

« *Pas de crise, soyez coopérative!* » : les conditions de prise en compte de la parole des patient·e·s dans une unité psychiatrique

Sébastien Saetta, Emmanuelle Fillion, Ana Marques, Julie Minoc

DANS SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ 2023/2 (VOL. 41), PAGES 5 À 29
ÉDITIONS JOHN LIBBEY EUROTTEXT

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2023.0245

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2023-2-page-5.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

« Pas de crise, soyez coopérative ! » : les conditions de prise en compte de la parole des patient·e·s dans une unité psychiatrique

Sébastien Saetta*, Emmanuelle Fillion**, Ana Marques***,
Julie Minoc****

Résumé. La valorisation de la parole des patient·e·s dans le système de santé soulève en psychiatrie des enjeux spécifiques, pour partie liés au statut particulier qu'y occupe cette parole. Cette exigence entre en tension avec les transformations de l'hôpital et de la psychiatrie confrontés à des difficultés majeures de recrutement et à des pressions gestionnaires. Notre article vise à éclairer les conditions concrètes de réception de la parole des patient·e·s dans le quotidien d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie. Notre enquête, basée sur des observations et des entretiens, montre que la vie au sein de l'unité est rythmée par de nombreuses sollicitations de la part des patient·e·s. Elles produisent un « bruit de fond » qui ne les rend pas toujours audibles. Des espaces dédiés d'échanges entre professionnel·le·s et patient·e·s, notamment la réunion soignant·e·s-soigné·e·s, permettent de faire émerger

* Sociologue, ENSEIS Recherche, UMR 5283 Centre Max Weber, CHU de Saint-Étienne, Villeurbanne, France ; saetta.sebastien@enseis.fr

** Sociologue, Université de Rennes, EHESP, CNRS, ARENES UMR 6051, Paris/Rennes, France ; emmanuelle.fillion@ehesp.fr

*** Sociologue, EPS Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne, France ; marquesana93@yahoo.fr

**** Sociologue, Université Paris-Saclay, Laboratoire Printemps UMR 8085 - CNRS / UVSQ, Guyancourt, France ; julie.minoc@gmail.com

les critiques de patient·e·s à l'égard de la disponibilité de l'équipe professionnelle. Cette critique donne lieu à des débats parfois houleux, mais qui invitent les professionnel·le·s à une réflexivité sur leurs pratiques et l'organisation du travail en psychiatrie. Ainsi, la dimension relationnelle du travail psychiatrique est discutée par les soignant·e·s, à la fois comme le cœur de leur mandat et comme un révélateur des apories de son exercice.

Mots clés : *activité critique, droits des patients, division du travail, psychiatrie, travail soignant.*

Introduction

Le champ de la médecine se caractérise depuis les années 1950 par la remise en cause d'une « tradition clinique paternaliste » (Dodier, 2007) et par la mutation progressive du statut de patient·e (Bureau-Point et Hermann-Mesfen, 2014). En référence à la promotion des droits et dans le but d'améliorer la qualité des soins, l'émergence de ce « patient contemporain » s'appuie notamment sur la volonté de mieux prendre en considération sa parole à différents niveaux du système de santé, notamment au niveau des établissements. Depuis le début des années 2000¹, ces transformations prennent une ampleur inédite en vertu du processus de « démocratisation en santé » qui entend mettre la·le patient·e « davantage au centre » et à en faire un·e « partenaire ». Ce processus inclut le droit à l'expression et à la participation (Lefeuvre-Darnajou *et al.*, 2018) et soumet les établissements à des obligations réglementaires concernant la mise en place d'une Commission des usagers et de procédures permettant de traiter les réclamations des usagers·ères et d'évaluer leur satisfaction².

Ce mouvement concerne également la psychiatrie où il prend toutefois une coloration particulière du fait du statut spécifique de la parole dans le dispositif thérapeutique : « S'exprimer, faire le récit de soi, mettre en scène son parcours et son expérience peuvent d'abord

(1) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

(2) Principe n° 11 de la « Charte de la personne hospitalisée » issue d'une circulaire de 2006 : « la personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus ».

être considérés comme des actes thérapeutiques, des techniques de soin » (Marquis et Moutaud, 2020). Dès lors, des formes de (dis) qualification peuvent conduire à se centrer sur la forme du message plutôt que sur le fond, voire à l'ignorer en l'assignant à une expression du « délire » ou de la pathologie (Godrie, 2019 ; Lévy, 2015 ; Minoc, 2019). Cependant, des formes de revalorisation de cette parole, portées par des courants comme la psychothérapie institutionnelle (Henckes, 2008) et le rétablissement (Arveiller *et al.*, 2017), s'y observent également. Des outils ont été développés en ce sens, tels que les réunions soignant·e·s-soigné·e·s (Ducarre, 2011) ou les directives anticipées incitatives en psychiatrie (Murray et Wortzel, 2019).

La psychiatrie se caractérise ainsi par des incertitudes relatives au statut de la parole et à la diversité des rôles du·de la patient·e, appréhendé·e parfois comme « un patient-partenaire », « capable de dialoguer et de faire preuve de réflexivité », mais regardé aussi comme « un patient-objet [...] souffrant d'affections pouvant amoindrir sa capacité de jugement » ou comme « un patient-obstacle [...] et un acteur stratégique défendant des intérêts jugés différents de ceux poursuivis par les soignants » (Marquis et Pesesse, 2021 : 32).

Pour observer en situation les incertitudes liées à la pluralité des modalités de cadrage de la parole en psychiatrie, nous avons conduit une enquête sociologique³ dans une unité d'hospitalisation d'un établissement psychiatrique (*cf. encadré 1*). Une perspective pragmatique et interactionniste, attentive aux compétences critiques des acteurs·trices (Boltanski et Thévenot, 1991), nous a paru heuristique pour observer la régulation, au quotidien, de ce que nous avons appelé « l'activité critique des patient·e·s ». Cette dernière est définie comme toute activité de jugement sur le fonctionnement de l'établissement (l'hôtellerie, l'absence d'infrastructures, etc.), l'organisation et le contenu des soins (la décision d'hospitalisation, les traitements, etc.), mais également sur les pratiques professionnelles (la nature de la relation avec le médecin ou l'équipe, la manière dont sont prodigués les soins, etc.). Cet article sera centré sur cette dernière dimension, qui sera abordée sous l'angle des relations patient·e·s/soignant·e·s et de la disponibilité de ces derniers·ières. Au-delà du fait que la dimension

(3) L'enquête a été réalisée dans le cadre de la recherche PROPLAINT (« La critique ordinaire des usagers en santé mentale : du processus d'émergence et de traitement des plaintes au sein des établissements à leurs effets sur l'institution ») qui a bénéficié de l'aide de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre de l'AAP lancé par l'IRéSP en 2017 « Handicap et perte d'autonomie » (IRéSP- 17-Hand8-19).

relationnelle constitue un point central du soin en psychiatrie (Lanquetin et Tchukriel, 2014), le choix de cette dimension se justifie par le fait qu'elle a été lors de l'enquête un sujet régulier de critiques et de débats entre soignant·e·s et patient·e·s et entre soignant·e·s.

La question de la disponibilité a également partie liée avec celle de l'évolution des conditions de travail à l'hôpital. Les travaux sur le sujet font état de leur dégradation (Vincent, 2021), notamment en psychiatrie où s'observe une intensification du travail liée tant à la « nouvelle gestion publique de l'hôpital » qu'à des difficultés majeures de recrutement, susceptibles de conduire à une dégradation de la relation soignant·e·s-soigné·e·s (Cintas, 2009 ; Mougeot, 2018). Cette question conduit également à interroger les processus de division du travail dans la mesure où une unité de soins est constituée de différentes catégories de professionnel·le·s qui ne partagent pas le même mandat et sont plus ou moins en relation directe avec les patient·e·s.

