leurs demandes en direction des soignants. Cet apprentissage se fait non seulement dans l'économie des relations avec les soignants mais aussi au cours de leurs relations entre patients.

66 Dans le deuxième registre de la folie furieuse, le soignant se sent valorisé face au patient se présentant sous les traits d'un Sujet aliéné, fou à lier. Les soignants sont contraints à s'engager dans l'interaction et à formuler une réponse immédiate. Dans ce type d'interaction, les patients mobilisent des ressources liées à leur pathologie mais aussi à leur connaissance ou à leur représentation de ce qu'est ou devrait être la pathologie mentale. Les patients ont eux-mêmes des représentations de la maladie mentale [53], et en devenant l'objet de ce qu'ils présupposent être un patient psychiatrique, ils peuvent obtenir l'attention des soignants. Percevant la relation de nécessité, le soignant est sollicité dans son rôle et est prompt à réagir.

67

Mademoiselle A., patiente congolaise d'une vingtaine d'années, hospitalisée pour bouffée délirante aiguë (BDA), s'agite dans le couloir. Face à Monique, ISP, elle se jette sur le sol à plusieurs reprises, amorce des demi-pirouettes d'avant en arrière et parle très fort. Elle a mal, en a parlé quelques minutes plus tôt à Monique. Elle crie à présent que c'est insupportable. Les patients sortent de leur chambre et regardent le spectacle sans grande émotion. Une patiente présente dans le couloir évoque au même moment son passé d'assistante sociale. Monique rassure Mademoiselle A., l'infirmière se rapproche et la patiente reste debout. Elle la raccompagne doucement vers sa

chambre. Mademoiselle A., encore nerveuse, dit qu'il faut aller vite, « *So fast !* », crie-t-elle à présent. Assise, Monique lui pose légèrement la main sur l'épaule et, se tournant vers moi, fait mine de repartir. Monique relâche sa main et lui dit de « contrôler [son] esprit qui repart en cacahuète ». Elle ferme la porte de la chambre et me dit qu'elle « fatigue », que les patients la fatiguent.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

68 La réaction de l'infirmière est ici ambivalente. Face à la patiente, elle n'hésite pas à intervenir. Elle se plaint néanmoins du registre d'expression de la maladie de la part de la patiente. Les soignants, interprétant le comportement de la patiente comme s'inscrivant dans ce second registre, le registre de la folie furieuse, lui offrent une action renforcée en lui prêtant une attention plus soutenue au cours de son hospitalisation. D'ailleurs, elle mobilisera cette technique à plusieurs reprises et obtiendra non seulement des avantages de la part de l'équipe médicale (fréquence plus importante des entretiens avec le médecin, fréquence plus importante de citation de son cas au cours des discussions informelles entre soignants) mais aussi quelques bénéfices relatifs à ses conditions d'hospitalisation (comme le droit à la présence d'objets décoratifs dans sa chambre). Néanmoins, la patiente devra adopter un autre registre pour que se solidifie l'engagement des soignants.

69 Le registre du désœuvrement consiste à rendre explicite une demande sans nécessairement la formuler, en focalisant l'attention sur l'absence de ressource dont dispose le patient dans la négociation de cet avantage. Le patient met en évidence le fait que le soignant dispose de ressources dont le patient est dépourvu. Il formule alors la demande implicite d'en mobiliser une partie pour lui venir en aide. Ce registre est le plus souvent mis en avant pour la négociation des traitements médicamenteux et dans le but de diminuer le dosage des traitements affaiblissant les patients (neuroleptiques en particulier).

70

Monsieur B., accueilli il y a quelques jours dans l'unité, ne parvient plus à se tenir droit. On le retrouve régulièrement couché au milieu du couloir. Il avait refusé à Josie, ASH, de prendre son repas. Anaïs, l'IDE, essaye alors de le faire manger. La vue de ce patient prenant son repas, recrachant presque la majorité de ce qu'il porte à la bouche sur son pyjama jaunâtre, est assez repoussante. Anaïs détourne régulièrement son regard et signifie son dégoût. Elle n'est pas franchement tournée vers lui, a bien souvent les yeux dans le vague. Elle porte alors sa main sur le dossier du patient et celui-ci se met à manger plus rapidement. À la fin de l'interaction, elle souffle et va se laver les mains.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

71 « Touchés » par ce patient ne parvenant plus à agir par lui-même, les infirmiers interpellent le médecin pour lui signifier que ce patient est « trop sédaté » et qu'il serait approprié de diminuer son traitement. Par ce registre du désœuvrement, les patients valorisent les ressources des soignants ainsi que leur expertise. Ils attendent alors une réponse pratique de la part des infirmiers sans formuler explicitement de demande.

72 Un grand nombre de patients s'engagent dans les interactions avec les soignants en tentant de faire entendre, de façon outrée, des revendications quant aux conditions de leur hospitalisation au sein de l'unité. Les soignants interprètent leur comportement comme outrageant à l'endroit de l'équipe. Pour les soignants, ils mobilisent un registre qui n'est pas « adapté à la situation ». Insistant sur des catégories du juste et de l'injuste, ils revendiquent leurs droits en qualité d'usagers d'un service public.

73

Au cours de la sortie cigarette d'une patiente d'une cinquantaine d'années placée en CI et appelée « Bulldog » par les soignants du fait des traits de son visage marqués par la maladie et ses traitements, Monique, ISP, se voit poser une multitude de questions qui ont trait aux conditions d'hospitalisation de la patiente. En début d'après-midi, elle tambourinait sur la porte de la CI, Monique lui répond alors : « Trop de demandes ! » Monique se tourne vers moi et dit : « Tu vois, dans ce cas, on dit qu'il y a trop de demandes. »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

74 Lorsqu'ils utilisent le registre revendicatif outré, les patients tentent de mobiliser des ressources opposées à celles composant le registre de la folie furieuse. Si la violence peut aussi émerger, elle est présentée par les infirmiers comme étant le fruit d'une réflexion rationnelle conduisant au sentiment d'indignation et d'injustice. Parmi les références collectives mobilisées dans ce registre, on peut repérer la récurrence des notions de droit et de justice.

75

Livia, le médecin responsable de l'unité, souhaite « voir » Madame O. Stéphanie, l'infirmière, lui dit qu'il serait effectivement bon de la voir en entretien car elle est très énervée et « franc folle » ce matin.

Arrivée hier dans l'unité, elle ne supporte pas son retour à l'hôpital dont elle ne sait pas encore qu'il se fait dans le cadre d'une HDT [54] demandée par sa sœur. Madame O. est une patiente « habituée » de l'hôpital. Sans domicile et âgée d'une quarantaine d'années, elle a été interpellée ce matin dans le couloir par l'infirmière, puisqu'elle semblait être « en grande conversation toute seule ». Stéphanie lui a alors demandé : « À qui parlez-vous Madame O. ? » Cette dernière lui a rétorqué d'un ton sec et sévère : « Je me parle à moi-même ! Intelligiblement et distinctement. À moi-même ! C'est un droit quand même ! » Elle a aussi exprimé son désaccord lors de la prise de son traitement. En tout cas, elle est « très remontée » et l'aurait « quasiment agressée lorsqu'elle a essayé de lui parler ».

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

76 Par la mobilisation du registre revendicatif outré, les patients s'engagent dans la négociation des conditions de leur hospitalisation en tentant de faire valoir leur bonne santé mentale, l'absurdité du regard clinique sur leur situation et leurs droits en tant qu'usagers. Ce faisant, ils dévient aux

soignants la compétence à leur venir en aide. C'est le cas de ce jeune patient hospitalisé pour la première fois à l'hôpital B.

77

Monsieur P. est sorti de chambre d'apaisement dans laquelle il se trouvait depuis hier. Il demande directement à Thomas, jeune IDE, pourquoi le médecin se comporte de la sorte avec lui : « Il est fou ce médecin, c'est bizarre. Il veut que j'entende des voix, des trucs comme ça. Moi, j'ai rien à faire ici. Il faudrait que je m'invente une maladie pour lui faire plaisir ! J'ai appris qu'elle [le médecin] veut que je reste dans cette chambre encore une semaine ! Elle est complètement folle ! Il faut que je voie un autre médecin. Elle, c'est comme si elle faisait la voyante. Je lui dis, je pense que si je bois c'est que ça vient de ça, elle, elle me dit non. » Thomas lui répond que l'équipe a l'impression que c'est surtout parce qu'elle lui demande d'être en chambre d'apaisement et en pyjama qu'il a du mal avec elle, mais que de son côté, elle fait son travail. Elle lui propose une autre manière de voir les choses et il devrait en profiter pour y réfléchir. Stéphanie, la seconde IDE, l'accompagne pour fumer une cigarette. Il recommence : « La psy est folle. » Il ne comprend pas pourquoi il est en chambre d'apaisement alors que « c'est le moins fou de l'hôpital ». Il est venu pour un problème de foie. Stéphanie lui répond que l'on n'est pas à l'hôpital psychiatrique pour un problème de foie et qu'il a l'air « bien en colère ». Il répond qu'il a des raisons d'être en colère puisqu'il n'a rien à faire ici et que « la psy » ne veut rien entendre. Sonia, le médecin-assistant ayant en charge ce patient, arrive pour fumer une cigarette. Il l'interpelle, elle s'éloigne en disant qu'elle n'est pas là. Elle revient. Il lui demande s'il ne peut pas changer de psy car il n'est pas du tout satisfait. Elle lui rétorque que ça n'est pas possible, qu'il a le droit mais que ça vient aussi de sa maladie. Il lui répond qu'elle regarde trop la télé, les séries comme *Charmed* et *Profiler*.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

78 Les propos et les actes de ces patients sont interprétés comme autant de formes de déni de leur pathologie. Ils nécessiteraient une prise en charge prolongée afin qu'ils s'engagent dans un processus d'« acceptation de leur maladie ». Les demandes des patients sont alors qualifiées d'« inadaptées » et les mesures de restriction des libertés décriées sont prolongées. Les patients n'obtiennent que rarement des bénéfices.

79 Que ce soit dans les discours, par les corps ou dans l'ordre des interactions, les pratiques infirmières tendent à instituer soignants et patients comme deux groupes distincts, voire opposés. L'éloignement de ces deux entités est tel que l'on croirait parfois voir réapparaître les descriptions de l'asile goffmanien. Pour autant, un savoir qui n'est pas uniquement un pouvoir sur les patients se perpétue : celui de la clinique.

Notes

- [1]

Issus notamment du dispositif Culture à l'hôpital mis en place par le biais d'une convention entre le ministère de la Santé et le ministère de la Culture, la convention du 4 mai 1999.

- [2]

F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.

- [3]

D. Martuccelli, *La société singulariste*, Paris, Armand Colin, 2010.

- [4]

Les soins somatiques sont ceux ayant trait au corps des patients, en opposition avec les soins ayant trait à leur psychisme.

- [5]

Un « séjour de rupture » désigne l'hospitalisation dans un autre service de l'hôpital d'un patient déjà hospitalisé, souvent de longue date, dans une unité de soin psychiatrique. La décision du séjour de rupture est négociée entre médecins et équipes. Elle peut être prise suite à un incident grave ou pour décharger une équipe soignante qui ne parvient plus à contenir les débordements d'un patient tout en fournissant un soin de qualité.

- [6]

La notion de programme institutionnel formulée par François Dubet (*Le déclin de l'institution*, *op. cit.*) peut s'entendre ici comme renvoyant au programme, commun à tous les membres des établissements psychiatriques, qui leur indique comment se comporter en toutes circonstances du fait de leur qualité de représentants de l'institution. Ce programme institutionnel est le fruit d'un accord général au sein d'une société donnée sur la mission sociétale que jouent les établissements psychiatriques (les hôpitaux, tout comme les écoles, par exemple). C'est cet accord durable et partagé par les membres d'une même société qui amène à conférer une mission spécifique aux professionnels engagés au sein de ces institutions. Cette mission vis-à-vis de la société est ce qui permet aux professionnels de se faire reconnaître une compétence orientée vers l'ensemble de la société. C'est ce qui fait que leur exercice légitime est d'utilité publique. C'est aussi ce qui peut conférer un certain prestige aux professions ou, du moins, faciliter leur exercice et leur légitimité.

- [7]

D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2005.

- [8]

J. Poirier, *Ethnologie générale*, Paris, Gallimard, 1968.

- [9]

Le sarrau est un gilet de travail porté par-dessus la blouse lorsque les infirmiers effectuent des tâches ménagères.

- [10]

Les crocs sont des sabots en plastique simples à stériliser et à nettoyer.

- [11]

N. Anquetil, « Scènes de la vie psychiatrique ordinaire », *Journal français de psychiatrie*, 2, n° 29, 2007, p. 56 ; S. Wainrib, « Maladie ou position dépressive ? », *Le carnet PSY*, 1, n° 132, 2009, p. 31-36.

- [12]

G. Francequin, *Le vêtement de travail, une deuxième peau*, Toulouse, érès, 2008.

- [13]

Ibid., p. 109.

- [14]

P. Molinier, 2009, « Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? », *Temporalités*, 9, mis en ligne le 30 septembre 2009. URL : <http://temporalites.revues.org.proxy.rubens.ens.fr/index988.html>.

- [15]

E. Kantorowicz, *Les deux corps du roi*, Paris, Gallimard, 1989.

- [16]

Cette fonction du pyjama s'inscrit dans une interprétation institutionnelle des travaux de Didier Anzieu consistant à considérer la peau comme une enveloppe corporelle ainsi que comme une enveloppe psychique : D. Anzieu, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1985.

- [17]

E. Goffman (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, traduction française par Liliane Lainé, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

- [18]

J. Grard, *Frontières invisibles. Expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*, Anthropologie sociale et ethnologie, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), 2001.

- [19]

Ibid., p. 357-358.

- [20]

S. Freud 1985, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard.

- [21]

D. Le Breton, « Domaines de recherches. 1 : Logiques sociales et culturelles du corps », *La sociologie du corps*, Paris, Puf, 2012.

- [22]

L. Flandrin, « Rire, socialisation et distance de classe », *Sociologie*, n° 1, vol. 2, 2011, mis en ligne le 25 février 2011, consulté le 1^{er} mai 2015. URL : <http://sociologie.revues.org.proxy.rubens.ens.fr/851>.

- [23]

J. Le Goff, « Une enquête sur le rire », *Annales, histoire, sciences sociales*, vol. 52, n° 3, 1997, p. 449-455.

- [24]

E. Dupréel, « Le problème sociologique du rire », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, vol. 106, 1928, p. 213-260 ; D.S. Murray, « The sociology of humour: A Stillborn Field ? », *Sociological Forum*, 2, 1995, p. 327-339.

- [25]

Notamment au travers des travaux classiques d'Henri Bergson : H. Bergson (1900), *Le rire. Essai sur la signification du comique*, Paris, Puf, 2002.

- [26]

N. Quemener, « Ces femmes qui font rire : du stéréotype féminin aux “nouvelles féminités” dans les talk-shows en France », *Sociologie de l'art*, n° 17, 2011, p. 14-30.

- [27]

I. Pasqueron, *Je ris donc je suis*, Éditions universitaires européennes, 2012.

- [28]

J. Frisch-Gauthier, « Le rire dans les relations de travail », *Revue française de sociologie*, 2-4, 1961, p. 292-303.

- [29]

O.H. Lynch, « Humorous communication: Finding a place of humor in communication research », *Communication Theory*, vol. 12, n° 4, 2002, p. 423-445 ; B. Plester, B. Carrol, « Organizational humour, aesthetics and blasphemy: Jokes that transgress », Paper presented at the « Critical management conference », Naples, 10-12 July 2011.

- [30]

G. Besson, « L'humour, ressource personnelle et collective dans l'action sociale », *Vie sociale*, 2, n° 2, 2010, p. 49-58.

- [31]

A. Demailly, « “L’humour contre le persiflage”, une heuristique dans le travail social et l’action collective », *Le sociographe*, 3, n° 33, 2010, p. 13-23.

- [32]

G. Besson, « L’humour, ressource personnelle et collective dans l’action sociale », *op. cit.*

- [33]

Le terme de virilité est à entendre dans l’acception que lui donne Christophe Dejours : « La virilité vient soutenir la lutte contre les manifestations de la peur en promettant prestige et séduction à celui qui affronte l’adversité et en menaçant a contrario celui qui fuit de perdre son identité sexuelle de mâle. [...] Le discours viril est un discours de maîtrise, appuyé sur la connaissance, la démonstration, le raisonnement logique, supposé ne laisser aucun reste », C. Dejours, *Souffrance en France. La banalisation de l’injustice sociale*, Paris, Le Seuil, 1998, p. 166.

- [34]

S. Le Lay, B. Pentimalli, « Enjeux sociologiques d’une analyse de l’humour au travail : le cas des agents d’accueil et des éboueurs », *Travailler*, 1, n° 29, 2013, p. 141-181.

- [35]

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

- [36]

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

- [37]

V. Kapsambelis, « L’humour des patients schizophrènes », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1, n° 44, 2005, p. 63-71.

- [38]

J. Ladsous, « Dédratiser », *Vie sociale*, 2, n° 2, 2010, p. 45-47.

- [39]

E. Dupréel, « Le problème sociologique du rire », *op. cit.*, p. 214.

- [40]

P. Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990.

- [41]

Le tournant narratif en sciences sociales ou *narrative turn* est une expression que l’on retrouve notamment dans les travaux de John D. Arras, « Nice story but so what? Narrative and justification in ethics », dans H. Lindemann Nelson, *Stories and Their Limits. Narrative Approaches to Bioethics*, New York, Londres, Routledge, 1997, p. 66.

- [42]

P. Ricœur, *Temps et récit*, tome I, Paris, Le Seuil, 1983.

- [43]

La notion de fragment est ici à entendre dans l'acception que lui donne Roland Barthes : R. Barthes, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Le Seuil, 1977.

- [44]

E. Goffman, *La présentation de soi. La mise en scène de la vie quotidienne I*, traduit de l'anglais par Alain Accardo, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973.

- [45]

G. Deleuze, *Le pli. Leibniz et le baroque*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1988.

- [46]

Claude Lévi-Strauss définit la notion de bricolage comme suit : « Le bricoleur est apte à exécuter un grand nombre de tâches diversifiées ; mais, à la différence de l'ingénieur, il ne subordonne pas chacune d'elles à l'obtention de matières premières et d'outils, conçus et procurés à la mesure de son projet : son univers instrumental est clos, et la règle de son enjeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures. L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet (ce qui supposerait d'ailleurs, comme chez l'ingénieur, l'existence d'autant d'ensembles instrumentaux que de genres de projets, au moins en théorie) ; il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que "ça peut toujours servir". De tels éléments sont donc à demi particularisés : suffisamment pour que le bricoleur n'ait pas besoin de l'équipement et du savoir de tous les corps d'état mais pas assez pour que chaque élément soit astreint à un emploi précis et déterminé. Chaque élément représente un ensemble de relations, à la fois concrètes et virtuelles ; ce sont des opérateurs, mais utilisables en vue d'opérations quelconques au sein d'un type », C. Lévi-Strauss, *La pensée sauvage*, Paris, Pocket, 1990.

- [47]

M. Sassolas, *La psychose à rebrousse-poil*, Toulouse, érès, 2009.

- [48]

Notamment E. Van Dongen, *Worlds of Psychotic People: Wanderers, Bricoleurs' and Strategists (Theory and Practice in Medical Anthropology and International Health)*, New York et Londres, Routledge, 2013.

- [49]

C. Mercadier, *Le travail émotionnel des soignants. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002.

- [50]

E. Morin, « Le retour de l'événement », *Communications*, n° 18, 1972, p. 6-20.

- [51]

Comme le mettent en évidence les travaux d'ethnopsychiatrie, le cercle et le groupe rappellent symboliquement l'ensemble des espaces de mise en commun des émotions. Cf. T. Nathan, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod, 1986.

- [52]

M. Mauss, « L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens) », *Journal de psychologie*, n° 18, 1921, p. 425-434.

- [53]

D. Jodelet, *Folie et représentations sociales*, préface de Serge Moscovici, Paris, Puf, 1989.

- [54]

Hospitalisation à la demande d'un tiers.

La clinique débordée

La clinique est décrite par les soignants comme ce qui confère un sens au quotidien psychiatrique. Elle institue un cadre aux interactions dans les unités de soins [1]. C'est ce qui explique, selon eux, pourquoi « ceux qui ne sont pas de cette filière de soins ne peuvent rien y comprendre [2] ». Au-delà de cet entre-soi, il convient de caractériser cette clinique d'un point de vue sociologique. Pour analyser et rendre compte de la teneur des relations de soin en psychiatrie, les notions de cadre et de modalisation de l'expérience proposées par Erving Goffman dans son ouvrage *Les cadres de l'expérience* [3] peuvent, à la faveur des travaux de Samuel Lézé, être avantageusement mobilisées. À la manière d'un « cadre de l'expérience », la clinique façonne l'expérience des acteurs. Toutefois, la clinique est fragile et échoue parfois à donner du sens aux professionnels qui se détournent d'une interprétation clinique des événements.

Vers une définition de la clinique

2 La clinique renvoie à l'ensemble des actions et des interactions interprétées comme relevant du soin psychiatrique en direction des patients. Dans cette acception, ce sont autant les actions elles-mêmes que les interprétations dont elles sont l'objet qui sont pertinentes à analyser. Ainsi, le fait de contenir un patient relève non pas d'une violence à l'endroit du patient mais d'un soin permettant au patient de restaurer son enveloppe psychique. Les soignants se sentant « mal à l'aise » avec les contentions s'écartent donc d'une interprétation « clinique ». De même, une discussion informelle apparemment insignifiante peut en fait relever d'une analyse de ce que le patient projette sur le soignant, renvoyant lui-même à une fonction au sein de l'institution psychiatrique. La clinique constitue ainsi le cadre de l'expérience des soignants en psychiatrie. L'expérience psychiatrique peut alors être pensée comme une modalisation « clinique », celle-ci étant la grille de lecture privilégiée des événements à l'hôpital psychiatrique.

3 Samuel Lézé décrit sa réaction à l'entrée dans un hôpital de jour pour adolescents atteints de troubles psychiques graves : « Dès les premiers mois, je commence à théoriser la situation à laquelle je participe. Ce qui me frappe, ce n'est pas la capacité de l'équipe à effectuer un travail sur le quotidien et l'ordinaire de la vie hospitalière, c'est surtout la *modalisation* de ces situations à partir d'un cadre social bien particulier qui constitue le *dispositif* thérapeutique lui-même et qui permet de *définir ce qui se passe*. Il y a donc une opération ordinaire sur des situations ordinaires qui définit le lien social comme thérapeutique. Le couloir fait l'objet d'un travail qui, localement, devient “le travail de couloir”. Goffman définit un mode comme : “Un ensemble de conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire, se transforme en une autre activité qui prend la première pour modèle mais que les participants considèrent comme sensiblement différente. On peut appeler modalisation ce processus de transcription [4]”. » L'observation du travail en psychiatrie à l'échelle des unités de soin permet de repérer les contours de cette dimension clinique. Toutefois, cette observation in situ ainsi que le

recueil des récits de pratique des infirmiers conduisent à repérer un décrochage régulier d'une grille de lecture clinique. Comme dans le cas des contentions, nombre de pratiques, d'événements, d'actions et d'interactions témoignent d'une interprétation des situations à l'aune d'un cadre profane, et non plus à partir du cadrage clinique censé être au principe de l'action thérapeutique des soignants.

4 Pour autant, la manière de rapporter ces situations aux autres acteurs de l'hôpital doit, pour être acceptable, mobiliser des catégories et un registre clinique psychiatriques. Les infirmiers font alors œuvre de traduction [5] entre des énoncés issus d'une interprétation profane et des énoncés devant se formuler dans un registre clinique. Ces traductions ne sont jamais neutres. Elles sont chargées de l'ensemble des négociations du soin et elles sont orientées vers la nécessité de faire sortir au plus vite les patients hospitalisés dans l'unité.

5 Lorsque l'on s'intéresse à la manière dont les infirmiers passent d'un énoncé à l'autre, on remarque qu'ils injectent dans le second énoncé – celui qui fera l'objet d'une transmission aux autres segments professionnels de l'hôpital – des éléments extérieurs à la seule situation observée ou vécue, dans un but tactique d'engager les autres professionnels de l'unité à une série d'actions spécifiques. La compréhension sociologique de ce processus conduit à s'intéresser au pouvoir et aux enjeux du travail infirmier à l'échelle de l'unité de soin. L'orientation des actions en vue de l'obtention d'un pouvoir relationnel (obtenir d'un acteur qu'il fasse ce que je désire) renvoie à la mise en œuvre de *stratégies* [6] et de *tactiques* [7] de la part des infirmiers, acteurs de l'organisation. Pour comprendre ces actions, il convient de questionner la manière dont les infirmiers s'arrangent avec l'incertitude. Cette réflexion permet de mettre en évidence la manière dont les actions et les interactions à l'échelle de l'unité s'inscrivent autant dans une démarche clinique de soin que dans des enjeux propres aux infirmiers.

Les conditions de l'abandon de la clinique

6 La clinique, brandie comme un étendard par les soignants, cœur du métier à protéger, est, en fait, traversée ou déviée de sa finalité originelle dans le contexte d'une psychiatrie de l'ex-compagnement. Les savoirs bricolés des soignants et transmis de façon informelle dans l'économie des relations entre les soignants, les patients et les autres professionnels de l'hôpital, peinent à se déployer dans l'ordinaire des relations soignants-patients. Face à l'intensification et à la diversification des tâches induites par l'accélération des flux de patients et la polyvalence infirmière, le cadrage clinique de l'expérience du soin en psychiatrie est particulièrement fragile. Parfois les soignants renoncent à la clinique.

7 La faillite de la clinique s'observe dans une pluralité d'événements. La clinique est parfois mise entre parenthèses dans les situations de violence. Si la violence des patients doit être interprétée au regard de leur pathologie – d'un point de vue clinique, la violence du patient est le

fruit de sa maladie et ne vise pas la personne du soignant –, le regard clinique est difficile à maintenir lorsque l'intégrité physique, psychique ou morale du soignant est en jeu. C'est ce dont ces derniers témoignent lors d'une réunion consacrée à l'agression d'une infirmière survenue quelques jours plus tôt.

8

À l'hôpital B., l'agression d'une infirmière est évoquée en réunion institutionnelle pour la seconde fois. La psychologue engage la discussion : « On a parlé de ça en réunion institutionnelle vendredi dernier. Il y a eu beaucoup de cas de violence dans le service ces derniers temps et il serait intéressant de réfléchir ensemble sur la manière dont on traite le problème. » Livia, le médecin responsable de l'unité, réagit : « Dans les cas de violence, il faut réfléchir au contexte, à la situation. Le cas de Mademoiselle S. n'est pas celui de Monsieur U. Il faut réfléchir sur les conditions du passage à l'acte des patients. Il faut aussi distinguer ce qui est fait au niveau administratif et ce que l'on fait en termes cliniques. » Les infirmiers prennent alors la parole. Anne, l'IDE victime de l'agression, répond : « Quand je me suis fait étrangler par Mademoiselle S., sur le coup j'avais les jambes qui tremblaient, la tête qui tournait et puis j'avais eu mal ! À ce moment-là, je ne pouvais pas réfléchir ! Ce que je voulais, c'est surtout du soutien, que l'on me demande comment ça va, que l'équipe me rassure, etc. » Livia, le médecin responsable de l'unité, tente de réinscrire l'événement dans une démarche clinique : « C'est vrai, dans ces moments-là, comme tu dis, on veut surtout une main tendue. C'est comme un enfant qui tombe, il veut que sa maman le relève et le rassure. On a tous cette référence archaïque. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

9 Dans cet échange, l'infirmière met en évidence le fait que, dans le temps de l'interaction avec le patient, il ne lui était pas possible de penser en référence à une grille de lecture clinique. Elle ajoute que, même après cet événement, c'est à sa personne privée qu'il faut s'adresser et non au rôle infirmier qu'elle interprète. Le besoin de réassurance de cette infirmière est le corollaire de la faillite temporaire de la clinique. Dans cette situation, le soignant ne parvient plus à interpréter son expérience au sein de l'unité à partir d'une lecture clinique. La violence, qu'elle soit physique ou psychologique, frappe parfois trop directement le soignant en tant que personne. Quand le collectif soignant ne joue pas son rôle de régulateur du trouble vécu avec le patient, il n'est pas rare que l'infirmier se perçoive comme victime de violence. Face à cet acte, le soignant condamne le patient. Il arrive pourtant que les patients ne soient pas responsables de leurs actes. Hallucinés, désorientés, ceux-ci peuvent commettre des actes de violence sans pour autant viser le soignant en personne. Il appartient alors aux soignants d'interpréter le sens de son passage à l'acte. Lorsque la violence est trop importante ou quand les régulations du collectif sont trop faibles, le soignant renonce à mobiliser la clinique et s'engage dans une quête de justice qui peut être contradictoire avec le soin. De la même façon que la violence physique, la violence de nature psychologique peut conduire les infirmiers à se détourner de l'interprétation clinique des événements.

10 Les infirmiers sont régulièrement l'objet d'insultes de la part des patients. Cette facette de leur travail les conduit souvent à vivre au fil du temps leur activité sur le registre de l'usure

mentale [8], voire à développer des troubles liés à leur activité tels que le burn out [9]. Dans ce contexte de fatigue psychique, les infirmiers peuvent se départir d'une posture de clinicien qui ne les a pas protégés des risques du métier. C'est ainsi qu'à l'hôpital B., à la suite d'une interaction marquée par la violence des propos d'un patient envers le personnel soignant, l'ensemble des infirmiers présents dans l'unité, accompagnés d'une aide-soignante et d'infirmiers de renfort des unités voisines, ont sanctionné le patient par une visite impromptue de « recadrage » dans sa chambre.

11

En sortant, Stéphanie, IDE, et Mélanie, aide-soignante, croisent Monsieur D. qui devait ranger sa chambre. Il ne l'a visiblement pas fait. Mélanie lui dit à nouveau qu'il doit ranger sa chambre. Le patient rétorque que ce n'est pas lui qui l'a dérangée mais l'ASH. Martine, l'ISP, lui intime d'arrêter de rejeter la faute sur les autres. Le patient s'énerve et se dit victime des traitements de l'équipe : « On est traités comme des chiens ! » En partant, il insulte Mélanie. Mélanie lui répond alors : « Vous pourrez laisser le désordre chez vous quand vous aurez un appartement, mais ici vous êtes à l'hôpital et il faut que la chambre soit rangée pour que les femmes de ménage puissent passer. » Le patient lui répond en criant, d'une voix à la fois énervée et plaintive : « Mais je n'aurai jamais d'appartement ! Vous le savez très bien ! Je suis malade ! Je prends un traitement ! Si j'avais un appartement, des enfants, je leur dirais : “Je dois prendre mon traitement.” Ils ne me supporteraient pas, mes enfants ! » Aline, l'aide-soignante, lui répond alors : « C'est vrai, ils ne vous supporteraient pas, vos enfants. » Toute l'équipe vient par la suite dans sa chambre. Stéphanie s'écrie : « Qu'est-ce que vous avez dit ! » Le groupe recadre le patient. En sortant, Martine souffle : « 32 ans d'insultes. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

12 Appliquant la loi du talion, les infirmiers se détournent ponctuellement d'un modèle d'action fondé sur la clinique. Dans cette interaction en deux séquences, on peut observer la manière dont les infirmiers appliquent une grille de lecture profane à une situation qui fut engagée comme une interaction clinique à visée thérapeutique. D'une part, le discours du patient est interprété comme renvoyant au registre revendicatif outré mobilisé par le patient au cours de son interaction avec les soignants. Il est perçu comme une violence à l'encontre des soignants en tant que personnes et non à l'encontre du rôle qu'ils incarnent. De plus, ce patient est considéré par l'équipe comme un « chronique », il devrait avoir a minima intégré son rôle de patient et s'adresser aux soignants sur un registre plus psychologique. Le comportement inadapté de ce patient est d'autant moins acceptable qu'il connaît les règles et l'expression obligatoire des sentiments au sein de l'unité. D'autre part, au cours de son interaction avec les soignants, ce patient mobilise les ressources des soignants (la définition de sa maladie notamment) en les présentant comme une donnée avec laquelle les soignants devraient composer. Ainsi, il met les infirmiers face à leur impuissance quant à la prise en charge de sa propre maladie. Cette manœuvre conduit les soignants à ne plus percevoir la situation d'un point de vue clinique et à considérer cette interaction comme une violence vécue sur le registre de l'usure mentale.

