

"Sujet de quoi ? La construction et les usages du point de vue du patient en institution psychiatrique"

Robin Susswein, Nicolas Marquis, Sophie Pesesse

1. Introduction

Dans le déroulement quotidien du travail psychiatrique en institution, le « point de vue du patient » apparaît, de façon indissociable, comme un objet de connaissance et comme un objet d'intervention. Alors que certaines recherches en santé mentale considèrent le point de vue du patient (*the patient's perspective*) comme un attribut individuel stable, l'observation des pratiques psychiatriques laisse apparaître celui-ci comme le produit d'un processus collectif dans lequel patients et soignants ont une part active (Velpry, 2008). Faire émerger le point de vue du patient est une activité qui comporte une dimension de revendication (*advocacy*), ainsi que le montre la place grandissante prise par les pratiques du rétablissement (Pachoud, 2012), mais également par les mouvements donnant une place centrale au patient et à son expérience : pair-expertise, associations d'entendeurs de voix, etc. Dans ces perspectives, le point de vue « à la première personne » est indissociablement considéré comme moralement respectueux et thérapeutiquement efficace. Mais le point de vue du patient est aussi un élément du quotidien de la psychiatrie et en particulier de la vie courante des institutions résidentielles qui accueillent des patients pour une certaine durée et visent, comme le disent A. Strauss *et al.* (1964), à les rendre à la société dans un meilleur état. Dans ce contexte, la construction et la prise en compte du point de vue du patient par les équipes soignantes restent bien sûr une activité qui comporte une dimension morale : il y est question de « respect », de « bon soin » etc. Cependant, elle est, pourrait-on dire, contenue dans la texture pragmatique de la vie quotidienne des institutions, où elle se mêle à des questions aussi banales et fondamentales que : que se passe-t-il ? Comment va cette personne ? Que veut-elle ou pense-t-elle vraiment ? Le travail effectué avec elle prend-il la bonne direction ? Quel rôle l'équipe doit-elle jouer ? etc. Les individus participant à la vie de l'institution sont ainsi constamment pris dans des processus de typification et de qualification (Simmel, 2006 ; Schütz, 2008). Ces processus de qualification sont pragmatiques dans le sens où ils donnent lieu à des décisions, non seulement thérapeutiques, mais aussi politiques (par ce dernier terme, nous entendons toutes formes et moyens de régulation de la vie en groupe au sein de l'institution).

Les réunions d'équipe constituent des analyseurs particulièrement pertinents de ces processus. Il s'agit en effet de moments d'explicitations, de conflits et de controverses au cours desquels les processus et enjeux des qualifications se donnent à voir de façon plus claire. A travers la présentation extensive et l'analyse approfondie d'un extrait d'une réunion d'équipe d'une communauté thérapeutique belge, cet article vise à *suivre* ces processus de qualification et à comprendre à quels enjeux ils répondent. Il cherche à en montrer la volatilité, mais aussi la logique et la structure qui les sous-tendent. Cette situation ne prétend évidemment pas à la représentativité mais est un très bon exemple du type d'enjeux

ayant cours dans ces institutions. Il est également important de souligner que cet extrait s'inscrit dans un terrain d'enquête de plusieurs mois, faisant lui-même partie d'une recherche comparative portant sur plusieurs institutions du même type.

Dans la perspective sociologique qui est la nôtre, prendre pour objet d'étude l'activité collective des soignants en institution suppose, pour le temps de l'analyse – qui doit être distingué du temps de l'enquête de terrain – de participer aussi peu que possible au « jeu » de qualification des acteurs. Apportant un regard différent de celui de la psychologie ou de la psychiatrie (Borelle, 2017), notre démarche cherche à rendre compte des pratiques des soignants et exclut *a priori* un travail d'évaluation normative du bien-fondé ou non des processus observés. L'enjeu est de comprendre ce qui se joue, en prenant au sérieux les activités des différents acteurs. « Prendre au sérieux » les propos des membres d'une équipe soignante lors d'une réunion d'équipe implique d'éviter deux écueils. Le premier consisterait à donner trop d'importance aux propos qu'ils tiennent, ce qui peut revenir à les prendre au pied de la lettre ou à faire de l'analyse en sociologie le simple porte-voix des acteurs eux-mêmes. L'autre écueil consiste au contraire à négliger l'importance à conférer, lors de l'analyse du fonctionnement d'une institution, aux propos tenus par ces individus (quand bien même ceux-ci leur accorderaient eux-mêmes beaucoup d'importance), par exemple sous prétexte que ces paroles n'ont comme seule fonction idéologique le masquage des rapports de pouvoir plus fondamentaux (Bloor, 1986), ou parce qu'il semble tout à fait possible d'argumenter (même à partir du cas qui sera présenté ici) que de nombreux échanges, parfois engageants ou virulents, souvent répétés voire ritualisés, débouchent en fait sur bien peu de conséquences concrètes. Le point de vue que nous défendons ici est que les réunions d'équipe et les propos qui s'y tiennent révèlent, bien mieux que les textes officiels, la nature et les enjeux du travail d'une institution psychiatrique.

Pour développer notre propos, nous présenterons dans un premier temps de manière extensive le cas sur lequel s'appuiera l'analyse. Cette fine description, en resituant les éléments dans leur déroulement, permet d'apprécier non seulement l'aspect dynamique et multidirectionnel des constructions « en train de se faire » mais également la variabilité et la « liquidité » des discours et enfin les éléments structurels sous-jacents aux pratiques. Dans un second temps, l'analyse de cet extrait de réunion clinique permettra d'éclairer les processus de qualification qui y sont à l'œuvre.

2. Présentation du contexte institutionnel et du cas

2.1. Présentation du contexte institutionnel

Par commodité, nous appellerons « le Centre » l'institution psychiatrique résidentielle dans laquelle nous avons conduit notre enquête. Financé par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité belge (INAMI) en tant qu'établissement de rééducation fonctionnelle, le Centre accueille jour et nuit une trentaine de patients dont la plupart ont reçu un diagnostic de psychose et travaille à leur « réinsertion sociale ».