Dans la première partie de l'article, nous donnerons à voir l'ordinaire de la vie de l'unité où règne un « bruit de fond » produit en partie par les sollicitations de patient·e·s. Ces sollicitations sont traitées diversement par les soignant·e·s, ce qui peut susciter en retour la critique des patient·e·s sur la disponibilité d'une partie de l'équipe soignante. La seconde partie de l'article nous conduira au cœur de réunions soignant·e·s-soigné·e·s (RSS) qui a constitué durant l'enquête une caisse de résonance de cette critique et a été l'occasion de questionner en actes les conditions de possibilité de sa prise en compte. Pour finir, nous analyserons les ressorts des difficultés qui président à la prise en compte de cette parole.

Encadré 1. L'enquête dans l'unité Esquirol.

L'enquête s'est déroulée dans l'une des unités d'hospitalisation d'un hôpital de l'Île-de-France. Cet hôpital se conforme aux exigences réglementaires relatives à l'expression et à la participation des patient·e·s, en particulier par le moyen d'un livret d'accueil que les soignant·e·s sont censé·e·s leur distribuer et où figurent notamment les principes de la Charte de la personne hospitalisée. Il y est précisé, dès la 1^{re} page : « vos remarques nous sont utiles pour améliorer les conditions d'hospitalisation et de prise en charge ». Il est également indiqué dans le « Projet des usagers 2018-2022 » que « l'établissement [...] a placé le patient au cœur de sa démarche d'accueil et de soins depuis plusieurs années déjà en renforçant l'expression des droits des usagers ».

L'unité étudiée comprend vingt-quatre lits et trois chambres d'isolement, et accueille une population hétérogène du point de vue du diagnostic (troubles bipolaires, psychotiques, dépressifs), du mode d'hospitalisation (environ la moitié en soins libres, l'autre en soins sans consentement), de l'âge et du sexe. L'équipe professionnelle est composée de soignant·e·s (infirmiers·ières et aides-soignant·e·s, médecins psychiatres, une cadre de santé) et d'autres professionnel·le·s (assistant·e·s de service hospitalier (ASH), assistant·e·s sociaux·ales (AS), ergothérapeutes, psychologues, secrétaires). Au cours de l'enquête, l'établissement était confronté à la difficulté de recruter des médecins si bien que ceux-ci ont été à plusieurs moments en sous-effectif, obligeant l'établissement à recourir à des psychiatres intérimaires. Ainsi, l'unité comptait au début de l'enquête 4 équivalents temps plein (ETP) de médecins, et cinq mois plus tard, seulement 1,7 ETP.

L'unité est organisée en deux parties : 1) le « pavillon Jasmin » où évoluent les patient·e·s, et où se trouvent les bureaux des infirmiers·ières, des aides soignant·e·s, des ASH et de la cadre de santé ; la salle de soins ; des bureaux utilisés par les médecins ; un jardin ; les chambres ; trois chambres d'isolement au fond d'un couloir ; deux salles communes ; 2) le « pavillon Pivoine », séparé du pavillon Jasmin par une porte fermée, où se trouvent les bureaux des secrétaires, des AS, des médecins psychiatres, des ergothérapeutes et des psychologues. Le travail d'enquête a été réalisé par Ana Marques et Sébastien Saetta de janvier à mai 2019, durant une trentaine de jours. Ils se sont immergé·e·s dans l'unité et ont observé différents lieux et moments (couloirs, jardins, salle de repos et d'activités, salle de soins, bureaux, entretiens médicaux, visites des chambres d'isolement, repas, réunions soignant·e·s-soigné·e·s ou institutionnelles, staffs, etc.). Des entretiens individuels et collectifs avec des patient·e·s et des soignant·e·s ont été réalisés par Ana Marques et Sébastien Saetta ainsi que par Emmanuelle Fillion. Ces entretiens ont en partie porté sur des situations observées lors de l'immersion. Les situations autour desquelles est construit cet article ont été constituées en étude de cas et ont été choisies pour leur caractère emblématique, leur pertinence au regard de notre problématique et la richesse des échanges et des matériaux recueillis. Les descriptions et analyses ont été réalisées collectivement et enrichies du regard de Julie Minoc qui a réalisé une enquête similaire dans le cadre de la recherche PROPLAINT.

Cette unité a constitué un terrain fécond au regard de notre problématique en raison de l'accueil favorable réservé à notre enquête par la cheffe de service. Au nom des droits des patient·e·s et en vue d'améliorer le fonctionnement du service, elle souhaitait en effet que soit davantage prise en compte la parole des patient·e·s.

Ainsi, durant cette recherche, dont la visée était observationnelle, les chercheurs·euses se sont retrouvé·e·s au cœur d'enjeux relatifs à la réforme d'un service. Tandis que la cheffe de service semblait percevoir l'enquête comme une opportunité pour consolider son projet, les soignant·e·s ont pu exprimer leurs questionnements relatifs à cette dynamique. Tout au long de l'enquête, les chercheurs·euses ont dû s'efforcer de se distancier de ces enjeux, veillant à expliquer qu'ils ne visaient ni à évaluer les pratiques des soignant·e·s, ni à favoriser ou critiquer la réforme de la cheffe de service. Ce travail de clarification a également été effectué auprès des patient·e·s, qui se sont montré·e·s soit indifférent·e·s à la recherche, soit intéressé·e·s, cherchant dans ce cas à mieux en comprendre les enjeux et à discuter avec les chercheurs·euses d'expériences relatives à leurs doléances. Aucun·e patient·e n'a pour autant semblé chercher à se saisir de leur présence pour faire valoir ses droits.

La disponibilité : un enjeu du quotidien

Un contexte de sollicitations et de saturation

Il est environ 15 h ce lundi. En salle commune, une femme fixe la télévision, debout, juste devant, tandis que deux personnes sommeillent chacune dans un coin. Une autre femme, au téléphone, est interpellée par un homme qui lui demande de lui prêter son chargeur. Une autre passe en demandant inlassablement, dans le vide, où se trouve le bloc opératoire. Une infirmière traverse le couloir et deux patients la sollicitent, l'un pour avoir de l'eau et l'autre, agacé, pour savoir quand il pourra enfin voir son médecin, ce à quoi l'infirmière répond : « je dois finir quelque chose, je reviens dans 5 minutes ». L'infirmière revient avec l'eau et quelqu'un lui demande s'il peut avoir ses cigarettes maintenant : « C'est après le repas, vous le savez bien ». Le patient qui voulait voir son médecin n'est plus là. Quelques instants plus tard, la cheffe de service traverse en trombe l'unité pour gérer une situation qualifiée d'urgente. Elle est suivie par plusieurs patient·e·s cherchant

à capter son attention : « Docteur, je peux vous voir aujourd'hui ?! », « Docteur, vous avez eu ma mère au téléphone ?! », « Faut absolument que je sorte docteur ! » (Carnet d'observation).

Comme on le voit, l'observateur·trice est pris·e d'emblée dans un « brouhaha » quand iel entre dans le pavillon Jasmin. Ce brouhaha est à rapporter aux circulations des personnes, aux interactions et aux nombreuses interpellations dont font l'objet les soignant·e·s. Nous avons qualifié de « bruit de fond » cette atmosphère saturée de sollicitations. Ce bruit de fond, induit par le partage d'espaces collectifs favorisant la coprésence des soignant·e·s et des soigné·e·s, est en partie lié aux règles qui régissent le quotidien et l'agencement spatial de l'unité.