13 Le troisième et dernier type de faillite de la clinique regroupe l'ensemble des cas dans lesquels les infirmiers témoignent d'une erreur d'interprétation. Il s'agit des situations dans lesquelles les soignants, du fait notamment du caractère routinier de leur activité, manquent un certain nombre de signes concernant l'état de santé du patient et échouent à se comporter en cliniciens. Ces situations renvoient à un ensemble de situations limites au cours desquelles la grille de lecture clinique n'est mobilisée qu'en partie, ou ne permet de répondre que de manière imparfaite au problème qui se pose au soignant. Les cas d'erreur d'interprétation, de surinterprétation ou de défaut de vigilance sont à ranger sous cette catégorie.

14 À l'hôpital A., les douleurs d'une patiente ont fait l'objet d'une mésinterprétation conduisant les infirmiers à ne pas envisager la piste somatique. Une erreur dans la distribution des traitements a induit des complications somatiques sévères chez cette patiente dont les plaintes n'ont d'abord pas été interprétées comme relevant d'un problème physique.

15

Chacun s'affaire dans la chambre de Maria. Cette dernière est alitée et est sous perfusion. C'est une image très inhabituelle en psychiatrie. On ne court pas habituellement dans l'unité et la vue de cette patiente alitée et sous perfusion évoque davantage l'hôpital général que l'hôpital psychiatrique.

La chambre de Maria est encombrée. Raphaël Favre, le médecin responsable, Sonia, le médecin assistant, et Vincent [10], le cadre de santé, mais aussi Anaïs, IDE, Monique, ISP, et le médecin généraliste de l'hôpital s'affairent dans le petit espace autour du lit. Maria est amorphe. Elle a les yeux à peine ouverts et le regard dans le vague. Monique et Anaïs courent dans le couloir entre la chambre de la patiente et la salle de soins. Sa tension est prise, quelques prises de sang sont effectuées avec une grande dextérité pendant que le médecin parle d'une voix très douce : « Maria. Il y a eu une erreur. Au repas d'hier, vous n'avez pas eu le bon traitement et c'est ce qui explique les douleurs que vous ressentez depuis hier. » Maria réagit à peine et Anaïs et Monique peinent à cacher leur affolement.

La veille, on lui a administré par erreur le traitement du « patient neuro ». Maria, hospitalisée pour la première fois, devait recevoir un traitement léger (Abilify© 10 mg) en comparaison avec celui de ce patient qui a l'un des traitements les plus lourds de l'unité. À la suite de cette erreur de traitement, le pronostic vital de cette patiente est engagé. Dans la soirée et en début de matinée, Maria s'était plainte de douleurs importantes. Néanmoins, jusqu'à ce matin, ces douleurs avaient été interprétées par les soignants comme de la somatisation [11]. Anaïs a pris ce matin la décision d'appeler le médecin de garde après avoir pris en compte les plaintes répétées de la patiente. Anaïs s'en est inquiétée lorsque Maria a évalué sa douleur à huit sur dix alors qu'elle ne la situait qu'à quatre sur dix la veille. L'erreur n'ayant pas été repérée à temps pour faire régurgiter à la patiente le traitement ingéré, l'état de santé de Maria est à présent très inquiétant. Au vu de ses bilans, son foie et ses reins risquent d'être endommagés.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2008.

16 Les cas de mésinterprétation liés aux routines du travail en psychiatrie sont fréquents. Une IDE de l'hôpital B., quittant le domaine psychiatrique après plusieurs années d'exercice, commentait alors cet événement survenu à l'hôpital A., raconté en entretien : « On somatise vite en psychiatrie. [12] » Les erreurs d'analyse sont des cas limites de la faillite de la clinique. Elles induisent une forme de quiproquo. Dans le cas présenté, c'est la routine du regard porté sur la douleur psychique qui tend à effacer la possibilité d'une douleur d'origine physiologique. L'assimilation de l'expression de la douleur (énoncée par une patiente psychotique) à la douleur elle-même (ne pouvant qu'être psychologique) a conduit à la mise en échec du soin.

17

Stéphanie, IDE, Martine, ISP, et Anne, IDE, discutent dans le bureau infirmier. Stéphanie lâche : « De toute façon, laisse tomber, on est une équipe qui n'est pas dans la clinique ! » Les autres reprennent en chœur : « Ah oui, nous, on est dans le faire, pas dans la clinique. » « Oui, nous on ne pense pas, on est dans le faire. Je demande d'où vient cette remarque sur le fait que l'équipe ne serait pas dans la clinique. Les infirmières se regardent, rigolent et disent : « Oh ! ça vient d'en haut. » Je demande des précisions sur le ton de la plaisanterie. Je questionne les infirmiers pour savoir si cette remarque vient « du plafond », c'est-à-dire de l'encadrement supérieur. On me répond que c'est d'un peu plus bas que le plafond. Anne m'explique alors que si elles ne sont pas toujours dans la clinique, c'est qu'elles n'en ont bien souvent pas le temps : « Pour être dans la clinique, il faut, comme aujourd'hui, un peu de temps pour se poser et discuter. » Parfois, elles « n'ont même pas le temps de passer aux toilettes », alors « c'est sûr que c'est difficile d'être dans la clinique dans ces conditions ». Démarre alors une discussion sur la clinique. Les infirmières semblent toutes d'accord pour dire que même lorsque l'on « remet de la clinique », cela ne suffit pas. Les patients sont en permanence au contact des infirmiers et il est difficile de dépasser ses émotions ou ses réactions : « On se dit pourtant : "Il est malade, c'est pas de sa faute." On remet de la clinique mais des fois quand ça déborde, ça déborde. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

18 Faute de temps ou pris dans les routines du quotidien hospitalier, les infirmiers ne parviennent plus à avoir une lecture des actions prenant place dans l'unité au travers d'une grille clinique. Ce renoncement à la clinique est souvent mal vécu par les infirmiers eux-mêmes, en particulier lorsque leur travail est critiqué par l'encadrement intermédiaire.

19

Anne, IDE, a appris le métier avec les ISP et regrette que l'on ne prenne pas plus de temps pour la réflexion. Elle trouve le médecin « peu partageur ni pédagogue », ce qu'elle regrette. Elle trouve dommage qu'il n'y ait plus de réelle clinique et que l'on ne réfléchisse plus à l'écho que produit le patient : « Si on ne réfléchit plus à pourquoi on s'énerve, c'est grave. » Elle considère que les patients pâtissent de cette situation. Il faudrait « prendre le temps d'élaborer sur les réactions et refus pour que le soignant ne devienne pas "tout-puissant" ». Elle confie même qu'à présent, elle n'apprend plus rien. Rozenn, IDE également, se demande de son côté comment faire envie aux stagiaires. Anne et Rozenn s'accordent à dire qu'elles ne font que courir et qu'il n'y a plus de

réflexion dans leur travail. Elles sont toutes deux déçues de subir ainsi les changements actuels en psychiatrie. Anne dit qu'elle trouve « grave » l'idée de client remplaçant celle de patient. L'hôpital comme une entreprise est, selon elle, une atteinte au travail.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

20 Les cas de renoncement à la clinique, qu'ils soient ou non liés à la violence physique, psychique ou morale des patients en direction des soignants, qu'ils soient ou non le fruit d'un quiproquo dans le traitement des informations fournies par les patients, sont le fruit de la résolution d'une question morale qui s'impose à l'ensemble des soignants en psychiatrie et qui, dans le contexte contraint de l'hôpital gestionnaire, s'impose à tous les soignants. Cette question morale peut se formuler comme suit : qui mérite l'engagement du soignant dans une activité clinique ?

Notes

- [1]

S. Lézé, « Réfléchir l'écho psychotique », dans F. Fernandez, S. Lézé, H. Marche, *Le langage social des émotions. Études sur les rapports aux corps et à la santé*, Paris, Economica, 2008, p. 289-320.

- [2]

Extrait d'entretien 1, infirmière IDE, 45 ans, hôpital B.

- [3]

E. Goffman (1974), *Les cadres de l'expérience*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1991.

- [4]

Ibid., p. 52-53.

- [5]

La notion de traduction est à comprendre dans l'acception que lui ont conférée Michel Serres puis Michel Callon : M. Serres, *La traduction. Hermès III*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974 ; M. Callon, 1986, « Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen », dans J. Law (ed.), *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge ?*, Londres, Routledge and Kegan Paul, p. 196-223.

- [6]

Michel Crozier et Ehrard Friedberg considèrent que les individus élaborent des stratégies afin de répondre à des buts personnels. Ces stratégies peuvent parfois entrer en contradiction avec les objectifs de l'organisation ; M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977.

- [7]

Michel de Certeau différencie la notion de tactique de celle de stratégie. Il écrit alors : « J'appelle "stratégie" le calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un Sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un "environnement". Elle postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un *propre* et donc de servir de base à une gestion de ses relations avec une extériorité distincte. La rationalité politique, économique ou scientifique s'est construite sur ce modèle stratégique. « J'appelle au contraire "tactique" un calcul qui ne peut pas compter sur un propre, ni donc sur une frontière qui distingue l'autre comme une totalité visible. La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre. Elle s'y insinue, fragmentaire, sans le saisir en son entier, sans pouvoir le tenir à distance. Elle ne dispose pas de base où capitaliser ses avantages, préparer ses expansions et assurer une indépendance par rapport aux circonstances. Le "propre" est une victoire du lieu sur le temps. Au contraire, du fait de son non-lieu, la tactique dépend du temps, vigilante à y "saisir au vol" des possibilités de profit. Ce qu'elle gagne, elle ne le garde pas » ; M. de Certeau, *L'invention au quotidien*, Paris, Le Seuil, 1980.

- [8]

C. Dejours, *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, 1993.

- [9]

De nombreux travaux ont été menés sur le « burn out » des infirmiers, ils sont moins nombreux pour le cas des infirmiers en psychiatrie : J.-P. Courtial, S. Huteau, « Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital », *Santé publique*, vol. 17, n° 3, 2005, p. 385-402.

- [10]

Le cadre de santé, comme les infirmiers, se fait appeler par son prénom. Les médecins se font appeler par leur nom de famille.

- [11]

« Somatiser » consiste en un développement de symptômes physiques de la part de patients présentant des troubles psychiques. Pour être traités, ces symptômes doivent alors avoir une réponse psychiatrique et pas seulement somatique.

- [12]

Extrait d'entretien 32, infirmière IDE, 48 ans, hôpital B

Sous-pesages et usages de la clinique

L'usage de la clinique répond à des règles implicites. Dans le contexte actuel de l'hôpital psychiatrique, les soignants de la psychiatrie publique hospitalière sont amenés à sélectionner les patients auprès desquels il est justifié de s'investir et de s'attacher à « rester dans la clinique ». Cette sélection des malades s'opère à partir de critères propres aux économies morales [1] du soin infirmier en psychiatrie. La difficulté pour les soignants réside notamment dans la capacité à s'investir pleinement auprès de patients qu'ils ne parviendront probablement pas à soigner convenablement. Cette situation conduit les infirmiers à devoir sélectionner les patients pour lesquels ils envisagent de s'engager et ceux envers lesquels ils effectueront un suivi moins conséquent. Cette sélection ne se fait pas de façon aléatoire mais obéit à un certain nombre de critères qui permettent de résoudre la question du degré d'investissement auprès des malades en termes de mérite. Cet investissement est calculé et réévalué tout au long de l'hospitalisation du patient.

Les économies morales du soin en psychiatrie

² L'évaluation des patients permettant de définir le degré d'investissement des soignants se fait à partir de critères moraux. La théorie des économies morales permet de les appréhender et de mettre en lumière comment le travail des soignants de la psychiatrie constitue aussi une forme de résolution de la question morale [2]. L'ensemble théorique exposé par Didier Fassin et Jean-Sébastien Eideliman permet en effet d'analyser la manière dont les infirmiers posent et répondent à la question morale du soin en psychiatrie. Ces chercheurs font l'étude de différents univers sociaux (les domaines de l'intervention humanitaire, de la santé, du handicap, etc.) en observant la manière dont les acteurs témoignent, par leurs pratiques et leurs récits de pratiques, de justifications d'ordre moral. Ils proposent de mettre au jour des « économies morales » qui consistent à questionner la manière dont les individus gèrent la dimension morale de leur existence. C'est dans cette perspective qu'ils encouragent une lecture de la question morale dans les sociétés contemporaines : « Les sociétés mettent en œuvre des normes et des valeurs qui permettent à leurs membres de diriger leurs conduites et de sanctionner leurs écarts. Les êtres humains pensent et agissent au regard de conceptions de ce qui est bien ou mal, souhaitable ou condamnable, juste ou injuste, convenable ou inconvenant. Comprendre cette double dimension, collective et individuelle, de la vie des hommes et des femmes constitue l'objet de la morale [3]. »

Le concept d'économies morales

Revenant sur les « émeutes de la faim », Edward Palmer Thompson [4] mobilise pour la première fois le concept d'économies morales au début des années 1970, pour mettre en évidence comment ces « violences n'étaient pas une simple réaction primaire à des besoins physiologiques conduisant à des pillages : elles exprimaient un sentiment d'injustice lorsque la spéculation exerçait une pression trop forte sur les prix des aliments, et elles traduisaient la rupture d'un contrat moral qui permettait jusque-là au monde agricole de se maintenir malgré de profondes inégalités [5] ». E.P. Thompson mettait alors en exergue la manière dont « cette économie morale ne peut [certes] pas être considérée comme “politique” au sens supérieur du mot, elle ne peut cependant pas davantage l'être comme “apolitique” car elle suppose des notions de bien public précises et passionnément défendues [6] ».

La pertinence de ce concept tient notamment dans la possibilité d'inclure les émotions dans l'analyse du social. Ainsi, Didier Fassin rappelle, à propos des travaux de Thompson, que « les affects y ont toute leur place : l'indignation et la colère sont des émotions morales qui débouchent sur des gestes de signification politique ». Plus tard, l'anthropologue James C. Scott utilise le concept d'Edward P. Thompson pour analyser les conditions d'une action collective des paysans de l'Asie du Sud-Est. Il met en évidence comment « c'est [donc] un univers moral partagé et une notion de ce qui est juste qui constituent la trame du comportement des paysans, que ce soit au cours des routines locales et normales ou lors des soulèvements violents. C'est cet héritage moral qui amène à choisir certaines cibles plutôt que d'autres, lors de leurs soulèvements. C'est également lui qui rend possible qu'une action collective – souvent, du reste, peu coordonnée – naisse à la suite d'un outrage moral [7] ». C'est en particulier par les travaux de Didier Fassin que ce concept s'est récemment diffusé. Le concept prend une dimension plus foucauldienne et permet de mettre en évidence le lien inextricable entre politique et morale. En particulier, c'est en interrogeant les politiques humanitaires [8] que Didier Fassin met en évidence l'intérêt heuristique du concept permettant de traiter, à partir de données ethnographiques, la dimension morale des activités humaines. « Parler d'économie morale pour traiter des politiques des vivants, c'est donc considérer les valeurs qui sous-tendent les choix faits par les sociétés contemporaines sur les questions qui mettent en jeu l'existence physique, mais aussi sociale des individus. Elle offre un contrepoint nécessaire à l'économie politique dont l'analyse des rapports de production éclaire sous un autre angle le sens des décisions prises en matière de vies humaines [9]. »

3 Cette question d'anthropologie sociale et de philosophie morale peut s'appliquer au domaine du travail. Il s'agit de comprendre comment des professionnels inscrivent leur activité dans un ensemble de transactions morales. Dans le cadre d'une analyse du travail en psychiatrie, questionner les économies morales du travail psychiatrique revient à repérer la manière dont les acteurs de l'institution psychiatrique définissent une morale pratique, participent à sa diffusion au travers de références théoriques, de dispositifs pratiques et de règles collectivement construites et définies.

4 Dans l'économie générale des relations avec les patients, les soignants doivent faire face au calcul (préconscient et ancré dans la pratique) du degré d'investissement qu'ils accorderont au patient. Les soignants sont aujourd'hui contraints de répondre à une double exigence : ils doivent prendre soin des patients tout en créant les conditions de leur sortie rapide de l'unité pour libérer des lits. Ils sont alors obligés, s'ils souhaitent pouvoir exercer convenablement leur métier (c'est-à-dire agir en cliniciens et en accord avec leur socialisation professionnelle spécifique à la filière psychiatrique), de se concentrer sur un nombre limité de patients. Parmi les options qui s'offrent à eux – accorder un temps réduit à chaque patient ou fournir plus de temps et investir ce temps auprès d'un nombre plus limité de patients –, les soignants optent pour la seconde proposition. Plutôt que de distribuer leur temps de façon égalitaire pour l'ensemble des patients de l'unité, les soignants tendent à sélectionner un nombre limité de patients qu'ils prendront en charge en leur accordant davantage de leur temps.

5 Cette option s'explique par l'héritage revendiqué par les infirmiers en psychiatrie conduisant à considérer que « le psychisme a besoin de temps [10] » et qu'une des spécificités du travail dans cette filière de soin est qu'« en psychiatrie, on peut prendre son temps [11] ». L'intensification du travail infirmier en psychiatrie liée à la densification de l'activité infirmière à l'hôpital [12] est ainsi formulée par les infirmiers en psychiatrie en termes de perte d'identité de la filière de soin. Les manières de travailler en psychiatrie ont changé et la réflexion clinique devient impossible ; en d'autres termes, l'activité est empêchée car strictement orientée vers la productivité. Le rôle du soignant se voit réduit car le travail sur l'humain réalisé dans cette filière de soin ne se limite pas à un nombre fini de tâches à effectuer mais appelle une démarche clinique difficilement envisageable dans un contexte d'intensification de l'activité. Face à cette perte d'identité collective, les soignants tentent d'organiser leur activité de manière à accorder leur conception du soin (nécessitant du temps et de la réflexion) avec les contraintes de rendement qui s'imposent à eux.

6 La sélection des patients auprès de qui s'engager dans une démarche clinique fait partie des arrangements avec les injonctions à l'ex-compagnement de l'hôpital actuel. Les critères au principe du choix des patients par les infirmiers sont multiples. Les infirmiers évoquent leurs « patients chouchous » à partir des caractéristiques de leur personnalité, bien souvent aussi en fonction de leur pathologie ainsi qu'en fonction de leur aptitude à endosser le rôle de patient et à solliciter les soignants dans le cadre fixé de l'expression obligatoire des sentiments à l'hôpital psychiatrique. Stéphanie, IDE de 25 ans à l'hôpital B., dit par exemple « adore(r) les psychopathes ». De nombreux infirmiers déclarent fuir les « pervers narcissiques ». Ainsi, une concurrence s'exerce entre pathologies psychiatriques à l'intérieur des unités de soin. Il demeure que ces étiquettes sont aussi un moyen d'exprimer de façon concise des jugements moraux à l'endroit des patients. Au-delà de la fascination de la maladie et d'une étiquette censée donner une justification tangible et rapide aux

choix opérés, les infirmiers expriment la manière dont ils sélectionnent les patients avec lesquels ils vont plus spécifiquement s'engager dans une démarche clinique au nom de l'aptitude du patient à recevoir un soin.

7 Cette démarcation se fait à partir d'une série de critères. L'âge et l'ancienneté dans la maladie sont prioritaires. Les patients les plus jeunes ou vivant leur première hospitalisation sont l'objet d'un investissement plus important que les patients « chroniques » ou que les « habitués » de l'hôpital. L'origine ou la position sociale, si elles sont proches de celles des infirmiers, peuvent favoriser le soin. Au contraire, les patients des couches les plus modestes sont moins investis par les soignants. Les individus issus des catégories les plus aisées, moins nombreux à l'hôpital public, sont rapidement catégorisés comme « pédants » ou comme affichant du « mépris » face à l'équipe soignante. Les infirmières et les aides-soignantes se plaignent régulièrement de ne pas avoir assez d'hommes dans l'équipe pour effectuer les toilettes ou les autres tâches de nursing en direction de patients « venant du Maghreb ». Ces derniers constitueraient des cas « compliqués » pour les femmes qui doivent effectuer avec eux des soins proximaux. L'origine ethnique ou la couleur de la peau peuvent aussi peser sur la catégorisation de patient non méritant. Enfin, le parcours du patient au cours de sa carrière préhospitalière est pris en considération. D'éventuelles pratiques considérées comme déviantes vont permettre de sélectionner les patients méritants des patients indignes de l'attention des soignants. Ainsi, les patients hospitalisés sous contrainte à la suite d'un acte considéré comme moralement répréhensible par les soignants, qu'ils aient été auteurs de violences ou d'actes délictueux, auront moins de chances de se voir investis par les soignants que des patients au parcours considéré comme exemplaire ou malchanceux.

8 Pour tenter de déjouer ces tendances centrifuges, la majeure partie des unités de soin a mis en place un dispositif d'« infirmier référent » qui attribue formellement à chaque patient de l'unité un infirmier plus spécifiquement en charge de son dossier. Les infirmiers référents doivent connaître les principaux éléments du dossier des patients dont ils ont la charge. Si chaque patient se voit bien attribuer un infirmier référent – le plus souvent volontaire –, une partie des patients, notamment les « chroniques », sont peu investis par les infirmiers, y compris par ceux plus spécifiquement en charge de leur dossier.

Les étapes du « sous-pesage » des patients

9 La sélection des patients s'opère dès leur entrée dans l'unité. Tout au long de leur hospitalisation, les malades font l'expérience d'une série d'épreuves qui participent à déterminer le degré d'investissement des soignants. L'entrée du patient, sa période d'observation et sa coopération avec les soignants au fil de son hospitalisation constituent des éléments-clés dans le processus de sélection dont ils font l'objet.

10 S'ils accueillent un patient pour la première fois, les soignants tentent d'obtenir des informations sur les conditions de son entrée à l'hôpital auprès des infirmiers des urgences. Elles sont particulièrement précieuses dans le cadre d'une primo-hospitalisation puisque les soignants ne bénéficient alors pas de renseignements sur le patient. Des informations peuvent figurer dans son dossier, mais la plupart du temps, elles sont formulées à l'oral, par téléphone, avant son arrivée. L'entrée du patient est l'occasion d'obtenir plus d'indications auprès de l'infirmier des urgences qui l'accompagne.

11

La présentation de l'unité à un patient nouvel entrant est faite par Nathalie, IDE. À son arrivée, le patient est accompagné d'une infirmière de l'unité où il était en subsistance. Il est invité à patienter devant le bureau infirmier sur le banc face à la cabine téléphonique. L'infirmière de l'unité dans laquelle il résidait avant son transfert ferme la porte du bureau et présente le cas du patient. Elle insiste particulièrement sur le fait qu'il « émet beaucoup de demandes ». Elle évoque son comportement dans l'unité : ce patient « aimerait retrouver ses habits de ville » et il est « plutôt revendicatif ». Une fois ces informations sur le nouveau patient recueillies, Nathalie, l'infirmière de l'unité, rejoint l'office. Elle consulte le classeur bleu sur lequel figure l'emplacement du lit que va occuper le nouvel entrant. Elle retrouve ensuite le patient pour effectuer avec lui une visite de l'unité et lui indiquer sa chambre. Le patient occupe un lit dans une chambre double. Nathalie lui fait visiter sa chambre et lui explique le fonctionnement du placard. Le patient dispose d'un placard individuel fermant à clef. Il doit toutefois procéder à l'inventaire de ses affaires avec les soignants afin de vérifier la conformité de ses effets personnels avec le règlement de l'unité. Il ne pourra, par exemple, pas garder son téléphone personnel. Le patient exprime au cours de la présentation sa volonté d'avoir une chambre simple. Nathalie lui répond par la négative. Elle fait alors avec lui l'inventaire de ses affaires et indique qu'il pourra les récupérer lorsque le médecin lui en aura donné l'autorisation. Elle insiste sur le fait qu'il doit déposer ses biens de valeur dans le coffre de l'hôpital. Elle récupère le sac en plastique contenant un jean, un tee-shirt et le sac du patient pour les déposer dans la buanderie de l'unité. Nathalie précise que le patient « sera vu dans la journée par le médecin ».

Peu après, elle revient pour procéder à la visite de l'unité. Quittant la chambre du patient, elle indique la porte qui mène à l'extérieur de l'unité. Le patient pourra l'emprunter lorsque le médecin l'aura décidé. Elle insiste : « Le service est ouvert, c'est un rapport de confiance entre nous. Si vous sortez, vous n'avez qu'à venir nous le dire. » Elle poursuit la visite par le couloir et la salle de soins. C'est dans ce dernier lieu que sera disposé son dextro afin qu'il suive lui-même son taux de glycémie. Le patient devra alors, le matin, demander aux infirmiers de lui donner son matériel de soin et devra effectuer lui-même ses dextro. Devant la cabine téléphonique, Nathalie explique qu'il pourra passer ses appels s'il a une carte de téléphone et que c'est à cet endroit que les appels reçus lui seront transférés. Devant l'office, l'infirmière marque un temps d'arrêt. Elle signale alors comme une confidence : « Ça, c'est l'office. C'est l'endroit où l'on se pose pour boire le café, tout ça. » Elle reprend : « La salle de réunion où vous pouvez lire, il y a des jeux, etc., le bureau du médecin, de l'autre médecin et la salle à manger. Ça va, vous allez vous y retrouver ? » Le patient répond : « Oui, c'est quand même pas bien grand. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

12 Au cours de la visite de l'unité, l'infirmière prête une attention soutenue au comportement du patient. Adapté ou inadapté, ce comportement permet de produire une première évaluation du patient. Au-delà des signes-symptômes de sa pathologie, les infirmiers prennent en compte une série de critères visant à effectuer une évaluation morale du patient. Pour les patients méritants, cette évaluation débouche sur un engagement dans une activité clinique et sur des avantages pratiques au cours de leur carrière hospitalière. Pour les autres, l'attention clinique sera plus lâche et les conflits avec l'équipe risqueront de nuire à la qualité de leur séjour hospitalier. À la manière de ce qu'avaient pu mettre en évidence Glaser et Strauss sur les patients dits « méritants », en décrivant le fait que « certains malades recevront de “meilleurs” soins médicaux et infirmiers, [...] parce qu'ils sont définis implicitement comme plus méritants [13] », un sous-pesage [14] dresse une frontière entre deux types de patients. Cette distinction rappelle plus largement celle décrite par François de Singly et Danilo Martuccelli [15] au sujet du traitement social de la pauvreté. Ils attireraient l'attention sur « la nécessité de tracer une ligne de démarcation entre les “pauvres méritants” dignes de l'aide de la société, et les “assistés”, tous ceux qui s'“enferment” dans l'assistance publique [16] ».

13 Le comportement en direction de l'équipe soignante ainsi que des éléments du parcours au cours de la carrière préhospitalière participent à sélectionner des patients auprès de qui les blouses blanches pourront s'investir.

14

C'est l'entrée et l'inventaire d'une femme d'une cinquantaine d'années. Martine, l'ISP, prend en charge la patiente. Cette fois-ci, au lieu des trois minutes habituelles, l'inventaire dure plus d'une demi-heure. La patiente présente, un à un, l'ensemble de ses effets personnels en les commentant. Ses relations avec son fils, son chat, son voisin, sont longuement évoqués pendant tout le temps de l'inventaire. Au sortir de ce flot de paroles incessant, Martine commente de façon laconique : « Elle est soûlante. » De retour dans le bureau infirmier, Martine fait constater à ses collègues, sur le ton de la plaisanterie, la durée de l'inventaire avec cette patiente. En écoutant Monique raconter la scène, les autres soignants présents dans le bureau infirmier soufflent et compatissent ostensiblement. Quelques minutes plus tard, Monique reprend le formulaire rempli par la patiente, et elle s'aperçoit que cette dernière a mal renseigné le document. Martine doit alors retourner la voir. Nous préparant à un nouveau flot de paroles, Martine et moi cherchons les clés du placard à lui remettre. Il faut profiter de cette interaction pour lui faire remplir le document, lui remettre les clés, et éviter ainsi de devoir s'entretenir à nouveau avec elle. Dans le bureau, Monique, la seconde ISP qui a suivi la scène, demande : « Vous avez réussi à lui faire comprendre qu'il fallait faire vite ? » Martine commente alors : « Elle est quand même soûlante. » C'est là que la patiente fait son apparition dans le bureau infirmier. Elle souhaite qu'on remplace la gaze entourant son poignet, qui compose le bracelet contenant la clef de son placard. Monique lui lance un regard noir. Martine l'accompagne pour aller changer la gaze. À son retour, elle lâche : « Elle est quand même un peu chiantte cette patiente, un peu envahissante. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

15 L'« adhésivité » excessive d'un patient, alors même qu'elle peut être une manifestation de sa pathologie, peut décourager l'investissement de l'équipe. Le comportement des patients doit être adapté au fonctionnement de l'hôpital à flux tendu. Dans un contexte où la durée des interactions entre soignants et patients se doit d'être courte, les patients doivent répondre aux exigences de l'hôpital productiviste.

16 L'évaluation effectuée à l'entrée du patient est le point de départ de sa carrière morale [17] à l'hôpital psychiatrique. C'est ainsi que s'engage, dans l'unité, un processus d'étiquetage qui débute à l'entrée du patient et débouche sur un processus de « sous-pesage » moral des patients.

17

Monsieur K. est un homme d'une trentaine d'années. Hospitalisé pour la première fois, il ne porte pas les stigmates corporels de la maladie mentale. Il est mince, discret, apparemment calme. Avec les infirmiers, il fait preuve de retenue, il est poli. Au cours de sa visite dans l'unité, il n'oppose pas de résistance à confier ses affaires et n'exprime aucune demande. Consigné en pyjama, il reste en période d'observation pendant quelques jours afin que l'on puisse adapter une démarche de soin correspondant à son état clinique. Durant cette période, Monsieur K. respecte les règles de fonctionnement de l'unité et sollicite peu les infirmiers. Le lendemain, après la relève, une infirmière entreprend la lecture du dossier de ce patient transmis par l'unité qui l'a accueilli en urgence. Les infirmiers, n'étant jusqu'alors pas parvenus à obtenir les informations nécessaires pour situer (cliniquement et moralement) Monsieur K., écoutent l'infirmière rendre compte des informations contenues dans son dossier. L'infirmière partage quelques extraits. Elle décrit le patient comme « interprétatif » (analysant les gestes ou les mots de l'équipe de façon singulière) et comme « présentant un tableau clinique laissant craindre une entrée dans la psychose avec des symptômes paranoïdes ». En refermant le dossier, elle résume au reste de l'équipe présent : « Il est bien fou ! »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

18 L'étiquette de « fou » est portée sur l'ensemble des patients. Elle constitue la première étape routinière de la prise en charge des nouveaux entrants de la part des soignants. L'expression « il est bien fou » vient régulièrement ponctuer les récits des soignants de l'hôpital. Ce processus d'étiquetage institue l'entrée dans une carrière morale de patient, et du côté des soignants, le point de passage obligé pour s'engager dans un processus de sous-pesage.

19 Ce sous-pesage recouvre ce que les soignants qualifient de « période d'observation ». La période d'observation s'effectue en début d'hospitalisation et permet aux infirmiers de récolter les informations qu'ils considèrent comme nécessaires dans leur relation avec le patient. L'observation du patient est par la suite plus flottante mais peut conduire à une révision du sous-pesage effectué à l'entrée du patient. Les informations recueillies au cours de l'observation du patient s'inscrivent initialement dans la dimension cognitive de la clinique. Il s'agit de repérer les signes-symptômes du malade et de les interpréter afin de pouvoir composer un tableau clinique intégré à une nosographie

psychiatrique [18]. Toutefois, dans ce recueil d'informations, les signes, les événements ou les récits ne s'imposent pas d'emblée et systématiquement dans un régime d'interprétation clinique. Au recueil d'indices visant à adapter la prise en charge du patient, se superpose un travail de sous-pesage moral. Parmi ces indices, l'autonomie du patient occupe une place centrale. Les soignants ne peuvent être en empathie avec l'ensemble des patients et ont leurs favoris. Pour certains patients, la relation est « simple », « évidente », « facile » ; pour d'autres, « c'est compliqué », « difficile », « complexe ». Lorsqu'ils racontent leur relation avec les patients, et notamment quand ils évoquent leurs « patients chouchous », les soignants mobilisent le registre électif des affinités. Le choix des patients serait le produit d'affinités sélectives et d'un processus marqué par un sentiment partagé de proximité entre soignant et patient. Les soignants évoquent alors leurs relations en termes de « sympathie » et d'« antipathie ». Lorsque les patients sont décrits comme sympathiques, les infirmiers mettent en avant le fait que les discussions avec eux « passent bien ». Ils sont « touchants ». Les infirmiers peuvent « bien les aimer ».