L'équipe soignante du Centre est pluridisciplinaire mais peu différenciée : psychologues, ergothérapeutes, éducateurs, assistantes sociales... se présentent généralement sous le même titre et insistent sur l'attention particulière qu'ils portent au lien social dans leur orientation thérapeutique. Le Centre s'inscrit historiquement dans le courant des communautés thérapeutiques et de la psychothérapie institutionnelle (Oury, 2001) et problématise à ce titre l'espace communautaire et les relations informelles au sein de l'institution comme faisant partie intégrante du soin, à côté d'autres outils tels que les médications et les entretiens individuels. De ce point de vue, le Centre s'oppose pratiquement et idéologiquement aux grandes institutions hospitalières qui pensent d'abord le soin psychiatrique dans des termes médicaux.

Pour dire un mot de l'orientation clinique de l'institution, il faut brièvement se référer à son histoire récente. Il y a une quinzaine d'années, une orientation forte et semble-t-il homogène était incarnée par un psychologue reconnu dans le champ belge de la psychanalyse lacanienne. Lorsque ce « chef de file » quitte l'institution, lui succède une période de crise institutionnelle, marquée notamment par des désaccords entre travailleurs sur la grille de lecture clinique. Cette crise débouchera entre autres sur un changement de direction médicale. La période actuelle, à laquelle les travailleurs associent un certain apaisement dans les relations au sein de l'équipe, voit un nouveau psychiatre endosser la fonction de directeur médical du Centre. Probablement en réaction au précédent conflit d'écoles, ce dernier valorise l'absence de références théoriques explicites dans l'exercice de la clinique au sein du Centre. Cependant, l'orientation clinique des travailleurs et l'usage d'un vocabulaire spécifique pour rendre compte des situations qu'ils traitent restent aujourd'hui un enjeu sensible que les uns et les autres manient avec une plus ou moins de prudence.

2.2 La réunion clinique, ses acteurs et ses outils

Un vendredi au Centre, après avoir partagé le repas de midi avec les résidents, les travailleurs quittent, comme chaque semaine, le bâtiment principal et traversent le jardin pour rejoindre la salle de réunion. Dans le même temps, ils abandonnent temporairement leur « travail du lien » avec les résidents pour s'isoler de la vie communautaire et se livrer à un travail collégial de production de normes et de savoirs. Les premiers travailleurs entrés dans la salle disposent sur la table les ingrédients de la réunion : viennoiseries et classeurs (parmi lesquels le « carnet de bord » où les travailleurs notent régulièrement ce qui leur paraît digne de retenir l'attention de leurs collègues) en provenance respectivement de la cuisine et du bureau d'accueil.

Dans le quotidien de la vie communautaire, chaque travailleur plus ou moins isolé de ses collègues partage des moments de vie avec des résidents. Les outils de compte rendu tels que le carnet de bord et plus encore des dispositifs spécifiques comme les réunions cliniques soutiennent un travail de mise en commun des observations et des perspectives. Alors que dans le déroulement quotidien de la vie communautaire toute interaction peut *a priori* être digne d'intérêt (Bloor & MacKeganey, 1986), les

réunions cliniques doivent permettre à l'équipe de s'accorder sur une manière commune de problématiser les situations et de répondre à ce qui est défini comme problématique. Lieu de production d'un savoir partagé, ces réunions sont donc aussi le lieu d'énonciation de réponses communes, et offre ainsi la possibilité pour chaque travailleur de penser et de répondre en « nous » (l'équipe soignante, l'institution, la règle dit que...) plutôt qu'en « je » (moi, en tant que personne, je dis que...)¹. Loin d'être donnée *a priori*, l'institution entendue comme ensemble de savoirs, d'usages et d'attentes *partagés* par un collectif est en fait toujours au travail, se faisant et se reformulant au gré des échanges notamment dans le cadre des réunions cliniques des travailleurs. C'est ce que nous allons voir en parcourant le fil d'une réunion clinique.

2.3. Une controverse clinique autour du cas de Patrick²

Ce jour-là autour de la table de réunion, après avoir rituellement passé en revue les noms des résidents absents en « réunion communautaire » et évoqué plus amplement le cas de deux résidents, un travailleur rend compte à l'équipe de l'« accompagnement » d'un troisième résident, Patrick³. Ici, l'objet de l'accompagnement est un « entretien de candidature » du résident dans une communauté thérapeutique voisine. Patrick est au Centre depuis un an et demi. La limite des deux ans de séjour approchant, l'équipe s'interroge et « travaille » avec le résident à la réalisation de son « projet de vie ». Seuls quelques travailleurs utilisent couramment le champ lexical du « projet » mais tous conçoivent qu'à l'approche du terme d'un séjour au Centre il faut « mettre le résident au travail », l'amener à se soucier de son avenir et l'accompagner dans la recherche d'un prochain lieu de vie et (éventuellement) de soin. Le résident Patrick s'est déjà vu refusé le séjour dans une autre institution quelques semaines auparavant. Ce vendredi, le travailleur Charles vient de rendre compte en réunion de son accompagnement pour une seconde candidature dont la perspective n'est pas meilleure. La question difficile de l'avenir de Patrick en termes d'institution d'accueil est donc d'emblée posée lorsque Charles aborde d'autres aspects du séjour de Patrick dans l'institution⁴ :

¹ Les travailleurs reconnaissent généralement ce travail de production de réponses collectives et lui attribuent des valeurs cliniques. Ils disent par exemple qu'il est important pour tel résident particulièrement paranoïaque de lui présenter des décisions « désincarnées », c'est-à-dire dépouillées d'une visée intentionnelle personnelle, sans quoi il pourrait « flamber ».

² Comme pour l'institution, nous avons attribué des noms d'emprunt aux résidents et aux soignants.