En effet, la majeure partie des unités de psychiatrie se caractérisent par une série de « limitations », à la fois collectives – comme la fermeture de la porte du service – et individuelles – comme la confiscation du téléphone portable (Moreau, 2015 : 186). Ces limitations placent les patient·e·s en position de demande, que ce soit pour sortir de l'unité, accéder à leurs effets personnels ou à leur médecin ou communiquer avec leurs proches. Les cigarettes d'une partie des patient·e·s sont gardées dans le bureau infirmier, ce qui rend ceux-ci et celles-ci tributaires des soignant·e·s pour y accéder. Les patient·e·s demandent aussi régulièrement à voir leur médecin dans la mesure où les permissions de sortie, la sortie définitive, un changement de traitement et le fait de disposer d'une partie de ses effets personnels⁴ relèvent de ses prérogatives.

La division de l'unité en deux parties séparées par une porte fermée (cf. *encadré 1*) produit deux effets : 1) elle rend difficile l'accès aux médecins qui, de ce fait, font l'objet de nombreuses sollicitations lors de leur venue dans le pavillon Jasmin ; 2) elle génère de nombreuses demandes auprès des infirmiers·ières, des aides-soignant·e·s, de la cadre et des agent·es de service hospitalier (ASH) qui cohabitent en permanence avec les patient·e·s et peuvent en venir à traiter les sollicitations initialement adressées aux médecins. À ces sollicitations s'ajoutent celles des familles et des médecins, ce qui, selon une infirmière, conduirait à une forme de saturation et à une fragmentation du travail : « Vous avez au téléphone une famille qui est très angoissée, mais à côté de ça, vous avez les patients qui sont derrière, en train de frapper, et puis y a d'autres demandes du médecin, de la pharmacie [...] la traversée de ce couloir, c'est l'enfer » (Entretien collectif).

(4) Ces mesures peuvent être motivées par le fait que les personnes ne disposent pas de lieu sécurisé où entreposer leurs effets personnels, mais peuvent l'être aussi en vue de préserver leur état psychique et de les protéger.

Ce contexte suscite de la part des soignant·e·s une économie de l'attention et un travail spécifique qu'ils ne semblent pas toujours en mesure de produire dans le cours de leur activité.

Un traitement différencié des sollicitations

Les réponses des soignant·e·s à ces sollicitations se caractérisent par leur hétérogénéité. Différer la réponse en l'assortissant d'explications constitue l'une des modalités les plus courantes (« *C'est après le repas, vous savez bien* »). Des sollicitations peuvent également attirer l'attention et être extraites du bruit de fond au prix d'un travail spécifique, impliquant de prendre le temps, en particulier lorsqu'elles ne sont pas immédiatement intelligibles :

Alors que la psychiatre responsable de l'unité et une infirmière discutent dans le couloir, Madame Godet⁵ passe en criant. La psychiatre, qui s'apprêtait à partir pour une réunion, prend malgré tout le temps de la recevoir dans la salle de soins : « Bon, qu'est-ce qu'il y a Mme Godet ?! Asseyez-vous et expliquez-moi ». Madame Godet, en criant : « Ma lettre ! J'ai reçu un livre ! » La psychiatre : « Pas de crise Mme Godet, soyez coopérative ! » La discussion qui s'ensuit permet alors de comprendre que Madame Godet, qui avait reçu un colis il y a de cela trois jours, ne pouvait pas le réceptionner, l'autorisation ne lui ayant pas été donnée par son médecin, absent en ce début de semaine. La psychiatre l'autorise alors à le récupérer. Madame Godet, désormais plus calme, l'ouvre, trouve son livre, esquisse un sourire, et s'en va (Carnet d'observation).

On repère ici le développement d'une attention spécifique, désignée comme caractéristique du travail psychiatrique (Demailly, 2014 ; Lanquetin, 2019). Cette attention permet à la sollicitation de sortir du « bruit de fond » et d'acquérir le statut de demande intelligible à laquelle il devient possible de répondre, de façon qui semble ici satisfaisante pour la patiente.

Toutefois, les sollicitations peuvent être ignorées, comme lors d'un entretien que nous réalisons avec la cadre de santé dans son bureau, ponctué de plusieurs « toc toc » laissés sans réponse, ou lors de staffs rythmés par des demandes de patient·e·s frappant sur le hublot sans que cela interfère sur le déroulé des interactions. Tel est aussi parfois le cas de sollicitations provenant du fond du couloir où se trouvent les chambres d'isolement :

(5) Le nom des lieux, des personnes, des établissements comme des pavillons sont fictifs.

Tandis qu'un infirmier se trouve dans la salle de soins, les cris d'une femme qui tambourine sur le hublot se font entendre de la chambre d'isolement, sans pour autant retenir l'attention du soignant, affairé à la préparation de la distribution de médicaments (Carnet d'observation).

Ces modes de cadrage des sollicitations (*a fortiori* par l'action de différer ou d'y demeurer indifférent) peuvent concourir à une amplification du bruit de fond et à des tensions, exprimées ou larvées.

L'émergence de critiques larvées

L'expérience d'un manque de considération pour les uns, d'une saturation pour les autres, peut conduire à la formulation de critiques réciproques : tandis que des patient·e·s peuvent juger la disponibilité des soignant·e·s insuffisante, ces derniers·ières peuvent s'estimer sur-sollicité·e·s :

Plusieurs patient·e·s sont au coin fumeurs quand une infirmière ouvre la porte pour demander à un jeune homme des renseignements sur son médecin. Mme Gilles, une patiente, interpelle l'infirmière pour lui demander si elle a eu ses parents au téléphone. D'un ton assez sec, et visiblement agacée, la soignante lui répond : « Mme Gilles, je suis en train de parler à quelqu'un là ! » Quand elle a fini, elle explique à Madame Gilles que cela ne se fait pas de couper la parole, et répond par ailleurs à sa question, lui indiquant qu'elle n'a pas réussi à joindre ses parents, qu'elle réessaiera plus tard, mais qu'elle doit d'abord recevoir la famille d'une patiente. Une fois l'infirmière partie, Madame Gilles dit qu'il y a un problème d'écoute dans cette unité et énumère les professionnel·e·s qui lui parleraient « comme à un chien » (Carnet d'observation).

Ce défaut d'écoute ou ce manque de considération s'impose alors au cours de l'enquête comme un objet de débat récurrent sur différentes scènes, notamment au sein de la RSS.

De la formulation d'une critique à sa réception au sein de réunions soignant·e·s-soigné·e·s (RSS)

La RSS est un lieu d'échanges qui ne répond à aucune obligation légale et dont la mise en place dans une unité donnée est laissée à la discrétion des équipes. Dans l'unité Esquirol, elle constitue pour la cheffe de service un espace « fondamental ». Elle offre également

lors de l'enquête une caisse de résonance aux critiques qui s'expriment dans le bruit de fond, notamment à l'égard du manque de disponibilité des soignant·e·s (*Encadré 2*).

Encadré 2. La RSS au sein de l'unité Esquirol.

La RSS s'inscrit dans le développement de la psychothérapie institutionnelle, liée à l'histoire de la psychiatrie française à la sortie de la Seconde Guerre mondiale. Cette réunion vise à redonner à l'hôpital sa fonction soignante par une attention aux relations soignant·e·s-soigné·e·s et à leur participation à la vie institutionnelle. Les patient·e·s, comme le ou la jardinier·ière, sont invité·e·s à prendre des responsabilités (co-animation d'un atelier, choix du menu de la semaine, etc.). La RSS permet aussi de faire le point sur le quotidien, de discuter des problèmes, de faire des propositions, de prendre des décisions.