20

En arrivant à l'administration et pendant que le patient s'occupe de récupérer sa carte Bleue, Stéphanie, l'IDE, me dit : « T'as vu, Thomas [IDE], il voulait pas y aller. Il ne peut pas le voir. Moi je l'aime bien. Il me touche. De toute façon, généralement, quand j'ai un chouchou, ça se sait. » La cadre de l'unité voisine, Stéphanie, ironise sur sa présence, ce matin, lors de l'accompagnement de la patiente : « Tu fais infirmière des renforts aussi ? » Elle lui répond positivement et confie : « Elle me touche, cette petite. » Stéphanie enchaîne : « Moi aussi, je l'aime bien. Elle me touche. L'équipe avait peur de savoir qu'elle venait, moi j'étais contente. Mais le docteur Rigot, médecin de l'unité voisine, elle lui a fait mal quand même. » La cadre de santé lui répond alors : « Oui, elle lui a fait mal. Pas trop physiquement mais... »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

21 Pour ces patients « touchants », que les soignants investissent comme des « patients chouchous », un travail clinique va être engagé, et pour qu'il puisse se faire collectivement, les infirmiers vont justifier leur attachement auprès des autres soignants, qu'ils soient infirmiers ou médecins. Dans ces échanges en marge du collectif, les soignants tentent de faire valoir et de justifier les choix qu'ils effectuent afin de bénéficier du soutien et d'éventuelles alliances dans la sélection des patients prioritaires.

22 Les discussions informelles (relèves, réunions cliniques, réunions institutionnelles) sont l'occasion de soutenir le patient que les soignants ont investi comme « chouchou ». Pour ce faire, ils construisent un portrait du patient méritant l'attention du groupe et cherchent à faire alliance avec d'autres soignants afin d'obtenir une action thérapeutique renforcée. Dans ce cadre, les infirmiers n'hésitent pas à mettre en question l'investissement thérapeutique des patients qui ne méritent pas, selon eux, une telle attention collective.

23

Sonia, le médecin assistant, entend mettre les choses au clair avec l'équipe. Elle va faire signer un contrat de bonne conduite à un patient qui outrepassa les règles de l'unité. Lorsque le patient se

présente à l'entrée du bureau infirmier pendant sa pause cigarette avec Stéphanie, l'IDE, Sonia lui dit : « Vous n'avez rien gagné... ni perdu d'ailleurs. Revenez dans une demi-heure. » Elle insiste par la suite auprès des infirmiers sur le fait qu'il faut que toute l'équipe assure la même prise en charge avec ce patient qui est « dans le clivage ». La tâche ne sera pas simple, selon les infirmiers qui affirment que la psychologue l'a investi comme son « chouchou » : « C'est comme si c'était son gosse ! », et s'inscrit dans l'opposition à la posture des infirmiers. Sonia préconise alors la tenue d'une réunion institutionnelle, voire de plusieurs, au sujet de ce patient, pour définir une démarche collective.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

24 Dans la négociation de l'élection du patient comme méritant un investissement de la part de l'équipe soignante, l'alliance avec les médecins est nécessaire. Elle est la condition de la mise en œuvre d'une action thérapeutique complète. Chaque infirmier se fait le porte-voix du patient qu'il soutient, et les mésententes sont fréquentes. Toutefois, un accord collectif est généralement trouvé, qui a son fondement dans l'importance accordée à l'autonomie des patients.

Notes

- [1]

D. Fassin, J.-S. Eideliman, *Les économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, 2012.

- [2]

D. Fassin, S. Lézé, *La question morale. Une anthologie critique*, Paris, Puf, 2013.

- [3]

Ibid., p. 9.

- [4]

E.P. Thompson (1971), « L'économie morale de la foule dans l'Angleterre du XVIII^e siècle », dans E.P. Thompson, F. Gauthier et coll. (sous la direction de), *La guerre du blé au XVIII^e siècle*, Montreuil-Lagrasse, Éditions de la Passion, 1988, p. 31-92.

- [5]

Ibid., p. 312.

- [6]

Ibid.

- [7]

D. Fassin, S. Lézé, *La question morale*, op. cit.

- [8]

D. Fassin, *La raison humanitaire*, Paris, Le Seuil, 2018.

- [9]

F. Saillant, S. Genest, *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, Paris, Economica, 2005.

- [10]

Extrait d'entretien 5, médecin psychiatre, 56 ans, hôpital A.

- [11]

Extrait d'entretien 35, infirmière IDE, 48 ans, hôpital B.

- [12]

F. Acker, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1, n° 1, 2005, p. 161-181.

- [13]

A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

- [14]

La catégorie de « sous-pesage » a été proposée lors d'une restitution de ce travail par un cadre supérieur de santé de l'hôpital A.

- [15]

D. Martuccelli, F. de Singly, *Les sociologies de l'individu*, Paris, Armand Colin, 2009.

- [16]

Ibid.

- [17]

H.S. Becker, *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985.

- [18]

La nosographie psychiatrique est la description et la classification des troubles et des pathologies psychiatriques.

Dignes ou indignes de la clinique

Les conditions d'exercice du métier des infirmiers sont déterminées par les conditions d'hospitalisation des patients. Les infirmiers tentent en conséquence de les négocier et de peser sur les trajectoires de maladie des patients. Ils valorisent de la sorte leur expertise clinique. Toutefois, des jugements de valeur et des sentiments moraux s'unissent et se confondent dans l'évaluation clinique de l'état de santé des patients. Des interactions des soignants avec les patients se dégagent deux types d'économies morales du soin en psychiatrie. La première conditionne l'apparition de la seconde. Elle renvoie à une « économie du soupçon [1] » et revient à repérer et à distinguer la part de *vouloir* de la part de *pouvoir* dont témoigne le patient [2]. Quelle est la « part malade » du patient ? Dans quelle mesure altère-t-elle ses capacités d'agir ? La seconde consiste en une « économie de la compassion » au principe de l'investissement des soignants.

Les patients méritants et l'économie de la compassion

2 L'investissement des infirmiers se traduit par un engagement clinique et la mobilisation d'une économie de la compassion censée permettre une relation authentique avec des Sujets contraints par la maladie. La compassion (ou « zèle compassionnel ») est ce sentiment défini par Hannah Arendt comme « élan impérieux qui nous attire vers l'homme faible » et nous permet de ressentir la souffrance de « l'immense classe des pauvres [3] ». Opposée à la pitié, la compassion « s'adresse au singulier, à des êtres souffrants singuliers, sans chercher des "capacités de généralisation". Elle possède par là un caractère *pratique* au sens où elle ne peut s'actualiser que dans des situations particulières qui font se rencontrer et mettent en *présence* ceux qui ne souffrent pas et ceux qui souffrent [4] ». La compassion est un sentiment politique : « Fondée sur un désir d'égalité, elle illustre cette volonté républicaine qui veut supprimer les injustices et compenser les faiblesses [5]. » Comme le met en évidence Pascale Molinier, la compassion constitue une dimension collective autour de laquelle se constitue le sentiment d'appartenance des professionnels de l'hôpital [6].

3 Mais ce sentiment qui permet de partager la souffrance des patients ne se distribue pas de façon égalitaire auprès des différents patients. Pris par l'exigence morale liée à la tenue de leur poste de soignant, les infirmiers valorisent certains patients, *beautiful losers*, qui *veulent* mais ne *peuvent* pas, et en abandonnent d'autres qui *peuvent* mais ne *veulent* pas. Le sous-pesage des patients méritants envers qui les soignants pourront faire preuve de compassion débouche, pour d'autres, sur une économie morale du soupçon.

4 L'analyse du cas de Monsieur K., patient hospitalisé à l'hôpital A., renseigne sur le processus à partir duquel les soignants reconnaissent le mérite d'un malade. Monsieur K. est jeune, il est issu de

la classe moyenne et est né en France d'une famille elle-même née en France. Ce patient ne porte pas les stigmates de la maladie mentale. Il est étiqueté comme « fou » depuis la lecture à haute voix des symptômes répertoriés dans son dossier de soins transmis par l'unité d'urgence dans laquelle il fut accueilli avant son entrée à l'hôpital. En résumant son dossier, l'infirmière concluait ainsi : « Il est bien fou. » Elle ajoutait : « S'il pense vraiment tout ça, il doit vachement souffrir. » Avec ce dernier élément, l'infirmière déplace le propos vers la question morale. Ce patient, qui ne met pas en cause l'équipe et se montre discret, est en souffrance. L'équipe doit alors lui venir en aide. Cependant, une semaine après l'entrée de Monsieur K. dans l'unité de soins, une autre infirmière engage une nouvelle épreuve [7] de sous-pesage du patient.

5

Martine, ISP, dit « avoir du mal avec Monsieur K. ». Elle « ne sait pas ce qu'on fait pour lui, comme pour beaucoup d'ailleurs ». Pour elle, son cas aurait dû être présenté en réunion clinique. Martine évoque ce qui constitue, selon elle, « la mauvaise prise en charge » de Monsieur K. dont l'hospitalisation est « difficile ». Monsieur K. « ne sollicite personne » et « n'est pas en demande de soins ». Il « résiste à l'hospitalisation » et pose, selon elle, la question de la pertinence de sa prise en charge. Elle conclut : « On ne sert à rien. » Monique, elle aussi ISP, lui répond que les « primo-hospitalisations » sont « toujours complexes ». Selon elle, « les patients refusent et cherchent à résister à l'institution comme à la maladie ». « Ils ne comprennent pas l'intérêt de l'institution. » Thomas, IDE, nuance en avançant que « ce qui est demandé aux patients est lourd » et que « cette résistance n'est pas injustifiable ». Le médecin stagiaire conclura, après que les infirmiers seront sortis de l'office, que « l'institution tue les Sujets ».

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

6 Au cours de cette discussion autour de la prise en charge de Monsieur K., Martine, l'infirmière, questionne la pertinence de la prise en charge de ce patient alors hospitalisé depuis une semaine. Si les infirmiers s'accordent autour de la nécessité de prendre en charge ce patient méritant, l'évidence de son mérite est mise en doute du fait de son comportement dans l'unité. Martine, « mal à l'aise avec lui », engage une épreuve avec le reste de l'équipe. Cette épreuve fait écho à celle qui est organisée pour chaque patient de l'unité : l'épreuve de la proactivité. Les éléments invoqués ont trait à l'engagement du patient dans son soin. Pour Martine, Monsieur K. ne fait pas suffisamment preuve de proactivité. Il ne s'engage pas assez dans son soin et ne sollicite pas assez l'équipe, si bien que l'infirmière considère ne plus être en mesure de s'inscrire avec lui dans une relation clinique. En invoquant ce défaut d'engagement de Monsieur K., Martine met en évidence un des critères fondamentaux contribuant à définir ce qu'est ou devrait être un patient méritant.

7 L'épreuve qu'elle lance engage à une nouvelle évaluation du patient, un nouveau sous-pesage de la part de *vouloir* et de *pouvoir* dont Monsieur K. fait preuve, cette fois-ci au cours de son hospitalisation. Cette épreuve aboutit à une seconde évaluation de la part des infirmiers présents dans l'office. Pour ces derniers, la critique de Martine n'est pas justifiée : si Monsieur K. n'est pas suffisamment proactif (ce qui n'est pas remis en question), c'est qu'il ne *peut* pas l'être du fait de la nouveauté de la situation à laquelle il est confronté. Pour analyser cette situation, c'est bien la clinique qu'ils mobilisent : Monsieur K. entre dans la maladie mentale et cette expérience nouvelle

de la maladie coïncide avec son entrée dans l'hôpital. S'il ne sollicite pas les soignants, c'est qu'il ne *peut* encore accepter sa maladie et sa condition de patient. Les infirmiers s'inscrivent alors dans une démarche clinique visant à faire accepter à ce patient, qui le mérite, qu'il est bien malade et que son hospitalisation nécessite une démarche proactive de sa part.

8 Si la proactivité du patient et son respect des règles sont la condition nécessaire pour devenir un patient méritant, ils ne sont pas suffisants. Le patient doit répondre à d'autres critères. C'est ce dont témoigne le cas de Monsieur S., d'une quarantaine d'années, hospitalisé à l'hôpital B. Contrairement à Monsieur K., il n'en est pas à sa première hospitalisation. Sans entrer dans la catégorie de « chronique », il est ce que les soignants appellent « un habitué » de l'hôpital. Pour parler de lui, les infirmiers diront qu'« il est de chez eux [nous] ». Cette fois, il a été hospitalisé d'office après un « voyage pathologique [8] » en Angleterre, à la suite d'un « appel », avant d'être rapatrié en France. Convaincu d'être une star de la télé-réalité et d'être attendu par des personnalités, il espère bientôt sortir rejoindre la vie de gloire qui se présente à lui. Son délire ne s'atténue pas au fil des semaines. Les soignants doivent lui faire accepter une mise sous tutelle afin d'éviter de nouveaux rapatriements d'urgence à la charge de l'administration française. Ils assurent, avec l'assistante sociale, la demande d'allocation adulte handicapé (AAH) pour ce patient sans ressource et qui ne bénéficie plus de soutiens familiaux. Le soutien de la famille s'est effrité au fil du temps et sa sœur, la dernière à avoir gardé le contact, souhaite à présent rompre tout lien. Les soignants doivent donc aussi faire admettre au patient que sa sœur ne désire plus avoir de contact avec lui. Au sein de l'unité, Monsieur S. répond aux exigences du personnel soignant. Bien que délirant, convaincu d'une gloire imminente, ce patient accepte son hospitalisation et fait preuve d'un optimisme à toute épreuve. Il se présente régulièrement pour discuter avec les infirmiers et en profite pour informer de sa situation : TF1 l'a contacté, Nicolas Sarkozy veut s'entretenir avec lui et « tout le monde l'attend ». Ces discussions ne dérangent pas les soignants et jamais un membre de l'équipe n'a émis de réserves au fait que je discute avec ce patient. Pour Monsieur S., la conversation était autorisée et même considérée, en dehors de son délire, comme « adaptée ». Si les soignants rient souvent de ses propos, ce rire est la plupart du temps compassionnel. Les soignants rappellent rapidement le parcours tragique de Monsieur S.

9

À la fin d'un entretien médico-infirmier, une discussion sur le cas de Monsieur S. s'ouvre. Une demande de tutelle est en cours afin qu'il arrête ses « voyages pathologiques » (Angleterre, Bali, etc.) qui se soldent systématiquement par un rapatriement « qui coûte cher au contribuable ». Tout le monde s'accorde à dire que cette mesure est triste pour ce patient pour qui, comme l'exprime son psychiatre, « les voyages, c'est sa vie ». Les soignants craignent qu'il n'ait « plus de raison de vivre ». Anne, IDE, rappelle son parcours : Monsieur S. était rejeté dès l'enfance par ses camarades du fait d'une déformation de naissance du visage. Dégagé au forceps à la naissance, il a le visage anormalement allongé. Sa famille « a réussi » et il est le « vilain petit canard de la famille ». Anne se dit très touchée par ce patient : « Moi ça me touche, ça me rend triste, ces histoires. Quand on a ce parcours, que l'on sait ce que c'est qu'être rejeté, on essaye de se débrouiller. Lui, ça l'a rendu malade, on peut comprendre. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

10 Monsieur S. est considéré par cette infirmière comme un patient « touchant ». Son délire est « compréhensible » et il est le résultat d'une histoire de « rejet » et d'une vie « difficile ». Face à lui, cette infirmière fait preuve de compassion. Au-delà de la compréhension de son délire, elle partage sa tristesse et cherche à la faire entendre au sein du collectif soignant. « Touchant », ce patient mérite l'investissement de l'équipe. Cette posture de compréhension de la maladie de Monsieur S. est partagée par une autre infirmière qui rappelle au médecin, en fin d'entretien, les difficultés de ce patient.

11

Au cours d'un entretien médico-infirmier entre Monsieur S., Sonia, le médecin assistant, et Anaïs, l'IDE, Monsieur S. dit qu'il va très bien et qu'il aimerait sortir au plus vite. Alors que l'enjeu pour l'équipe est de lui faire accepter un placement sous tutelle, il assure qu'il va gagner beaucoup d'argent avec TF1 qui utilise ses idées à la télévision : « Tout le monde dehors sait que je suis à l'hôpital psychiatrique, ils m'attendent tous... » Le médecin lui demande s'il « prend souvent des permissions ». Il répond par la négative. Elle lui propose de prendre dans un premier temps plus de permissions pour voir comment ça se passe. Elle demande à Anaïs ce qu'elle en pense. Anaïs est d'accord. Le médecin propose des jours de semaine. Monsieur S. demande le week-end. Soignants et patient s'accordent finalement sur une après-midi le samedi et sur la journée du mercredi. Le médecin demande au patient ce qu'il veut faire une fois sorti de l'hôpital. Monsieur S. répond qu'il veut aller à Paris rejoindre sa sœur puis partir en Australie quand il aura touché « le million de la télévision ». Le médecin dit qu'elle ne le fera pas sortir si c'est pour aller en Australie. Monsieur S. est libre tant que la responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée. Après l'entretien, Anaïs rappelle au médecin l'histoire de Monsieur S. : ses frères et ses sœurs ont réussi socialement et Monsieur S. n'a pas « réussi dans la vie », c'est le « vilain petit canard ». Cette image de « vilain de petit canard » est renforcée par l'aspect physique du patient qui présente une malformation de naissance au niveau du visage.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

12 Un autre échange vient confirmer l'étiquetage de Monsieur S. comme patient méritant.

13

Un matin, Monsieur S. vient s'entretenir avec moi. Il me demande plusieurs fois comment je vais. Sachant que je suis fumeur, il me demande une cigarette. Il m'explique que la situation n'est pas simple en ce qui concerne les cigarettes à l'hôpital. Pour lui, les relations ne sont pas très agréables ici : « C'est vraiment du chacun pour soi. » Pour la première fois, il se retrouve sans ressource, et c'est difficile. Peu de gens veulent bien lui offrir une cigarette. Un seul patient accepte mais il ne lui laisse qu'une bouffée à la fin de sa cigarette et lui demande de rembourser une cigarette entière à chaque fois. Plus tard dans la matinée, Monsieur S. demande une permission pour aller rendre visite à sa jeune sœur. Il cherche à la joindre au téléphone mais elle ne répond pas. L'équipe infirmière sait que celle-ci ne veut plus avoir de contact avec son frère car il vient toujours lui demander de l'argent. Le patient est loin d'imaginer que sa sœur ne veut pas le voir et c'est aux infirmiers de tenter de lui faire entendre qu'il n'arrivera peut-être pas à joindre sa sœur.

Anne se dit « touchée par ce que vit ce patient qui se retrouve sans possibilité même d'acheter un ticket de métro en l'attente d'acceptation de son dossier de RSA ». En fin de matinée, Monsieur S. entre alors dans le bureau infirmier pour demander un patch de nicotine car il est obligé d'arrêter de fumer puisqu'il est sans ressource et qu'il ne supporte pas de devoir demander aux autres patients.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

14 Le comportement de Monsieur S., qui sollicite l'équipe soignante plutôt que les autres patients, sans pour autant s'engager dans un registre revendicatif outré, suscite la compassion des soignants qui cherchent alors à lui venir en aide. Au fil de son hospitalisation, cette économie de la compassion aboutit à la proposition régulière d'entretiens avec l'équipe et à l'obtention facilitée d'avantages (entretiens, soins, échanges, attentions). Cette compassion des soignants est par ailleurs induite par le fait que le projet de soins (pour partie contraint) qui concerne ce patient va à l'encontre des idéaux de liberté desquels se revendiquent les soignants de l'unité. Alors même qu'ils considèrent que « la vie de ce patient, c'est les voyages », ils doivent lui faire accepter une mise sous tutelle qui mettra fin à toute possibilité de séjour à l'étranger.

15

Entretien médico-infirmier : Monsieur S. dit qu'il doit aller à Paris pour toucher l'argent de TF1, qu'il est une star, que tout le monde ne parle que de lui, et que Nicolas Sarkozy veut qu'il réussisse, qu'il va très bien. Il jure et nous assure « à 100 % » qu'il n'est pas du tout malade et qu'il n'a rien d'autre que ça à nous dire. Sonia, le médecin assistant, lui rappelle le cadre et le projet : des permissions les mercredi et samedi. Monsieur S. négocie une heure de plus. Sonia assure qu'il pourra sortir dès que la tutelle sera mise en place, ce que Monsieur S. refuse catégoriquement. À l'issue de l'entretien, Sonia me demande ce que j'ai pensé de l'entretien et du patient. Je réponds que je ne suis pas soignant, ce à quoi elle rétorque : « À partir du moment où tu es avec nous, tu participes aux soins. » Elle insiste sur le fait que ce patient est touchant.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

16 Au cours de cet entretien, les infirmiers sont pris de compassion envers le patient. Un second entretien vient confirmer ce sentiment chez les soignants.

17

Ce matin, dans le couloir, Monsieur S. a interpellé Sonia, le médecin assistant de l'unité, à propos de sa mère. Sonia me dit qu'elle va le voir pour lui annoncer « la situation telle qu'elle est dans sa famille » (sa famille ne veut plus de contact avec lui et a été claire à ce propos avec l'hôpital). Sonia dit au patient qu'il lui sera difficile de voir sa famille à présent que sa mère est âgée et qu'elle et ses sœurs ne sont plus prêtes à l'accueillir. Elle lui propose de chercher des solutions de logement, ce que Monsieur S. refuse. Sonia et Thomas, IDE, lui expliquent qu'il risque de se retrouver à la rue à sa sortie d'hôpital. Il veut partir en Australie. Sonia lui dit qu'il ira où il voudra dès que sa mise sous tutelle sera effective, mais qu'il serait bon pour lui de penser à une

solution de logement pour son retour. Il refuse catégoriquement la mise sous tutelle. Sonia répète que « c'est non négociable, que c'est la condition de sa sortie et que c'est un droit pour le protéger car il coûte trop cher à sa famille ». Il « n'entend rien », dit qu'il a « un ami CRS qui lui a assuré qu'il avait le soutien de Nicolas Sarkozy », et que sa mère est folle et qu'elle a « raconté des salades à ses frères et sœurs » qu'il reverra assurément bientôt. À l'issue de l'entretien, chacun rappelle son sentiment sur « ce patient qui suscite la compassion de par sa malformation, qui est très sympathique, intelligent et débrouillard ». Les soignants discutent de leurs précédentes expériences d'hospitalisation avec lui. Ils se remémorent notamment la manière dont ce patient, « débrouillard », a obtenu l'AAH [allocation adulte handicapé] à la fois en France et en Angleterre. Ils s'interrogent sur « son besoin de fuite, le plus loin possible : l'Australie ».

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

18 Au fil des différents entretiens menés avec ce patient, Monsieur S. continue de susciter la compassion des soignants et obtient quelques avantages. Pour lui, aucune épreuve n'a été lancée afin de renouveler le sous-pesage qui avait été effectué avant même son arrivée. La proactivité du patient, mais aussi la manière dont il parvient à mobiliser un registre appelant la compassion des soignants, son passé marqué par des injustices, ainsi qu'un projet de soin pensé comme étranger aux idéaux de liberté des soignants, ont induit les soignants à l'inscription dans une économie de la compassion en direction de ce patient. Pour Monsieur S., comme pour d'autres patients « touchants », il convient, pour les soignants, de penser le parcours « difficile » d'une vie d'exclusion conduisant au développement d'une maladie compréhensible et pour laquelle ils doivent s'engager.

L'économie du soupçon : ceux qui peuvent mais ne veulent pas

19 Le sous-pesage des patients ne débouche pas toujours sur une carrière de patient méritant. Les infirmiers procèdent à la sélection et à la définition d'un second type de patients : les patients non méritants. Le sous-pesage conduit alors à une sortie de la clinique. Évoquant les politiques de gestion du terrorisme, Dominique Linhardt met en évidence comment se constitue cette économie du soupçon : « Dans un monde qui, contrairement à la situation idéale dessinée par les philosophies de la guerre juste, est a priori indifférencié – où, par conséquent, on ne sait ni où, ni quand, ni sous quel masque l'ennemi va frapper –, le soupçon est une nécessité, le travail des acteurs de la répression et de la prévention du terrorisme consistant, dans cette perspective, à re-discriminer le monde, à séparer le grain de l'ivraie, le “quidam” inoffensif et innocent de l'intrus malveillant et coupable [9]. » Dans un contexte dans lequel « la coexistence quotidienne avec l'ennemi dissimulé rend nécessaire la qualification des personnes en deçà de ce qu'elles donnent à voir » [10], le soupçon n'est pas à considérer par sa seule face négative liée à une mise entre parenthèses de la

réalité d'une éventuelle menace. Il revient plutôt « à redonner à la menace une réalité en dehors des seules représentations que l'on s'en fait (ce qui n'implique pas la négation de la réalité des représentations !) et, par conséquent, à restituer à l'exercice du soupçon, entendu comme mode de traitement de la menace, sa dimension positive, sans pour autant nier celle, négative, du risque d'arbitraire qui lui est inhérent ». En suivant les préconisations de Dominique Linhardt, il convient de considérer la manière dont se déploient ce travail de sous-pesage et cette économie du soupçon dans la vie quotidienne des unités de soin psychiatriques.

20 Certains patients n'attirent pas la compassion des soignants. Leur maladie ne constitue pas une injustice aux yeux des soignants. Leur pathologie s'inscrit même, selon eux, dans une forme de justice venant sanctionner la déviance de leur comportement. C'est le cas de Monsieur P., hospitalisé pour la première fois au sein de l'hôpital B. À son arrivée, Monsieur P. est présenté par l'équipe de l'unité dans laquelle il était en « subsistance » comme une primo-hospitalisation marquée par un « sentiment de persécution » et « un vécu difficile de l'hospitalisation ». Très vite, les infirmiers apprennent que celui-ci cumule des problèmes psychologiques et des problèmes d'addiction qui ont déjà des conséquences sur sa santé physique. Alcoolique, ce jeune homme de 18 ans souffre d'une cirrhose du foie. Sa prise en charge est rendue complexe par ses difficultés somatiques : les traitements psychopharmacologiques peuvent constituer une contre-indication dans son cas. Au début de son hospitalisation, les soignants font entendre leur incompréhension. Ils critiquent le comportement de Monsieur P. qui « déstabilise l'équipe ». Qui plus est, ils doivent repenser leur prise en charge pour ce patient qui ne peut ingérer de traitement psychopharmacologique. Anaïs et Stéphanie, toutes deux IDE, insistent sur l'alcoolisme de Monsieur P. qui, bien qu'« adolescent, consomme déjà près d'un litre de vodka par jour ». Placé en chambre d'apaisement à son entrée dans l'unité, ce patient bénéficie de quelques sorties autorisées sur le palier de l'unité pour fumer des cigarettes. Il est accompagné d'un membre de l'équipe infirmière chargé de le reconduire en chambre d'apaisement et d'évaluer, durant ses sorties, l'évolution de son état clinique. Au cours de ces sorties, le patient mobilise une rhétorique de l'injustice pour parler de son hospitalisation et tenter de faire valoir un changement dans les modalités de sa prise en charge.

21

Lors de sa permission pour aller fumer une cigarette sur le palier, Monsieur P., accompagné par Anaïs, IDE, critique les conditions de son hospitalisation. Il conteste le fait d'être placé en chambre d'apaisement et de se voir privé de ses habits et affaires personnelles. Il doit, comme les autres patients en chambre d'apaisement, porter le pyjama et avoir placé ses effets personnels dans le coffre de l'hôpital. « Je ne comprends pas comment on soigne les gens en les enfermant. Si c'est pour que l'on se connaisse, pourquoi alors vous me laissez tout seul dans cette chambre ? Peut-être que, pour vous, se laver n'est pas important mais pour moi si... Comment je vais faire sans mes affaires ? »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

22 À sa sortie de la chambre d'apaisement, les infirmiers discutent dans le bureau infirmier. Ils mettent en avant le caractère « opposant » de Monsieur P., sa « véhémence » en direction de l'équipe soignante. Au fil des jours, son cadre thérapeutique est réévalué à plusieurs reprises par le

médecin. Il reste toutefois inchangé du fait du caractère « opposant » de Monsieur P. Les jours suivants, ce patient se montre toujours aussi « véhément », l'équipe est alors moins compréhensive.

23

Stéphanie, IDE, accompagne Monsieur P. qui va fumer une cigarette. Ce dernier recommence à critiquer sa prise en charge : « La psy est folle. » Il ne comprend pas pourquoi il est en chambre d'apaisement alors que c'est « le moins fou de l'hôpital ». Il est venu pour un problème de foie. Stéphanie lui répond que l'« on n'est pas à l'hôpital psychiatrique pour un problème de foie » et qu'il a l'air bien en colère. Il répond qu'il a des raisons d'être en colère puisqu'il « n'a rien à faire ici » et que « la psy ne veut rien entendre ». Sonia, le médecin assistant, arrive pour fumer une cigarette. Monsieur P. l'interpelle. Elle va plus loin en disant qu'elle n'est pas là. Elle revient ensuite. Monsieur P. lui demande alors s'il ne peut pas changer de psy car il n'est pas du tout satisfait. Elle lui rétorque que ça n'est pas possible, qu'il a le droit mais que ça vient aussi de sa maladie. De retour dans le bureau infirmier, Stéphanie lâche : « Qu'est-ce qu'il est chiant ! »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

24 Au cours de cet échange, le médecin applique toujours un cadre clinique, mais l'infirmière, de son côté, tend à analyser la situation à partir d'un regard profane. Pour elle, ce que dit ce patient est déplacé et ne doit plus faire l'objet d'une attention clinique. Par la suite, un accord au sein de l'équipe infirmière est trouvé pour catégoriser ce patient comme patient non méritant.

25

Les infirmiers entrent dans la chambre d'apaisement de Monsieur P. Ils laissent la porte ouverte derrière eux avec les clefs sur la serrure dans l'éventualité d'un repli en urgence. Ils donnent le plateau-repas au patient qui doit prendre son traitement en leur présence. Monsieur P. prend ses cachets un à un en les croquant et y met tout son temps. Tout chez lui est très ritualisé et l'équipe, lasse, attend. Monsieur P. demande ensuite quand les infirmiers reviendront. Ils repasseront « dans une heure pour récupérer le plateau-repas ». Le patient leur répond alors : « Je serai sur mon fauteuil ! » en désignant un oreiller qu'il a disposé sur le sol. En sortant, Anne me dira : « Il est vraiment imbuvable. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

26 Témoins du comportement de Monsieur P., d'autres patients tentent de lui donner les ficelles qui lui permettront d'être mieux considéré au cours de son hospitalisation. Ils lui expliquent le comportement qu'il doit adopter avec l'équipe afin qu'il puisse obtenir quelques avantages ainsi que la garantie d'une sortie accélérée.

27 Tout au long de son hospitalisation, Monsieur P. a fait preuve d'un comportement qui met à mal l'équipe infirmière et qui laisse penser que son état clinique, a fortiori son rejet de l'hospitalisation, sont le résultat moins de sa maladie que de sa personnalité. En d'autres termes, ce patient *peut* mais ne *veut* pas. Aussi l'usage de la clinique n'a-t-il que peu de pertinence. L'emploi de termes tels que « très véhément, à la limite de l'agressivité, refus de soin » dans son dossier

appelle une réponse de la part du personnel médical qui décidera, dans son cas, de maintenir le placement en chambre d'apaisement. Le patient ne mérite pas la compassion des soignants tant il perturbe l'équipe infirmière.

28 Les patients rangés sous l'étiquette non méritants font l'expérience d'un désinvestissement de l'équipe soignante. Leur statut peut rester identique malgré la fréquence de leurs hospitalisations. C'est aussi le cas de Monsieur D., âgé d'une trentaine d'années et régulièrement hospitalisé. Il est aujourd'hui considéré comme un patient « chronique ». « Inadapté », il ne parvient pas à vivre à l'extérieur de l'hôpital et sa vie quotidienne dans l'unité est marquée par la dépendance et le rejet de l'équipe soignante. Ses interactions avec les soignants sont souvent violentes. Outrepasant régulièrement les règles fixées par son cadre et n'appliquant pas les demandes formulées par les soignants, Monsieur D. représente l'archétype du mauvais patient. Entré il y a plusieurs années dans une carrière de patient non méritant qui aurait *pu* mais n'a pas *voulu*, sa prise en charge n'est plus considérée comme justifiée par les professionnels infirmiers. La psychologue de l'unité continue à l'investir d'une démarche clinique et à construire avec lui des projets, mais pour les infirmiers, la poursuite d'un travail clinique avec lui n'est plus justifiée. Les infirmiers jugent qu'ils doivent s'en décharger. Ce patient mobilisant trop souvent l'équipe, les infirmiers demandent alors régulièrement aux médecins d'intervenir pour le « recadrer ».

29 Le « projet de soin », d'abord porté par les infirmiers, est pour lui un « séjour de rupture ». Il s'agit de le faire changer d'unité car l'équipe ne parvient plus à le « contenir ». Monsieur D. est alors transféré dans une autre unité pour une semaine. À l'issue de cette période au cours de laquelle les soignants goûtaient au plaisir de ne plus le voir, il est de nouveau accueilli dans l'unité. Sa présence est dans tous les esprits. Ainsi, le jour où une réunion a été organisée pour donner un nom à une salle de l'unité nouvellement rénovée, la proposition « Petit Prince » fut rejetée. Ce nom évoquait trop la « toute-puissance » de ce patient. D'ailleurs, dès son retour de « séjour de rupture », Monsieur D. outrepassa les règles. Il fait alors l'objet de représailles.