³ Un « accompagnement » consiste, pour un ou plusieurs travailleurs, à conduire un résident à l'extérieur de l'institution pour une activité que les soignants « soutiennent », c'est-à-dire qu'il est implicitement admis qu'elle participe de près ou de loin à la réhabilitation psychosociale du résident.

⁴ La retranscription des échanges entre travailleurs est basée sur une prise de notes dans le cours même de la réunion. Une telle méthode ne permet qu'une retranscription partielle et laisse place à des reformulations de l'auteur. Notre souci de rendre au lecteur un matériau fidèle aux situations observées doit être mis en regard des moyens à notre disposition pour produire ce matériau.

- 1- Charles (assistant social) : [...] Il y a eu une dispute avec Kevin [un autre résident] ce matin et il demande à être vu avec Bruno et les référents [l'interlocuteur privilégié du résident] pour rappeler [l'importance de] la « convivialité ».⁵

Le psychiatre, directement visé par la demande du résident, réagit :

- 2- Bruno (psychiatre directeur) : De toute façon ce n'est pas au résident à convoquer une réunion...
- 3- Patricia (psychologue) : En même temps si [l'autre résident] le menace d'aller lui casser la gueule à l'extérieur, il faut effectivement qu'il y ait un rappel.

La discussion se poursuit et s'oriente plus largement sur l'état et le comportement du résident, dont le désir de mettre de l'ordre d'une façon singulière dans l'espace partagé de l'institution (en triant les morceaux de sucre blancs et bruns sur le plateau à café, nettoyant très souvent la bouilloire, éteignant systématiquement les lumières etc.) a pu poser problème dans la communauté. Quel problème et pour qui ? Ce sont bien les questions qui amorcent la « dispute » clinique...

- 4- Bruno (psychiatre directeur) : C'est pour beaucoup de résidents que Patrick devient insupportable. Avec la bouilloire – je ne sais pas ce qu'elle cristallise... Il n'y a pas que la bouilloire, systématiquement le soir il passe dans toutes les pièces et il éteint la lumière sans se poser la question de savoir s'il y a quelqu'un aux toilettes ou pas – et quand tu es musulman tu ne peux pas parler aux toilettes.
- 5- Bérénice (psychologue) : Mais lui-même doit être épuisé.
- 6- Emmanuel (psychologue) : Même pour nous travailleurs c'est fatigant. On a affaire à un symptôme, d'accord. [Mais] c'est autre chose [quand ça concerne] la communauté. Il y a un groupe de résidents (Sarah, Carla, Kevin, etc.) et j'ai été témoin plusieurs fois d'envie de le taquiner. Ça va dans les deux sens.
- 7- Bruno (psychiatre directeur) : Ok, et c'est qui le groupe de résidents le plus en difficulté avec Patrick ? C'est celui qui est dans les communs ! Les autres s'extraient de la communauté [sous-entendu : pour éviter Patrick]...
- 8- Hedwige (psychologue) : Patrick est aussi le bouc émissaire. En cuisine il est venu me parler, tout de suite d'autres résidents viennent me voir...

La discussion se poursuit. L'équipe soignante tente d'une part de qualifier le résident, son attitude, les ressorts de son comportement, et d'autre part d'envisager une réponse clinique adaptée à la situation. Les prises de parole sont parfois libres mais suivent normalement une règle de la main levée. Cela explique que les propos des travailleurs ne se répondent pas toujours directement.

- 9- Bérénice (psychologue) : Patrick il est halluciné, il a – quand tu ne le regardes pas – des attitudes d'écoute [hallucinations auditives]... Le plus fatigué d'entre tous c'est quand même

⁵ La retranscription de l'échange en réunion d'équipe est entrecoupée de didascalies qui permettent d'en faciliter la compréhension. Certains échanges ou ellipses sont résumés entre crochets.

Patrick. Est-ce qu'on ne lui proposerait pas d'aller se reposer à l'hôpital ? Lui proposer un répit pour lui et pour la communauté. Il se rend compte qu'il épuise tout le monde aussi.

10- Florence (assistante sociale) : Je voulais aussi dire que dehors aussi il se met en danger, j'ai failli l'écraser à deux reprises au rond-point.

11- Hedwige (psychologue) : Ce sont des calculs, il s'arrête exprès au dernier moment.

12- Maxime (psychologue) : Je voudrais souligner que ces symptômes auditifs [les « attitudes d'écoute »] et prises de risque ont toujours été là. Mais au niveau purement symptomatique de « comment lui se sent », ce n'est pas une situation catastrophique. S'il repart d'où il vient, il trouve que sa manière de réagir est mieux qu'avant. Au niveau des symptômes, il y a des résidents dont les symptômes ne dérangent pas, ou qu'ils n'expriment pas, et puis il y a des symptômes qui dérangent [Maxime insiste ici sur le fait que, dérangeant ou non, un symptôme reste un symptôme, c'est-à-dire ce avec/sur quoi l'équipe est sensée travailler]. Il faut faire attention, quand il y a des symptômes dérangeants qui nous épuisent, il faut faire attention que ça n'oriente pas nos décisions [de fin de séjour anticipée]. Et [il faut] expliquer ça aux résidents aussi : « Un symptôme est dérangeant, mais si [le résident] respecte les règles minimales... ».

13- Bruno (psychiatre directeur) : Ok c'est ce que j'ai rappelé en réunion communautaire lundi, mais quand tu as la moitié de la communauté [mécontente]... Pour les travailleurs d'accord, mais pour les résidents... ils sont plus démunis que nous. Ma question n'est pas s'il faut virer [Patrick] mais bien « qu'est-ce qu'on peut encore faire ? ».