La RSS prend des formes variables quant à sa fréquence, ses modalités d'animation, ses finalités (Ducarre, 2011 ; Trégouet, 2013). Dans l'unité Esquirol, elle a lieu un jeudi sur deux, de 14h à 15h. Cette systématisme a été décidée quelques mois plus tôt par la cheffe de service qui conçoit la RSS comme une arène du « travail politique » (Dodier, 2003 ; Marques, 2015) : les soignant·e·s et les soigné·e·s y sont amené·e·s à délibérer en tant que sujets de droits et disposent d'une légitimité à produire un travail critique sur le service. Lors de son arrivée, elle avait par exemple décidé de modifier le règlement de l'unité et avait souhaité, pour ce faire, impliquer les patient·e·s. Le règlement, modifié d'abord par les soignant·e·s, avait ensuite été discuté collectivement et avait fait l'objet d'amendements proposés par les patient·e·s. La présence à la réunion n'est pas obligatoire, mais l'ensemble des patient·e·s et des professionnel·le·s est incité à s'y rendre. Elle réunit entre 20 et 30 personnes dont deux tiers environ de patient·e·s. L'ordre du jour est suggéré le plus souvent par les patient·e·s, par le biais de messages déposés dans une boîte à idées ou spontanément lors de la réunion. Pour autant, la réunion ne doit pas être le lieu de thématiques jugées « personnelles ». Le fonctionnement et les finalités de la réunion ne sont cadrés par aucun document, mais peuvent être définis *in situ* : « *C'est pour parler de l'organisation, des problématiques du service* » (cadre de santé) ; « *C'est pour trouver une entente et avancer* » (aide-soignante) ; « *Il s'agit de parler de la vie de tous les jours, de ce qui va et de ce qui ne va pas, notamment avec les soignant·e·s* » (psychiatre) ; « *C'est pour faire le point sur la vie quotidienne dans*

*le service, c'est un espace libre, un lieu d'échanges » (infirmière). La cheffe de service la distingue des dispositifs thérapeutiques comme la sociothérapie, même si, *in fine*, l'amélioration des conditions de vie et des relations entre soignant·e·s et soigné·e·s est, selon elle, susceptible de participer à la création d'un environnement plus thérapeutique.*

Les réunions sont animées par la cheffe de service au début de l'enquête et, par la suite, par des professionnel·le·s dans le cadre d'un système de rotation. Concrètement, les débats ont concerné, durant les sept réunions observées, l'hôtellerie (état des locaux, nourriture), les incivilités (vols, dégradations, non-respect du travail des ASH), les soins et la médication (parfois relégués au rang de « problèmes personnels » mais parfois mis en débat), les activités, l'accès aux effets personnels (cigarettes, portables), les règles de l'unité, mais, également, les relations entre soignant·e·s et soigné·e·s.

Une critique estimée recevable

Nous sommes une trentaine autour de la table avec environ deux tiers de patient·e·s et un tiers de professionnel·le·s. La cheffe de service, qui anime la réunion ce jour-là, commence par en exposer les finalités (« C'est pour parler des difficultés, de ce qui peut changer, des relations soignant-soignés... ») et invite les participants à se présenter. Une fois le tour de table effectué, une jeune patiente prend la parole : « Il y a beaucoup d'injustices ici ». Lorsqu'elle sollicite « les soignants », elle dit qu'iels ne lui répondent pas et qu'elle ne sait pas si ses demandes sont prises en compte. Elle précise que lorsqu'elle les interpelle à nouveau pour savoir ce qu'il en est, on lui rétorque. « Et vous croyez que je fais quoi là ! » Elle parle de « deux ou trois personnes très injustes ici ». Elle précise qu'il s'agit « d'aides-soignants », mais qui ne sont pas dans la salle. La cheffe de service manifeste son intérêt pour cette thématique et la met en débat (Carnet d'observation, RSS n° 3).

Cette critique de la patiente fait écho aux préoccupations de la cheffe de service à l'égard de la disponibilité des soignant·e·s, dont elle nous fait part lors d'un entretien :

Ils sont tous là en train de vivre ensemble, il y a des relations qui s'installent, et ces relations-là, elles peuvent être ou pas thérapeutiques [...]. Donc si déjà on peut améliorer les relations entre les soignants et les patients, si les infirmiers commencent à écouter les patients autrement... C'est ça que Monsieur Giri [le cadre supérieur de santé

du pôle dont relève l'unité] essaie de dire aux infirmiers : « sortez un peu de ces tâches administratives, sortez des bureaux... ». Pas plus tard que le 5 décembre, on a encore parlé de ça à la réunion institutionnelle, c'est-à-dire d'être avec les patients, d'être disponibles, à l'écoute, de voir ce que les patients ont à nous dire dans la vie de tous les jours, etc. Donc la réunion soignants-soignés, c'est l'occasion d'en discuter et c'est donc un levier pour arriver à ce que l'environnement soit plus thérapeutique pour les patients.

Ainsi, au contraire d'autres thématiques qui étaient écartées lors de ces réunions – comme celle du traitement, désigné comme un « problème personnel » –, celle-ci est retenue. On aperçoit ainsi les limites de ce dispositif tel qu'il est mis en place dans l'unité⁶ et qui, tout en cherchant à favoriser l'expression des patient·e·s, repose sur une première opération de tri et de cadrage entre des critiques mises à l'agenda de la réunion et des critiques qui relèveraient plutôt du colloque singulier et de la consultation médicale, comme les prises de médicaments, les demandes de sortie, etc.

Nous allons suivre le destin de cette critique dans le cours de la réunion, en observant l'accueil que lui réservent les personnes qui en sont potentiellement la cible, à savoir les soignant·e·s.

Entre réflexivité professionnelle et (dis)qualification de la parole des patient·e·s

Les interactions qui suivent révèlent la diversité des jugements portés tant sur le contenu même de la critique émise par la patiente que sur sa santé mentale :

La patiente reprend la parole : « On me parle mal, je suis venue pour avoir du repos, me faire soigner, et non pour subir du mépris... C'est peut-être parce que je suis arabe. » Un infirmier reconnaît que « parfois, il peut arriver que l'on parle mal ». Il présente ses excuses, expliquant qu'ils sont parfois accaparés et peinent à répondre à l'ensemble des demandes. La responsable de l'unité abonde dans son sens, arguant qu'il y a parfois des urgences qui font que « c'est compliqué de répondre aux demandes ». Une aide-soignante se lève alors de sa chaise, pointe du doigt la patiente et s'emporte à propos de l'accusation implicite de racisme : « Vous dites, ce sont vos origines, mais si vous faites le tour de la table, vous verrez qu'il y a plein

(6) Dans une autre unité observée, des demandes d'ordre individuel pouvaient être traduites en problème collectif, comme la question de la sédation ou de la mise à l'isolement.

d'origines ! » [Cette aide-soignante est elle-même métisse, tandis que l'infirmier qui a réagi en premier sans prêter attention à cette dimension est noir]. Elle conteste ses dires affirmant que « les soignants traitent tout le monde pareil ! ». Les participant-e-s commencent à se couper la parole et le volume sonore augmente. La jeune patiente se lève et se dirige vers la porte : « Je crois, que c'est un dialogue de sourds ! ». Elle croise alors l'aide-soignante, les deux se retrouvant nez à nez, à se crier dessus tout en se pointant du doigt. La patiente part en claquant la porte. Une fois cette dernière partie, la cheffe de service met en avant publiquement l'état de la patiente : « Elle vient d'arriver, ça va pas très bien, elle est à vif. » Et l'aide-soignante de répondre, toujours sous le coup de l'énervement : « ce n'est pas une raison, ça n'excuse pas, ses accusations sont graves » (Carnet d'observation).