30 La présence de ce patient, pour lequel les infirmiers n'escomptent pas une amélioration de son état de santé, met à mal l'équipe infirmière. Les esclandres se répètent chaque jour. Au-delà des relations qu'ils entretiennent avec lui, les infirmiers cherchent à faire entendre leurs difficultés auprès des autres professionnels de l'unité. Ils s'organisent afin d'obtenir de la part des médecins des inflexions qui faciliteraient leur travail. Ainsi, au cours d'une relève à laquelle assiste le nouveau médecin assistant de l'unité, les infirmiers évoquent de façon tactique le cas de Monsieur D.

31

Au cours de la relève, une controverse éclate concernant le retour de Monsieur D. dans l'unité. Pour les soignants, ce patient « fait tout ce qu'il veut », il est « dans la toute-puissance ». Les infirmiers sont d'accord pour dire qu'il faut le cadrer au maximum faute de pouvoir le refuser. Sonia, le médecin assistant, entend mettre les choses au clair avec l'équipe. Elle va lui faire signer un contrat de bonne conduite. Lorsque le patient se présente à l'entrée du bureau infirmier pendant sa pause cigarette avec Stéphanie, IDE, Sonia lui dit : « Vous n'avez rien gagné... ni perdu d'ailleurs. Revenez dans une demi-heure. » Elle insiste par la suite auprès des infirmiers sur le fait qu'il faut que toute l'équipe assure la même prise en charge avec ce patient qui est « dans le

clivage ». La tâche ne sera pas simple, selon les infirmiers qui affirment que la psychologue, qui s'oppose au choix fait par les infirmiers de délaisser ce patient, l'a investi comme son « chouchou » : « C'est comme si c'était son gosse ! » Sonia préconise finalement la tenue d'une réunion institutionnelle, voire de plusieurs, au sujet de ce patient pour définir une démarche collective.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

32 L'épreuve du sous-pesage du patient est de nouveau effectuée en présence du médecin. Dans leur recherche d'alliance avec le médecin assistant de l'unité, les infirmiers mobilisent des catégories qui témoignent de la tenue de leur rôle de clinicien : le patient est « tout-puissant » et il faut donc penser une action thérapeutique renforcée afin de pouvoir de nouveau le « contenir ». Tout en affichant une orientation clinique, les infirmiers s'engagent de façon tactique dans la négociation de la trajectoire de maladie de ce patient. Ils cherchent à manœuvrer pour obtenir le départ du patient vers une autre unité. Pour ce faire, ils valorisent leur expertise et peuvent aussi critiquer, en professionnels, l'injustice du surinvestissement de ce patient par la psychologue. La tenue d'une réunion clinique conduit à l'ouverture plus formelle de négociations autour du cas de Monsieur D.

33

Une réunion de synthèse a été convoquée pour traiter du cas de Monsieur D. Sonia a apporté un texte au sujet de la prise en charge de la psychose pour faire travailler l'équipe. Le texte ne sera pas consulté. Les infirmiers mettent en avant les différences de prise en charge à l'égard de ce patient qui désolidarise l'équipe. Le médecin déclare que Monsieur D. rejoue dans l'institution et avec l'équipe son « intériorité éclatée. On l'aime, on ne l'aime plus, on l'adopte, on le rejette... Il faudra réfléchir » à nouveau pour que chacun se mette d'accord sur un cadre thérapeutique pour ce patient.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

34 Au sortir de cette réunion, les infirmiers critiquent la présence de Monsieur D. qui met à mal leur rôle de soignants. Ils n'obtiennent toutefois pas de changement de cadre ni de séjour de rupture. Au cours de la pause cigarette suivante, deux des infirmiers de l'unité critiquent auprès du médecin assistant le trop faible soutien du médecin responsable de l'unité. Pour eux, c'est un bon médecin mais qui ne prend pas suffisamment soin des professionnels infirmiers. Il n'est pas assez « cadrant », si bien que les infirmiers ne se sentent souvent pas soutenus dans l'exercice de leur métier. En réponse à ces plaintes, le médecin assistant revendique d'abord qu'il a lui-même exercé le métier d'infirmier avant d'être médecin, puis tente de rassurer les infirmiers : cette situation s'explique, selon lui, par le fait que le médecin a longtemps été seul à gérer l'unité. Il rappelle aussi la nécessité que l'équipe infirmière se sente soutenue par l'équipe médicale.

35 Le lendemain, Monsieur D. est de nouveau pris dans une altercation avec un autre patient de l'unité, Monsieur E., étiqueté comme psychopathe violent, lui aussi régulièrement hospitalisé dans l'unité.

Monsieur D. et Monsieur E. ont un différend dans le couloir. Monsieur E. tente de « se contenir » et de garder son calme alors qu'il peut être très violent. Les soignants racontent qu'« à son arrivée, il faisait peur à toute l'équipe ». Alors que Monsieur D. le provoque, Monsieur E. vient se plaindre auprès de Sandra, IDE : « D. vient me chercher. Il me bouscule et me dit : "Qu'est-ce que tu veux, tu veux que je te suce ?" Je me contiens mais il faut qu'il arrête. À cause de lui, je suis allé en unité pour malade difficile et il continue ! » Sonia est avertie de la situation et décide de reprendre Monsieur D. au cours d'un entretien en présence de Monsieur E. : « La confrontation peut être risquée, mais je pense que c'est bien de reprendre D. avec E. » Elle souhaite qu'Anaïs demande aux renforts de rester présents pendant l'entretien qui pourrait déborder. Le médecin et l'infirmier vont chercher Monsieur D. installé en salle télévision. Ils lui demandent de venir en lui expliquant qu'ils vont reprendre Monsieur D. à propos de ce qui s'est passé dans le couloir. Sonia dit alors : « Je vous demande de vous contenir, je sais que vous pouvez le faire maintenant. Je vous sens bien. On va aller dans le bureau infirmier et vous resterez à côté de moi. Vous êtes en position de force, ça va bien se passer. » À l'arrivée de Monsieur E., Sonia est sèche. Elle s'adresse à ce dernier :

Sonia : Que s'est-il passé tout à l'heure avec Monsieur D. dans le couloir ?

Monsieur D. : Il m'a bousculé !

Sonia : Maintenant vous allez dire la vérité !

Monsieur D. : E. m'a bousculé alors je me suis un petit peu énervé mais je n'ai rien fait ! J'en aimerais ! Je suis un grand chanteur, j'ai fait *l'École des fans* et vous, vous n'arrêtez pas de me parler de trucs que j'essaie d'oublier ! Je suis allé à l'atelier événement [11] pour penser à autre chose, lâcher la pression d'ici, l'unité pour malades difficiles et vous !

Sonia : Vous avez provoqué Monsieur D., oui ou non ?

Monsieur D. : Mais arrêtez !

Sonia : Répondez à la question ou vous sortez, je vous fais sortir, j'en prends la responsabilité et vous ne serez plus accepté à l'hôpital.

Monsieur D. : C'est lui ! Il traîne toute la journée dans le couloir ! Il m'en veut, il me bouscule, etc.

Monsieur E. : Sandra, dites-lui, il m'a dit des trucs que je vous ai dits et que je ne veux pas répéter tellement c'est...

Sonia : Qu'est-ce qu'il vous a dit ?

Monsieur E. : Il m'a dit : « Quoi, qu'est-ce qu'il y a, tu veux que je te suce ? »

Monsieur D. : Je n'ai pas dit ça ! C'est pas vrai !

Sonia : Si, vous avez dit ça ! On voit que vous mentez dans vos yeux, c'est quand même le miroir de l'âme. Maintenant, vous allez adresser vos excuses à Monsieur E. et vous resterez dans votre chambre jusqu'à 18 h, sinon, vous sortez !

Monsieur D. : Mais... !

Sonia : Vous n'avez qu'un choix : faire vos excuses ou sortir !

Monsieur D. : Monsieur E., je m'excuse, t'es le plus fort (il se lève).

Sonia : Monsieur D., ce ne sont pas des excuses !

Monsieur E. : Je n'accepte pas tes excuses.

Sonia : Pour s'excuser, on fait : « Monsieur E., je m'excuse de t'avoir bousculé.

Monsieur D. : Mais...

Sonia : J'appelle M. Klein [médecin-chef de service] !

Monsieur D. : E., je m'excuse de t'avoir bousculé.

Sonia : Sortez ! Je ne veux pas vous voir avant 18 h.

Monsieur D. se présente pourtant plusieurs fois vers 15 h 30 dans le bureau infirmier pour avoir des cigarettes, passer des appels téléphoniques. Il est fermement éconduit par les infirmiers. À 16 h, il vient pour la collation et se fait servir du café. À 16 h 20, une nouvelle scène éclate dans le couloir : Sandra, IDE, déclare alors : « On est d'accord. Il ne respecte rien du tout ! Ce n'est pas moi ? » À 17 h 40, Monsieur D. est de nouveau agité. L'équipe ne sait plus comment réagir. Sonia décide d'appeler Patrick Klein, médecin-chef de service, et évoque un possible passage en CI ou un séjour de rupture pour signifier à Monsieur D. le cadre et sa place de patient dans l'institution. L'équipe des renforts est appelée quand le patient hurle dans le couloir. À l'arrivée des renforts, le médecin prescrit un traitement supplémentaire que le patient accepte de prendre. Il dit vouloir voir le docteur Klein pour lui faire part de son mécontentement à le voir continuer d'outrepasser les règles. Anaïs cherche alors à joindre le médecin-chef qui est en réunion. La secrétaire refuse de donner le numéro de téléphone portable et dit que si la situation devient ingérable, il faut faire un appel à l'aide [12]. Ces remarques scandalisent l'équipe.

Finalement Patrick Klein, présent dans l'autre unité du service située à l'étage inférieur, monte pour prendre en charge la situation. Anaïs et Sonia présentent les difficultés qu'elles ont avec

Monsieur D. Patrick Klein ne veut pas faire sortir ce patient après son traitement et ne souhaite pas le placer en CI puisqu'il est en HL [13] et qu'il ne fait donc pas l'objet d'un placement sous contrainte.

Anaïs, Sonia, Patrick Klein et moi décidons d'avoir un entretien dans le bureau de Livia. Selon Anaïs, Monsieur D. a « l'art de retourner les situations » : il est la « victime de l'équipe infirmière, de Monsieur E., et tout le monde lui en veut ». Il demande plus de considération pour sa personne. Le docteur Klein lui dit qu'il devra rester tranquille dans sa chambre ce soir et que son « cadre sera ouvert demain » si tout se passe bien. S'il se met en danger avec les autres patients, il sera nécessaire de le contenir. Monsieur D. dit que si l'équipe décide de le contenir, il se crèvera les yeux ou avalera des lames de rasoir. Le docteur Klein réagit en disant d'éviter de le mettre dans la situation du preneur d'otages menaçant de sacrifier ses otages. Monsieur D. demande des cigarettes. Le docteur Klein dit que rien ne peut être fait ce soir, mais que demain, il pourra sortir s'acheter ses cigarettes.

Les infirmiers ne comprennent pas le choix du docteur Klein. Ils ne le « suivent » pas cette fois-ci : « Autant Klein peut être super, autant là, il est nul », concluent les infirmiers de l'équipe des renforts. Ils récusent les largesses du médecin, en particulier la promesse qu'il a faite au patient de le laisser sortir dès demain pour aller chercher des cigarettes.

Tous les infirmiers pensent qu'il est évident que le patient sera contenu avant 21 h. Monsieur D. est contenu vers 20 h dans sa chambre et placé, le matin, en chambre d'apaisement au sein de l'unité.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

37 L'étude de ces différentes séquences permet de voir de quelle manière les infirmiers tentent de désinvestir collectivement un patient ne répondant pas aux exigences du travail psychiatrique. Ainsi, ce patient, entendu comme un individu qui aurait *pu* mais n'a pas *voulu*, ne bénéficie pas d'une écoute compréhensive de la part des infirmiers. Plutôt que de s'inscrire avec lui dans une économie de la compassion, de renvoyer ses actes à sa pathologie et à son incapacité à agir autrement que dans la maladie, les soignants revendiquent un désengagement tant ce patient « pervers », « pas touchant » et coupable de son destin, ne mérite pas d'être soutenu par l'équipe. Pour les infirmiers, l'injustice serait au contraire de poursuivre l'engagement dans une démarche clinique.

38 L'épreuve du sous-pesage, initiée par les infirmiers, s'est soldée par l'inscription dans une économie du soupçon nécessitant une vigilance des soignants dans le but, tactique, de faire valoir les charges pesant contre le patient, et d'obtenir une action renforcée de la part des autres professionnels de l'unité. Cette action renforcée se fait au travers du registre de la punition : il s'agit de « cadrer » et de « recadrer » ce patient puisqu'il est impossible de s'en décharger totalement. Mais pour que le travail de sélection des patients soit opérant, les soignants doivent aussi faire valoir le bien-fondé de leur choix. Ils mobilisent alors un vocabulaire clinique, des catégories médicales ou analytiques. Dans le cas des patients non méritants, la mobilisation de ce vocabulaire n'est pas le signe d'une modalisation clinique de l'expérience. Elle est plutôt le fruit d'une

traduction tactique des enjeux des professionnels en enjeux cliniques. L'usage de la clinique devient tactique lorsqu'elle ne constitue plus qu'une manière de faire valoir les justifications à l'investissement ou au désinvestissement des soignants dans la prise en charge de patients méritants ou non méritants.

39 S'agissant du patient non méritant, le rôle de l'infirmier se transforme en gardien tactique de l'unité visant à négocier les conditions permettant de se décharger du patient au plus vite. L'alliance avec les médecins est alors déterminante. Dans le cas de Monsieur D., si la réunion institutionnelle n'a pas été directement concluante pour les infirmiers, elle a permis de revendiquer un soutien renforcé auprès du médecin assistant. L'échelon décisionnel, considéré par les infirmiers comme faisant barrage à la bonne gestion de ce patient, a alors pu être contourné par le recours au médecin-chef de service. Si la tactique mise en œuvre par les infirmiers n'a pas totalement porté ses fruits, elle a permis d'envisager des solutions temporaires, et ainsi, de répondre à la demande de non-investissement des soignants autour du cas de Monsieur D.

40 Ce processus d'étiquetage, comme celui relevant de la négociation du devenir du patient dans l'unité de soin, est connu des autres professionnels. Si les médecins tentent pour partie de lutter contre les éventuels effets négatifs de cette sélection, ils doivent parfois s'y soumettre afin de garder l'équipe mobilisée sur les autres patients. Les médecins ne sont ainsi pas dupes du sous-pesage des patients de la part des soignants. Leur rôle d'animateurs du collectif soignant les conduit à tenter de verbaliser ces processus et de valoriser l'usage de la clinique dans l'aiguillage des patients.

41

Au cours d'une réunion improvisée autour du cas de Monsieur D. dans le bureau infirmier, le docteur Klein, médecin-chef de service, évoque devant les infirmiers la possibilité, pour Monsieur D., d'un séjour en unité pour malade difficile [14], tout en précisant que cette alternative risquerait de prendre du temps : « Monsieur D. met à mal l'équipe lorsqu'il est en crise aiguë. Il devient toujours par la suite obséquieux pendant quelques semaines, puis il se tasse. S'il faut attendre trois semaines avant qu'il soit pris ailleurs, ça n'a pas de sens. On peut peut-être aussi envisager une CI dans une autre unité le temps de la crise, dans le service X., par exemple, puisqu'on leur a pris Mademoiselle Q. ; cela ferait un échange de bons procédés et il y aurait en plus une proximité institutionnelle. En tout cas, il ne faut pas attendre de bouleversements cliniques d'une prise en charge ailleurs pour Monsieur B., mais cela peut se justifier du point de vue de la fonction contenante de l'équipe qui ne peut plus contenir ce patient en ce moment. » Stéphanie, IDE, répond qu'en ce moment, du fait notamment du manque de personnel, l'équipe ne peut plus assurer cette fonction contenante. Livia, le médecin responsable de l'unité, appelée par son prénom par les soignants, ajoute qu'il serait aussi « bon de signifier les limites à ce patient en lui montrant que l'agression d'un soignant dépasse les bornes ».

Les médecins discutent ensuite du projet de soins à mettre en place pour Monsieur D. Le docteur Klein affirme : « Il faudrait garder une hospitalisation d'office sur le long cours, lui faire accepter le traitement et, au mieux, des séquentiels qu'il a toujours refusés, et le protéger de lui-même car il pourrait très bien tuer quelqu'un lorsqu'il est en crise et ne plus jamais pouvoir sortir. » Le docteur Klein reconnaît que c'est le patient « le plus impressionnant » qu'il ait connu, lorsqu'il est en crise.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

42 Le sous-pesage des patients débouche sur la définition de deux types de patients : les patients méritants et les patients non méritants. Pour les premiers, ceux qui *veulent* mais ne *peuvent* pas, une fois l'évaluation morale résolue, le sous-pesage peut déboucher sur une « économie de la compassion ». Les soignants s'engagent alors dans des activités qui visent à comprendre, avec empathie, la souffrance des patients et à tenter de leur venir en aide. Les soignants renvoient leurs actes à leur parcours et à leur impossibilité d'exister autrement qu'à travers la maladie. Pour les seconds, l'économie du soupçon établit les relations entre soignants et soignés jusqu'à un éventuel épuisement de la logique du soin. Les comportements des malades sont alors renvoyés à leur mauvaise volonté et des « recadrages » de la part des médecins sont régulièrement demandés.

Notes

- [1]

D. Linhardt, « L'économie du soupçon », *Genèses*, 3, n° 44, 2001, p. 76-98.

- [2]

L. Velpry, *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008.

- [3]

H. Arendt (1963), *Essai sur la Révolution*, Paris, Gallimard, 1967, p. 106-107.

- [4]

L. Boltanski (1993), *La souffrance à distance*, Paris, Gallimard, 2007, p. 26.

- [5]

C. Haroche, « La compassion comme amour social et politique de l'autre au XVIII^e siècle », dans J. Chevallier, D. Cochart, *La solidarité : un sentiment républicain*, Paris, Puf, 1992.

- [6]

P. Molinier, « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Cahiers du genre*, n° 28, 2000, p. 49-70.

- [7]

D. Martuccelli, *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard, 2002.

- [8]

Un voyage pathologique est un déplacement ou un voyage qui est motivé pour des raisons psychopathologiques.

- [9]

D. Linhardt, « L'économie du soupçon », *op. cit.*, p. 78.

- [10]

Ibid.

- [11]

L'atelier événement à destination des patients est animé par une infirmière et une ergothérapeute. Il permet aux patients d'effectuer un certain nombre d'activités (peinture, écriture, Photolangage, etc.).

- [12]

Le dispositif d'appel à l'aide permet aux soignants d'une unité, en actionnant un bouton, de prévenir les professionnels de santé des unités voisines d'une situation nécessitant leur présence d'urgence. Lorsque ce bouton est actionné, ils se rendent au plus vite dans l'unité d'appel pour venir en aide aux soignants.

- [13]

Hospitalisation libre.

- [14]

Les unités pour malades difficiles (UMD) sont des unités de psychiatrie spécialisées dans la prise en charge de patients présentant des symptômes aigus les rendant potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Braconner le soin en psychiatrie

En riposte aux attaques contre leur métier, les soignants, et plus particulièrement les infirmiers, développent et se transmettent une série de pratiques. Ils visent, ce faisant, à subvertir les dispositifs censés s'imposer à eux, tout en affichant une façade de résignation face aux dominations gestionnaires et/ou managériales. La notion de « braconnage », développée par Michel de Certeau, est précieuse pour analyser ces « pratiques traversières [1] » – qui ne relèvent pas nécessairement de stratégies. Les infirmiers font bien plutôt usage de leur intelligence rusée, la *mètis* des Grecs [2], pour déjouer les dominations dans le quotidien des unités de soin. Ils s'engagent dans un travail méticuleux de subversion des outils managériaux et gestionnaires supposés rendre compte de leur activité.

Une subversion quasi moutonnaire

2 L'activité des professionnels de santé de la filière psychiatrique s'inscrit dans une série de dispositifs instrumentaux [3]. Les protocoles de soin [4], les guides méthodologiques de « bonnes pratiques », ou encore les manuels diagnostiques tendent à formellement quadriller l'espace qui est celui des pratiques et des savoirs.

Le travail des infirmiers en instruments

Les protocoles de soin sont des descriptions de techniques élaborées selon une méthode scientifique [5]. L'application de ces techniques est censée garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés. Selon le ministère chargé de la santé, « les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai [...] et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité [6] ». Ces protocoles, appris en instituts de formation en soins infirmiers, prennent la forme de fiches techniques. « La fiche technique est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soins. Elle doit être validée, remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative [7]. » La fiche technique reprend les recommandations contenues dans les protocoles de soin en les

rendant applicables au niveau du patient. Elle fixe les détails d'un soin et comporte la définition du soin, les objectifs spécifiques (incluant si possible des objectifs pédagogiques destinés au patient), la description du matériel requis, les précautions et la technique proprement dite du soin. L'accent est mis sur la scientificité et l'efficacité de la démarche de soin ainsi conduite.

3 Les protocoles de soin constituent des instruments au sens de Lascoumes et Le Galès. Il s'agit d'un « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur [8] ». La mobilisation des protocoles de soin inscrit le travail du soignant en psychiatrie dans une démarche scientifique héritière d'une conception de la médecine opposée à la démarche clinique. À la manière du projet de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM), les protocoles invitent à la recherche de l'efficacité et de la qualité des soins par le recours à une science positive. Non neutres, ces instruments ne sont toutefois pas appliqués à la lettre par les soignants. L'ensemble des procédures minutieusement décrites dans les guides de bonnes pratiques à l'égard des soignants, recommandations formelles, quadrillent l'espace des pratiques que les soignants doivent effectuer dans leurs interactions quotidiennes avec les patients. Les soignants sont ainsi les usagers de dispositifs à la création et à la définition desquels ils n'ont, pour une large part, pas participé.

4 Le regard sur le quotidien des unités de soin permet de considérer l'écart entre injonctions formelles et pratiques informelles, entre les dispositifs tels qu'ils sont prescrits et les arts de les détourner. Ces pratiques traversières régissent pourtant l'ordre négocié de l'hôpital psychiatrique. Elles ont une double filiation. Une première est liée à l'héritage d'un corps de principes et de pratiques plaçant au cœur du soin la vigilance pour créer les conditions d'une psychiatrie émancipatrice. La seconde, que nous allons interroger, est liée à l'ordinaire des relations de pouvoir entre soignants et patients.

Michel de Certeau et le quotidien psychiatrique

L'ambition de Michel de Certeau est présentée dans l'ouvrage *L'invention du quotidien* [9] comme suit : « La recherche publiée partiellement en ces deux volumes est née d'une interrogation sur les *opérations des usagers*, supposés voués à la passivité et à la discipline. Plus que de traiter un Sujet aussi fuyant et fondamental, il s'agit de le rendre traitable, c'est-à-dire de fournir, à partir de sondages et d'hypothèses, quelques chemins possibles pour des analyses encore à faire. Le but serait atteint si les pratiques ou les "manières de faire" quotidiennes cessaient de figurer comme le fond nocturne de l'activité sociale, et si un ensemble de questions théoriques, de méthodes, de catégories et de vues, en traversant cette nuit, permettait de l'articuler. L'examen de

ces pratiques n'implique pas un retour aux individus. L'atomisme social qui, pendant trois siècles, a servi de postulat à une analyse historique de la société, suppose une unité élémentaire, l'individu, à partir de laquelle se composeraient des groupes et à laquelle il serait toujours possible de les ramener. Récusé par plus d'un siècle d'analyses sociologiques, économiques, anthropologiques ou psychanalytiques (mais, en histoire, est-ce un argument ?), pareil postulat est hors du champ de cette étude. D'une part, l'analyse montre plutôt que la relation (toujours sociale) détermine ses termes, et non l'inverse, et que chaque individualité est le lieu où joue une pluralité incohérente (et souvent contradictoire) de ses déterminations relationnelles. D'autre part et surtout, la question traitée concerne des modes d'opérations ou schémas d'action, et non directement le Sujet qui en est l'auteur ou le véhicule. Elle vise une logique opératoire dont les modèles remontent peut-être aux ruses multimillénaires [...], et qui, en tout cas, est occultée par une rationalité désormais dominante en Occident. Ce travail a donc pour objectif d'explicitier les *combinatoires d'opérations* qui composent aussi (ce n'est pas exclusif) une culture, et d'exhumer les modèles d'actions caractéristiques des usagers dont on cache, sous le nom pudique de consommateurs, le statut de *dominés* (ce qui ne veut pas dire passifs ou dociles). Le quotidien s'invente avec mille manières de *braconner* [10]. »

La nécessaire attention aux processus créatifs dans le quotidien s'inscrit dans une critique de la pensée foucauldienne sur les dispositifs de pouvoir [11]. Discutant les travaux de Michel Foucault, Michel de Certeau met en exergue son ambition analytique : « S'il est vrai que partout s'étend et se précise le quadrillage de la "surveillance", il est d'autant plus urgent de déceler comment une société entière ne s'y réduit pas ; quelles procédures populaires (elles aussi minuscules et quotidiennes) jouent avec les mécanismes de la discipline et ne s'y conforment que pour les tourner ; enfin quelles "manières de faire" forment la contrepartie, du côté des consommateurs (ou des "dominés" ?), des procédés muets qui organisent la mise en ordre sociopolitique [12]. »

La manière dont les professionnels de santé font aujourd'hui usage des dispositifs de suivi de gestion et de management à l'hôpital peut être analysée à la lumière des théories certaliennes. Plutôt que comme des consommateurs passifs des dispositifs qui s'imposeraient à eux, les professionnels de santé se donnent à voir comme mettant en œuvre des « procédés [13] », des « manières de faire » visant à ne pas se fondre dans les dispositifs qui leur sont imposés. Ils tendent plutôt à jouer avec ces dispositifs et à les « tourner », les transformer, les « braconner ». Ces braconnages s'effectuent au prix de pratiques quotidiennes : Michel de Certeau différencie le modèle de l'action *stratégique* du modèle de l'action *tactique* : « J'appelle "stratégie" le calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un Sujet de vouloir et de pouvoir est isolable d'un "environnement". Elle postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un *propre*, et donc de servir de base à une gestion de ses relations avec une extériorité distincte. La rationalité politique, économique ou scientifique s'est construite sur ce modèle stratégique.

J'appelle au contraire "tactique" un calcul qui ne peut pas compter sur un propre, ni donc sur une frontière qui distingue l'autre comme une totalité visible. La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre. Elle s'y insinue, fragmentaire, sans le saisir en son entier, sans pouvoir le tenir à distance. Elle ne dispose pas de base où capitaliser ses avantages, préparer ses expansions et assurer une indépendance par rapport aux circonstances. Le "propre" est une victoire du lieu sur le temps. Au contraire, du fait de son non-lieu, la tactique dépend du temps, vigilante à y "saisir au vol" des possibilités de profit. Ce qu'elle gagne, elle ne le garde pas [14]. »

5 En distinguant *stratégies* et *tactiques*, les travaux de Michel de Certeau permettent de nourrir une réflexion sur la manière dont les soignants s'engagent dans un travail non plus de résistance ou de militantisme à partir de formes contestatrices héritées d'une économie de la liberté forgée au cours des années 1960-1970, mais de détournements ancrés dans la pratique ordinaire. Michel de Certeau nous invite à penser les conditions d'une « révolte » plus silencieuse : celle menée au quotidien par ces professionnels qui, par des « arts de faire », s'approprient les dispositifs dans lesquels ils devraient se fondre, saisissent au vol les possibilités de subversion du quotidien qui s'offrent à eux dans le temps de l'action. Pour comprendre ces pratiques muettes, l'observation du travail à l'échelle des unités de soin permet de mettre en évidence ce que les discours tendent consciencieusement à masquer.

6 Les réflexions menées par Michel de Certeau renvoient à une littérature portant sur les « opérations des usagers ». Si leur mobilisation n'est pas habituelle dans l'examen des pratiques professionnelles, deux éléments en justifient l'usage. D'abord, les pratiques professionnelles dont il est ici question relèvent toutes d'une tentative – le plus souvent non formalisée – pour composer avec ce qui se présente aux acteurs comme des injonctions de l'extérieur. Dans ce cadre, les infirmiers occupent de façon pratique une position d'usagers des dispositifs, des protocoles et des objets qu'ils ne possèdent pas en propre. Ensuite, ces pratiques professionnelles présentent des similitudes formelles avec celles que les usagers de l'hôpital psychiatrique – patients ou malades – développent face aux soignants.

7 Les mots, le ton de la voix, les gestes qui composent les « arts de faire » du travail des soignants au quotidien échappent aux injonctions des protocoles imprégnés de l'idéologie de la psychiatrie biologique. Braconnés, ces savoirs détournent les dispositifs de leur visée instrumentale et les réinscrivent dans le cœur de métier des soignants : la clinique. À l'intérieur des unités de soin, les soignants ne mobilisent pas le discours officiel façonné par la politique des grands nombres. Ils ne se réfèrent pas aux catégories officielles de définition des maladies mentales. Ils continuent au contraire de faire appel au vocabulaire de la psychanalyse plutôt qu'aux catégories proposées par la Classification internationale des maladies (CIM). Les patients sont « hystériques », « psychotiques », « intolérants à la frustration ». Ils témoignent d'une « oralité infantile ». Ils questionnent la « fonction contenante » de l'équipe. Ces catégories servent de répertoire aux échanges linguistiques à l'échelle de l'unité. Si le dossier du patient nécessite d'apposer les catégories issues de la CIM, ces catégories ne sont pas ou sont peu mobilisées dans le quotidien de l'unité de soin. Les soignants – médecins compris – utilisent pour leurs échanges des catégories qu'ils considèrent comme plus opérantes. Ils ne reprennent pas non plus à leur compte la catégorie d'« usager » revendiquée par les

malades. Plutôt que de parler d'« usagers », ils parlent des « patients », des « malades » ou encore des « fous ». Cet usage permet de revendiquer un savoir propre au monde de la psychiatrie. Ces catégories partagées dans le milieu psychiatrique symbolisent la défense de la spécificité du groupe. Si les soignants agissent, comme les patients, en braconniers, c'est qu'ils tentent de transmettre et de perpétuer des « arts de faire » qui leur sont nécessaires dans leur poste de travail.

8 Le braconnage peut aussi s'assimiler à un désengagement de la part des soignants en psychiatrie. Face aux protocoles de soins, des accords tacites entre soignants et patients sont passés, de même face aux règles de surveillance minimale des patients ; le week-end et les jours fériés, les patients sont en « autosoin » pendant que les soignants discutent dans l'office. Comme résistance aux injonctions de l'hôpital actuel, les braconnages peuvent parfois prendre une ampleur telle que les règles formelles de l'organisation psychiatrique disparaissent derrière les pratiques informelles des soignants. Ce que certains considèrent comme le manque de fiabilité des procédures en psychiatrie [15] doit en fait être mis en perspective avec l'étendue des braconnages des soignants à l'échelle des unités de soin.

Quelle clinique infirmière en psychiatrie ?

9 Pour comprendre ces arts de faire braconnés, il convient de soumettre à l'épreuve de ses usages ce qui se loge sous l'étiquette revendiquée par l'ensemble des soignants de « la clinique ». Dans une approche compréhensive et une volonté de faire appel à des « concepts sensibles », dans la lignée interactionniste ouverte par Blumer, l'ambition est ici de s'enquérir des usages variés de cette notion par les acteurs infirmiers en psychiatrie.

10 La clinique psychiatrique est prise en tension entre deux pôles. Elle se rattache d'une part, dès sa création, au pôle biomédical, et d'autre part, au pôle psychodynamicien. La psychanalyse a particulièrement œuvré à la définition des dispositifs dits cliniques. Aujourd'hui, la clinique serait en danger [16]. Pourtant, on observe une extension des domaines de la clinique qui ne se limitent plus à celui de la médecine. Si la notion de la clinique est antérieure, elle est appliquée à l'étude et au traitement de la maladie mentale à partir du XIX^e siècle [17]. La « clinique psychiatrique » est marquée par un « écartèlement [18] » entre clinique médicale réifiant le Sujet dans un discours positiviste, et clinique psychanalytique attachée à l'émancipation du Sujet.