La « réunion communautaire » à laquelle le psychiatre fait référence est un dispositif qui rassemble chaque semaine les résidents et les soignants présents dans l'institution. Ces réunions sont présentées comme un dispositif démocratique permettant des prises de décisions collectives relatives au fonctionnement de l'institution (programme d'activités, organisation des repas etc.). On observe cependant qu'en pratique la plupart des décisions sont prises lors des réunions cliniques des travailleurs et annoncées ensuite aux résidents. En outre, les réunions communautaires sont parfois utilisées par les travailleurs pour formuler des « rappels à l'ordre » aux résidents. C'est à ce type d'intervention que le psychiatre fait référence ci-dessus : la semaine précédente il avait rappelé aux résidents que le Centre est un lieu où chacun vient avec ses difficultés, qu'il faut respecter cela et observer entre les personnes un principe de convivialité. En réunion clinique, l'équipe poursuit la discussion relative aux réponses à apporter à la situation problématique que les travailleurs continuent par ailleurs de décrire et qualifier. La question sera alors de déterminer ce qui peut ou doit être attendu du patient en termes d'évolution.

14- Philippet : Ma question c'est « est-ce qu'il va accepter quelque chose [médicament] pour arrêter ses hallucinations ? ».

15- Bruno (psychiatre directeur) : Il me dit qu'il prend son Abilify [médicament antipsychotique] et Temesta [médicament anxiolytique]. Et quand il sait qu'une boîte sera bientôt vide il vient faire sa recharge à la pharmacie. Apparemment il les prend...

16- Philippe (psychologue) : [...] Je le connais depuis 10 ans, je l'ai déjà vu dans tous les états, et maintenant il arrive dans un état où on risque le passage à l'acte, ce ne sera pas le premier. Je trouve que s'il introduit un peu de... un peu moins halluciné et un peu moins fou... Parce qu'avec ce niveau-là d'envahissement dans la communauté [c'est très compliqué]... Ma proposition, c'est plus de médicaments ou fin de séjour, parce que sinon c'est le passage à l'acte. [La réunion est tendue].

17- Hedwige (psychologue) : Il ne cesse d'introduire des règles là où il en a trop et pas assez etc. Il m'a complètement agressée dimanche matin, et en même temps il s'excuse quelques minutes après pour me dire « J'ai cru que tu ne connaissais pas l'article 27 et que donc tu n'étais pas la travailleuse adéquate etc. ». Voilà dans quoi il était pris et il a pu le dire et avoir le recul juste après. Pour le moment le travail doit être fait avec les autres résidents pour que ça se passe... C'est difficile [mais c'est notre travail].

18- Florence (assistante sociale) : J'ai croisé Yassine dans un état terrible parce que Patrick éteignait les lumières...

19- Patricia (psychologue) : La difficulté c'est que Patrick demande protection parce qu'il se sent agressé de toute part, et l'autre groupe demande sanction. Et on est pris là-dedans même si on essaye, nous, de travailler avec chacun. Nous, on doit travailler avec notre cadre et notre mission – dans quoi notre institution est inscrite au niveau social, à savoir : la sanction non, chacun va voir son référent et discute à ce niveau-là. Et Patrick demande protection, donc effectivement on a un cadre ici qui doit donner protection.

20- Bruno (psychiatre directeur) : Moi je vais quand même proposer qu'il prenne un petit truc [médicament] pour le soulager...

21- [Autre soignant] : Oui ok. Aussi, la grande difficulté de sa vie c'est « comment je fais pour que mon père reconnaisse que je suis malade ». Et Patrick travaille là-dessus en ce moment. « Comment faire accepter que je suis malade ? ».

22- Charles (assistant social) : Cette question n'est pas seulement celle de son père, Kevin lui disait en début de séjour qu'il n'est pas malade parce qu'il donne le change [il sait s'exprimer]... C'est ce que lui renvoyait son père. Donc oui des médoc' [médicaments] et assurer aussi la protection à travers chaque résident.

23- Maxime (psychologue) : Oui, et recueillir auprès des résidents ce qui ne va pas (café, lumières etc., une liste) et on peut aller revoir Patrick avec des règles un peu désaffectisées.

Ces dernières répliques ont une forme conclusive, cependant le désaccord d'un soignant relance la discussion sur la conception du « bon soin » et de la « mission » de l'institution.

24- Fred (psychologue) : Ça tiendra une semaine... J'ai l'impression que notre plan c'est de recommencer tout le temps.

25- [Autre soignant] : La psychiatrie c'est ça.

26- Fred (psychologue) : On est censé réhabiliter, ici on ne va nulle part, on aurait pas dû l'accepter. C'est juste du rappel de règle, ça change rien et puis voilà. Ce qu'il faut c'est travailler le putain de symptôme qui dérange tout le monde, c'est pas une règle sur le café !

Le ton monte autour de la table. Une partie de l'équipe s'oppose au mépris affiché par Fred à l'égard d'une orientation thérapeutique attentive aux petits gestes du quotidien (comme le travail sur l'usage de la cafetière). Des travailleurs insistent également sur le fait que « Patrick il n'est accepté nulle part ailleurs », aucune autre institution ne voudrait de lui. Fred reprend alors le fil de son propos :

27- Fred (psychologue) : Ce que je constate c'est qu'il y a beaucoup de paresse clinique de notre part, on met des choses en place en réunion et quand on est confronté à lui on laisse tomber. Voilà, je savais qu'en disant ça j'aurais tout le monde contre moi mais c'est ce que je pense...

28- Bruno (psychiatre directeur) : Ok, à certaines réunions on est passé plus vite sur lui, mais là on prend quand même le temps. [...] La question [posée par Fred] de ce qu'il va pouvoir exporter à l'extérieur, [la réponse] c'est RIEN ! Je connais son thérapeute à l'extérieur, en 13 ans : RIEN.

29- Charles (assistant social) : [Exprime son désaccord] Il a vraiment bougé depuis le temps qu'il est ici, quand on voit tout ce qu'il met en place aujourd'hui pour se défendre [élaboration de défenses psychiques par le patient paranoïaque], c'est énorme.

30- Fred (psychologue) : Ok pas RIEN mais j'ai l'impression qu'en sortant d'ici il aura tout autant de chance de se faire casser la gueule... on lui dit juste « attention au café ».