Concernant le contenu du reproche, l'infirmier qui prend la parole le premier admet le bien-fondé de la critique sur le manque de considération qu'il justifie par le fait qu'ils sont parfois débordé-e-s. Bien que n'ayant pas été directement visé, il répond au nom de l'ensemble de l'équipe. La cheffe de service va dans son sens. Au contraire de ces deux premières réactions, qui ne portent pas sur l'accusation de racisme, celle de l'aide-soignante témoigne d'une certaine véhémence. Afin de calmer les débats et comme pour relativiser, non le contenu de la critique, mais la manière dont elle est énoncée, la cheffe de service mentionne, une fois la patiente partie, sa situation de vulnérabilité. Son intervention ne vise pas alors à disqualifier la critique, qu'elle prend par ailleurs en considération, mais invite plutôt à une forme d'indulgence à l'égard de la patiente et des modalités de sa réaction. Cette position est inaudible pour l'aide-soignante qui écarte l'état de la patiente du schéma explicatif, réitérant ainsi sa condamnation de la seule chose qu'elle ait retenue, à savoir l'accusation de racisme.

Cette hétérogénéité des réactions se confirme au moment du débriefing, qui se déroule comme à l'accoutumée entre professionnel-le-s à la suite de la réunion :

C'est par une appréciation de la santé mentale de la patiente que débute le débriefing. Un infirmier commence par souligner que cette patiente « ne va pas très bien ». Un autre surenchérit : « De toute façon, on pouvait lui dire n'importe quoi, ça allait pas. » Un infirmier concède que, parfois, ils parlent mal et sont accaparé-e-s, expliquant également qu'ils sont « humains » et que, « comme tout le monde », ils ont aussi des problèmes personnels. Un autre rétorque : « elle est malade ». L'aide-soignante qui s'est énervée soutient qu'elle ne viendra plus à la RSS. Un infirmier lui signifie qu'elle a tenté d'imposer son point de vue, tandis qu'un autre parle d'une « réunion de

débordements » et ce, « autant du côté des soignants que des soignés ». Le psychologue abonde en ce sens, expliquant que « ça peut être riche mais ça peut aussi partir dans tous les sens », « surtout si la réunion n'est pas cadrée », précise-t-il. Revenant sur le reproche émis par la patiente, une infirmière dit que la jeune femme n'avait pas tout à fait tort, et que ça l'a fait réfléchir. La psychiatre intervient, arguant qu'elle n'est pas tout à fait d'accord avec le constat du débordement dans le sens où, selon elle, « des choses intéressantes ont été dites », notamment sur le racisme précise-t-elle. Elle affirme qu'il y a un contexte de racisme et cite l'exemple d'une personne hospitalisée qui aurait dit à une autre « retourne dans ton pays » (Carnet d'observation).

Dans ces échanges, on voit tour à tour des soignant·e·s se remettre en question et évoquer leurs propres limites ; s'interpeller sur la manière de réagir la plus adéquate ; débattre de l'intérêt de la RSS ; qualifier la patiente de « malade » et de vulnérable. Les jugements sur les modalités d'expression de la patiente, sur son état de santé et le contenu de sa critique confirment le statut ambigu de la parole en psychiatrie, laquelle peut être traitée autant comme un « point de vue » que comme « un symptôme » de la maladie mentale (Velpry, 2010). Néanmoins, prendre en compte le symptôme n'implique pas nécessairement d'ignorer le contenu du propos : bien qu'ayant invoqué la situation de vulnérabilité de la patiente, la cheffe de service prend au sérieux sa critique et l'hypothèse du racisme. Cela entre en résonance avec ce qu'elle nous dit par ailleurs lors d'un entretien :

C'est Pinel qui disait ça [...] les patients ont leur folie, mais y a un côté qui est sain, il y a un côté qui est comme tout le monde, et c'est un peu ça qu'il m'intéresse de travailler, c'est ce côté qui reste dans la réalité qu'il faut écouter et valoriser. Donc là, dans les réunions soignants-soignés, la plupart du temps, tout ce qu'ils ont dit, c'était vrai.

Autrement dit, pour la cheffe de service, la « folie » n'annihile pas entièrement la rationalité des patient·e·s et leur capacité à formuler par ailleurs une critique recevable. Selon elle, cette patiente qui, certes, « ne va pas très bien », n'en constitue pas moins une « partenaire » que l'on doit écouter. On note cependant que le travail de distinction entre la part « saine » et la partie « folle » demeure la prérogative des professionnel·le·s, sans que l'on ne soit en mesure ici de comprendre comment iels s'y prennent pour les distinguer. Lors de ces échanges, on voit également que des professionnel·e·s, comme l'aide-soignante, écartent la pathologie de l'équation en vue de responsabiliser les patient·e·s, et qu'une considération « ordinaire » de la parole, amputée de « l'excuse » pathologique, peut s'accompagner d'une forme de discrédit.

Nous trouvons ainsi chez les soignant·e·s des réactions contrastées à l'égard de la critique des patient·e·s. Iels se révèlent parfois peu enclin·e·s à l'entendre. Tout se passe comme si l'unité d'hospitalisation en psychiatrie était *aussi* une scène sociale comme une autre où, ici comme ailleurs, les propos tenus font l'objet de disputes entre les protagonistes.

La poursuite de l'enquête au sein d'espaces de réflexivité créés dans le cadre d'entretiens avec des professionnel·le·s, permet de mieux saisir les ressorts de ces réactions.

De la parole critique des patient·e·s à celle des soignant·e·s

Lors de la RSS, une patiente, calme, prend la parole pour évoquer le comportement d'une infirmière de nuit lors d'une visite de ses proches. Ces derniers seraient arrivés tard à cause de grèves de transport, ce qui aurait donné lieu à des tensions. La patiente se plaint du fait que l'infirmière lui aurait dit « tu la fermes où je te mets une injection », expliquant : « j'ai trouvé ça un petit peu trop dur ». Un psychiatre intérimaire prend la parole pour trouver des circonstances atténuantes à la réaction de l'infirmière : « il y a beaucoup de demandes, le métier n'est pas facile, on était débordés ». Une infirmière, qui se trouve physiquement en face de la patiente, dit alors sèchement à cette dernière : « Les collègues ne parlent pas comme cela et n'insultent pas. » Elle lui demande ce qu'il s'est exactement passé, et dans quel état elle était elle-même. La patiente, tout en restant calme dit : « On met en doute nos paroles. » (Carnet d'observation, RSS n° 7).

Nous avons fait le choix de nous arrêter sur cette situation parce qu'elle a été commentée « à chaud » lors de ladite réunion, mais également, « à froid », lors d'entretiens avec des soignant·e·s. À distance de la réunion, deux éléments ont fait l'objet de discussions : d'une part, les conditions de possibilité d'un tel échange entre la patiente et l'infirmière ; d'autre part, les ressorts de la réaction de l'infirmière lors de la RSS qui « met en doute » la parole de la patiente.

« Même si c'est pas acceptable, je pense que c'est possible » : les conditions d'une réponse soignante estimée inadéquate

Interrogé·e·s sur cette interaction lors d'entretiens avec les chercheurs·euses, des soignant·e·s se saisissent de l'épisode pour réfléchir à leurs relations avec les patient·e·s. Certain·e·s d'entre eux considèrent d'abord que de tels propos peuvent avoir été tenus, comme la cadre de santé qui revient sur la réaction de l'infirmière :

Ça m'a gênée un peu que l'infirmière défende à ce point la collègue, en disant : « aucun de mes collègues ne peut avoir dit ça »... Ce dont je ne suis pas certaine parce que dans l'énervement, dans le contexte, c'est possible, même si c'est pas acceptable, je pense que c'est possible (Entretien).