11 Revenons sur la notion de clinique pour mieux saisir les implications de ses usages dans les pratiques actuelles des infirmiers en psychiatrie. La notion de clinique, apparue dans le champ médical [19], s'est diffusée au fil des spécialisations disciplinaires au cours des XIX^e et XX^e siècles pour, aujourd'hui, être mobilisée tant en médecine qu'en sciences humaines et sociales. Si le champ de la médecine a dressé les contours fondamentaux de cette notion, divers disciplines ou ensembles

théoriques se sont appropriés et ont transformé son contenu et sa portée. Toutefois, le terme de clinique contient un héritage partagé par les différentes approches le mobilisant. Pour questionner les frontières de cette notion et comprendre les controverses dont elle est l'objet au sein du champ médical et psychiatrique, un regard sur son usage est proposé.

12 Depuis l'archéologie de la médecine proposée par Foucault [20], l'ensemble des savoirs revendiqués par le corps médical et/ou soignant – la clinique – est entendu non seulement comme un ensemble de signes permettant le repérage des maladies mais aussi comme un discours *sur* la maladie. La clinique, dans cette dimension discursive, serait au principe de l'écrasement du Sujet. En appareillant discours expérimental et discours sur la maladie, la naissance et le développement de la clinique procéderaient d'un réductionnisme du Sujet malade.

13 Cette coupure dans l'histoire de la médecine occidentale s'opère lorsque le regard médical transforme l'exercice clinique en un regard anatomo-clinique : « Sans doute était-ce une tâche bien difficile que d'opérer une telle conversion. Une perte immémoriale aussi vieille que la peur des hommes tournait les yeux du médecin vers l'élimination de la maladie, vers la guérison, vers la *vie* : il ne pouvait s'agir que de la restaurer. La mort restant dans le dos du médecin, la grande menace sombre où s'abolissaient son savoir, son habileté, elle était le risque non seulement de la vie et de la maladie, mais du savoir qui les interrogeait. Avec Bichat, le regard pivote sur lui-même et demande à la mort compte de la vie et de la maladie [21]. » Foucault rappelle alors ces mots de Bichat : « Ouvrez quelques cadavres » et vous verrez s'estomper « l'obscurité que la seule observation n'avait pu dissiper ». Il s'agit de « rendre visible l'invisible ».

14 Dans le champ de la psychiatrie, cet écartèlement tend à structurer les débats autour des luttes pour la définition de la psychiatrie. Une partie des professionnels de santé, qu'ils soient médecins, psychologues ou infirmiers, défendent une conception médicale de la clinique héritée de la neurologie (biopsychiatrie, neurosciences cognitives, etc.), quand d'autres revendiquent un héritage psychanalytique en différenciant, dans les pas de Freud, recensement des faits (*histoire*) et histoires vécues (*Geschichte*).

Les neurosciences cognitives

Les neurosciences cognitives circonscrivent les domaines de recherche des sciences cognitives qui portent plus spécifiquement sur les différentes dimensions de la cognition. Les dimensions investiguées sont multiples : elles recouvrent notamment la perception, la motricité, le langage, le raisonnement, la mémoire ou encore les émotions. Ces domaines sont interrogés d'un point de vue biologique, voire anatomique. Les neurosciences cognitives s'appuient sur des modèles expérimentaux ainsi que sur l'imagerie cérébrale.

15 Les controverses animant le monde de la psychiatrie opposent les tenants d'une approche biologique de la psychiatrie, questionnant le cerveau en tant que lieu de construction des

comportements humains, aux défenseurs d'une approche psychanalytique de la psychiatrie, postulant l'existence d'une *psyché*, lieu dynamique de la construction du Sujet. Ce dualisme théorique rend compte de l'exacerbation de l'écartèlement historique de la clinique psychiatrique. Néanmoins, les promoteurs de la psychanalyse se réclament davantage d'une approche clinique que les instigateurs de la psychiatrie biologique.

16 La psychanalyse a développé un certain nombre de dispositifs qualifiés de cliniques, notamment la cure. Il est possible d'en donner une définition : « De quelle manière la clinique est-elle liée à l'individualité du cas, et qu'appelle-t-on "cas" en psychanalyse ? Que la présence d'un patient ou d'un analysant soit indispensable pour qu'un travail d'analyse se fasse est une évidence qui mérite d'être mise à l'épreuve : car de quoi est faite la présence d'un patient ? Dans le lieu de la cure, il vient, en effet, porter et déposer les souffrances, les angoisses et les plaisirs en impasse dont il parle à l'analyste, mais aussi qui se répètent dans l'espace de la cure de manière telle que devient déchiffrable la détermination de ses symptômes ; mais, en même temps, l'imprévisibilité, dans l'espace clinique, de ce qui échappe à la détermination est aussi importante dans la répétition transférentielle que ce qui est déterminé et anticipable. J'appellerai donc clinique le dispositif qui permet l'accès à ce mélange très particulier du déterminé et de l'inconnu que réalise une cure analytique ; qui permet aussi l'intervention sur cette articulation [22]. » L'attention portée au cas singulier, le regard sur les régularités comme sur les événements fondent les principes d'une clinique dans le dispositif de la cure psychanalytique.

17 En psychiatrie, au dispositif de la cure sont adjoints des dispositifs plus spécifiquement psychiatriques. Daniel Widlöcher [23] présente la clinique psychiatrique comme « une clinique du comportement et de la subjectivité, elle montre comment l'homme malade mentalement se conduit et ce qu'il pense [24] ». Pour lui, la clinique psychiatrique aurait vécu, à partir des années 1950, une séparation progressive d'avec les nosographies traditionnelles, classifications héritières de Philippe Pinel et de ses élèves. La clinique psychiatrique a donc « été fondamentalement modifiée par la perte d'influence des références nosographiques et l'importance croissante, dans le champ de la pratique, de trois courants : le rôle des facteurs sociaux, la psychogenèse – en particulier celle de la psychanalyse – et l'utilisation des médicaments [25] ». Cette évolution de la clinique éloigne d'autant la pratique psychiatrique des catégories nosographiques disponibles : « Pour le clinicien, le fait d'attribuer une conduite ou un état émotionnel donné à une catégorie diagnostique établie relève d'une exigence de reproductibilité. Il peut ainsi limiter la prise en compte des différences interindividuelles, mais doit renoncer dans le même temps à une part importante de la richesse et de la complexité de l'expérience clinique. En d'autres termes, la démarche nosographique privilégie un gain de fiabilité et de fidélité dans la saisie des données, au détriment d'une perte de sensibilité [26]. »

18 Le travail en psychiatrie clinique implique de s'éloigner des méthodes épidémiologiques attachées à coller aux catégories nosographiques actuelles afin de rejoindre le Sujet dans sa complexité et son authenticité. La place grandissante des approches épidémiologiques participe au sentiment partagé par les psychiatres psychodynamiciens d'un risque imminent de « mort de la clinique [27] ». Pour eux, le « colloque singulier » est mis à mal par un fonctionnement hospitalier ne permettant plus à la pratique médicale d'être dialogique. La fin de la parole, l'évitement du corps

et le transfert de compétences à d'autres professionnels sonneraient le glas de ce mode de connaissance spécifique, pourtant garant, selon eux, de l'humanité des soins [28].

19 Dans le même temps, la clinique sort de la seule juridiction des médecins et devient un mode de connaissance partagé par une grande diversité d'acteurs. Loin de se limiter aux « soins effectués au chevet du malade », la clinique est aujourd'hui plurielle. Depuis les années 1990, les sciences sociales s'attachent à « travailler au plus près des acteurs, aussi bien dans la construction des objets de recherche que dans les méthodes d'investigation [29] ». Par la sociologie clinique autour des travaux de Vincent de Gaulejac [30], et l'anthropologie clinique autour de ceux de Yannick Jaffré [31], les liens entre vie sociale et vie psychique deviennent un domaine d'investigation privilégié des sciences sociales et humaines.

20 Le « tournant narratif » [32] des sciences sociales opéré au milieu des années 1980, notamment sous l'influence de Michel de Certeau puis de Paul Ricœur, reconnaît à l'acteur une compétence à conférer du sens à ses actions. Dès lors, la sociologie accède non seulement à l'individu en tant qu'être social pour partie contraint par son identité sociale, mais aussi à un Sujet capable de développer une identité personnelle et pas seulement sociale. La méthode du récit de vie [33], loin d'être un artefact, donne la possibilité d'appréhender ces dimensions nouvelles du Sujet. Des points nodaux relient l'existence sociale et psychique des sujets. En étudiant le sentiment de souffrance qu'est la honte, Vincent de Gaulejac [34] dévoile une des liaisons qui réunit chez les Sujets déterminants sociaux et expérience psychique. Ce sentiment moral, qui témoigne du fait que le sujet est un être social, est le produit des résonances entre le roman familial du Sujet, sa position dans les rapports sociaux et la situation dans laquelle il s'inscrit. De même que le sentiment à l'égard de sa propre trajectoire sociale est le produit d'une série d'échos entre son positionnement dans les rapports sociaux et son affiliation à un roman familial spécifique [35], la honte émerge lorsqu'une dissonance se fait entendre dans l'héritage social et/ou psychique. En réalité, « le sentiment de honte se nourrit à différentes sources. Il s'inscrit d'une part au cœur du fonctionnement psychique inconscient, et d'autre part, dans les rapports du Sujet avec la société qui l'entoure » [36]. La honte est un sentiment qui atteste de l'existence d'un « nœud sociopsychique » [37] reliant existence psychique et existence sociale chez le Sujet.

21 Les liaisons reliant vie psychique et vie sociale forment les objets privilégiés de la sociologie clinique. La subjectivation d'un héritage, les voies de la transmission et la manière dont le désir prend des objets sociaux sont par exemple décrits au travers de récits de vie de participants à un séminaire portant sur le thème : « Roman familial et trajectoire sociale [38] ». Les mécanismes de l'exclusion sont éclairés par le phénomène de la désinsertion : « Alors que les contraintes sociales apparaissent de plus en plus écrasantes, le phénomène de désinsertion révèle la participation active des Sujets à chacune de ses phases, soit pour s'en sortir, par des activités atypiques, la débrouille, ou l'instrumentalisation des aides publiques, soit pour s'y enfoncer [39]. » Au-delà d'une spécialisation des objets de recherche, la sociologie clinique invite à prendre en considération les différentes dimensions du Sujet [40] dans l'analyse sociologique : « La sociologie clinique invite à tenir compte de la spécificité humaine et tout particulièrement de la présence tout à la fois irrécusable et irréductible de la subjectivité. Elle prête attention aux dimensions individuelle, personnelle, psychique, affective, existentielle des rapports sociaux, et parfois même – selon la formule de Georges Bataille – à leur part maudite. Elle ne promet pas un objet nouveau mais propose de

réintégrer dans l'objet même de la sociologie actuelle ce qui, au cours de son histoire, en a été progressivement rejeté, expulsé, occulté [41] ». Cette posture a notamment trouvé à s'exprimer par une analyse renouvelée de la sociologie du travail et des organisations.

22 Les travaux d'Eugène Enriquez ont ouvert la voie à une réflexion clinique sur les ensembles organisés. Dans son ouvrage *L'organisation en analyse*, Eugène Enriquez [42] met en lumière les mécanismes pluriels des organisations qui en font des entités soumises aux dynamiques non seulement sociales et historiques mais aussi psychiques et subjectives. Les ensembles organisés doivent alors s'appréhender au travers de leurs différentes instances (mythique, sociale-historique, organisationnelle, groupale, individuelle, pulsionnelle) obéissant, chacune, à des mécanismes propres. Le travail, en tant que « drame social » (*social drama*) et expérience subjective [43], est un terrain familier de la sociologie clinique. Les contraintes issues de la diffusion de l'idéologie gestionnaire constituent une nouvelle violence à l'encontre du Sujet [44]. L'individu « hypermoderne [45] », produit de la société malade de la gestion, tente de répondre aux injonctions au dépassement de soi et à l'autonomie. Cet individu développe un comportement ambivalent qui témoigne de sa tentative d'affirmation de soi dans un contexte d'effritement des supports traditionnels à la construction de l'identité. L'idéal de perfection de l'activité humaine trouve son expression canonique dans les prescriptions qui s'imposent aux travailleurs. L'idéologie managériale et gestionnaire repose sur la mise en œuvre de prescriptions irréalisables. Marie-Anne Dujarier [46] montre comment, au quotidien, les Sujets sont condamnés à ne pouvoir atteindre les objectifs qui leur sont fixés. Pour autant, aucune reformulation de ces prescriptions n'est jamais opérée. L'organisation repose alors sur le déni du travail réel et sur la souffrance des travailleurs. Face à cette violence faite aux acteurs des organisations, les Sujets oscillent entre colère et dépression [47]. Leur malaise traduit l'impossibilité commune de répondre aux exigences [48] d'une société prônant le culte de la performance [49].

23 Le groupe des médecins, qui se détourne de la clinique, n'est désormais plus le seul habilité à développer une démarche dite clinique. D'autres professionnels se réclament aujourd'hui d'une telle approche. C'est le cas des auteurs de sciences humaines et sociales, c'est aussi le cas des infirmiers en psychiatrie. Bien qu'éloignée des nosographies psychiatriques, une large part du travail infirmier consiste en une clinique du quotidien des patients hospitalisés en psychiatrie publique. Pour agir en clinicien, ces acteurs braconnent un savoir qui rappelle celui que les médecins peinent aujourd'hui à mettre en œuvre.

Dimensions pratiques de la clinique infirmière en psychiatrie

24 Dans le quotidien des infirmiers en psychiatrie, la clinique ne s'observe pas de façon formalisée comme un ensemble d'expériences reliées ou analysées au travers d'une série de références théoriques. Elle se présente plutôt comme un ensemble flou de savoirs dont l'origine est parfois méconnue de ceux qui les mobilisent. Nombre d'infirmiers peinent à donner une définition de la clinique, et les notions, concepts et dispositifs cliniques se présentent souvent comme autant

de savoirs hors sol. L'ensemble des savoirs fondant la clinique est composé à la fois de savoirs médicaux et de savoirs profanes. Si ces savoirs sont au principe de l'activité clinique des infirmiers en psychiatrie, ils ne forment pas un tout cohérent. Déterminer les contours de cette clinique permet de mieux comprendre la manière dont ces professionnels définissent in fine les modalités de leur engagement dans le travail.

25 Acquis par mimétisme et permettant d'envisager des schémas d'action [50] transposables, cet ensemble de savoirs qu'est la clinique peut être, pour l'analyse, référé à une première dimension de la pratique infirmière en psychiatrie : la dimension cognitive. La clinique renvoie à la formation théorique et pratique du regard du praticien rompu au repérage des signes-symptômes des pathologies psychiatriques. Pour que les infirmiers puissent tenir leur poste de travail, il leur faut d'abord sortir de la sidération première et faire l'expérience d'une conversion [51] au regard clinique. Ce qui est d'abord perçu avec le regard du dehors, celui du sens commun, est par la suite intégré à une symptomatologie ou à un modèle théorique permettant un accès au travail sur l'humain et l'entrée dans un rôle de soignant. En outre, la lecture et l'interprétation des signes liés à l'évolution de l'état de santé d'un patient permettent de faire face à l'incertitude quant à la survenue d'une crise aiguë pouvant mettre à mal les soignants. Ce décryptage, basé sur des connaissances médicales et profanes, renvoie à la dimension cognitive de l'activité clinique des infirmiers en psychiatrie.

26 Cette conversion se fait au fil du temps par l'apprentissage d'une coprésence avec les patients. Le regard infirmier ne perçoit dans un premier temps que les signes les plus visibles, avant de dépasser la sidération et de s'engager dans le décryptage des signes ou séries de signes repérables au fil des interactions. Le regard interroge ainsi les actions quotidiennes des patients hospitalisés et leur rapport à l'environnement que constitue l'hôpital dans sa dimension symbolique. Il se construit autant dans les échanges avec les collègues infirmiers ou les autres professionnels de l'unité que dans le contact permanent avec les patients. À partir d'éléments disparates observés dans le quotidien psychiatrique (gestes, postures, rythmes, mots ou sensations perçues), l'infirmier tente de construire un tableau clinique des patients de l'unité, lequel ne recoupe jamais totalement les éléments théoriques acquis au cours de la formation. Au fil du temps, le regard s'affine pour repérer « la part malade » des patients, en dehors d'une définition proprement symptomatologique. Une fois qu'il est acquis, ce « regard clinique » constitue un élément fort de l'activité infirmière en psychiatrie et devient « comme une seconde nature ».

27

« Je les repère tout de suite, même à l'extérieur. Les psychotiques ont une manière spéciale de marcher. Je ne sais pas comment décrire mais tu le sens direct. »

Entretien 1, infirmière IDE, 45 ans, hôpital B.

28 Fruit d'un travail d'incorporation [52], la conversion au regard clinique s'impose dans l'économie des relations avec les différents professionnels de l'unité.

29

« Avec le docteur X., tu pouvais avancer car c'était un très bon clinicien, il était très fin, dans les réunions, les analyses cliniques. Pendant les réunions, il sortait toujours un petit élément qui nous paraissait anodin. Ça faisait comprendre des choses, ça ouvrait sur la pathologie du patient, la manière dont il en est arrivé là et comment le prendre en charge. »

Entretien 20, infirmière ISP, 55 ans, hôpital B.

30 C'est en particulier dans les temps informels d'échanges (l'arrivée des équipes du matin, les discussions autour du petit-déjeuner, les dernières heures de la soirée après le dîner des patients, parfois le repas du midi pris dans l'office ou les pauses café et/ou cigarettes), où chacun évoque ses « anecdotes » ou « historiettes [53] » à propos des patients, que se constitue dans le quotidien et l'oralité un répertoire de « cas cliniques » que les soignants réactivent lorsque des situations nouvelles permettent de transposer ces savoirs (pratiques et symboliques) issus de narrations collectives.

31

« La culture à l'hôpital psychiatrique, c'est un truc complexe. C'est un truc qui ne sert à rien : l'anecdote qui fait partie du commun, les histoires de tel ou tel patient. Et puis des trucs plus sérieux, des trucs drôles ou sordides, comme on se dit en famille, les histoires qu'on a déjà entendues vingt fois. Les DE, c'est le genre de trucs qu'on leur raconte. Au bout de vingt-deux ans à l'hôpital, c'est une part importante de notre vie. »

Entretien 24, infirmier ISP, 57 ans, hôpital A.

32 Ces échanges informels sont le lieu de construction du regard clinique : les « cas » sont évoqués en dehors des scènes institutionnelles (réunions cliniques, briefs), sur le modèle de l'anecdote.

33 La clinique se réfère en outre à une seconde dimension de la pratique infirmière : la dimension proxémique ou corporelle. La clinique a en effet trait au corps du clinicien qui a incorporé des techniques lui permettant de s'engager dans une relation corporelle avec les patients, intégrée à un arc de travail [54]. La clinique infirmière en psychiatrie ne se limite pas à l'incorporation de dispositions [55] au regard clinique ; ces savoirs intellectualisés et/ou incorporés sont aussi les fondements de la construction d'un corps de clinicien. Dans le quotidien psychiatrique, les infirmiers comptent parmi les professionnels les plus exposés. Se pensant souvent comme étant « en première ligne [56] », ils doivent faire face à l'incertitude de la gestion de la crise des patients. Ils développent à ce titre des aptitudes corporelles spécifiques permettant non seulement de résoudre la crise mais aussi de la prévenir. Le corps de l'infirmier peut ainsi être défini à la fois comme organe de repérage des signes pouvant s'intégrer dans une nosographie, et comme instrument au service de l'action thérapeutique par le biais de techniques du corps. Le corps infirmier est donc mobilisé comme totalité sensorielle.

34

« En psychiatrie, tu te mets pas en veille. Tous tes alarmes et sens sont en éveil. Pendant que je mange, je peux te dire tout ce qui se passe. Tu vas pisser, t'as le téléphone, le bip. Ta personne complète est ton outil de travail et tu es en huis clos. Il n'y a pas de moment où tu poses ta blouse. On est dans un service en -U, si t'es dans un coin du -U, tu regardes l'autre partie. On dit toujours qu'un patient en crise, il y a des signes avant-coureurs. Quand la crise arrive, ça va vite, on n'a pas le temps de mentaliser l'action, il faut y aller. D'où l'intérêt de bien se connaître. Tout se passe facilement. »

Entretien 37, infirmière IDE, 31 ans, hôpital A.

35 Exercer une activité en psychiatrie implique l'acquisition de techniques du corps. L'infirmier en psychiatrie doit être capable d'effectuer un certain nombre de tâches liées à des soins dits somatiques, nécessitant une certaine dextérité (effectuer une prise de sang, surveiller la tension ou la température, effectuer un dextro, soigner des contusions, etc.) ou ayant pour objet le corps des patients. Les gestes doivent être précis, qu'ils soient propres au travail psychiatrique (contention, isolement, administration de traitements contre le gré du patient) ou qu'ils appartiennent plus largement au faisceau des tâches des infirmiers (toilettes, habillage, déplacements de corps, etc.). Les techniques plus spécifiques au travail psychiatrique nécessitent un savoir-faire qui s'acquiert sur le terrain au cours de la socialisation professionnelle.

36

« Dans les premiers jours, j'ai été déstabilisé. Il y avait un patient dans une agitation psychomotrice importante qui nécessitait qu'on le contienne [...]. Je ne connaissais pas les contentions. La technique peut parfois prendre le dessus. Si la technique roule, c'est là que l'on peut utiliser le soin psychique le plus optimal. »

Entretien 38, infirmier IDE, 25 ans, hôpital B.

37 Certains soins doivent être effectués dans l'urgence et être parfaitement intégrés pour ne pas limiter la relation thérapeutique à un ensemble de gestes techniques et altérer leur dimension symbolique.

38

« Quand je suis arrivée, j'ai eu l'impression que les hôpitaux dataient de cent ans. J'avais pas mal d'images asilaires. Il y a les premières contentions, les patients sont violents. Tu as besoin de compréhension de ce que tu fais. J'ai eu la chance d'apprendre avec les anciens. Quand tu es stagiaire, c'est un choc. Après, c'est ton quotidien : attacher un patient quatre fois par semaine, aller en CI, ça devient naturel. »

Entretien 7, infirmière IDE, 26 ans, hôpital B.

39 Ce n'est qu'une fois que le geste technique a été acquis que sa dimension symbolique peut se déployer : la « contention physique » se mue en « contention psychique ». La dimension

symbolique de l'activité infirmière en psychiatrie ne s'observe pas uniquement dans l'accomplissement de gestes techniques. Les infirmiers insistent sur la centralité de cette dimension dans le « travail relationnel » avec les patients. Celui-ci constitue une mise en jeu du corps faisant aussi l'objet d'un apprentissage.

40

À la suite de l'agression d'une infirmière de l'unité, une réunion clinique est tenue pour discuter collectivement de cet événement. Le médecin assistant prend la parole et ouvre le débat : « Il est clair que la violence ne fait pas partie de votre profil de poste et que vous n'êtes pas payés pour vous faire taper dessus. » Anne, IDE qui s'est fait agresser, ajoute : « Et pour nous faire insulter. » Le médecin assistant continue : « Quand il y a quelque chose, il faut être prudent, sortir, vous éloigner. Et il faut surtout travailler en amont la clinique pour éviter ces situations : comment regarder, comment parler, etc. C'est compliqué. »

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

41 Le corps de l'infirmier est clinicien : il réactive ou invente des réponses mais doit aussi avoir ses automatismes. Automatismes d'alertes d'abord pour prévenir la crise : garder ses distances avec un patient en train de « grimper », « recadrer » ceux qui entrent dans une phase de « toute-puissance », se faire « maternant », ou au contraire, « hausser le ton », selon l'évaluation de la situation. Automatismes de réponses ensuite lorsque la crise éclate : il faut alors contenir le patient, souvent faire usage de la force tout en tentant de préserver « l'alliance thérapeutique » qui sera nécessaire dans la suite du travail avec ce patient.

42

Deux patientes entrent prestement dans la salle de réunion en criant. Elles se dirigent vers le fond de la salle. Leur présence inquiète soudainement sur le risque d'agression et donne le sentiment d'une perte de contrôle. Les infirmiers se lèvent, suivis par les médecins. Les médecins demandent à l'une des patientes de sortir. La patiente s'exécute rapidement et donne l'impression d'avoir été elle-même dépassée par ses actes. Un infirmier cherche à tenir les bras de l'autre patiente alors qu'un médecin tente de la raisonner : « Il faut sortir d'ici, ça n'est pas possible, nous allons parler de tout ça dans la chambre. » Se rapprochant de la porte pour esquiver les infirmiers et se débattant avec violence, c'est au tour de deux médecins et du cadre de santé de saisir une des patientes. Ils doivent la soulever en maintenant ses quatre membres et la conduire, malgré son agitation, dans sa chambre. Une fois dans sa chambre, le médecin énonce d'une voix douce et calme : « 100 mg d'Atarax© (anxiolytique) et il faudra aller chercher les liens en CI », en s'adressant aux infirmiers qui s'affairent autour du lit. Deux infirmières vont chercher les liens situés dans le placard de la chambre d'isolement. De retour dans la chambre, les six personnes maintiennent la patiente. Les liens sont accrochés sous le lit. On perçoit la fébrilité dans les gestes lors de la pose des contentions. Bruits de fer mêlés à la douce voix du médecin. Ce dernier penche légèrement la tête vers le visage de la patiente. Les infirmiers tentent de maintenir les membres de la patiente avec le moins de violence possible. Une infirmière arrive avec le plateau sur lequel est disposé le matériel pour l'injection. D'une voix qui

se veut rassurante, le médecin demande à la patiente de se tourner sur le côté pour recevoir la piqûre. L'infirmière introduit la seringue, la patiente commente : « Ça chatouille. »

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

43 Les manières de se pencher au chevet du patient, de saisir son corps, de le contenir, les modulations de la voix, la proxémique et la gestuelle sont autant de techniques corporelles forgées et mobilisées dans le travail psychiatrique. Ce dernier procède d'un apprentissage corporel. Ces techniques, acquises au fil des expériences infirmières en binôme, font l'objet d'une transmission mimétique. Les nouveaux infirmiers, le plus souvent intégrés à une équipe composée d'infirmiers plus anciens, observent les mouvements du corps de ceux qui les ont précédés ; ils bénéficient de leurs conseils pour adapter leur proxémique, leur gestuelle ou la tonalité de leur voix à chaque patient de l'unité ; ils apprennent ainsi les automatismes que le corps infirmier doit mettre en œuvre en fonction des patients et des signes cliniques qu'ils présentent.

44

« L'autre jour, un patient, il ne fallait pas le toucher, je le savais ; un DE ne l'aurait pas décelé [...], Souvent, les gens qui arrivent n'écoutent plus ce qu'on leur dit. On a un savoir critiquable, mais on a un savoir ! »

Entretien 24, infirmier ISP, 57 ans, hôpital A.

45 La clinique renvoie enfin à un troisième aspect de la pratique infirmière : la dimension régulatrice. L'activité infirmière est en effet un apprentissage de la régulation des troubles liés à la relation à la souffrance des patients. La vie quotidienne des infirmiers au sein des unités de soin psychiatriques induit une coprésence parfois pesante avec les malades. À l'incertitude quant à la survenue d'une crise aiguë chez un patient s'ajoute celle concernant la gestion de l'angoisse de contamination du soignant [57]. Face à l'angoisse de se voir engloutis par la psychose des patients, et à l'incertitude quant à la possibilité de poursuivre leur engagement mental auprès des patients, les soignants développent des pratiques visant à réguler le trouble qu'occasionne le rapport régulier avec une altérité altérée. L'intersubjectivité (définissant l'interaction comme une relation de face-à-face entre deux sujets) comporte, aux yeux des professionnels, des risques spécifiques dans le contexte psychiatrique. Associée à un travail collectif, la clinique représente une pluralité de voix qui agit comme organe de régulation du trouble lié à la relation intersubjective avec les patients.

46 Plusieurs anciens ISP définissent ainsi l'activité psychiatrique comme « un travail relationnel dans lequel l'infirmier met son psychisme ou sa *psyché* à disposition du patient [58] ». Dans ce contexte, le travail infirmier a une connotation psychanalytique. Dans la relation liant infirmier et patient, chacun est en travail et fait l'expérience de l'intersubjectivité et du trouble qui peut lui être associé. L'infirmier n'est pas uniquement un corps mobilisant des répertoires d'actions acquis au fil de sa socialisation professionnelle ; c'est aussi un sujet faisant l'expérience d'une relation (sociale, corporelle, etc.) avec un autre.

47 Cette relation exige avant tout des infirmiers une posture réflexive acquise grâce aux échanges collectifs entre soignants. Le « travail émotionnel » des soignants vise à conférer un sens clinique aux actions quotidiennes, notamment par le recours à des théories analytiques. Cette capacité du retour sur ses propres pratiques et sur leurs enjeux symboliques fait, également, l'objet d'un apprentissage.

48

« Quand on est jeune infirmier, on a envie de prendre sa place. S'il n'y a pas, à côté, des ISP qui disent : "Attention, c'est valorisant d'être le bon objet, on en a envie, mais il faut quand même être à l'affût de ce que ça induit." C'est le plus difficile à faire passer. »

Entretien 35, infirmière IDE, 48 ans, hôpital B.

49 Cet apprentissage d'une posture réflexive passe par l'intégration de savoirs théoriques, comme ceux issus de la théorie de Melanie Klein [59] sur le bon objet et le mauvais objet [60]. Plus qu'un simple mimétisme de pratiques infirmières, c'est donc le sens du travail qui est transmis et qui contribue à perpétuer le métier d'infirmier en psychiatrie. La clinique, art de faire et savoir de métier, se transmet de façon informelle entre les générations d'infirmiers. Les « nouveaux IDE » racontent volontiers comment ils ont été « accueillis » par des « anciens » qui « leur ont tout appris ».

50 Les savoirs théoriques engrangés par les soignants et cette habileté pratique sont le fruit d'une transmission renvoyant davantage au compagnonnage qu'à la formation initiale. Le groupe est donc le support privilégié de cet apprentissage. La transmission de la clinique autorise de cette manière la perpétuation d'un « groupe pour soi » alors même que celui-ci n'a plus d'existence officielle. Dans les marges de l'organisation, par-delà toutes les scènes officielles de formation, les arts de faire des soignants de la psychiatrie se transmettent pour conférer à ces professionnels de santé des moyens de participer à l'invention du quotidien psychiatrique.

51 Les savoirs théoriques et pratiques sont acquis dans l'économie des relations avec les patients mais aussi avec les autres professionnels. Le médecin de l'unité est ainsi sollicité comme un acteur de la formation dans des espaces informels. L'aptitude clinique des médecins constitue un critère pour juger de leur légitimité du point de vue des autres soignants.

52

« Quand tu bosses dans un service en psychiatrie, si tu adhères pas avec la manière de travailler du médecin, tu ne peux pas rester. Quand il y avait des fusions, beaucoup de personnes pouvaient partir en même temps que le médecin. »

Entretien 20, infirmière IDE, 55 ans, hôpital B.

53 C'est ainsi que les médecins peuvent, s'ils sont légitimes, devenir les formateurs des soignants à l'échelle de l'unité. Cette formation à la relation d'intersubjectivité est nécessaire pour que les actions des infirmiers en direction des patients aient une valeur thérapeutique. La clinique

visé ainsi à instaurer une relation qui n'aliène ni le patient (en l'enfermant dans un statut d'objet par exemple) ni le soignant (qui pourrait perdre sa liberté s'il devenait pur objet du patient).

54 Pour les soignants, un des principaux ressorts de cette relation est la « mise à disposition de l'appareil psychique » de l'infirmier dans ses interactions avec le patient. Cette mise à disposition comporte des risques puisque le professionnel fait l'expérience d'une confrontation à la souffrance du patient.

55

« En psychiatrie, ça n'est pas la même fatigue qu'en soins généraux. Quand tu es huit heures avec vingt-sept patients psychotiques. Ils vous pompent votre énergie psychique : l'adhésivité des patients, les demandes depuis le matin, ils viennent, il y a des violences verbales. Les réflexions de comment leur répondre, quoi leur répondre. Ils viennent déverser leur délire, leur souffrance. On ne peut pas en faire quelque chose tout de suite. Notre outil de travail, c'est nous, en tant que personne, être humain avec notre caractère. »

Entretien 6, infirmière IDE, 26 ans, hôpital B.

56 Nonobstant les risques pour le professionnel, la mise en danger de soi est bénéfique pour la relation thérapeutique. Le groupe des pairs s'institue comme une instance de régulation des risques liés à l'activité infirmière en psychiatrie. Le « collectif soignant » est, pour les infirmiers, un espace à protéger afin qu'il puisse fonctionner comme instance de régulation.

57

« La force des relations entre infirmiers est plus importante qu'en somatique. En psychiatrie, ça ne peut pas marcher si on ne parle pas avec les collègues. [...] C'est ce qui nous permet de rester en selle. »

Entretien 34, infirmière IDE, 30 ans, hôpital B.