31- Hedwige (psychologue) : Justement le café, c'est une séquence qui a débuté le dimanche entre lui et moi et il y a eu des discussions avec Maxime, avec Patrick, avec le travailleur du dimanche pour qu'il y ait continuité, et ça s'est travaillé comme ça. Quand tu dis « paresse clinique », non !

32- Fred (psychologue) : [La] réintégration ça n'ira pas.

33- Hedwige (psychologue) : [Du tac au tac] On réintègre de l'Autre !

34- Maxime (psychologue) : « Réintégration » c'est pas forcément notre mission première, [notre mission] c'est juste [faire en sorte] qu'à l'extérieur il arrive à faire un peu avec...

35- Fred (psychologue) : Et là on y arrive ?

36- Maxime (psychologue) : Non.

37- Philippe (psychologue) : La seule institution à le supporter c'est nous !

38- Bruno (psychiatre directeur) : Ok il faut conclure.

39- Hedwige (psychologue) : On a eu une belle discussion – l'important c'est de critiquer le travail et pas les travailleurs – je préfère une longue discussion qu'une intelligence artificielle qui règle tout...

Il est l'heure de la pause, la plupart des travailleurs quittent la salle de réunion et font baisser la tension des débats à travers des échanges informels plus amicaux.

Cet extrait de réunion brasse des enjeux qui dépassent les problèmes pratiques posés par un résident dans le cadre d'une institutions psychiatrique particulière. Les pistes d'analyses sont multiples. On y retrouve des considérations concernant la notion de « projet [de vie] » (Marquis, 2015), on y voit à l'œuvre la production d'un savoir psychiatrique « artisanal » et difficilement standardisable (Verhaegen, 1982), s'y déploie une controverse quant aux conceptions du « bon soin » (Pols, 2003)... Dans la suite de cet article, nous resserrons l'analyse pour interroger les processus de qualification et de typification de la situation par les travailleurs. Comment émergent progressivement au cours de la réunion plusieurs figures non seulement du patient, mais également du « problème » et de la « mission » de l'institution ?

3. Qualifier la problématique, le patient, les missions de l'institution

Dans le cadre d'une réunion clinique, le traitement discursif d'une situation n'est pas structuré selon un schéma linéaire du type « qualification de la problématique – formulation d'hypothèses – proposition d'intervention thérapeutique ». L'entremêlement est tel que chacun de ces niveaux de discours est continuellement requalifié relativement à la qualification des autres ⁶. Ni formalisé par des procédures explicites et des outils standardisés, ni laissé à l'arbitraire ou au traitement aléatoire, le savoir psychiatrique appliqué en institution relève d'un « artisanat » dont la construction est complexe et dynamique. Nous appelons « qualification de la problématique » le procédé par lequel les soignants décrivent et rendent sensée, selon différentes perspectives, la situation à laquelle ils ont affaire : quel est le contour de cette situation ? Qui sont les agents impliqués ? Quelles sont leurs qualités, leurs attributs, leur état ? Qu'est-ce qui pose problème ? Et pour qui ? Qui est acteur de quoi ? Que peut-on légitimement attendre de chacun ? Le terme « problématique » ne renvoie pas forcément au fait que la situation en question pose un « problème » au sens pratique du terme (même si c'est presque toujours le cas), mais plutôt au fait qu'elle permet de « problématiser », de constituer des séquences de la vie quotidienne en révélateurs d'un état des choses et en indices d'actions qui doivent être entreprises.

Dans le cas observé, plusieurs problématiques aux contours différents sont élaborées par l'équipe à travers des digressions et des élargissements successifs : un premier soignant partage d'abord un compte rendu de l'accompagnement du résident Patrick pour un entretien de candidature [didascalie précédant la réplique 1]. Pour l'équipe soignante qui connaît bien l'institution visitée et ses exigences, il est clair que le résident ne pourra pas y poursuivre sa candidature. La question ne reste pas ouverte

⁶ Pour Garfinkel, un trait caractérisant les pratiques de comptes rendus des acteurs (ou des « membres » dans les termes de l'ethnométhodologie) est le fait que « dans le cours même de leur effectuation, les comptes rendus requièrent des « auditeurs » qu'ils veuillent bien attendre ce qui sera dit par la suite pour que devienne claire la signification de ce qui a été dit, au moment où cela a été dit. (...) les détails des comptes rendus sont élaborés pas à pas, au moment où l'on en fait effectivement usage et où l'on s'y réfère » (Garfinkel, 2007, p. 54).

longtemps. Gardant la parole, le soignant Charles rapporte ensuite un incident subi et/ou causé par le résident Patrick le matin même (une dispute avec un co-résident) [1-3].

Quelques répliques plus tard, cette seconde problématique qui porte, comme la première, sur un événement particulier, ouvre la discussion sur la question plus générale des rapports entre Patrick et le reste de la communauté [4-23] et aboutira à questionner jusqu'aux fondements de l'institution [24-39]. Cette manière de « monter en généralité » (Boltanski, 1990), en partant de la problématisation d'événements singuliers et clairement localisés dans l'espace et dans le temps pour qualifier ensuite une personne dans son ensemble, voire les principes fondamentaux du travail clinique, est typique des réunions en communauté thérapeutique. Il est rare que l'équipe cherche d'emblée à qualifier une personne dans sa globalité (sauf dans le cadre de dispositifs particuliers tels que les études cliniques biannuelles), la problématisation trouve presque toujours son origine dans des événements singuliers qui, le plus souvent, acquièrent leur caractère problématique relativement au fonctionnement normal ou attendu de la vie institutionnelle dans ses aspects apparemment anodins mais constituables en révélateurs : manger, dormir, assister à la réunion communautaire, parler aux autres, aimer, faire usage des objets communs, éteindre les lumières...