Lors d'un entretien collectif, un infirmier explique également : « *Que ça soit impossible, non. Ça peut arriver, c'est clair.* » Et l'une de ses collègues d'abonder dans son sens : « *Effectivement, parfois, on parle mal. On peut déraper, on est pas tout blancs.* » De façon générale, les soignant·e·s confient ne pas être à l'abri de réactions disproportionnées et, ce, quand bien même iels bénéficient d'une longue expérience :

Parfois même moi, dans la chambre d'isolement, il y a des patients qui commencent à monter, et parfois, je monte aussi, parfois, ça peut m'arriver. Et c'est les infirmiers qui sont là, « docteur laisse tomber, on sort, ça vaut pas la peine, arrêtez »... Parfois, on est pris, et même moi, avec mon expérience de [elle réfléchit] 38 ans en psychiatrie hein, je suis prise aussi, et c'est les autres à l'extérieur qui m'aident... (Entretien avec la cheffe de service).

Même si les soignant·e·s s'accordent sur l'idée que la distanciation fait partie des savoir-faire en psychiatrie, iels disent ne pas toujours être en mesure de la mettre en œuvre. Concernant les conditions de possibilité d'un échange « inacceptable » entre la patiente et l'infirmière de nuit, deux registres de justification sont mobilisés : l'un portant plutôt sur le comportement des patient·e·s ; l'autre sur les limites des soignant·e·s et leurs difficultés à répondre à toutes les sollicitations. Bien que présentés successivement, ces registres ne sont pas exclusifs et sont parfois mobilisés conjointement par un·e même professionnel·le.

Pour expliquer la situation et les propos de l'infirmière de nuit, l'un de ses collègues infirmiers évoque d'abord le comportement de la patiente :

Alors, ce qu'a pas dit la patiente, c'est le nombre de fois où on lui a dit, « vous devez respecter le sommeil des autres ». Quelqu'un qui vient frapper comme un hystérique... « Je veux ça, je vais tout casser. » Effectivement, on peut lui dire « écoutez, maintenant vous vous calmez car, sinon, vous allez avoir une injection ». Quelqu'un qui arrive, et qui essaie de vous arracher les cheveux, la réponse, elle va automatiquement être déplacée... Mais elle, elle dit qu'elle a rien fait, et vous, vous l'avez agressée. Ben non, c'est pas ça... (Entretien collectif).

Selon cet infirmier, les propos constituent une réponse certes disproportionnée, mais qui s'impose face à des comportements problématiques des patient·e·s qui en viennent à perturber l'unité, voire à représenter un danger pour iels-mêmes et pour autrui.

Les soignant·e·s évoquent également l'impatience des patient·e·s, susceptible d'entraîner des débordements, comme cet infirmier : *« C'est vrai qu'eux, ils ont besoin qu'on leur réponde dans l'instant T. Quand ils posent une question, c'est tout de suite, maintenant. Et quand on leur dit, "écoutez, vous allez patienter", ils ont du mal à supporter ce type de réponse »*. L'impatience et l'insistance des patient·e·s font l'objet d'interprétations diverses qui éclairent différemment les tensions occasionnées selon qu'elles sont rapportées à une forme d'incivilité, à la pathologie ou à l'expression d'une souffrance. Or, cette distinction peut être difficile à opérer :

Infirmière n° 1 : *Ben ce matin, une patiente, me demande si elle peut avoir des cigarettes, ce à quoi je réponds « non, pas maintenant », et demande euh genre même par deux secondes après à ma collègue...*

Infirmière n° 2 : *Bon là, par contre, c'est lié à la pathologie.*

Infirmière n° 1 : *Oui, mais là, c'est l'exemple que j'ai en tête, mais des fois, c'est pas la pathologie (Entretien collectif).*

Cet extrait montre à nouveau que le recours à la pathologie pour expliquer le comportement des patient·e·s n'est pas toujours partagé. Tandis que l'infirmière n° 1 appréhende la patiente comme une « patiente obstacle » et un acteur stratégique, l'infirmier n° 2 mobilise la pathologie pour expliquer son comportement. C'est cette même incertitude et l'absence de critères partagés qui reviennent au sujet de l'hygiène. La présence de crachats sur les murs, d'excréments dans les douches, de linge dans les toilettes peuvent, lors d'échanges entre professionnel·le·s, donner lieu à des processus de (dis)qualification reposant en partie sur l'attribution de cette attitude à « un·e patient·e mal éduqué·e » (« *c'est du je-m'en-foutisme* » ; « *c'est une question de génération* » ; « *ils sont juste sales* » ; « *c'est un problème d'éducation* »), cette qualification contrastant avec un cadrage plus clinique (« *je pense que c'est lié à la maladie* » ; « *la notion d'incurie, c'est quand même connu en psychiatrie* » ; « *est-ce que ça ne serait pas une expression de l'agressivité, une forme de protestation ?* »).

Un autre registre d'explication consiste à mettre l'accent sur l'impossibilité dans laquelle se trouvent les soignant·e·s de répondre de façon satisfaisante à des interpellations incessantes. Les propos de l'infirmière sont alors rapportés à une forme de saturation : « *Parfois,*

on répond mal, et j'en fais partie, mais au bout d'un moment "Jeanne, est-ce que je peux avoir ci, est-ce que je peux avoir ça ?". Quand on dit 20 fois, "patiente, j'arrive, je suis occupée", et là, forcément ça part » (Infirmière lors d'un entretien collectif). La cadre invite de la même manière à appréhender ces propos dans leur contexte et souligne tant la récurrence des sollicitations que les difficultés à y répondre :

Sorti du contexte, c'est très violent. Mais y a beaucoup de choses en psychiatrie qui, sorties du contexte, sont violentes. Moi, honnêtement, ça commence dès le matin 9 h. Et c'est la même question toute la journée... Et à laquelle vous répondez. Mais au bout de 10 fois, vous fermez la porte quoi. Quelqu'un d'extérieur arrive, et bien je suis maltraitante. Et je sais que je suis maltraitante, mais au bout d'un moment... (Entretien).

La pénurie de médecins peut alors être invoquée comme l'une des causes de cette situation : « *Mais c'est vrai que les patients sont moins vus [par les psychiatres] en ce moment, et du coup ils vont se décharger sur une personne en blouse blanche, donc on a le sentiment de prendre en pleine face leurs angoisses, qu'on doit gérer »* (Entretien avec une infirmière). Il est également fait mention de leur isolement face à des situations tendues : « *On nous apprend toujours en psychiatrie que quand on sent que ça va déborder, il faut passer la main, mais faut-il encore qu'il y ait quelqu'un pour la passer la main... »* (Entretien avec la cadre de santé).

Ces constats recoupent ceux d'Audrey Linder et Régis Marion-Veyron, pour qui les carences de « l'organisation institutionnelle », en particulier le manque de temps et de personnel ainsi que le renouvellement fréquent de médecins, constituent des entraves à la décision partagée dans différents contextes de soin (Linder et Marion-Veyron, 2020). La présence limitée des médecins a par ailleurs été décrite comme un facteur d'insécurisation des personnels paramédicaux qui doivent effectuer des tâches qui ne sont plus remplies par le corps médical (Juven *et al.*, 2019).

« Le patient partenaire en psychiatrie, c'est pas simple ! »

La réaction de l'infirmière qui prend le parti de sa collègue (« *les collègues ne parlent pas comme cela* ») constitue le second objet du travail réflexif lors des entretiens entre les chercheurs-euses et les soignant-e-s. Ce travail porte alors sur les conditions de leur travail et sur les modalités d'articulation entre exercice du soin et écoute des patient-e-s.