58 Ces éléments dressant les contours d'une clinique infirmière renvoient aux incertitudes avec lesquelles les infirmiers tentent de faire face, individuellement et collectivement, dans le quotidien psychiatrique. S'ils expriment des craintes quant aux transformations de leur filière de soin ou de leur groupe professionnel, la clinique demeure un aspect significatif de leurs pratiques quotidiennes. Les dimensions cliniques de l'activité infirmière en psychiatrie sont ainsi tournées vers une forme d'utilité dans la pratique professionnelle des soignants. Plus que simples fonctions dans l'ordonnancement de la psychiatrie, elles renvoient à la manière dont les infirmiers agissent au quotidien en composant avec les impondérables de leur pratique professionnelle.

59 Arts de faire propres aux soignants, ces savoirs cliniques, qu'ils soient pratiques ou théoriques, sont protégés par les différents acteurs des mondes psychiatriques qui tentent d'en perpétuer l'usage, d'en transmettre les « tours de main » pour permettre au soignant de garder le sens de son activité et de ne pas le voir se diluer dans une rationalité instrumentale rendant difficile la tenue du poste de travail. Ces savoirs pratiques et théoriques entrent en contradiction avec les

injonctions au professionnalisme [61] et à la performance contenues dans les guides de bonnes pratiques et autres instruments héritiers d'une conception biomédicale de la maladie mentale, ou d'une logique instrumentale de l'action publique en matière de santé. Ainsi, la vie de la clinique, cultivée dans les marges de l'organisation, devient le cœur du travail des soignants. Elle permet par ailleurs au groupe infirmier en psychiatrie de protéger son existence en qualité de « groupe pour soi » et d'acquiescer une autonomie professionnelle renforcée.

Notes

- [1]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien*, Paris, Le Seuil, 1980.

- [2]

M. Detienne, J.-P. Vernant (1974), *Les ruses de l'intelligence. La métis des Grecs*, Paris, Flammarion, 1992 ; G. Herreros, *Pour une sociologie d'intervention*, Toulouse, érès, 2009.

- [3]

Un exemple de la mise en œuvre de ces dispositifs est notamment fourni dans l'article suivant : P. Micheletti, P. Chierici, X. Durang, N. Salvador, N. Lopez, « La décision stratégique en établissement public de psychiatrie : proposition de méthode pour l'analyse et l'allocation des moyens », *Santé publique*, HS, vol. 23, 2011, p. 75-96.

- [4]

Pour davantage d'éléments sur ces protocoles, voir notamment : A.-M. Bonnery, *Protocoles de soins, méthodes et stratégies*, Paris, Éditions hospitalières, 1995, ou *Protocoles de soins infirmiers, Guide du service infirmier*, n° 4, série organisation et gestion du service infirmier, ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, 1992.

- [5]

M. Formarier, L. Jovic, « Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, n° 32, 1993, p. 75-83.

- [6]

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé*, mai 2002, fiche 3 : « Le traitement médicamenteux de la douleur ».

- [7]

BO 92-13 bis, ministère de la Santé.

- [8]

C. Halpern, P. Lascoumes, P. Le Galès (sous la direction de), *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*, Paris, Presses de Sciences Po, 2014, p. 17.

- [9]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien*, Paris, Le Seuil, 1980.

- [10]

Ibid., p. 37-38.

- [11]

M. Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975.

- [12]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien, op. cit.*, p. 39-40.

- [13]

Le vocabulaire ici mobilisé est tiré du travail de Michel de Certeau.

- [14]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien, op. cit.*, p. 46.

- [15]

R. Richieri, L. Boyer, C. Lançon, « Fiabilité des références diagnostiques du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie », *Santé publique*, HS, vol. 23, 2011, p. 31-38.

- [16]

D. Couturier, G. David, D. Lecourt, J.-D. Sraer, C. Sureau (sous la direction de), *La mort de la clinique*, Paris, Puf, 2009.

- [17]

L. Murat, *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*, Paris, Gallimard, 2011.

- [18]

M. Demangeat, « Clinique médicale, clinique psychiatrique, clinique psychanalytique », *Sud/Nord*, 1, n° 21, 2006, p. 43-50.

- [19]

M. Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Puf, 1963.

- [20]

Ibid.

- [21]

Ibid., p. 147.

- [22]

M. David-Ménard, 2009. « La clinique comme méthode en psychanalyse », dans D. Couturier, G. David, D. Lecourt, J.-D. Sraer, C. Sureau (sous la direction de), *La mort de la clinique*, Paris, Puf, 2009.

- [23]

Daniel Widlöcher est psychiatre et psychanalyste.

- [24]

D. Widlöcher, « La psychiatrie clinique peut-elle disparaître ? », dans D. Couturier, G. David, D. Lecourt, J.-D. Sraer, C. Sureau (sous la direction de), *La mort de la clinique*, Paris, Puf, 2009, p. 103.

- [25]

Ibid., p. 105.

- [26]

Ibid., p. 108.

- [27]

D. Couturier, G. David, D. Lecourt, J.-D. Sraer, C. Sureau (sous la direction de), *La mort de la clinique*, *op. cit.*

- [28]

Ibid., p. 108.

- [29]

V. de Gaulejac, « Aux sources de la sociologie clinique », dans V. de Gaulejac, F. Hanique, P. Roche, *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodes*, Toulouse, érès, 2007, p. 25.

- [30]

Voir notamment : V. de Gaulejac, S. Roy, *Sociologies cliniques*, Paris, Desclée de Brouwer, 1993.

- [31]

Y. Jaffré, « Les terrains d'une anthropologie comparative des sensibilités et des catégories affectives », *Face à face*, 9, 2006, mis en ligne le 1^{er} octobre 2006.

- [32]

J. Truc, « Une désillusion narrative ? De Bourdieu à Ricœur en sociologie », *Tracés. Revue de sciences humaines*, 8, mis en ligne le 3 février 2009, consulté le 7 septembre 2015.

- [33]

V. de Gaulejac, M. Legrand, *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle*, Toulouse, érès, 2008.

- [34]

V. de Gaulejac (1996), *Les sources de la honte*, Paris, Desclée de Brouwer, 2008.

- [35]

V. de Gaulejac, *L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

- [36]

V. de Gaulejac, *Les sources de la honte, op. cit.*, p. 201.

- [37]

Ibid., p. 181.

- [38]

V. de Gaulejac, *L'histoire en héritage, op. cit.*

- [39]

V. de Gaulejac, F. Blondel, I. Taboada-Leonetti, *La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer, 2014, p. 264.

- [40]

V. de Gaulejac, *Qui est « Je » ? Sociologie clinique du Sujet*, Paris, Le Seuil, 2009.

- [41]

V. de Gaulejac, P. Roche, « Introduction », dans V. de Gaulejac, F. Hanique, P. Roche, *La sociologie clinique, op. cit.*, p. 10.

- [42]

E. Enriquez, *L'organisation en analyse*, Paris, Puf, 1992.

- [43]

E.C. Hughes, « The social drama of work », *Mid-American Review of Sociology*, 1, 1976, p. 1-7.

- [44]

V. de Gaulejac, *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Le Seuil, 2005.

- [45]

N. Aubert, *L'individu hypermoderne*, Toulouse, érès, 2006.

- [46]

M.-A. Dujarier, *L'idéal au travail*, Paris, Puf, 2006.

- [47]

V. de Gaulejac, *Travail, les raisons de la colère*, Paris, Le Seuil, 2011.

- [48]

A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

- [49]

A. Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

- [50]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien, op. cit.*

- [51]

F. Davis, *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*, New York, John Wiley & Sons, 1966.

- [52]

P. Bourdieu, *La distinction, critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

- [53]

Telles que les qualifiait déjà Pinel : cf. L. Murat, *L'homme qui se prenait pour Napoléon, op. cit.*

- [54]

A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

- [55]

P. Bourdieu, *La distinction, critique sociale du jugement, op. cit.*

- [56]

Extrait d'entretien 36, infirmier IDE, 22 ans, hôpital A.

- [57]

A. Vega, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.

- [58]

Extrait d'entretien 5, médecin psychiatre, 56 ans, hôpital A.

- [59]

M. Klein (1932), *La psychanalyse des enfants*, Paris, Puf, 2013.

- [60]

Dans un premier temps, le petit enfant ne peut concevoir l'objet qu'en termes de bon ou mauvais objet, en fonction de la satisfaction qu'il lui apporte (mode clivé), puis peu à peu, il va admettre qu'un seul et même objet peut être à la fois bon et mauvais (mode ambivalent, où l'enfant reconnaît que c'est bien la même mère qui est tantôt gratifiante tantôt frustrante).

- [61]

V. Boussard, D. Demazière, P. Milburn (sous la direction de), *L'injonction au professionnalisme*, Presses universitaires de Rennes, 2010.

Le pouvoir des soignants de la psychiatrie

La clinique fournit aux infirmiers des logiques d'action leur permettant d'agir selon des normes professionnelles spécifiques. Les infirmiers se saisissent de ces savoirs pour braconner les instruments de pouvoir. Les instruments de suivi et de mesure de l'activité sont rapidement « tournés [1] » par les soignants qui les braconnent. Le jeu des braconnages des soignants vient atténuer les dominations managériales et gestionnaires, mais aussi la dominance professionnelle des médecins à l'échelle des unités de soin. En mobilisant la clinique, les infirmiers condamnent les instruments à devenir marginaux. Ce renversement se traduit par la subversion des protocoles et des instruments et dispositifs issus du *New Public Management*, ainsi que par le renforcement de l'autonomie professionnelle des soignants, en particulier des infirmiers.

Politiques du chiffre et braconnages infirmiers

2 Si les médecins et les cadres de santé peuvent tenter de faire entendre leur position sur l'introduction des outils de suivi et de mesure de l'activité dans les mondes de l'hôpital psychiatrique contemporain, les autres soignants, en particulier les infirmiers, ne peuvent être considérés comme des acteurs passifs de cette nouvelle domination managériale et gestionnaire. En fait, l'ensemble des professionnels interagit pour contribuer au façonnement des outils de suivi et de mesure de l'activité. Cependant, chaque groupe professionnel n'est pas doté des mêmes ressources. Les infirmiers ont très peu de ressources propres pour agir dans la définition de ces outils en amont de leur introduction. Ils mettent alors en œuvre des tactiques et des stratégies, s'entourent de vigies, et grignotent les dispositifs de pouvoir qui s'imposent à eux. Ils fragilisent ainsi l'influence que le pouvoir managérial et gestionnaire tente d'exercer sur leur activité.

3 Les braconnages des soignants sont un art de l'occasion qui doit s'exprimer dans les marges de l'organisation. Ils s'insinuent dans les failles des procédures managériales et gestionnaires. Pour exister, les braconnages nécessitent une vigilance importante des soignants ainsi qu'un accord tacite entre collègues sur la pertinence de ces transgressions infimes. Les braconnages appellent la coopération et la complicité de l'ensemble des soignants.

4 Alors que la qualité est le nouveau paradigme du soin à l'hôpital et le dénominateur commun entre ses acteurs [2], la clinique fournit aux soignants une justification suffisante au suivi d'une logique du soin non instrumentale. Cet « inestimable du soin [3] » entre en contradiction avec les indicateurs de suivi et de mesure de l'activité hospitalière. À la manière de ce qu'Yves Clot [4] met en exergue dans son ouvrage, *Le travail à cœur*, les indicateurs censés rendre compte de l'activité des professionnels de santé échouent à saisir le « travail réel » des soignants. L'activité des soignants déborde les dispositifs qui sont supposés en rendre compte.

5 L'art du détournement mobilisé par les infirmiers s'accompagne d'une vigilance permettant aux braconnages – quoique pour partie toujours éphémères – de trouver une stabilité dans le temps. Puisqu'il est un « art du bon coup », le braconnage est fragile. Dépendant du moment, il nécessite une vigilance de tous les instants pour pouvoir se perpétuer dans le temps. La venue d'un nouveau membre ou l'intervention d'un tiers « extérieur » constituent autant de moments au cours desquels le groupe doit faire preuve de vigilance. Dans le cadre d'un travail en binôme, les soignants les plus anciens initient le nouvel arrivant à l'art discret du braconnage.

6 Précédant le renseignement du dossier du patient, des discussions informelles agissent comme une préparation au braconnage. Le choix des termes, porteur d'enjeux pour la prise en charge du patient par les autres professionnels, constitue l'objet premier de l'activité de braconnage. L'infirmier plus expérimenté signifie, par le rythme accéléré de son discours, la transgression effectuée dans la transmission de l'information. Aussi les « écrits infirmiers », dans lesquels les blouses blanches rendent compte après observations, dans le dossier de patient informatisé, ne contiennent-ils qu'une part infime des informations circulant au sein de l'unité et à l'intérieur du collectif soignant. Le dossier de patient informatisé (DPI) rompt avec une convention propre au travail des soignants : la règle de l'oralité. L'ensemble des transmissions d'informations entre professionnels de santé se fait aujourd'hui avant tout à l'oral. Peu de soignants prennent des notes au cours des relèves, pendant les réunions ou pendant le tour. Ces espaces de discussions, formels ou informels, ne laissent que peu de traces écrites. Le rire, les historiettes quotidiennement racontées, les saynètes mimées dans les temps collectifs, mais aussi l'ensemble des gestes, des temps informels, des actions effectuées en urgence et les histoires vécues avec les patients ne figurent évidemment pas dans le dossier de patient informatisé. Autrefois, ainsi qu'aiment à le rappeler certains ISP, les écrits infirmiers occupaient une place plus importante. Ils servaient à l'infirmier à prendre du recul à l'égard de son activité. Les dossiers papier contenaient ainsi des réflexions de la part des soignants, qui étaient motivées par la volonté d'une prise de distance à l'égard de leur activité. Aujourd'hui, les infirmiers sont moins nombreux à mobiliser l'« écriture pour soi [5] ». Sur le dossier informatisé, les anciens ne prennent plus ce temps. Pressés par d'autres activités, ou « mal à l'aise » avec l'outil informatique, les ISP, comme les « nouveaux IDE », investissent davantage l'espace du récit et l'oralité. Du quotidien incarné ne restent que quelques traces écrites lacunaires ou lapidaires : « véhément » ; « passage à l'acte » ; « adhésif », etc. Rien de ce qui relève de l'expérience vécue des soignants ne transparait dans les écrits.

7 Pourtant, les écrits infirmiers jouent un rôle spécifique dans le travail des soignants qui s'est vu investi d'une nouvelle fonction dans la négociation avec les autres segments professionnels de l'hôpital. Pour obtenir une action renforcée de la part de l'équipe médicale, les infirmiers injectent dans leurs observations des mots-clés dictant une réaction particulière de la part des médecins. Les traces écrites de l'activité infirmière sont ainsi détournées de leur intentionnalité initiale. À la rationalité instrumentale du DPI, un outil pour une plus grande « transparence » de l'information en direction de l'ensemble des segments professionnels, usagers compris, les infirmiers opposent un instrument au service de la négociation de la trajectoire de maladie des patients et de celle de leurs propres conditions d'exercice à l'échelle de l'unité de soin. Car les braconnages infirmiers se portent autant sur les dispositifs que sur les catégories elles-mêmes. Les mots, lapidaires, portés sur les dossiers de patients non seulement sont des catégories médicales inscrites dans une logique de soin (clinique), mais ils sont utilisés de façon tactique afin d'obtenir une action de la part des autres

professionnels, en particulier de la part des médecins. Les catégories médicales sont ainsi braconnées au segment médical, et braconnières en ce qu'elles témoignent d'une mobilisation tactique par les infirmiers. Braconniers au quotidien, les infirmiers maîtrisent un art du détournement leur permettant d'avoir une prise sur leur environnement de travail. Ils peuvent, par ce biais, perpétuer une oralité au principe de la clinique, faire valoir leur expertise du quotidien des patients en direction des médecins, transmettre à leur binôme un savoir d'expérience, obtenir une action renforcée de la part d'un segment professionnel ayant du pouvoir dans la gestion de la trajectoire de maladie des patients, et ainsi obtenir de leur part une action sur leurs conditions d'exercice à l'échelle de l'unité de soin.

8 Il s'agit aussi, pour les infirmiers, de s'entourer de vigies, d'avoir des alliés « faisant le guet » pour prévenir d'une éventuelle venue indésirable, et exercer leur activité comme ils l'entendent. La tenue de la pharmacie en offre une illustration caractéristique. Afin de rationaliser les stocks de pharmacie des différentes unités et organiser une gestion centralisée des commandes, l'administration de l'hôpital a formalisé un protocole standardisé d'organisation de la pharmacie au sein de chaque unité. Cette décision était également motivée par la nécessité de limiter les risques liés à des défauts de sécurisation de l'accès aux produits psychoactifs. En réponse, les infirmiers constituent, au fil des commandes et des traitements en supplément, un stock permettant de gérer les incertitudes liées à la survenue d'une crise aiguë chez un patient. Cette gestion informelle est, selon les infirmiers, bien connue de « la pharmacie » avec qui il convient d'« avoir de bonnes relations ».

9

La visite de contrôle de la pharmacie par le cadre supérieur de pôle, le service qualité et la direction des soins de l'hôpital B. n'a pas été annoncée par les contrôleurs. Pourtant, un infirmier d'un autre service a obtenu l'information à temps et s'est empressé de prévenir ses collègues. L'infirmière réceptionnant l'appel téléphonique s'est alors précipitée vers la pharmacie de l'unité. Elle referme en quelques secondes l'ensemble des boîtes contenant les traitements, ferme les portes coulissantes des placards laissées ouvertes et court avertir « sa cadre » de la venue du service qualité pour la pharmacie et du fait qu'elle s'est occupée de son rangement.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2010.

10 Les règles prescrites par l'administration entrent pour partie en conflit avec les routines des infirmiers et les nécessités de leur métier (avoir un stock pour gérer dans l'urgence le traitement d'un patient en crise, accéder au plus vite au matériel d'injection et aux traitements psychoactifs). Pour que le braconnage et le système concret [6] puissent perdurer, il s'agit non seulement d'assurer une façade formaliste mais surtout d'activer les vigies du contrôle menaçant la régulation autonome [7]. Les espaces et les temps de rencontre avec les infirmiers d'unités voisines (lors des « appels à l'aide » ou des déplacements dans les autres services de l'hôpital), ou les collègues avec qui les infirmiers ont travaillé auparavant, représentent ainsi une forme de capital social mobilisable pour poster d'éventuelles vigies.

11 La vigilance des soignants s'appuie en outre sur l'ensemble des autres professionnels « de la maison ». « Comme une grande famille », les membres de l'établissement tendent à cultiver un

réseau de relations qui dépasse les portes des différents services. Une bonne connaissance des soignants de l'équipe des « renforts », de « bonnes relations » avec celle de la « régul' » (service de la régulation de l'hôpital) permettent de prévenir des situations d'urgence. La connaissance des soignants des unités de soin voisines permet de résoudre de façon informelle un certain nombre de problèmes concrets qui s'imposent aux soignants. Ce réseau de professionnels se constitue au gré des « appels à l'aide » au cours desquels les soignants d'une unité doivent venir « prêter main-forte » aux équipes voisines. Le réseau se construit par ailleurs en fonction des remplacements ou des changements de poste à l'échelle de la carrière des infirmiers. Il se forme aussi dans les temps collectifs, professionnels ou extraprofessionnels, mouvements de grève, fêtes de services dans lesquelles les « anciens du service » sont invités, sorties entre amis au cours desquelles se nouent des relations entre soignants de différentes unités. Par leurs braconnages, les infirmiers s'attachent à lutter contre la fragmentation du temps qu'impliquent la quantification et l'approche gestionnaire de l'activité. Par un grignotage discret des dispositifs qu'ils sont contraints d'utiliser, ils parviennent à préserver le cœur de leur métier.

12 En plus des protocoles, les infirmiers braconnent les instruments de suivi et de mesure de l'activité. Ils participent en effet aux procédures de codage de l'activité, nécessaires à l'évaluation des établissements de santé. Ces procédures entendent rendre compte de l'activité dans les établissements de santé mentale, permettre une meilleure gestion des ressources des établissements ainsi qu'une plus grande « transparence » entre soignants, administration et usagers. Le but est enfin d'affiner la gestion par objectifs et de stimuler la performance [8], en mettant en concurrence les équipes et les établissements, notamment par le biais de la « valorisation de l'activité ». La valorisation de l'activité désigne un programme qui vise à rendre compte de l'activité psychiatrique des hôpitaux français dans le cadre de la gestion de l'assurance maladie et de la maîtrise de ses coûts.

13

Au cours de la réunion institutionnelle d'une unité de l'hôpital A., un point de l'ordre du jour est consacré à la présentation par des représentants de la direction des systèmes d'information (DSI) des dispositifs de codage de l'activité, qui devront être testés par les soignants sous le logiciel Cortexte©. L'unité est pilote pour la mise en place de ces outils de suivi et de mesure de l'activité au sein de l'établissement. Assistent à la réunion, infirmiers, médecins, psychologue et assistante sociale présents ce jour-là. La présentation fait peu réagir les infirmiers. Ceux-ci écoutent, distraits et pressés de quitter la salle pour retrouver leur « vrai boulot », les personnels de la DSI envoyés pour présenter l'architecture des nouveaux logiciels en test. Au sortir de cette réunion, les médecins ironisent sur la « quantophrénie » et la « ratiocratie ». L'assistante sociale souffle que « c'est un moyen de faire baisser le nombre de lits ». Une ancienne ISP et une IDE syndiquée à la CGT s'insurgent du fait que « non seulement les équipes ne sont pas en charge de la formation mais qu'elles doivent en plus former des formateurs ». Un autre IDE considère que « ce qui s'est dit est trop abstrait ». Les autres abondent dans son sens. Ils retournent sans autre commentaire à ce qu'ils considèrent comme faisant partie du cœur de leur faisceau de tâches.

Extrait de journal de terrain, hôpital A. 2009.

14 Au vu de leur silence pendant la réunion de présentation, on pourrait conclure à l'absence d'opposition des infirmiers en psychiatrie à la logique gestionnaire et à l'absence de conflit de rationalités entre la routine du soin et les dispositifs de quantification. Pourtant, l'observation des pratiques atteste d'une réalité différente. Les infirmiers n'investissent pas les dispositifs de suivi et de mesure de l'activité : ils remplissent certes le dossier de patient informatisé (DPI) mais renseignent le minimum d'items. Parmi les instruments introduits depuis 2007 dans les établissements de santé spécialisés en santé mentale (recueil d'informations informatisé-RIM-Psy et DPI), seuls quelques éléments du DPI sont réellement investis par les infirmiers. Comme le résume un cadre de santé d'une unité de soins psychiatrique qui est également ancien ISP : « Les soignants investissent le DPI dans ce qu'il leur rend comme service [...]. Ce qui au contraire nous paraît lourd (car l'architecture informatisée reste lourde) n'est pas investi [9]. » Des pans entiers de l'architecture logicielle sont ainsi abandonnés par la plupart des utilisateurs infirmiers. Les infirmiers choisissent de renseigner les modalités les plus générales. Les items que les infirmiers doivent également renseigner sur la version papier du dossier seront plus facilement remplis sur le dossier informatique. L'immense majorité des procédures minuscules tombent dans l'oubli. La plupart des indicateurs ne sont donc pas investis car trop éloignés de l'activité infirmière.

15 Les instruments de mesure de l'activité contenus dans le DPI et, plus largement, dans le RIM-psy, ne sont utilisés que s'ils intègrent et servent l'activité infirmière en psychiatrie. Les modalités proposées dans le logiciel ne s'inscrivent pas dans la logique de l'activité des équipes et restent ainsi et dans une large mesure des « indicateurs inertes ». Au sens de Valérie Boussard [10], les indicateurs inertes, n'ayant pas de sens pour les acteurs, s'opposent aux indicateurs prégnants qui sont « le résultat d'un processus d'argumentation conduit par des acteurs qui visent à faire accepter une des nombreuses représentations possibles de l'organisation ». La logique des équipes prime ainsi sur la rationalité des instruments.

16 Lorsque ces instruments sont introduits dans *leur* unité, les infirmiers mettent en œuvre des tactiques pour braconner ce qu'ils considèrent comme étant déconnecté de leur travail concret. Sans nécessairement prendre part aux échanges formels à propos de l'introduction de ces « nouveaux outils », ils « habitent » très vite les instruments, les traversent et les transforment sans mot dire. Ces tactiques constituent, dans la théorie certalienne, « l'action calculée que détermine l'espace d'un propre. [...] Il lui faut utiliser, vigilante, les failles que les conjonctures particulières ouvrent dans la surveillance du pouvoir propriétaire. Elle y braconne. Elle y crée des surprises. Il lui est possible d'être là où on ne l'attend pas. Elle est ruse [11] ». « Garde-fous » des lieux, les infirmiers assurent la continuité de leurs « manières de faire » en chargeant l'outil de leurs buts. À la manière de ce que Dominique Monjardet [12] a observé dans la police, les infirmiers procèdent à une involution des buts » de la mesure afin de répondre aux exigences du métier tout en répondant aux prescriptions de l'encadrement administratif. Pour reprendre les mots de Michel de Certeau [13], « bien loin d'être une révolte locale, donc classable, c'est une subversion commune et silencieuse, quasi moutonnaire ». Si nécessaire, les infirmiers affichent une façade de résignation et laissent se diluer en discours abstraits ce qui ne résonne pas en eux comme un outil au service de leur « vrai boulot ».

17 Les soignants poursuivent leur activité quotidienne selon les règles de la régulation autonome. Face aux préconisations de baisse de la durée moyenne de séjour et à la pression des lits, les

soignants reconfigurent le soin autour de ce que l'on peut qualifier d'hospitalisation segmentée. Plutôt que de considérer la sortie des patients comme la fin d'une période d'hospitalisation, les infirmiers considèrent ce passage comme un segment d'hospitalisation qui se poursuivra au « retour » du patient. Les « habitués » de l'hôpital désignent les patients avec lesquels les soignants tentent de préserver une alliance thérapeutique suffisante afin de faciliter leur retour dans l'unité.

18 D'autre part, face à une gestion des lits centralisée par l'équipe de la régulation de l'hôpital, les soignants opposent une gestion informelle. Les équipes se « donnent des coups de main ». Lorsqu'une équipe n'est plus suffisamment « contenante » pour être en mesure de garder un patient dans de bonnes conditions, les soignants peuvent prendre contact avec ceux d'une autre unité et effectuer un « échange de bons procédés ». Échange de patients, prêt de matériel, soutien pratique en situation d'urgence, mais aussi prêt de chambre d'isolement ou accueil des « subsistants », une logique du don-contre-don, justifiée par la clinique, s'additionne et s'oppose à la logique instrumentale de l'hôpital gestionnaire. À la gestion informatisée et centralisée des ressources, se superpose une gestion au coup par coup. Les infirmiers téléphonent aux collègues de la « régul' » ou des unités voisines pour surveiller les lits de chambre d'isolement disponibles. Ils téléphonent aussi pour réserver tardivement un véhicule lorsque tous les autres sont déjà réservés. Les comptes-rendus comptables de l'activité hospitalière ne font pas mention de ces procédures informelles. S'ils constituent bien le fonctionnement concret de l'organisation, les arrangements entre collègues, la segmentation des hospitalisations, tout comme la gestion au coup par coup, ne laissent pas de traces comptables.

19 L'esprit de liberté revendiqué pour le soin des patients est aussi mobilisé pour la gestion et la négociation des conditions d'exercice du travail des professionnels de santé en psychiatrie. Pour protéger un espace à l'abri des patients (tel que l'office), les infirmiers ont couvert les ouvertures qui les rendaient visibles. Une fois installés à la suite de l'application du Label qualité [14] à l'hôpital, les hublots furent quotidiennement recouverts de sets de table en papier. Les locaux des personnels infirmiers, aides-soignants ou ASH des hôpitaux psychiatriques avaient été réaménagés afin de rendre plus visible leur présence. Ainsi, des hublots ont été découpés sur les portes auparavant opaques et fermées. Les croix apposées par les services techniques pour désigner les lieux où seraient creusés les hublots ont d'abord été effacées par les infirmiers pour freiner le travail des ouvriers. Si ces hublots ont finalement fait l'objet d'un tel détournement, c'est que leur construction reliant ce lieu clos (l'office) aux espaces partagés avec les patients, en l'occurrence le couloir, entraine en contradiction avec les logiques du métier des infirmiers et des aides-soignants. Aux yeux des infirmiers, l'office constitue en effet un espace protégé dans lequel le groupe peut réguler collectivement le trouble lié à l'expérience psychiatrique et échanger de manière informelle sur les cas des patients. Ces échanges, relevant de la clinique, ne peuvent, selon eux, se faire en présence des patients. Les « rideaux » bricolés par les infirmiers sont une illustration de la manière dont ces professionnels développent un art du « faire avec ». Ce faisant, ils parviennent à détourner et à braconner les prescriptions et les transformations de l'organisation hospitalière pour continuer à mener, comme ils l'entendent, leur activité clinique.

20 Face à la politique du chiffre, les soignants sont loin d'être dépourvus de ressources. Leurs braconnages rendent caduques les procédures de quantification de l'activité hospitalière. Bien loin d'être des moyens au service des fins du *New Public Management*, les soignants rendent inertes une

partie des indicateurs censés rendre compte de leur activité. Les éléments qu'ils mobilisent sont « tournés » pour venir servir la logique du soin traversée par les enjeux organisationnels. Pour autant, les chiffres, bien que faillibles, sont utilisés par l'administration comme moyen de connaissance et de négociation. En dépit des braconnages des infirmiers et si les chiffres produits échouent à donner une image du soin conforme aux pratiques quotidiennes des soignants, ils sont mobilisés par l'encadrement qui s'en trouve fragilisé. Ce sont les personnels administratifs, dont les effectifs ont augmenté de manière significative ces vingt dernières années dans les hôpitaux psychiatriques, qui sont chargés de faire appliquer ces mesures gestionnaires [15] que les infirmiers rejettent. L'activité de ces personnels est évaluée selon la qualité de ces relevés d'activité rendant pourtant compte des braconnages des soignants.

21 Parmi ces professionnels administratifs, les cadres de santé, présents dans les unités de soin, sont pris entre la logique du soin dont ils sont issus pour la plupart, et la logique managériale qu'ils doivent assumer du fait de leur position. Au quotidien dans les unités de soin, ils sont « le bras séculier » de « la logique managériale [...] contraints à adhérer » à celle-ci au prix d'un clivage interne lié à leur travail de subjectivation du conflit de rationalités entre « logique professionnelle » et « logique managériale [16] ». Devant rendre des comptes à leur propre encadrement (les cadres supérieurs de santé ou de pôles) et mettre en place les méthodes et les dispositifs standardisés [17], ils doivent tenter de faire la synthèse entre la logique du soin et la logique gestionnaire. Pour être acceptés par les équipes, les cadres de santé doivent faire valoir leur rôle de soignants. Ils sont d'autant plus appréciés qu'ils « connaissent » non seulement le soin mais plus spécifiquement le soin en psychiatrie. Pour les infirmiers, ils sont supposés être des « facilitateurs du soin » à l'échelle de l'unité. Pour les autorités gestionnaires, ils sont censés assurer la bonne diffusion des outils de suivi et de mesure de l'activité hospitalière à l'échelle de l'unité.

22 Les cadres de santé ne peuvent ainsi être décrits comme un moyen au service des fins du *New Public Management*. En effet, pour justifier leur présence quotidienne auprès des soignants, ils doivent participer à la vie du « collectif soignant » qui est un organe de la régulation autonome. Ce faisant, ils ne peuvent, pour garantir leur légitimité au sein du groupe, que participer à une régulation autonome qui entre en contradiction avec leur rôle prescrit de représentants de la régulation de contrôle.

23 Les résultats de ces braconnages servant la régulation autonome des soignants sont mobilisés comme des instruments de connaissance par des outsiders du quotidien hospitalier. Les cadres de santé, présents dans les unités de soin, ne sont pas naïfs quant à la caducité des données recueillies. Pourtant, ces données viennent alimenter les justifications de la poursuite des orientations gestionnaires des hôpitaux par des personnels administratifs étrangers à la vie quotidienne des unités de soin. Reste que ces personnels administratifs, souvent décrits comme les chantres de la domination gestionnaire, n'ont, à l'échelle des unités, qu'un pouvoir limité.