Dans l'extrait choisi, lorsque les travailleurs rassemblés autour de la table de réunion évoquent le résident Patrick dans ses rapports avec les autres, ils produisent des énoncés qui mettent en scène trois agents distincts : le résident Patrick, « la communauté » qui désigne plus particulièrement les autres résidents de l'institution, et « nous », l'équipe soignante. Qui souffre ? Qui est responsable ? Sur qui faut-il agir ?

3.1. Qui pose problème à qui ? Une entreprise de typification du patient au sein de son environnement

Dans l'extrait ci-dessus, nous pouvons identifier quatre perspectives distinctes (mais pas nécessairement contradictoires) qu'endossent les soignants pour qualifier « qui pose problème à qui et comment ? » : selon une première perspective, le résident Patrick pose problème à « la communauté », c'est-à-dire principalement aux autres résidents. Les travailleurs soulignent ici que la manière qu'a le résident de se rapporter aux objets partagés dans l'institution (s'accaparant la bouilloire, éteignant les lumières sans se soucier des autres etc. [répliques 4 ; 7 ; 13 ; 18 ;...]), mais aussi son état général particulièrement « halluciné », avec un haut « niveau d'envahissement » [16] est difficile à supporter pour les autres résidents.

Une deuxième perspective consiste en l'inversion de la première : les soignants suggèrent que ce sont (aussi) les autres résidents qui posent problème à Patrick [6], que celui-ci serait le « bouc émissaire » de la communauté [8]. Mais dans un sens ou dans l'autre, ces deux premières perspectives partagent le fait de concevoir d'abord le problème dans son aspect politique : ce qui est problématique et devra faire l'objet d'une intervention relève du vivre ensemble, voire de la justice. L'enjeu ici est d'empêcher

l'un de faire du mal aux autres et inversement. La réponse de l'équipe est alors d'ordre disciplinaire ou éducatif. Contrairement à une action proprement thérapeutique qui s'applique à une personne pour la soulager, ce type de réponse vise l'agent fauteur de trouble afin qu'il modifie son comportement en vue de soulager autrui. Dans l'extrait étudié, le changement de médication ou l'hospitalisation du résident Patrick suivent cette logique lorsque la visée de ces réponses cliniques est de donner du répit à la communauté [9 ; 16]. Il en va de même (en inversant les rôles des agents impliqués) quand l'équipe envisage de sensibiliser les résidents au fait que Patrick présente des symptômes et qu'il convient de reconnaître et accepter certains de ses comportements comme tels sans engager un rapport agressif ou menaçant envers lui [17].

Dans une troisième perspective, Patrick pose d'abord problème à lui-même : il se « fatigue » lui-même, « s'épuise » [5 ; 9], se « met en danger » [10]. Parfois les énoncés laissent l'interprétation ouverte quant au sujet et à l'objet du problème. Ainsi le risque du « passage à l'acte » [16] pose potentiellement problème au résident lui-même et à la communauté, voire à l'équipe soignante. En effet, l'équipe soignante met parfois en avant le fait que Patrick est « fatigant [...] même pour nous travailleurs » [6], qu'il les agresse [17] ou se jette sous leur voiture [10]. Dans ce dernier cas cependant, une réponse disciplinaire visant le résident n'apparaît pas légitime car même si chaque travailleur peut se sentir en difficulté dans ces moments, en tant qu'équipe, les soignants considèrent qu'être exposé à ces situations relève normalement de leur travail. Le contraste est volontiers souligné avec les résidents qui « eux », contrairement à « nous », sont beaucoup plus « démunis » [13]. Dans la perspective où le résident Patrick met l'équipe en difficulté, comme dans celle où il se met lui-même en difficulté, c'est donc une réponse proprement thérapeutique qui est attendue.

Si le suivi attentif des échanges peut donner l'impression d'une certaine instabilité, voire d'une certaine liquidité des qualifications, il est néanmoins possible de faire l'hypothèse que celles-ci, de même que les controverses qui naissent de leurs oppositions soient sous-tendues par une logique, une structure qui rend ces mêmes disputes possibles. La façon dont le point de vue du patient va être construit, négocié, pris en compte consiste notamment à positionner celui-ci sur trois axes (qui ne sont pas indépendants). Le premier axe oppose une qualification de la personne comme posant problème (ou étant l'origine, voire l'auteur du problème) à une qualification de celle-ci comme étant victime du problème. Le second axe oppose une qualification de la personne comme étant essentiellement active à une qualification de la personne comme étant essentiellement passive (le problème est-il lié à ce que la personne fait, ou à ce qu'elle ne fait pas, à sa présence ou à son absence ?). Enfin, le dernier axe oppose la conception du patient comme personne raisonnable à une perception de celui-ci comme n'étant pas accessible au dialogue, à l'échange raisonné, à la réflexivité (par exemple parce qu'« halluciné », ou « en crise »). Les façons dont le patient sera positionné sur ces trois axes donnent lieu à des configurations multiples à propos desquelles s'organise la controverse.

Dans l'extrait de réunion qui nous occupe, on peut à titre d'exemple se pencher sur l'intervention d'une soignante, Hedwige [17], qui relate la manière dont le résident Patrick l'a d'abord « complètement agressée » mais a pu, dans un second temps, « s'excuser », « avoir le recul juste après » et expliquer à Hedwige « dans quoi il était pris » au moment de l'altercation. Le « Patrick n°1 », celui qui agresse Hedwige est qualifié par la travailleuse comme un sujet posant problème (c'est bien lui qui est à l'origine de l'altercation), actif (c'est bien son comportement ou son activité qui pose problème, pas sa passivité), mais non-raisonné (il est « pris dans » quelque chose et au moment même de l'altercation, il n'est pas capable d'énoncer cela, de se reprendre, de faire preuve de réflexivité). Cette capacité du sujet à rendre raison de ce qu'il fait qualifie en revanche le « Patrick n°2 », celui qui quelques minutes après l'agression s'en excuse et s'en explique. S'il est alors toujours actif dans cette affaire, Hedwige le qualifie ici plutôt comme victime ou objet non-coupable de son propre comportement agressif.