Pour justifier la réaction de l'infirmière, la cadre argue du fait qu'il est difficile, pour « certains soignants », de faire l'objet d'une évaluation de la part des patient·e·s :

Pour certains soignants, ce qui est difficile, c'est la remise en cause de cette position hiérarchique : il a quand même le pouvoir le soignant par rapport au patient. Et se prendre dans le visage qu'il est pas sympa, qu'il fait pas bien son travail... C'est pas toujours facile, en grand groupe, comme ça. Le patient partenaire en psychiatrie, c'est pas simple ! On a quand même un passif de gardien... Ça reste dans les murs cette idée-là. Et on nous le rappelle quand même assez régulièrement quand on nous dit « vous l'avez pas bien surveillé, comment ça se fait qu'il s'est sauvé... ». [Elle agite son trousseau de clés] On a quand même un trousseau de clés. Donc on perd un peu la tête là-dedans. Et la réunion soignants-soignés, c'est en ça qu'elle est compliquée (Entretien).

La difficulté à entendre la critique de patient·e·s est ici expliquée par la persistance d'une asymétrie (que cette cadre constate sans pour autant l'entériner) identifiée dans la littérature comme un obstacle à l'avènement du « patient contemporain » (Jaunait, 2007 ; Bureau-Point et Hermann-Mesfen, 2014). La cadre invoque en outre le fait qu'ils sont susceptibles de « perdre la tête » du fait d'injonctions contradictoires – entre invitation à faire du patient un partenaire d'un côté, et à le surveiller de l'autre – caractéristiques des pratiques de soin en psychiatrie (Marques, 2015) et en santé mentale (Velprey *et al.*, 2018). L'extrait souligne également le fait que la critique relative à la disponibilité porte ici sur les soignant·e·s-mêmes, ce qui peut les heurter d'autant plus lorsqu'elle est formulée publiquement lors d'une RSS.

Une forme de défiance est d'ailleurs observable de la part d'une partie de l'équipe à l'égard du dispositif même de la RSS :

C'est intéressant ces réunions, mais là, j'aime pas du tout, surtout la façon dont c'est animé. J'en ai fait ailleurs, c'était mieux animé (Entretien avec une infirmière).

C'est le bureau des pleurs, ça ne sert à rien, et d'une réunion à l'autre, ça n'avance pas [...] Dans une semaine, j'en mets ma paie, ça sera les mêmes choses (Entretien avec un infirmier).

L'évocation de la RSS donne également lieu à des discussions sur les conditions concrètes de travail, les identités professionnelles et la dynamique organisationnelle. Des infirmiers·ières justifient d'abord la

réaction de l'infirmière par un sentiment d'isolement (« *on a le sentiment qu'on est seul dans le pavillon* »), mentionnant notamment l'organisation de l'espace. Le découpage de l'unité en deux pavillons semble produire chez une partie des infirmiers·ières, des aides-soignant·e·s et des ASH, un sentiment d'isolement moral : iels se sentent à la fois isolé·e·s des « *autres professionnels* » et envoyé·e·s « *au charbon* » (propos d'une infirmière).

Les échanges autour de la parole des patient·e·s sont parfois mobilisés pour aborder la prise en compte de leur propre parole :

Infirmière n° 1 : *Vous m'arrêtez si je dis une bêtise, on accorde énormément de place, d'importance à la parole du patient, et très peu à la nôtre.*

Infirmier n° 2 : *Combien de fois on est venu me voir en me disant, « c'est vrai que vous avez dit ça à la patiente ?! »*

Enquêteur : *Qui vient vous demander ça ?*

Infirmier n° 1 : *Des médecins qui venaient, « la patiente a dit que vous avez fait ça, ça et ça ». Et une fois la médecin a dit « je ne peux pas vous laisser dire ça », et j'ai dit « vous ne pouvez pas me laisser dire ça ?! C'est que ma parole n'a aucune valeur, au revoir ». Je me suis levé, je me suis barré. Si notre parole n'a aucune valeur à leurs yeux, je ne vois pas pourquoi on assiste à ces réunions. Et depuis, les réunions, je mets une distance. Car de toute façon, notre parole n'a pas de poids ! Si c'est que la parole du médecin, et du patient qui compte, je vois pas l'intérêt (Entretien collectif).*

Ces considérations peuvent également s'accompagner d'un sentiment de défiance vis-à-vis des médecins : « *On se soutient entre nous, infirmiers, aides-soignants, ASH, vraiment. Mais niveau médical, je n'ai aucune confiance dans les médecins. Aucune* » (Infirmier lors d'un entretien collectif). L'organisation et le contexte conduisent ici à une alliance localisée entre infirmiers·ières, aides-soignant·e·s et ASH), dont les relations ont pu être décrites dans d'autres travaux sous l'angle de la division morale du travail (Arborio, 2012).

Ainsi, les difficultés des soignant·e·s à entendre la critique des patient·e·s doivent en partie être rapportées à la place qu'ils occupent dans l'équipe professionnelle et à leurs conditions de travail. L'invitation à prendre davantage en compte la parole des patient·e·s et à en faire des partenaires suscite des réticences qui seraient ainsi moins liées à une position idéologique qu'aux conditions d'exercice du métier et à la place des soignant·e·s dans la hiérarchie professionnelle.

Conclusion

Les sollicitations des patient·e·s, qui s'expriment de façon constante dans l'unité, se perdent parfois dans un bruit de fond, sauf à ce que les soignant·e·s produisent un travail spécifique qui n'est pas toujours aisé à mettre œuvre. Les sollicitations se convertissent alors souvent en critiques, participant à l'effet de saturation qui accentue la difficulté des soignant·e·s à se rendre disponibles.

La réunion soignant·e·s-soigné·e·s est un dispositif permettant d'extraire la critique du bruit de fond pour en faire un objet de débat entre patient·e·s et soignant·e·s. Dans cet espace d'expression pour les patient·e·s, toutes les critiques ne sont cependant pas retenues. Si ce dispositif n'est ni une coquille vide, ni un leurre démocratique, il valorise une participation et une prise de parole dont les limites ont été soulignées par ailleurs dans le champ de la santé en général (Jaunait, 2007 ; Lascoumes, 2007 ; Girer, 2014) et de la psychiatrie en particulier, sous l'angle d'une forme de dépolitisation des mobilisations des usagers·ères et d'« extractivisme des savoirs expérientiels » (Godrie, 2021). Notre enquête permet également de montrer que la mise en place de cette réunion ne constitue pas une condition suffisante à la prise en compte de la parole des patient·e·s.

En effet, elle confirme d'abord les incertitudes liées au statut de la parole en psychiatrie qui est souvent comprise comme un « symptôme », mais est parfois entendue comme un « point de vue ». Loin de rendre compte d'un processus de disqualification systématique de la parole en psychiatrie, nos observations en complexifieraient plutôt l'analyse. « Pathologiser », « psychiatriser » ne conduisent pas nécessairement à une disqualification de l'ensemble des propos énoncés par un·e patient·e donné·e – comme cela semble le cas avec le diagnostic de « quérulence », défini comme un « délire de revendication » (Lévy, 2017). Des soignant·e·s peuvent estimer qu'un·e patient·e qui « ne va pas bien » ou qui « délire » conserve une part de rationalité et reste en mesure de formuler par ailleurs une critique qui peut (voire doit) être entendue. La spécificité du travail psychiatrique est bien identifiée par la cheffe de service qui valorise des *savoirs-écouter* permettant de décoder et relativiser la portée ou les modalités d'expression des patient·e·s.