24 Les dispositifs de suivi et de mesure de l'activité constituent en effet pour l'encadrement supérieur (cadre supérieur de pôle, direction des soins), qui n'est pas présent dans les unités de soin, un moyen de connaissance et de négociation. En se basant sur ces instruments, un cadre supérieur de pôle, évoquant le travail de l'équipe de nuit, met ainsi en avant l'idée que l'équipe « rechigne à prendre en charge du travail qui n'a pu être fait la journée ». Il compte « faire un inventaire des

tâches à effectuer sur vingt-quatre heures afin d'organiser l'unité en fonction des besoins [18] ». Il trouve à ce titre « étonnant qu'il y ait deux équipes séparées » et estime que c'est un « chantier » qu'il devrait engager. Ce cadre supérieur de pôle, ancien ISP, acquis aux « voies de la qualité [19] », se sent éloigné du quotidien des unités de soin. Contrairement au cadre de santé cité plus haut, qui peut affirmer qu'il « ne s'est jamais senti autant soignant que depuis qu'il a posé sa blouse [20] » sur la patère en face de son bureau, ce cadre supérieur de pôle utilise les outils de suivi et de mesure de l'activité comme moyen de connaissance dans le quotidien des unités et de légitimation de son management d'équipes.

25 Ces échelons intermédiaires venus renforcer le pouvoir administratif de l'hôpital sont dans la nécessité de faire appel aux instruments de suivi et de gestion pour justifier leurs actions. Conscients de la limite des relevés de ces instruments, ils n'ont toutefois que peu de moyens pour avoir connaissance de ce qui se joue à l'échelle des unités de soin. Mettant en œuvre une politique gestionnaire à une échelle plus importante que celle de l'unité, ils sont dans la nécessité de considérer ces outils comme des instruments de connaissance. Ces usages de la mesure recouvrent pour partie ceux mis en évidence par Philippe Robert [21], Anaïck Purenne et Jérôme Aust [22] dans la police : « Ce sont de nouveaux échelons, en position d'outsiders, qui se saisissent de ces outils statistiques de suivi de l'activité des services [23]. Ces dispositifs représentent pour eux une opportunité : la remontée régulière de tableaux de bord leur permet, en palliant le déficit d'informations et leur éloignement du terrain, d'asseoir leur pouvoir sur les échelons subalternes [24]. » Pour l'encadrement hospitalier, outsider de la vie des unités de soin, le relevé de l'activité des soignants représente également un instrument de connaissance et de pouvoir.

Les infirmiers, artisans de l'invention du quotidien psychiatrique

26 Les descriptions du groupe infirmier qui en font le réceptacle passif d'une série de dominations (médicale, managériale, gestionnaire) doivent être repensées à l'aune de la situation qui règne aujourd'hui en psychiatrie. La manière dont les infirmiers agissent à l'échelle de leur unité de soin atteste qu'ils maîtrisent l'art du braconnage et mettent en œuvre des stratégies. Les infirmiers constituent un groupe rompu à l'exercice du conflit et de la négociation. Les schémas d'action qu'ils se transmettent de génération en génération tendent, dans le contexte actuel d'une psychiatrie hospitalière se construisant à l'échelle de l'organisation, à renforcer leur pouvoir et leur autonomie.

27 Les infirmiers en psychiatrie entretiennent le discours sur la domination de leur spécialité médicale. Pour contrecarrer ce qu'ils perçoivent comme relevant d'une forme de domination, ils se sont transmis un ensemble de « manières de faire » en développant des récits du quotidien à la manière des « récits de parties » décrits par Michel de Certeau. Les récits de parties sont ces

narrations des participants aux jeux populaires (échecs, boules) qui se remémorent leurs parties précédentes. Pour Michel de Certeau, « le récit n'exprime pas une pratique. Il ne se contente pas de dire un mouvement. Il le *fait* [25] ». Par la narration, les tactiques mises en œuvre par les acteurs s'ordonnent et se transmettent. Le véritable jeu est celui qui se loge dans le langage. Chez les infirmiers, les récits du quotidien inventent et transmettent les tactiques qui pourront être mobilisées par les acteurs du quotidien psychiatrique.

28 Les actions collectives et les braconnages ont pour conséquence de conférer plus de pouvoir aux infirmiers ; ils bénéficient de davantage de compétences dans la maîtrise de ces « manières de faire » que les autres professionnels de l'hôpital qui doivent aussi repenser les supports de leur légitimité en dehors de ceux fournis par l'institution et par la profession. Ce sont ainsi les professionnels infirmiers qui tendent à s'imposer comme les principaux artisans du quotidien de la psychiatrie à l'échelle de l'organisation.

29 Michel de Certeau avait pressenti la prégnance des actions tactiques dans le cadre d'un déclin généralisé des programmes institutionnels : « Dans nos sociétés, elles [les stratégies] se multiplient avec l'effritement des stabilités locales comme si, de ne plus être fixées par une communauté circonscrite, elles se désorbitaient, errantes, et assimilaient les consommateurs dans un système trop vaste pour qu'il soit le leur, et tissé trop serré pour qu'il puisse lui échapper [26]. » Le déclin de l'institution psychiatrique [27] correspond à la fragilisation des rôles de l'ensemble de ses membres et en particulier des soignants : « Bien que l'on retrouve partout, à l'école, à l'hôpital, ou dans le travail social, des traces ou des segments du programme institutionnel, il semble évident que nombre de pratiques et de symboles s'en éloignent progressivement. [...] Ce que l'image classique de la modernité avait mis en lumière comme un système homogène et cohérent se défait sous nos yeux : les valeurs sont contradictoires entre elles, les murs des sanctuaires s'effritent devant la force des demandes sociales et des revendications individualistes, et les représentations de la socialisation se transforment progressivement [28]. » L'unité apparente des valeurs se divise et appelle les professionnels des institutions de la société à trouver de nouveaux points d'appui dans leurs pratiques. À cet égard, les infirmiers en psychiatrie bénéficient de ressources qui leur permettent d'agir et leur confèrent une position dominante à l'échelle des organisations.

30 L'institution psychiatrique renvoie au programme, commun à tous les membres des établissements psychiatriques, qui leur indique comment se comporter en toutes circonstances du fait de leur qualité de représentants de l'institution. Ce programme institutionnel est le fruit d'un accord général, au sein d'une société donnée, sur la mission que jouent les établissements psychiatriques (comme l'ensemble des institutions). C'est cet accord durable et partagé par les membres d'une même société qui amène à conférer une mission spécifique aux professionnels engagés au sein de ces institutions. Cette mission à l'égard de la société est ce qui permet aux professionnels de se faire reconnaître une compétence orientée vers l'ensemble de la société. C'est ce qui fait que leur exercice est d'utilité publique. C'est aussi ce qui peut conférer un certain prestige aux professions ou, du moins, faciliter leur exercice et leur légitimité. L'organisation, quant à elle, désigne une entité précise. Une organisation, c'est un établissement (le centre hospitalier A., le centre hospitalier B.) dont le fonctionnement est régi par des règles locales que les acteurs de cet établissement mettent en place pour articuler leurs activités.

31 La précarisation de la mission poursuivie par l'hôpital psychiatrique est pour partie compensée par le développement de l'hôpital comme organisation, et le passage de l'institution à l'organisation se traduit notamment par une tentative de refonte du travail infirmier. Le travail infirmier mobilise désormais une gamme d'outils (protocoles, instruments de suivi et de mesure de l'activité, etc.) : l'activité à l'hôpital est soumise à des impératifs de productivité. Pour faire obstacle à cette évolution, les infirmiers convoquent la *mêtis*, cette intelligence rusée, pour protéger le cœur du métier d'infirmier. La série de braconnages réalisée au quotidien dans les unités de soin témoigne de la place singulière qu'occupent les membres du groupe infirmier dans l'hôpital psychiatrique. Les infirmiers sont particulièrement visibles dans les unités : ils représentent numériquement le plus grand groupe professionnel au sein des hôpitaux. Médiateurs entre les médecins, les patients, l'administration et les familles, ils sont incontournables dans toutes les interactions de l'unité et connaissent les informations essentielles au fonctionnement de l'hôpital. Leur maîtrise des règles, formelles et informelles, leur confère une aptitude à gérer les incertitudes du travail en psychiatrie.

32 Les infirmiers répètent à l'envi un discours fustigeant les dominations dont ils sont les victimes. Mais ces discours détonnent avec la pratique qui révèle bien plutôt le jeu du travail concret faisant des membres du groupe des soignants – infirmiers en particulier – les acteurs les plus à même de « tourner » les situations à leur avantage. Cet avantage dans la négociation des conditions de leur exercice dans le quotidien de l'unité de soin est un atout. Cet atout fonctionne à la condition qu'il échappe aux négociations formelles. En d'autres termes, pour être efficaces, les braconnages doivent se passer de formalisation et de discours. Protégeant le cœur de leur métier, les infirmiers braconnent d'autres éléments qui leur permettent de renforcer la régulation autonome.

33 Dire ces pratiques traversières les rendrait inopérantes car elles sont surtout un « art du bon coup ». Les infirmiers ne développent en effet pas de discours de justification sur ces pratiques et ces « subversions quasi moutonnières [29] ». L'économie d'un discours de justification atteste que l'action collective informelle au niveau local est plus opérante que des revendications collectives. Leur silence dans les débats relatifs au fonctionnement de l'hôpital ou à la discipline psychiatrique les protège non seulement d'éventuelles dissensions à l'échelle du groupe professionnel mais aussi des critiques de la part des mouvements d'usagers et de l'administration hospitalière.

34 Dominés par les médecins, ils sont en quête d'une valorisation de leur « rôle propre ». Pourtant, très peu souhaitent « évoluer ». Les carrières infirmières sont, en psychiatrie comme en soins généraux, « plus horizontales que verticales [30] ». Si les infirmiers ne souhaitent pas embrasser des carrières d'encadrement, c'est notamment du fait des avantages qu'ils perçoivent à rester infirmiers. Revêtir les habits du dominant dans l'organisation les enjoindrait notamment à prendre position sur la définition de la discipline psychiatrique et sur le devenir de l'hôpital. En se laissant définir comme des agents dominés par les pouvoirs managérial, gestionnaire et médical [31], ils font l'économie d'un discours de justification de leurs pratiques professionnelles. Ils se font volontiers l'écho d'une histoire d'asservissement de leur propre groupe professionnel qui serait la répercussion de celui de l'hôpital. Contraints par la domination managériale et gestionnaire, ils sont « à bout » et ne parviennent plus à donner du sens à leur activité.

35 Les empiétements des pouvoirs managérial, gestionnaire ou médical, sur le cœur du métier des soignants sont perçus comme des formes de violence organisationnelle. Autant les infirmiers peuvent accepter la violence des patients, autant celle de l'organisation leur est insoutenable.

36

« La violence des patients, je la comprends, mais ça me met hors de moi que l'institution me mette à mal. Notre travail est suffisamment difficile ! »

Entretien 19, infirmière IDE, 55 ans, hôpital A.

37

« La pire violence, c'est l'institution. Faire ressortir un patient parce qu'il n'y a pas de lit. C'est super-violent ! Ne pas reprendre les patients, ne pas être soutenu par les médecins ou l'encadrement. La violence des patients, c'est pas ça le plus violent. C'est pas ce qui nous fait bondir. C'est la violence du quotidien. »

Entretien 7, infirmière IDE, 26 ans, hôpital B.

38 Les infirmiers opposent la violence des patients à celle de l'hôpital. La première fait partie de leur activité tandis que la seconde représente une attaque à l'encontre de leur métier de soignant. Les infirmiers fustigent l'« institution » qui désigne pour eux les contraintes gestionnaires de l'organisation mais aussi les défauts de l'encadrement managérial. Les soignants réagissent en opposant un savoir clinique. Et ils appellent les médecins à leur secours.

39

« C'est inadmissible, malade ou pas malade, il faut un substitut paternel de la loi et c'est le rôle du médecin de recadrer un patient. [...] Les interdits, ce sont les infirmiers qui les verbalisent mais si personne ne suit, pour moi, c'est presque un permis de tuer ! On n'est pas de la chair à pâté. Les patients n'ont pas le droit de nous agresser. »

Entretien 35, infirmière IDE, 48 ans, hôpital B.

40 Selon les infirmiers, le défaut de soutien du médecin les met en danger. Les infirmiers soulignent régulièrement le mépris dont ils seraient l'objet dans l'organisation. Quand ils se sentent entravés dans leur exercice, ils sont prompts à manifester leur désapprobation, au point que l'encadrement et les médecins ne peuvent présumer de leur autorité. Par leur nombre et leur capacité de réaction, les infirmiers parviennent à imposer leur conception du quotidien psychiatrique.

41 Les infirmiers sont pleinement conscients des ressources dont ils disposent dans la négociation de leurs conditions d'exercice. Cette hypothèse a été doublement validée par le terrain : au cours des mois d'observation dans deux unités puis lors d'une séance de restitution. À la suite de la présentation de ce travail, une infirmière du centre hospitalier A. ironisait : « Avec la nouvelle

gouvernance, les médecins doivent s’y mettre. On leur apprendra [32]. » Cette infirmière met en évidence combien ces ressources constituent un véritable contre-pouvoir.

42 Par ailleurs, les infirmiers dictent les formes du soin en constituant des ressources pour les médecins qui doivent en effet baser leurs actions sur le « diagnostic de la vie quotidienne » tel qu’il est formulé par les infirmiers. Ces derniers adjoignent aux observations cliniques des éléments permettant de peser sur l’action des médecins. L’utilisation des expressions telles que « opposant » ou « à la limite du passage à l’acte » entendent influencer la décision médicale dans le but de garantir de bonnes conditions d’exercice pour le groupe infirmier. Les infirmiers attendent des médecins qu’ils prennent des décisions induites par ces expressions : l’expression « opposant » doit par exemple inciter à l’augmentation du traitement du patient et à un « recadrage » de la part du médecin. Les infirmiers considèrent que le médecin doit leur garantir de bonnes conditions de travail. Dans le cas où le médecin n’agit pas selon les recommandations suggérées par les infirmiers, il apparaît tout simplement comme illégitime aux yeux des soignants. Il rend alors également son service moins attractif. Par le suivi ou non des prescriptions discrètes, il participe, ce faisant, à la régulation autonome du groupe infirmier.

43 L’affaiblissement de la dominance professionnelle des médecins provient de l’effet combiné de la maîtrise suffisante des catégories médicales et cliniques par les infirmiers, et d’un art du détournement permettant leur déploiement dans le but tactique d’améliorer les conditions d’exercice des membres du groupe infirmier. Les usages qui sont faits de la clinique sont souvent troubles dans leur intentionnalité car le destin des infirmiers est intrinsèquement lié à celui des patients. En effet, la coprésence structurelle des infirmiers et des patients fait de la négociation de la trajectoire de maladie des patients un enjeu central du travail infirmier. En effet, de cette trajectoire dépendent les conditions d’exercice des soignants de l’unité, et les braconnages de la clinique servent donc à œuvrer pour leur amélioration.

44 S’agissant des cadres de santé, le processus est identique, de sorte que tous les membres de l’organisation sont supposés œuvrer à la garantie de bonnes conditions de travail pour les infirmiers. Cela explique que la « violence de l’institution » soit invoquée chaque fois qu’un infirmier ne se sent pas totalement soutenu par l’ensemble des membres de l’organisation. Ce renversement de la hiérarchie formelle à l’échelle de l’unité de soin est le fait non seulement des braconnages mais également des ressources stratégiques permettant aux infirmiers de prendre part à la négociation de leurs conditions d’exercice. À l’échelle des unités de soin, trois types de ressources leur confèrent un pouvoir stratégique : l’emploi, le genre et le collectif.

45 Le relatif plein emploi des infirmiers offre à ces professionnels des ressources importantes pour la négociation avec les autres professionnels. Les infirmiers bénéficient en effet d’une marge de manœuvre importante dans les discussions de leurs conditions d’emploi et/ou d’exercice. La filière de soin psychiatrique est peu attractive [33]. La fin de la segmentation professionnelle des infirmiers de secteur psychiatrique, en 1992, a contribué aux difficultés de recrutement de nouveaux infirmiers ainsi qu’à leur pérennisation dans les unités de soin de la psychiatrie publique hospitalière. Avant 1992, de nombreux infirmiers voyaient leur formation prise en charge par un établissement psychiatrique et se devaient d’exercer quelques années au sein de l’établissement ayant rémunéré leur formation. Aujourd’hui, les relations de pouvoir en matière d’emploi leur sont

favorables. Peinant à recruter de nouveaux soignants, les hôpitaux multiplient les dispositifs supposés faciliter le recrutement d'infirmiers. En dépit des aides à la formation, des contrats à durée indéterminée et déterminée, et des recours à l'intérim, les établissements psychiatriques n'empêchent pas le turnover des soignants.

46 Les hôpitaux psychiatriques déploient en effet un ensemble de moyens de nature à faciliter le recrutement. Le centre hospitalier A. a ainsi pu mettre en place un système favorable aux mutations internes afin de rendre l'établissement plus attractif. Ce système permet aux infirmiers d'être candidats à un emploi au sein de l'établissement sans en référer à leur hiérarchie. Ils ne sont tenus de signaler leur changement de poste qu'un mois avant leur nouvelle prise de fonction. Avant même qu'ils n'en formulent la demande, ils sont précédés par les effets de la mise en concurrence en matière d'attractivité des services et des unités de soins. Un cadre supérieur du centre hospitalier A. commente ce nouveau dispositif de recrutement :

47

« Cette transformation du mode de recrutement des infirmiers transforme le rôle des cadres de santé. Nous devons fournir aux équipes un cadre de travail et des conditions d'exercice suffisamment favorables pour permettre leur recrutement dans notre unité plutôt que dans une autre. »

Entretien 40, cadre supérieur de santé, 51 ans, hôpital A.

48 Les infirmiers sont conscients de cette mise en concurrence et se renseignent sur « l'ambiance » qui règne dans une unité. Ils vont faire des remplacements dans telle autre pour « connaître les collègues ». Ils mûrissent leur choix afin de maximiser leurs chances d'intégrer une unité dans laquelle ils « se sentent bien ». Des critères précis fondent le choix de l'unité d'exercice des infirmiers, en particulier les convictions théoriques de l'équipe, qu'elle soit imprégnée des méthodes de la psychothérapie institutionnelle, ou plutôt de celles des thérapies cognitivo-comportementales. Ils choisissent également de travailler avec des équipes dont ils reconnaissent la légitimité. Aussi les services n'ayant pas bonne réputation ont-ils des difficultés à recruter du personnel infirmier.

49 Dès lors, la tâche des cadres de santé et, quoique de façon moins directe, celle des médecins, sont de rendre plus attractive une unité de soin et son équipe, de veiller à sa « bonne réputation » auprès des différents professionnels de l'hôpital. Dans cet objectif, le cadre de santé veille à ce que son activité soit « clinique », il s'applique à « rester dans le soin ». Il se montre « arrangeant avec les plannings » et compose avec les « échanges » de jours de travail entre infirmiers. De façon générale, il doit être « au service du soin » et de ses soignants. Pour sa part, le médecin doit s'inscrire dans une démarche clinique qui prend en considération le « point de vue » des infirmiers. Il s'efforce d'« être partageur » pour que les infirmiers puissent, à son contact, « apprendre » et compléter leur savoir pratique et théorique mobilisable auprès des patients. Enfin, les infirmiers exigent du médecin un certain charisme, sans lequel ils ne seraient pas fiers d'exercer à ses côtés.

50 Une fois recrutés, les infirmiers mobilisent cette ressource de l'emploi pour faire pression auprès de leur hiérarchie. Il arrive même que les infirmiers menacent, à la suite d'un conflit avec le

cadre supérieur de pôle et s'ils considèrent être victimes d'une injustice, de démissionner collectivement. Les infirmiers trouvent ainsi dans l'emploi une ressource de premier ordre pour la négociation.

51

Les infirmiers apprennent ce matin la démission de leur cadre de santé à la suite d'un différend avec le cadre supérieur. Ce cadre de santé, estimé par l'équipe, était arrivé après une longue période au cours de laquelle le cadre supérieur de santé gérait par intérim l'unité, suite au départ du précédent cadre de santé « inadapté » pour ce poste. Le différend opposant le cadre supérieur de santé et le cadre de santé actuel porte sur les plannings des infirmiers. Le cadre légal d'organisation des soins oblige à la présence d'au moins deux infirmiers en journée. Pour alléger la charge de travail des soignants, le cadre de santé a construit un planning avec trois infirmiers en journée. L'encadrement supérieur (cadre supérieur de santé) a alors fait part de son désaccord au cadre de santé. Le cadre supérieur de santé et le directeur de soins auraient « attrapé » le cadre de santé et auraient émis l'hypothèse de lui donner un blâme. Suite à cet échange, le cadre de santé a posé sa démission et l'équipe infirmière se retrouve sans cadre de santé. Anne, IDE, était présente à l'hôpital lorsque le cadre de santé s'est entretenu avec le cadre supérieur de santé et le directeur des soins. C'était, selon elle, très difficile car le cadre de santé pleurait dans le service. Selon elle, cette histoire est « la goutte d'eau qui a fait déborder le vase ». Le cadre supérieur et le directeur des soins seraient « sur le dos du cadre de santé depuis un an ». Le cadre supérieur serait venu sans arrêt, avec la cadre de l'unité voisine, vérifier les plannings et faire des remarques au cadre de santé. Pour Anne, il s'agit clairement de harcèlement moral, et le départ du cadre de santé est, selon elle, une « question de survie ». L'équipe soignante a réagi en adressant une lettre au directeur de l'hôpital (Anne me montre la lettre dans son casier), dont une copie a été adressée au CHSCT [34], à la médecine du travail et aux syndicats. La lettre a reçu l'ensemble des signatures de l'équipe soignante (pas les médecins car cela ne leur a pas été demandé). Une enquête pourrait être lancée, ce qu'Anne espère car ce sont « toujours les mêmes qui gardent toute impunité ». Dans la lettre, on lit l'étonnement et l'attachement à ce cadre de santé qui a redonné de la motivation à une équipe longtemps restée sans cadre. Anne dit ne plus vouloir vraiment s'impliquer. Anaïs, seconde IDE, était absente à ce moment-là et dit se sentir, quoique affectée, moins directement touchée. En vacances en Corse avec Stéphanie (IDE), elles ont été averties par téléphone et ont essayé de prendre de la distance avec tout ce qui se passe dans le service. À la suite de la démission, une réunion avec le cadre supérieur de santé et le médecin responsable de l'unité a été organisée. Le médecin aurait dit, lors de cette réunion, que la démission du cadre de santé « relevait d'un choix personnel qu'il faut accepter ». Anne s'est alors sentie trahie et aurait aimé se lever et sortir de la réunion. Elle dit avoir manqué de courage à ce moment-là. Pour elle, le départ du cadre n'est pas un choix mais une nécessité face à une situation de harcèlement, vital pour ne pas faire une « grosse dépression ».

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

52 Les infirmiers constituent un véritable contre-pouvoir à l'échelle de l'unité : ils n'hésitent pas à menacer d'un départ collectif l'encadrement supérieur si ses décisions ne leur offrent pas

satisfaction, et les cadres de santé sont investis par leurs équipes s'ils facilitent le travail des soignants et les protègent du pouvoir managérial et gestionnaire. Les cadres peuvent, comme dans le cas ci-dessus, être soutenus, ou, comme ce fut le cas auparavant avec le précédent cadre de santé de cette même équipe, être dirigés vers la sortie s'ils ne sont pas perçus comme légitimes de la part des soignants.

53 L'arrivée des aides-soignants en psychiatrie ainsi que de quelques intérimaires infirmiers a eu par ailleurs tendance à revaloriser leur profession dans la hiérarchie des professions non médicales de l'hôpital. Les infirmiers se sont en effet éloignés du bas de la hiérarchie consécutivement à l'arrivée de ces nouveaux professionnels.

54 Cette position de pouvoir n'est pas sans susciter du ressentiment. Les cadres supérieurs reprochent aux infirmiers de se considérer comme les seuls dépositaires de l'activité en psychiatrie.

55

« Ils ont tendance à croire qu'il n'y a qu'eux qui travaillent à l'hôpital. C'est important de leur faire comprendre ce qui est fait par ailleurs, les autres logiques. Ils ont toujours tendance à croire qu'il n'y a pas de reconnaissance, mais il y en a, et eux ne nous le rendent pas forcément [...]. Il faudrait expliquer les différentes logiques des différents professionnels car tout le monde doit travailler ensemble, et les logiques de chacun sont aussi importantes, ce serait un plus si l'on pouvait plus se comprendre. »

Entretien 39, cadre supérieur de santé, 54 ans, hôpital B.

56 Les infirmiers mettent en porte-à-faux l'encadrement qui, à son tour, doit faire entendre les logiques à l'œuvre dans son groupe professionnel. Cette économie des relations entre les membres du groupe infirmier et les autres professionnels de l'hôpital est aujourd'hui favorable aux infirmiers.

57 Le genre constitue une seconde ressource pour les infirmiers en psychiatrie. Si le groupe est très majoritairement féminin, une culture de la force, de la virilité ainsi que des performances masculines [35], continue à être agissante chez les infirmiers. En psychiatrie, les femmes étaient moins surreprésentées dans le groupe infirmier que parmi les infirmiers généraux. Deux raisons au moins l'expliquent. L'image de l'asile comme lieu de la force et de la contrainte explique la plus forte présence des hommes en psychiatrie qu'en soins généraux. En outre, la psychiatrie a recruté parmi le monde ouvrier. Pour les hommes issus de ce milieu, considérant l'image de virilité déglacée par cette filière de soin, la psychiatrie a représenté une opportunité pour s'en extraire. En effet, un grand nombre d'enquêtés ISP ont précédemment connu le travail en usine.

58 Historiquement, la profession infirmière est féminine. Ce serait une activité de femme qui, au fil de l'histoire, sur la base d'un savoir féminin dans le soin des autres, aurait valorisé ces compétences pour qu'émerge un métier d'infirmière [36]. Le métier d'infirmier, depuis les années 1960, est passé d'un métier permettant une ascension sociale aux femmes des classes moyennes avec un accès à l'emploi, à un métier synonyme d'ascension sociale pour des individus (femmes ou hommes) majoritairement issus des couches populaires [37].

59 Le recrutement en psychiatrie a été différent, mais surtout, les caractéristiques du métier sont demeurées associées à la virilité. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous utilisons le masculin pour qualifier les femmes et les hommes qui exercent le métier d'infirmier en psychiatrie. Le métier garde en effet les traces d'une masculinité héritée. Bon nombre d'ISP racontent comment leur recrutement répondait aux critères du gardiennage. Leur « passage sous la toise » venait attester de leur bonne capacité à soigner les malades. Les ISP évoquent tous cette image de « l'infirmier aux gros bras ». Si ce sont aujourd'hui très majoritairement des femmes, elles n'en conservent pas moins cette virilité [38] héritée, même si elle n'est pas partagée par tous les professionnels ; elle est la spécificité des infirmiers. Elle se caractérise par une forme de toute-puissance en direction des patients et tend à faire passer l'infirmier pour un individu capable de gérer toutes les situations, y compris celles qui présentent un risque pour son intégrité physique ou mentale. La figure de la virilité des infirmiers tend à se rapprocher d'un idéal de performance [39].

60 Ainsi les soignants disent-ils s'amuser avec l'état de santé des patients.

61

C'est un après-midi calme. Les infirmiers n'ont « rien à faire » et s'ennuient. Ils se demandent alors, sur le ton de la blague, quel patient ils vont faire « grimper » et pousser à la faute. Ils parient sur les patients qui seraient les plus sensibles aux manœuvres des infirmiers. Quelques minutes plus tard, il faut aller vérifier l'état de santé du patient en chambre d'apaisement. Stéphanie et Anaïs, les deux IDE, s'en chargent. À leur retour, elles racontent aux soignants présents dans le bureau infirmier leur provocation : « On a essayé de faire grimper Mademoiselle Y. mais elle a trop répondu de manière adaptée. Même moi j'aurais pas pu réagir comme ça ! » Le comportement « adapté » de la patiente prend à contre-pied les infirmières dans leur ambition de « faire grimper » la patiente pour tuer le temps. La situation devient alors comique aux yeux des soignants puisque c'est la patiente qui rappelle aux infirmières les règles de comportement dont ces dernières sont habituellement les représentantes.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

62 Lorsqu'ils sont entre eux, les infirmiers expriment avec emphase leur toute-puissance. Le travail le dimanche, en dehors de la présence de la majorité des autres professionnels, met en exergue le sentiment de pouvoir des infirmiers.

63

Dans l'office, les infirmiers se sont calfeutrés en disposant, comme les autres jours, un set de table sur le hublot donnant sur le couloir où errent les patients. Le dimanche, les patients sont en « auto-soin » et les soignants restent ensemble attablés dans cette pièce. Peu après le repas, Stéphanie, IDE, jette un pot de yaourt à travers la pièce. Son contenu vient se répandre sur le buffet et sur le sol ; Stéphanie et Thérèse, ASH, se mettent alors à chanter à tue-tête ce qu'elles disent être « la chanson de l'unité » : « Toutes des putes, Toutes des salopes, La putain de ta mère, La putain de ta race... », sur un air de comptine pour enfants. Elles racontent avoir chanté « leur chanson » face à un infirmier intérimaire qui en fut choqué. Elles en rient encore.

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

64 Le dimanche est le jour de la semaine au cours duquel les infirmiers manifestent le plus une prise de liberté à l'égard des patients et des règles de l'organisation. C'est aussi à cette occasion qu'ils expriment, entre eux et dans une ambiance de camaraderie virile, les relations parfois conflictuelles avec leurs collègues appartenant aux autres groupes professionnels de l'hôpital. C'est notamment le cas en ce qui concerne la psychologue.

65

Le dimanche, l'atmosphère est presque familiale et donne l'impression d'un lieu de vie, non seulement pour les patients mais aussi pour l'équipe soignante. Contrairement aux jours de semaine, l'équipe du matin rechigne à partir à la fin de son service. À l'hôpital, l'ambiance est bonne, on rigole, et il va falloir rentrer chez soi, seul. Le groupe est au complet. Ne manque qu'Anaïs, IDE, actuellement en vacances. Cette dernière appellera d'ailleurs plus tard, hésitant même à revenir pour manger les crêpes préparées dans l'unité par les soignants. Les infirmiers enfreignent les règles avec toute la fraîcheur des transgressions au travail. Ils sont là par obligation et comptent bien en profiter pour passer du bon temps. Ils gardent cependant quelques règles de conduite, en particulier concernant leurs relations avec l'extérieur : pendant qu'une ligne est occupée par des appels personnels, l'autre doit être libre au cas où l'on cherche à les joindre. En début d'après-midi, Stéphanie et Aurélie (IDE) parlent de l'équipe. Pour elles, ceux qui sont présents sont les plus sympas. « On ne rigole pas pareil avec les autres », comme la psychologue « qui est toujours en train de se poser des questions existentielles ». Par contre, l'équipe est connue dans tout l'hôpital et il se dit des « absurdités » à son compte dans les autres services. On dit, par exemple, que l'équipe organiserait des partouzes. Chacun y va de son petit commentaire amusé. Il y aurait des « jalousies » vis-à-vis d'une équipe où l'on s'amuse bien, et c'est pour ça que l'on colporte n'importe quoi. Les discussions continuent et portent alors sur les autres professionnels de l'unité. Les infirmiers critiquent vivement la psychologue. « On ne comprend rien à ce qu'elle dit. » Surtout, il lui faudrait « un bon coup de b... à effet retard pour qu'elle se détende [faisant référence aux traitements neuroleptiques à effet-retard qui, en une prise mensuelle, ont un effet prolongé] ».

Extrait de journal de terrain, hôpital B. 2011.

66 Les relations entre infirmiers et médecins sont marquées par la prégnance d'une forme de virilité et de performances masculines opposées au *care* des médecins. Face aux infirmiers se présentant comme des « supersoignants », les médecins qui ne sont pas « en première ligne » mobilisent moins que les infirmiers cette rhétorique de la virilité. Les médecins psychiatres, dont le recrutement s'est féminisé [40] consécutivement à la baisse du prestige de cette profession [41] dans le champ médical qui ne s'est pas accompagnée d'une valorisation des performances masculines, adoptent en effet le rôle attribué au genre féminin. Ils témoignent bien souvent, dans leurs relations avec les infirmiers, d'une posture compréhensive, voire maternante. Face au courage des infirmiers, les médecins recourent au registre compréhensif de la sollicitude du *care*. Dans cette configuration nouvelle, la domination liée aux rapports sociaux de sexe est atténuée. Les infirmiers bénéficient de

ressources, cette fois liées au genre, pour combattre dans un éventuel rapport social de sexe qui leur serait défavorable.

67 La domination masculine [42], bien connue dans le monde médical, entre des médecins hommes et des infirmières femmes [43], se rejoue en psychiatrie aujourd'hui dans des rapports de genre plus complexes [44] entre performances masculines et performances féminines. Le groupe infirmier renvoie plus aisément à des performances masculines quand le groupe des psychiatres est plus aisément associé à des performances féminines de *care*.