Il est nécessaire de souligner deux points. D'abord, le positionnement d'un patient sur ces différents axes est une affaire de degrés, quelque part entre les extrêmes. Ensuite, la labilité des qualifications ainsi que l'importance variable accordée à ces trois axes dans la définition de la situation permet d'entretenir un flou productif sur la nature des actions à entreprendre pour l'équipe à l'égard du patient et du « problème ». Dans le cas auquel on se réfère, le changement de médication ou l'hospitalisation du résident [9 ; 14 ; 16 ; 20] sont, par exemple, des réponses double-face, pouvant s'inscrire dans et être justifiées par une logique proprement thérapeutique (du soin) et/ou une logique disciplinaire (de la sanction), visant d'abord à soulager la personne ou à protéger autrui. L'un ou l'autre, ou les deux à la fois.

3.2. Un jeu d'attentes réciproques : définir la mission de l'institution et le « bon soin »

Si les conceptions de la personne sont multiples et instables, soumises à un travail collectif de qualification et requalification dans le cadre de controverses qui trouvent leur origine dans le traitement pratique de situations singulières, il en va de même du « bon soin ». Loin d'être figées dans les textes d'un « projet thérapeutique » ou d'une « convention », les conceptions du travail bien fait et de la « mission » de l'institution sont elles aussi régulièrement débattues et (re)produites. Le cas montre très bien comment le traitement pratique d'un problème singulier peut mener les soignants à interroger jusqu'aux fondements de leur travail clinique. En psychiatrie en général et dans les communautés thérapeutiques en particulier, rares sont les critères partagés *a priori* permettant de sanctionner un travail « bien fait », un « rétablissement » ou au contraire un « échec »... Ce qui est en jeu ici, c'est l'élaboration d'un univers normatif balisé par les définitions de ce que chacun est légitimement en droit d'attendre des autres.

Dans l'extrait étudié, nous pouvons identifier trois conceptions du « bon soin ». La première, portée par le soignant Fred, conçoit le soin psychiatrique comme une « réhabilitation » ou une « réintégration » de la personne au sens fort. Il faut « travailler le symptôme », l'aménager fortement

voire le faire disparaître et rendre le résident capable de vivre avec les autres dans la société, en dehors d'un cadre institutionnel. On peut aussi lire dans l'extrait une deuxième conception du soin plus « modeste » selon laquelle le travail clinique ne porte pas sur un effacement du symptôme, mais plutôt sur son acceptation ou sa gestion. Il s'agit de travailler avec le résident dans l'institution à trouver des aménagements qui rendent la cohabitation possible. L'objet concret du travail c'est alors un ensemble de petites choses, comme le fait d'éviter de susciter des conflits par la manipulation d'objets partagés dans l'espace communautaire (Corin, 1990). Si une attention peut être portée au caractère « exportable » des aménagements du symptôme, le bon soin ne vise cependant pas directement une (ré)adaptation du résident au cours « normal » de la vie en dehors de l'institution. L'ambition clinique consiste d'abord en une resocialisation du résident au sein même de l'institution. Enfin, une troisième conception du soin ne fait référence ni à une réhabilitation ni à une resocialisation mais insiste plutôt sur une fonction d'accueil, voire d'asile. Lorsqu'un travailleur suggère que Patrick n'a nulle part où aller, que « la seule institution à le supporter c'est le Centre » [37] et qu'une collègue insiste sur le fait qu'il faut assurer pour lui une mission de « protection » [19], le soin est bien conçu *a minima* comme l'accueil d'une personne en difficulté.

Ces trois conceptions du bon soin se distinguent quant au degré d'attente formulé à l'égard du résident. Le soin conçu comme réhabilitation au sens fort autorise le soignant à attendre des résultats de la part du patient en termes de capacitation, d'extinction des symptômes, de normalisation... Le patient en est par ailleurs supposé capable. Si les résultats ne sont pas assez francs, le travail clinique semble alors insensé au point de remettre en cause la place du résident dans l'institution (s'il n'y a pas de progrès, qu'est-ce qui justifie un séjour thérapeutique ?). Inversement, le patient est aussi en droit de formuler légitimement des attentes fortes quant au travail des soignants. Se contenter de répéter les mêmes réponses thérapeutiques qui ne donnent pas de résultat ou ne pas suffisamment mettre en œuvre les décisions prises en réunion « c'est de la paresse clinique » [27]. Si le résident est capable de grands progrès, alors il faut lui en donner les moyens.

Cette conviction qu'un changement radical est possible dans le chef du patient est absente dans la seconde perspective. La question des progrès déjà réalisés par le résident et, partant, des changements auxquels l'équipe peut s'attendre à l'avenir est cruciale dans la controverse [15 ; 16] car c'est précisément le fait de pouvoir s'attendre à de petits « bougés » qui soutient cette seconde conception du bon soin selon laquelle la clinique est un travail d'endurance portant sur une accumulation d'accommodements marginaux.

Si aucune évolution n'est envisagée, le soin reste justifié dans sa conception la plus modeste en termes d'attentes vis-à-vis du résident : dans sa fonction d'accueil, l'institution n'a pratiquement rien à attendre de la part du résident si ce n'est le respect de quelques règles minimales du vivre ensemble (si pas pour le résident lui-même, du moins pour les autres), et le résident quant à lui peut légitimement attendre de l'équipe soignante qu'elle le maintienne à l'écart de potentiels dangers. Le travail clinique

des soignants se limite alors à un « être là » sans formulation de réponses cliniques qui apparaîtraient comme autant d'épreuves supposées inutiles.