Les formes de disqualification de la parole des patient·e·s s'avèrent *in fine* souvent liées à la difficulté à mobiliser ces savoirs professionnels au regard des conditions d'exercice des soignant·e·s. La capacité à entendre la critique des patient·e·s dépend des conditions matérielles, symboliques et morales de travail. La pénurie de psychiatres et l'organisation architecturale concourent, par exemple, à produire une

multiplication des sollicitations et, par rebond, des critiques auxquelles font face tout particulièrement les infirmiers·ières, les aides-soignant·e·s et les ASH. La capacité à écouter les patient·e·s est également mise à mal par un sentiment de non-reconnaissance et d'isolement, ce qui peut les conduire à disqualifier la parole des patient·e·s, notamment quand leur propre parole ne leur semble pas être considérée. Sur ce point, notre enquête invite à multiplier des recherches permettant d'appréhender l'avènement du « patient contemporain » en fonction de contextes situés et de l'appartenance à telle ou telle catégorie professionnelle : le fait d'être ou non au quotidien avec les patient·e·s, la place occupée dans la hiérarchie, la nature des tâches effectuées et des relations entre les différentes catégories de professionnel·le·s, sont autant de facteurs susceptibles d'affecter la prise en compte de la parole des patient·e·s. Aussi, avons-nous vu des soignant·e·s d'une même profession (en l'occurrence les infirmiers·ières) réagir diversement à une même critique. Ce constat invite à étudier plus avant ces différents positionnements au regard des parcours de formation des professionnel·le·s, de la nature des socialisations et des trajectoires professionnelles ainsi que de dynamiques sociales qui dépassent le seul périmètre de la psychiatrie (effets générationnels, genre, etc.).

Liens d'intérêts : Les auteurs·trices déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Remerciements

Les auteurs·trices remercient vivement la médecin et l'équipe qui nous ont accueilli·e·s durant cette enquête, les évaluateurs et évaluatrices et Philippe Le Moigne pour leurs précieux retours. Ils sont également reconnaissant·e·s à Delphine Moreau et Pierre-Vidal-Naquet pour leur relecture de la première version de cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arveiller J.-P., Durand B., Martin B., Franck N.P., 2017. *Santé mentale et processus de rétablissement*. Nîmes, Champ social.
- Arborio A.-M., 2012. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Economica.
- Boltanski L., Thévenot L., 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris, Gallimard.

- Bureau-Point E., Hermann-Mesfen J., 2014. Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropologie & Santé* 8 [https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342].
- Cintas C., 2009. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 11(1) [http://doi.org/10.4000/pistes.2283].
- Demailly L., 2014. Introduction : les secteurs de psychiatrie et le « travail de disponibilité ». In Demailly L., Dembinski O., Déchamp-Le Roux C. (dir.) *Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité*. Arcueil, John Libbey Eurotext, 9-19.
- Ducarre C., 2011. Comment contenir ce qui nous est étranger ? *Cliniques* 1(1), 7892 [https://doi.org/10.3917/clin.001.0078].
- Dodier N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- Dodier N., 2007. Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients. In Tournay V. (dir.) *La gouvernance des innovations médicales*. Paris, Presses Universitaires de France, 127-154.
- Girer M., 2014. Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. *Sciences Sociales et Santé* 32 (1), 29-37 [https://doi.org/10.3917/sss.321.0029].
- Godrie B., 2019. Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale. *Sciences Sociales et Santé* 37(1), 43-67 [https://doi.org/10.3917/sss.371.0043].
- Godrie B., 2021. Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels : une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale. *Participations* 30, 249-273 [https://doi.org/10.3917/parti.030.0249].
- Henckes N., 2008. Réformer et soigner, L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France, 1944-1955. In Arveiller J. *Psychiatries dans l'histoire*. Caen, Presses universitaires de Caen, 277-288.
- Jaunait A., 2007. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. Commentaire. *Sciences Sociales et Santé* 25(2), 69-72 [https://doi.org/10.3917/sss.252.0067].
- Juven P.A, Pierru F., Vincent F., 2019. *La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Raisons d'agir.
- Lanquetin J.-P., 2019. Prévention primaire en psychiatrie, un travail d'ambiance. *Empan* 114(2), 72-78 [https://doi.org/10.3917/empan.114.0072].
- Lanquetin, J.-P., Tchukriel, S., 2014. Regards sur une clinique infirmière de la proximité. In Sassolas M. (dir.) *Défense de la clinique en psychiatrie*, Toulouse, Érès, 169-187.

- Lascoumes P., 2007. L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? *Politiques et Management public* 25(2), 129-144 [https://doi.org/10.3406/pomap.2007.2371].
- Lefevre-Darnajou K., Ollivier R., Gross O., 2018. *La démocratie en santé en question(s)*. Rennes, Presses de l'ÉHESP.
- Lévy B., 2015. La «quérulence progressive» : vacarme, silence ou parole ? *Les cahiers de droits* 56(3-4), 467-489 [https://doi.org/10.7202/1034459ar].
- Lévy B., 2017. Délire de revendication et quérulence : une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique* 82(2), 404-423 [https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.02.002].
- Linder A., Marion-Veyron R., 2020. Partager la décision thérapeutique dans des cliniques contraintes ? Enquête en milieu psychiatrique, carcéral et migratoire. *Sciences Sociales et Santé* 38(2), 41-66 [https://doi.org/10.1684/sss.2020.0170].
- Marques A., 2015. Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité. *Sciences Sociales et Santé* 33(3), 91-114 [https://doi.org/10.3917/sss.333.0091].
- Marquis N., Moutaud B., 2020. Les vies de la psychiatrie et la reconfession de l'ordinaire. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* 20 [https://doi.org/10.4000/anthropologie-sante.6099].
- Marquis N., Pesesse S., 2021. De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques. *Sciences Sociales et Santé* 39(1), 43-67 [https://doi.org/10.1684/sss.2021.0191].
- Minoc J., 2019. (Dés)Intégrer sous contrainte : La fabrique d'un handicap par la justice des tutelles. *Savoir/Agir* 47, 43-52 [https://doi.org/10.3917/sava.047.0043].
- Moreau D., 2015. *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*. Thèse de sociologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- Mougeot F., 2018. L'hôpital psychiatrique à l'ombre de la nouvelle gestion publique. *Rhizome* 67(1), 19-23 [https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0019].
- Murray H., Wortzel HS., 2019. Psychiatric advance directives: origins, benefits, challenges, and future directions. *Journal of Psychiatric Practice* 25(4), 303-307 [https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000401].
- Trégouet S., 2013. Une réunion soignant-soigné ou la création d'un inter-dit institutionnel. *Soins Psychiatrie* 288, 26-30 [https://doi.org/10.1016/j.spsy.2013.06.008].
- Velpry L., 2010. Subjectivité et psychiatrie. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 4(1), 115-133 [https://doi.org/10.3917/ccgc.004.0115].
- Velpry L., Vidal-Naquet P.A., Eyraud B., 2018. *Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Vincent F., 2021. Rationaliser la gestion par le temps. L'autre histoire de l'hôpital public. *Sociologie du travail* (63)2 [https://doi.org/10.4000/sdt.39405].

ABSTRACT

« No crisis, be cooperative! »: The conditions of taking into account the patients' voice in a psychiatric unit

Attempts to (re)enhance the value of the expression linked to the emergence of a « contemporary patient » in the health system raise specific issues in psychiatry, partly linked to the particular status that this word occupies and to the plurality of ways of framing patients. Moreover, this requirement may come into tension with current developments in hospitals and psychiatry, which are faced with major recruitment difficulties and management pressures. Our article aims to shed light on the concrete conditions of reception of patients' speech in the daily life of a psychiatric hospital unit. The survey on which it is based, based on observations and interviews, shows that life in the unit is punctuated by numerous requests from patients, producing a "background noise" that does not always make them audible. Dedicated spaces for exchanges between professionals and patients, in particular the caregiver-patient meeting, allow for the emergence of criticism from the patients concerning the availability of the professional team. This criticism gives rise to debates that are sometimes heated, but which also produce a critical reflexivity on the part of professionals about their practices and the organisation of work in psychiatry. The relational dimension of psychiatric work is discussed by the caregivers, both as the heart of their mandate and as a revelation of the aporias of its exercise.

Key words: critical activity, patient's rights, moral division of labor, psychiatry, care working.