68 Contrairement aux autres professionnels de la psychiatrie, les infirmiers investissent largement le collectif de travail comme protecteur du groupe. Le groupe des infirmiers, auquel peut se greffer celui des aides-soignants, constitue une barrière contre ce qui est perçu comme des attaques à l'encontre du métier d'infirmier. Le groupe est certes traversé de conflits [45], et certains soignants ne sont pas d'accord sur la manière de tenir leur poste de travail, mais face à ce qu'ils considèrent comme étant une attaque menée contre leur métier, les soignants mettent leurs conflits entre parenthèses et investissent le groupe afin de lutter collectivement contre la menace pesant sur le métier. Le collectif constitue alors une ressource importante pour les infirmiers qui sont en mesure de se présenter comme un seul acteur face au management qui s'inscrit dans une gestion individuelle et face à d'autres professionnels qui ne bénéficient pas d'un collectif de travail suffisamment fort.

69 Les cadres ne forment pas un groupe homogène [46] et le groupe des médecins est marqué par des conflits importants (en particulier entre biomédecine et psychodynamique). Les infirmiers forment, quant à eux, un groupe valorisant le collectif au moins au niveau local [47]. Ce collectif constitue une troisième ressource face aux assauts contre leur métier. Bien qu'ils n'adhèrent pas nécessairement pour autant aux associations professionnelles qui les représentent, les infirmiers investissent le collectif à l'échelle de l'unité. Le groupe des soignants est alors comme une « deuxième famille » : il désigne un espace dans lequel on se fonde, un espace protégé où l'on échange à l'abri du regard des patients.

70

« On passe plus de temps ici que chez nous. Comme les patients. On fait Noël et les anniversaires ensemble. C'est comme une deuxième famille. On est tous du même âge, de la même tranche d'âge (entre 25 et 40 ans), on vit les mêmes choses au même moment. Certains sont plus que des collègues, c'est aussi de la solidarité et de l'amitié. Avec certains, on va s'appeler. Maryvonne (ASH) a perdu sa maman, on fait une petite cagnotte, on prenait des nouvelles. Maryvonne, elle nous a parlé pendant six mois de sa mère. Quand tu bosses dans la compta, t'as pas le temps de te parler. C'est une certaine notion de solidarité, de famille. Même si certains ne parlent pas de leur vie privée. En somatique [soins généraux], tu as moins le temps de parler. Tous les jours, là le matin, de six heures à sept heures, on est dans l'obligation d'être avec les collègues. C'est des temps où tu parles. Une heure de temps à tuer et c'est des heures bien choisies pour parler. Ce sont des liens presque familiaux. »

Entretien 6, infirmière IDE, 26 ans, hôpital B.

71 Dans ce cercle où l'on se raconte, le collectif de travail joue un second rôle : celui d'organe de transmission de savoirs. On mesure la force du collectif de travail à l'efficacité de la socialisation professionnelle.

72

« Leur [les patients] but ultime est de pomper ton énergie. La relève est notre meilleur défouloir. On a besoin d'être entre nous. Sinon, tu peux pas. Tu puises l'énergie dans l'équipe. Malgré tout, on a un médecin qui nous laisse déverser, elle ne nous a jamais reproché ça. »

Entretien 7, infirmière IDE, 26 ans, hôpital B.

73 Le collectif est aussi le lieu au sein duquel se rétablissent les conventions et les normes qui, au cours des interactions avec les patients, sont mises entre parenthèses. Les conventions sociales sont régulièrement bousculées dans les interactions avec les patients. Les récits de ces situations au sein du groupe permettent de rétablir les conventions.

74 Enfin, la force du collectif se mesure à la réactivité du groupe infirmier en cas d'atteinte au groupe ; il est alors investi par les soignants, lorsqu'ils souhaitent se présenter aux autres professionnels, en tant qu'acteur collectif. Habitué à s'entraider dans le cadre des activités de soin, les infirmiers n'hésitent pas à mobiliser le groupe contre ce qu'ils considèrent comme autant d'atteintes portées à leur métier, ou comme autant de « persécutions » à l'égard de leur groupe professionnel. Contre la domination gestionnaire et la dominance médicale, le collectif soignant est producteur de normes professionnelles fortes, et participe de la régulation autonome des infirmiers. Le collectif soignant est sollicité pour faire valoir les souhaits de ses membres et, le cas échéant, pour tenir un conflit dans la durée. Ce collectif fort permet enfin aux soignants de bénéficier d'un rapport de force favorable face à leur encadrement. Il contrecarre l'individualisation des rapports sociaux contenue dans des évaluations personnalisées.

Notes

- [1]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien*, Paris, Le Seuil, 1980.

- [2]

M. Setbon, « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? », *Sociologie du travail*, n° 42, 2000, p. 51-68.

- [3]

P. Chaniel, « Don et *care* ou de l'ineffable dans la relation de soin », paru dans C. Felix, J. Tardif (sous la direction de), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance, Actes du colloque international*, Nice, 4-5 juin 2009, Plénière 4 : Les politiques sociales et de

soins au regard des « éthiques du *care* », Don et *care* ou de l'inestimable dans la relation de soin, URL : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=786>.

- [4]

Y. Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010.

- [5]

D. Friard, « Les productions écrites infirmières », *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, 2, 2008, p. 17-24.

- [6]

M. Crozier, E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977.

- [7]

J.-D. Reynaud, « Régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. 29, n° 1, 1988, p. 5-18.

- [8]

A. Ogien, « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue française de socio-économie*, 1, n° 5, 2010, p. 19-40.

- [9]

Extrait d'entretien 8, cadre de santé, 42 ans, hôpital A.

- [10]

V. Boussard, « Quand les règles s'incarnent. L'exemple des indicateurs prégnants », *Sociologie du travail*, vol. 43, n° 4, 2001, p. 533-551.

- [11]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien*, *op. cit.*, p. 60-62.

- [12]

D. Monjardet, *Ce que fait la police. Sociologie de la force publique*, Paris, La Découverte, 1996.

- [13]

Ibid., p. 293.

- [14]

Des certifications de la qualité et de la sécurité des soins sont mises en place dans les hôpitaux sous l'étiquette de « label qualité ».

- [15]

S. Divay, C. Gadea, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, 4, 2008, p. 677-687.

- [16]

Ibid., p. 679.

- [17]

M.-A. Dujarier, *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris, La Découverte, 2015.

- [18]

Extrait d'entretien 39, cadre supérieur de santé, 54 ans, hôpital B.

- [19]

G. Herreros, B. Milly, *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan, 2011.

- [20]

Extrait d'entretien 8, cadre de santé, 42 ans, hôpital A.

- [21]

P. Robert, R. Zauberman (sous la direction de), *Mesurer la délinquance*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

- [22]

A. Purenne, J. Aust, « Piloter la police par les indicateurs ? Effets et limites des instruments de mesure des performances », *Déviance et société*, vol. 34, 1, 2010, p. 7-28.

- [23]

P. Robert, R. Zauberman (sous la direction de), *Mesurer la délinquance*, *op. cit.*

- [24]

Ibid.

- [25]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien*, *op. cit.*, p. 123.

- [26]

Ibid., p. 47.

- [27]

F. Dubet, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.

- [28]

Ibid., p. 52-53.

- [29]

M. de Certeau, *L'invention du quotidien*, *op. cit.*

- [30]

S. Divay, « Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales », *Net.doc*, n° 90, 2012.

- [31]

E. Freidson, *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, New York, Atherton Press, 1970.

- [32]

Extrait des notes de la restitution aux personnels de l'hôpital A. du 26 novembre 2013.

- [33]

J.-P. Burnichon, *Regards sociologiques sur les difficultés à recruter des jeunes infirmier(e)s en psychiatrie*, mémoire de master 2 Sociologie et développement des organisations, université Lumière Lyon II, 2012.

- [34]

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

- [35]

Au sens de J. Butler, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, trad. de l'américain par C. Kraus, Paris, La Découverte, 2005.

- [36]

Y. Cohen, M. Dagenais, « Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 41, n° 2, 1987, p. 155-177.

- [37]

M. Barlet, M. Cavillon, « La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », DREES, *Études et résultats*, n° 759, 2010.

- [38]

La notion de virilité est ici à entendre au sens que lui confère Christophe Dejours, dans *Travail : usure mentale*, Paris, Bayard, 2000.

- [39]

L'idée de performance renvoie aux travaux d'Alain Ehrenberg, *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

- [40]

N. Lapeyre, N. Le Feuvre, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2005, p. 59-81 ; G. Malochet, « La féminisation des métiers et des professions. Quand la sociologie du travail croise le genre », *Sociologies pratiques*, 1, n° 14, 2007, p. 91-99.

- [41]

M. Cacouault-Bitaud, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, n° 5, 1, 2001, p. 91-115.

- [42]

P. Bourdieu, *La domination masculine*, Paris, Le Seuil, 1998.

- [43]

Y. Knibiehler, V. Leroux-Hugon, O. Dupont-Hess, Y. Tastayre, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, 1984.

- [44]

G. Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, 1, n° 1, 2005, p. 83-100.

- [45]

I. Sainsaulieu, « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? », *Revue française d'administration publique*, 4, n° 128, 2008, p. 665-675.

- [46]

S. Divay, C. Gadea, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *op. cit.*

- [47]

I. Sainsaulieu, « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, n° 48, 2006, p. 72-87.

Conclusion

Près de vingt-cinq ans après sa création en 1969, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) est supprimé en 1992, au profit d'une formation unique d'infirmier diplômé d'État (IDE). Cette réforme marque une rupture dans le travail des soignants de la psychiatrie publique hospitalière. La pratique infirmière en psychiatrie ne se distingue plus par sa spécificité ; elle doit au contraire se conformer à l'idéal de la polyvalence infirmière appareillant affections psychiques et somatiques. L'unification des formations infirmières entérine le succès de deux logiques à l'œuvre dans les mondes de la psychiatrie depuis plusieurs années. La suppression du diplôme d'ISP parachève un mouvement de déspecialisation de la psychiatrie qui s'est engagé en France à partir des années 1980. Elle est concomitante de l'intensification de la rationalisation budgétaire à l'hôpital public.

2 Depuis les années 1990, peu de sociologues ont questionné les pratiques des infirmiers de la psychiatrie publique hospitalière. Les mutations dans le travail des soignants de cette filière de soin ont davantage été appréhendées par l'examen des nouveaux dispositifs dits de santé mentale. L'hôpital psychiatrique reste pourtant le principal lieu d'exercice des infirmiers en psychiatrie et représente, pour les patients, un point de passage obligé lorsque leur état de santé ne leur permet plus de répondre aux exigences d'autonomie des dispositifs de santé mentale. Le statut de l'hôpital, aujourd'hui inclus dans un vaste ensemble de dispositifs de santé mentale, s'est transformé. Autrefois considéré comme un lieu de vie dans lequel les malades sont internés, parfois jusqu'à la fin de leurs jours, il est aujourd'hui un lieu de soin de courte durée permettant aux patients de gérer leur crise avant qu'ils poursuivent leur parcours de soin au sein des structures extrahospitalières. Le passage de la psychiatrie à la santé mentale redéfinit non seulement la place de l'hôpital spécialisé en maladie mentale dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, mais aussi la pratique de ses soignants. Face au recentrement de l'hôpital sur la prise en charge de la crise aiguë des patients, le travail des soignants de la psychiatrie fait l'objet de transformations qui doivent être reconnues.

3 Cet ouvrage traite des reconfigurations du travail des soignants de la psychiatrie face à la transformation conjointe de l'hôpital public et de la prise en charge du mal-être. Et c'est par l'étude de la pratique infirmière à l'hôpital psychiatrique qu'ont été interrogées ces mutations.

4 La pression des lits contraint les infirmiers à devoir participer à la gestion des flux de patients à l'échelle de l'unité de soin. L'intensification du rythme des entrées et des sorties de patients produit une situation inédite : la présence d'un nombre toujours plus important de patients en crise aiguë. La concentration au sein d'un même espace de patients présentant des symptômes particulièrement envahissants contraint les soignants à trouver de nouvelles régulations. Pour tenir leur poste de travail, ils créent un quotidien aux règles strictes et sélectionnent un nombre limité de patients « méritant » leur investissement.

5 Le recentrement de l'hôpital sur la gestion des symptômes les plus envahissants de la maladie mentale représente une nouvelle contrainte dans la pratique infirmière en psychiatrie. Pour juguler les effets de la présence d'un nombre toujours plus élevé de patients en crise aiguë, les soignants investissent les instruments de soin qu'ils ont hérités de leur groupe professionnel, d'une intentionnalité nouvelle : celle de réguler les relations entre soignants et patients à l'échelle de

l'organisation. Le cadre de soin imposé aux patients ne répond pas uniquement à des impératifs thérapeutiques. Souvent envisagé de manière plus collective qu'individuelle, cet instrument de soin, dans son usage actuel, offre aux soignants la possibilité de gérer de façon simplifiée la surveillance des différents patients de l'unité. Les contentions et l'isolement figurent aussi parmi les instruments thérapeutiques mobilisés par les soignants comme des instruments de régulation. Leurs usages répondent à une réglementation précise. Le patient doit présenter des symptômes qui sont susceptibles d'être un danger pour lui-même ou pour les autres. Les usages des contentions et de l'isolement ne s'écartent pas de ces recommandations, mais ils sont investis par les soignants comme des outils permettant non seulement un gain de temps mais aussi une meilleure gestion des relations avec les patients de l'unité. Enfin, le médicament, autrefois condition de l'instauration d'une relation de soin en psychiatrie, se transforme en raison d'être de la relation thérapeutique. Pensé par les soignants comme une nécessité pour réguler les relations à l'échelle de l'unité, le médicament a la charge, lui aussi, de la régulation à l'hôpital. Les relations avec les patients sont principalement liées au médicament et à l'observance des traitements psychopharmacologiques.

6 Cette involution des buts des instruments de soin s'accompagne de l'imposition de règles strictes en direction des patients. Un travail de marquage des frontières entre soignants et patients est quotidiennement effectué. Les distinctions entre ces deux groupes s'incarnent dans le visible : blouses blanches et pyjamas s'opposent. Mais ces distinctions prennent aussi corps. Les corps des patients sont marqués par la maladie mentale comme par son traitement. Les corps des nouveaux patients se transforment dès leur entrée sous l'effet des médicaments qu'ils absorbent.

7 Face aux patients, les soignants doivent tenter de répondre aux contradictions contenues dans leur nouvelle mission. L'intensification de leur activité liée à l'augmentation du turnover des patients les place face à la nécessité d'un choix sans précédent. Incapables de tenir ensemble les deux aspects de leur mission, ils doivent choisir entre accorder un temps particulièrement restreint à chaque patient de l'unité ou accorder plus de temps à un nombre limité de patients. Pour continuer d'exercer leur métier en accord avec les principes hérités de leur socialisation professionnelle, les soignants choisissent de n'investir qu'une partie des patients de leur unité de soin. Ils espèrent, ce faisant, permettre leur retour à une existence sociale ordinaire. La sélection des malades auprès de qui vont s'investir les soignants s'organise sur la base d'une série de critères tacites. Les situations au cours desquelles les soignants décident, individuellement ou collectivement, de ne plus mobiliser un cadre clinique pour interpréter le comportement des patients, révèlent ces critères. Si des critères tels que l'âge du patient, son ancienneté dans la maladie, son origine sociale ou ethnique sont repérables, un second processus de sélection est opéré par l'ensemble des soignants. Ce processus de sous-pesage est composé d'une série d'épreuves qui jalonnent l'hospitalisation des patients. Ces épreuves visent à mesurer la part de *vouloir* et de *pouvoir* des patients de l'unité. Elles gratifient les patients « méritants », ceux qui *veulent* mais ne *peuvent* pas, et disqualifient les patients indignes de la clinique, ceux qui *peuvent* mais ne *veulent* pas. Ce processus de sous-pesage marque une frontière entre deux types de patients. Une économie de la compassion est réservée aux patients méritants tandis qu'une économie du soupçon se porte sur les patients indignes de la clinique. Le sous-pesage des patients traduit la dimension morale du soin en psychiatrie. C'est en effet sur la base de jugements moraux que les soignants décident du degré d'investissement qu'ils accordent aux patients. Les transformations contemporaines de l'hôpital psychiatrique sont au principe de la reconfiguration du travail des infirmiers en psychiatrie. Contraints de devoir gérer des flux de

patients de plus en plus importants, les soignants consacrent une partie de leur activité à la bonne gestion de ces flux. Ils doivent réguler les relations de soin à l'échelle de l'unité et investir les instruments thérapeutiques d'une intentionnalité nouvelle. Ils tentent toutefois d'exercer leur activité selon les principes du métier. Pour cela, ils opèrent une sélection des malades et conditionnent l'usage de la clinique au mérite des patients.

8 Si le métier d'infirmier constitue historiquement un métier subalterne de l'hôpital, les membres de ce groupe ne sont pas dominés face aux transformations contemporaines de la psychiatrie hospitalière. Ils peuvent même être considérés comme étant les principaux artisans de la psychiatrie à l'échelle de l'organisation. Le travail des soignants de la psychiatrie représente une illustration des capacités de résistance d'un groupe face aux dominations managériales et gestionnaires, ainsi que face à la dominance professionnelle des médecins. Les membres du groupe infirmier en psychiatrie protègent les fondements de leur métier et les frontières de leur groupe professionnel non seulement par le biais d'actions collectives mais aussi par la mise en œuvre d'une série de braconnages qui leur confèrent un pouvoir particulièrement important au sein des établissements psychiatriques.

9 La socialisation professionnelle des infirmiers en psychiatrie ne s'est pas arrêtée avec la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. La formation des nouveaux entrants est dorénavant prise en charge par les équipes soignantes à l'échelle des unités. Les plus jeunes apprennent au contact des anciens dans l'économie des relations avec les patients et les autres professionnels. Cette recomposition de la socialisation professionnelle n'a pas induit la disparition des savoirs du groupe professionnel des infirmiers en psychiatrie. L'exercice collectif du métier de soignant, en particulier le binôme infirmier, a permis de juguler les effets d'un défaut de formation initiale. Les savoirs pratiques et théoriques propres au métier d'infirmier sont transmis d'une génération à l'autre. L'histoire de la psychiatrie et de ses soignants se raconte et continue de vivre dans les services. Cette transmission permet aussi la perpétuation de règles tacites et d'aptitudes propres aux soignants, qui s'expriment dans l'informel. Cette socialisation sur le terrain professionnel contribue aux legs d'une histoire de la psychiatrie comme étant celle d'une histoire de luttes sociales. Une culture de résistance imprègne les services ; elle est présentée par les anciens comme faisant partie de l'engagement soignant en psychiatrie. Le collectif soignant peut être utilisé comme espace de réflexion politique et servir de levier pour une éventuelle action collective. Cet engagement des soignants s'est d'ailleurs souvent exprimé par le passé. À chaque fois que la psychiatrie ou que le métier de soignant est questionné, les soignants de l'hôpital psychiatrique répliquent par une action collective récusant la mise en cause d'une filière de soin toujours déconsidérée. Lorsque leurs actions directes ne permettent pas de contrecarrer les réformes, les soignants mettent en œuvre des pratiques de subversion contribuant à rendre inopérants les changements imposés. Ces pratiques de braconnage transforment les relations de pouvoir au sein de l'organisation. Pour contrevenir aux effets de la politique de quantification de leur activité, les infirmiers détournent les instruments au principe de la domination managériale et gestionnaire. Par les subversions qu'ils mettent en œuvre, ils rendent ces instruments inopérants et maintiennent leur position de pouvoir à l'échelle des unités de soin.

10 Le pouvoir que les infirmiers retirent de leur maîtrise des braconnages fait de ce groupe le principal artisan du quotidien psychiatrique. La domination managériale et gestionnaire est pour partie contenue à l'extérieur des unités de soin sous l'effet des pratiques de subversion des

infirmiers. Ces pratiques minuscules et discrètes n'en sont pas moins opérantes. Faisant appel à la vigilance de l'ensemble des soignants de l'établissement, les braconnages permettent de construire une barrière étanche protégeant les soignants dans leur exercice professionnel à l'échelle de l'unité. Les braconnages infirmiers sont des procédés mobilisés au service de la régulation autonome du groupe des soignants. L'ampleur de ces braconnages a pour effet de brouiller les repères hiérarchiques formels au sein de l'hôpital psychiatrique actuel. Bien que soumis à une série d'injonctions et au respect des règles hiérarchiques de l'organisation hospitalière, les infirmiers en psychiatrie parviennent à tourner les dominations et les hiérarchies formelles à leur avantage. Ils bénéficient ainsi, dans l'informel, d'un pouvoir conséquent dont ils n'hésitent pas à faire usage. Le pouvoir des infirmiers en psychiatrie n'est pas uniquement le produit de leurs braconnages. Ils bénéficient aussi de ressources stratégiques qu'ils font valoir dans la négociation de leurs conditions d'exercice. Les établissements peinent à recruter des infirmiers pour exercer dans la filière psychiatrique. C'est pourquoi l'emploi constitue une ressource essentielle pour les infirmiers qui peuvent dès lors imposer leurs exigences sous réserve de ne pas ou de ne plus exercer dans l'unité qui les a recrutés. La féminisation de la profession médicale contribue aussi à renforcer le pouvoir des infirmiers. Représentants d'une forme de virilité, les infirmiers de la psychiatrie rendent plus troubles les rapports de genre entre les médecins et eux. Enfin, les soignants valorisent le collectif. Lieu de régulation du trouble lié à l'expérience de la confrontation à la maladie mentale, le collectif soignant est aussi mobilisé comme espace de discussion des conditions de travail. L'investissement dans le collectif permet aux infirmiers d'opposer au régime d'individualisation de la question sociale une réponse collectivement définie et soutenue.

11 Par leurs ressources stratégiques et par les tactiques qu'ils développent, les infirmiers en psychiatrie bénéficient d'un pouvoir particulièrement important dans l'invention de la psychiatrie au quotidien à l'échelle de l'organisation. Ils défendent ainsi non seulement leur métier mais aussi les conditions de son exercice quotidien. La négociation de ces conditions se fait parfois au détriment des conditions d'hospitalisation des patients. Le destin quotidien des patients étant intimement lié à celui des soignants, l'usage du pouvoir des soignants pour la défense de leurs conditions d'exercice peut contribuer à la mise en place de règles arbitraires difficilement justifiables d'un point de vue thérapeutique.

12 On voit également ici comment un groupe professionnel qui n'a plus d'existence officielle parvient à se maintenir dans les marges de l'organisation. Depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) en 1992, les infirmiers de cette filière de soin ont, localement, participé au maintien de leur groupe professionnel en revendiquant leur spécificité vis-à-vis du groupe des infirmiers de soins généraux. Officiellement absorbés dans le groupe professionnel des infirmiers diplômés d'État (IDE), les infirmiers de la psychiatrie continuent non seulement de se présenter comme un groupe pour soi mais ils sont aussi producteurs de normes professionnelles spécifiques à la filière de soin psychiatrique.

13 La socialisation professionnelle des infirmiers de la psychiatrie a fait l'objet d'une recomposition depuis l'unification des formations infirmières. Depuis 1993, date de la mise en place de la formation d'IDE, les infirmiers ont organisé, à l'échelle des unités de soin, la transmission des savoirs propres à l'exercice infirmier en psychiatrie. Les cadres de santé, organisant les plannings des équipes au sein des établissements psychiatriques, ont contribué au

compagnonnage des nouveaux entrants par des soignants plus anciens. Ils ont notamment veillé à ce que les nouvelles recrues soient accompagnées d'un infirmier confirmé lors de leur prise de poste et jusqu'à ce qu'elles soient elles-mêmes aptes à former de nouveaux IDE. Ce compagnonnage informel est devenu obligatoire en 2006. Le tutorat et le complément de formation des nouveaux entrants constituent une réponse des pouvoirs publics face aux revendications de spécificité des soignants de la psychiatrie. La réponse des pouvoirs publics ne satisfait pas pour autant les soignants qui continuent de faire valoir leur spécificité et qui organisent la transmission informelle de leurs savoirs.

14 Les soignants affirment tous avoir « tout appris au contact des anciens ». Les savoirs propres à l'exercice infirmier dans cette filière de soin se perpétuent entre générations de soignants par le biais de ce compagnonnage. La prise en charge de la transmission par les soignants à l'échelle de l'organisation renforce les liens entre les soignants. Les nouveaux se sentent redevables des anciens. Ce modèle domestique de transmission contribue aussi à rendre les soignants responsables du devenir des savoirs de métier et de l'avenir du groupe professionnel. Il contribue ainsi à imposer à chaque soignant la mission de préservation des savoirs et du groupe.

15 Une part essentielle des analyses présentées ici montre comment les infirmiers de la psychiatrie parviennent à lutter contre les atteintes du pouvoir managérial et gestionnaire à leur métier. Quoique pour partie contraints par les réformes hospitalières, ils gardent le contrôle de la définition de leur métier.

16 Face aux reconfigurations du travail infirmier, les soignants ne sont pas désarmés. Ils parviennent au contraire à protéger le cœur de leur activité en détournant les instruments du soin et en les mobilisant comme outils de résistance. Produit d'enjeux qui la construisent et miroir déformant qui les déguisent, la clinique est au centre de ces résistances psychiatriques. Si la clinique constitue bien le fondement de l'expérience des soignants au sein des unités de soin psychiatriques, elle est vulnérable et tend à masquer ce qu'un regard sur les pratiques concrètes en psychiatrie met au jour. Ce voile est celui des régulations du travail en psychiatrie que les infirmiers court-circuitent par le biais de leurs braconnages.

17 Il est possible de dresser des infirmiers un portrait en braconniers, dans lequel ils jouent un rôle central dans la négociation de la trajectoire de maladie des patients, et par ricochet, dans la manière dont ces derniers font l'expérience de l'hôpital. Pour ce faire, les soignants braconnent d'abord les savoirs associés au pouvoir psychiatrique. Dans cette négociation, c'est tout autant la trajectoire des patients qui est en jeu que l'activité et le travail des infirmiers eux-mêmes. En négociant les conditions de vie des patients – et le cadre de soin qui s'impose à eux –, les infirmiers ajustent dans le même temps leurs propres conditions d'exercice professionnel au sein de l'unité. L'intentionnalité des dispositifs thérapeutiques est trouble et la clinique se voit traversée et débordée par les enjeux inhérents au travail infirmier en psychiatrie.

18 Ces enjeux qui traversent le soin en psychiatrie sont multiples. Ils peuvent être professionnels (comment valoriser un savoir constitué dans l'informel ?), moraux (qui mérite l'engagement des infirmiers ?), stratégiques (quelles ressources mobiliser pour améliorer les conditions d'exercice ?), ou encore tactiques (quels éléments qui ne m'appartiennent pas en propre doivent être mis en œuvre pour obtenir qu'un membre de l'organisation fasse ce que je désire ?). Analyser l'usage de la

clinique en tant qu'ensemble de pratiques au travers d'un regard sociologique permet de mettre en évidence la négociation du travail psychiatrique entre les différents professionnels de l'hôpital par-delà le vernis d'une clinique venant au secours de l'activité et du « vrai boulot [1] » de ces professionnels de santé. La capacité des infirmiers à faire avec les dominations dans le contexte d'une psychiatrie hospitalière construite à l'échelle de l'organisation tend à en faire un groupe particulièrement puissant dans l'ordre négocié de l'hôpital psychiatrique actuel.

19 Contrairement à ce que les sciences sociales décrivent communément concernant le travail face à la logique managériale ou gestionnaire, les infirmiers parviennent non seulement à ne pas perdre le sens de leur activité, mais ils réussissent aussi, en gardant une façade de groupe dominé, à gagner du terrain non seulement sur la domination managériale et gestionnaire, mais aussi sur la dominance professionnelle des médecins. Ce faisant, ils parviennent à protéger le cœur de leur métier, mais aussi à définir les conditions de son déploiement dans la pratique.

20 Par leurs pratiques, les soignants ne militent pas que pour la préservation de leurs arts de faire. Ils cherchent à développer un pouvoir faisant d'eux les principaux artisans de la psychiatrie au quotidien. Les savoirs pratiques et théoriques que se transmettent les infirmiers en psychiatrie de génération en génération peuvent être tournés en instruments de résistance. Dès leur entrée en psychiatrie, les nouveaux membres sont initiés à un art du bon coup permettant de « faire d'une pierre deux coups ». Lorsqu'ils maîtrisent l'art du braconnage, les infirmiers bénéficient d'une influence considérable à l'échelle de l'unité de soin. Ils sont capables de rendre caduque la politique de quantification de l'hôpital. Ils peuvent aussi renverser les hiérarchies formelles de l'hôpital et assujettir de façon discrète mais efficace les autres segments professionnels de l'unité.

21 Le plus souvent, l'usage que les infirmiers ont de ce pouvoir sert la régulation autonome du groupe et permet de garantir aux soignants des conditions d'exercice acceptables. Mais ces pratiques de résistance n'ont pas toujours la noblesse de la seule défense du métier. Contraints le plus souvent de devoir agir sur la trajectoire de maladie des patients afin d'améliorer leurs conditions d'exercice, il arrive que les soignants s'écartent de la défense du métier et de ses idéaux pour ne plus s'engager que dans la défense de leurs conditions d'exercice. Le pouvoir des soignants peut ainsi s'exprimer au détriment du soin et des patients.

22 Promoteurs d'une rhétorique professionnelle plaçant la liberté au cœur de la pratique professionnelle, les soignants négligent parfois la valeur d'égalité en redoublant la frontière soignants-soignés de celle séparant deux types de patients au traitement différencié. Le pouvoir des infirmiers tient notamment à son silence. Trouvant principalement ses sources dans la pratique quotidienne, il est vulnérable face aux discours. Ce pouvoir et ses usages méritent néanmoins d'être mis en débat.

23 Le quotidien de la psychiatrie doit-il se confondre avec celui du groupe professionnel des infirmiers en psychiatrie ? La transformation du rôle de l'hôpital psychiatrique et celle du mandat accordé aux soignants de cette filière de soin ne doivent-elles pas faire l'objet d'un débat sociétal par-delà les murs de l'hôpital ? Les savoirs des soignants transformés en instruments de résistance permettent-ils un traitement égalitaire des patients ?

24 Il convient de ne pas avoir une posture trop angélique à l'endroit du travail des soignants. En effet, si les infirmiers en psychiatrie sont bien les protecteurs de la clinique, il n'empêche que cette clinique est vulnérable et qu'il arrive bien souvent qu'elle se voie diluée dans les enjeux du travail des soignants. La situation actuelle de la psychiatrie infirmière implique la responsabilité du professionnel en matière de soin. Rien dans les nouveaux outils de suivi et de mesure de l'activité, ni même dans les protocoles de soin, n'appelle à déployer une activité clinique. Il incombe donc aux infirmiers de travailler à la survie de la clinique.

25 C'est manifestement ce qu'ils font. Néanmoins, cette posture clinique n'est pas offerte à l'ensemble des patients. Comme nous l'avons observé, la clinique a ses conditions. Si les années 1960 ont permis un travail collectif d'élaboration de nouveaux principes et de constitution de nouvelles références afin de répondre aux enjeux de la pratique soignante en psychiatrie, un processus comparable devrait aujourd'hui être engagé. Il permettrait de repenser la clinique à l'aune des enjeux contemporains du travail en psychiatrie et en santé mentale. Participant à l'invention du quotidien psychiatrique de façon silencieuse, les infirmiers ne prennent pas part à la construction théorique de la discipline. La mobilisation de la clinique dont ils témoignent devrait être prise en considération afin de rendre visibles les enjeux et les régulations du travail auxquels la clinique est conditionnée. Ce faisant, un débat non seulement sur les fondements mais aussi sur les usages de la clinique en psychiatrie pourrait être engagé. Il permettrait d'œuvrer à la constitution de nouveaux savoirs professionnels afin de répondre aux transformations de la psychiatrie et de la santé mentale.

26 Un questionnement collectif incluant les différents groupes professionnels de l'hôpital, ceux de l'extrahospitalier ainsi que les usagers, permettrait de penser une clinique métissée qui réponde non seulement aux exigences pratiques des soignants de l'hôpital psychiatrique actuel mais aussi à celles des différents acteurs de la santé mentale. La clinique gagnerait à se charger des enjeux pluriels du soin en psychiatrie pour qu'elle ne soit pas uniquement associée à la valeur de liberté, mais qu'à cette première, fondamentale, se juxtapose la valeur d'égalité nécessaire au déploiement d'un soin à tous les patients. Il convient donc de penser une clinique métissée qui prenne en considération les enjeux des différents acteurs du soin en santé mentale pour permettre d'ajuster le goût pour la liberté dont témoignent les professionnels de la psychiatrie à un engagement pour l'égalité des acteurs de la santé mentale.

Notes

- [1]

A. Bidet, « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, n° 78, 2011, p. 115-136.