Dans ce type d'institution, ces différentes conceptions du soin coexistent et dominent à tour de rôle la teinte générale des attentes implicitement ou explicitement formulées à l'égard du résident. Typiquement, lorsqu'un résident entame son séjour, l'équipe fait généralement exister l'institution dans sa fonction d'accueil. La « mise au travail » du résident n'est suscitée qu'après quelques mois passés dans l'institution. Quant à la question de savoir ce qui, parmi les aménagements produits par le résident au sein même de l'institution, pourrait être exporté en dehors pour permettre *a minima* de « faire avec » les autres en société ou plus radicalement d'être « réhabilité » et « autonome », cette question n'apparaît pressante qu'en fin de séjour. C'est bien dans cette situation que se trouve le résident Patrick qui entame les six derniers mois de son séjour et dont les difficultés à cohabiter avec les autres dans l'espace communautaire de l'institution deviennent révélatrices d'une impossibilité à « faire avec » dans un avenir proche en dehors du Centre. Pour l'équipe, déterminer les attentes légitimes actuelles de l'institution à l'égard du résident devient alors une entreprise délicate.

4. Conclusion : Faire émerger le point de vue du patient

Nous le soulignons en introduction, la place croissante accordée au point de vue du patient psychiatrique est un enjeu politique à l'échelle de notre société. A une échelle plus réduite, celle de la cohabitation quotidienne en institution et des « controverses » cliniques concrètes entre soignants, l'émergence et la définition du point de vue du patient est aussi une entreprise dont les enjeux sont certes cliniques et thérapeutiques, mais également moraux et politiques. En effet, nous avons montré que cette entreprise s'inscrit dans un processus plus large de qualification de la personne et de l'institution qui engage des conceptions (morales) du bon soin, du travail bien fait, des attentes raisonnables, et des conceptions (politiques) du vivre ensemble, de la justice, de la bonne gestion d'une communauté.

L'analyse d'un large extrait de réunion nous a amené au cœur du savoir clinique en train de se faire. Loin de revêtir la « noblesse » des études de cas qui tendent à isoler la psyché de son contexte d'existence en institution et isoler le savoir produit de son contexte d'énonciation, le savoir clinique produit quotidiennement en institution apparaît comme un objet hybride. Il mêle en effet, dans la problématisation pragmatique de la vie communautaire, des dimensions thérapeutiques, morales et politiques. Loin aussi de prétendre à la « pureté » des tests standardisés et des protocoles d'expérimentation scientifique, ce savoir, quand on l'observe au moment de sa confection, semble relever des logiques de la « controverse » et du « bricolage ». Controverse lorsque les perspectives s'affrontent et/ou s'alignent pour (tenter de) faire émerger au sein du collectif des soignants une vision commune, permettant à une personne de penser et parler en tant qu'institution. Bricolage lorsque les réponses cliniques répondent simultanément à des logiques hétérogènes ou lorsqu'une certaine labilité

des qualifications l'emporte sur la définition stable d'une situation. Cependant, il ne faut pas voir dans la controverse et le bricolage des carences relativement des connaissances plus « nobles » ou plus « pures ». Ce rapport « indécis » au savoir produit n'apparaît pas dans ces institutions comme une insuffisance mais plutôt comme une nécessité. Préciser ce qui fait « nécessité » dans cette forme particulière de connaissance en rapport avec son contexte de production et d'usage n'est pas l'objet de cet article mais mériterait d'être développé ailleurs.

5. Bibliographi

- Boltanski, L. (1990), *L'Amour et la Justice comme compréhensions*, Paris : Éditions Métailié.
- Corin, E. (1990). Facts and meanings in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics ». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(2), 153-88.
- Bloor, M. (1986). Social control in the therapeutic community: re-examination of a critical case. *Sociology of Health & Illness*, 8(4), 305-24.
- Bloor, M. & Mckeganey, N. (1986). Conceptions of therapeutic work in therapeutic communities. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 6(3), 68-79.
- Borelle, C. (2017). « C'est uniquement social ». Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie. *Politix*, 117(1), 201-22.
- Garfinkel, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : PUF
- Marquis, N. (2015). Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 74(1), 109-30.
- Marquis, N. (forthcoming). Caring to make people autonomous: a sociological analysis of the uses of contracts and projects in the psychiatric care institutions. *Culture, Medicine & Psychiatry*.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : Traces et configurations précaires*. Nîmes : Champ social.
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-66.
- Pols, J. (2003). Enforcing patient rights or improving care? The interference of two modes of doing good in mental health care. *Sociology of Health & Illness*, 25(4), 320-47.
- Schütz, A. (2008). *Le chercheur et le quotidien. Phénoménologie des sciences sociales*. Paris : Klincksieck.
- Simmel, G. (2006). *Le problème de la sociologie, et autres textes*. Paris: Editions du Sandre.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1964). *Psychiatric Ideologies and Institutions*. New-York : Free Press.
- Velpry, L. (2008). The Patient's View: Issues of Theory and Practice. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(2), 238-58.

- Verhaegen, L. (1982). Nouvelles techniques psychologiques et division du travail en psychiatrie. *Revue suisse de sociologie*, 8, 591-607.

Présentation des auteurs :

Robin Susswein est doctorant FRESH en sociologie à l'Université Saint-Louis – Bruxelles (USL-B) et membre du Centre d'anthropologie, sociologie, psychologie – études et recherches (CASPER). Son travail de thèse, basé sur une étude ethnographique de trois « communautés thérapeutiques », problématise les pratiques de soin et la production de savoirs psychiatriques en institution à l'aune de la valorisation contemporain de l' « autonomie ».

Nicolas Marquis est professeur de sociologie à l'USL-B et co-directeur du CASPER. Après avoir enquêté sur le succès des ouvrages de développement personnel (*Du bien-être au marché du malaise*, PUF, 2014), il s'intéresse à la problématique de l'autonomie, en particulier dans les domaines de la santé mentale et de la pédagogie.

Sophie Pesesse est assistante en sociologie à l'USL-B et chercheuse au CASPER. Son mémoire de Master a porté sur l'analyse de la tension entre le caractère formel et le caractère personnalisé des soins promulgués dans un service d'urgence psychiatrique. Son projet de thèse s'oriente vers une étude qualitative et quantitative des soins de santé mentale dits de première ligne.