



HAL
open science

La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre

Lise Demailly

► **To cite this version:**

Lise Demailly. La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre. *L'Information Psychiatrique*, 2021, *L'information psychiatrique*, 97 (1), pp.27-32. hal-03453995

HAL Id: hal-03453995

<https://hal.univ-lille.fr/hal-03453995>

Submitted on 29 Nov 2021

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

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

La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre

Lise Demailly

Professeur émérite de sociologie,
Université de Lille,
Clerse UMR CNRS 8019

Résumé. Une critique fréquente concernant la psychiatrie publique française, formulée notamment par des administrateurs de la santé, est la trop grande diversité des secteurs (ou pôles) quant à leurs pratiques de diagnostic et de soin. L'hétérogénéité serait source d'iniquité pour les usagers. Cet idéal d'homogénéité s'enracine dans une idéologie taylorienne, bureaucratique et scientiste. L'article, s'appuyant sur une investigation sociologique dans un certain nombre de pôles, montre que, au contraire, il n'y a pas de « *one best way* », mais une pluralité de « modèles d'équilibre ». Trois exemples concrets sont présentés. Ils montrent des capacités locales d'invention d'une efficacité et d'une efficacité empiriques.

Mots clés : étude comparative, pôle d'activité, psychiatrie, management, organisation de l'hôpital, pratique professionnelle, sociologie, conditions de travail

Abstract. Public psychiatry in France. A multitude of equilibrium models.

A frequent criticism of French psychiatry, especially from health administrators, is that their diagnostic and care practices vary too greatly between different sectors (or health care units). This heterogeneity means that service users receive unequal treatment. The ideal of homogeneity is rooted in a Taylorian, bureaucratic, and scientific ideology. Drawing on a sociological investigation conducted in several different health care units, this article shows that, on the contrary, there is no "one best way," but instead a multitude of "equilibrium models." Three specific examples are presented, which show local inventive capacities that are empirically effective and efficient.

Key words: comparative study, health care unit, psychiatry, management, hospital provisions, professional practice, sociology, working conditions

Resumen. La psiquiatría pública en Francia. Pluralidad de los modelos de equilibrio.

Una crítica frecuente a propósito de la psiquiatría pública francesa, expresada especialmente por unos administradores de sanidad, es la demasiado grande diversidad de los sectores (o polos) en cuanto a prácticas de diagnóstico y de atención. La heterogeneidad sería fuente de iniquidad para los usuarios. Este ideal de homogeneidad echa las raíces en una ideología tayloriana, burocrática y cientista. El artículo, al apoyarse en una investigación sociológica en cierto número de polos, muestra que por lo contrario no hay tal "one best way" sino una pluralidad de "modelos de equilibrio". Tres ejemplos concretos están presentados. Muestran unas capacidades locales de invención con una eficiencia y una eficacia empíricas.

Palabras claves: estudio comparativo, polo de actividad, psiquiatría, management, organización del hospital, práctica profesional, sociología, condiciones laborales

Introduction

Selon les administrateurs de la santé, la psychiatrie française souffrirait d'un manque d'homogénéité. Leur idéal serait que les diagnostics, l'offre de soins, les organisations et les pratiques soient homogènes sur l'ensemble du territoire français. Malgré leurs initiatives, leurs injonctions et certains dispositifs dédiés à la mise en place de cet idéal d'homogénéité, la diversité prévaut sur le terrain. L'idéologie administrative voit dans cette résistance au changement et à l'homogénéisation une conséquence du passéisme et du corporatisme des

soignants, notamment des psychiatres. Cette idéologie administrative est alimentée à trois sources à haut potentiel de légitimité : la conception taylorienne du travail, l'habitus bureaucratique et la conception scientiste de la psychiatrie.

Selon la conception taylorienne du travail [1, 2], modèle dominant pour le management des organisations et entreprises en France, il existerait dans toute situation, une et une seule bonne manière de faire – le *one best way* taylorien – et l'organisation verticale du travail permettrait aux ingénieurs-concepteurs d'indiquer aux exécutants l'organisation rationnelle du travail, à substituer aux méthodes empiriques utilisées traditionnellement.

L'habitus bureaucratique voit dans toute hétérogénéité une complication de l'application de la règle, à

Correspondance : L. Demailly
<Lise.demailly@univ-lille.fr>

l'opposé de la simplification apportée par la rationalisation [3-6]. Pour cet habitus, atteindre à l'uniformité des standards de qualité signe le haut niveau de conformité à la règle et l'équité pour les usagers.

Enfin, la conception scientifique de la pratique psychiatrique croit à l'existence d'un certain nombre de bonnes techniques de soin, garanties scientifiquement, à l'efficacité prouvée, qui devraient seules être mises en œuvre dans l'ensemble des pôles à destination de l'ensemble des patients.

L'objet du présent texte est de développer la thèse inverse de cette représentation dominante chez les cadres administratifs en charge de la politique de santé mentale, à savoir : il existe plusieurs « bonnes manières de faire », que nous proposons d'appeler des « modèles d'équilibres ».

Objectif et méthodes

Nous ne définirons pas ces modèles d'équilibres de manière scientifique et a priori, par la conformité à un certain nombre de pratiques dont l'efficacité aurait été prouvée, mais par observation des fonctionnements réels. Celle-ci permet de dégager une convergence de quatre caractéristiques, qui peuvent être objectivées par le sociologue sur la base de l'observation *in situ* ou du recueil de données qualitatives et quantitatives.

1) Le pôle est en paix avec l'administration, son ARS, le contrôleur des libertés, le directeur d'hôpital. Cela signifie de fait aujourd'hui qu'il s'est à peu près adapté à la diminution du nombre de lits, a développé les dispositifs ambulatoires et des partenariats et se réfère tendanciellement à la philosophie du rétablissement.

2) Le pôle est recherché par les soignants qui sont contents d'y travailler, qui trouvent sens à leur travail, (même s'ils émettent des critiques sur tel ou tel point de fonctionnement). Il y a peu ou pas de demandes de mutations pour incompatibilités d'humeur ou insatisfaction professionnelle ; c'est un pôle dont les postes sont demandés par des soignants extérieurs lors de leurs demandes de mutation. Il est attractif.

3) Le pôle prend en compte dans ses pratiques de soin les caractéristiques sociodémographiques et socio-culturelles de la population de son territoire et a une bonne liaison avec le médico-social local et les généralistes de ce territoire.

4) Il y a une congruence entre le type de management du pôle, les dispositifs de communication interne qui régissent la circulation de l'information et les échanges et les pratiques de soin qu'il développe. Les projets de changement ou d'innovations s'inscrivent dans cette congruence, car un modèle d'équilibre n'est pas une organisation statique, mais une organisation qui autorise un certain nombre d'innovations et de changements qui s'inscrivent dans cet équilibre.

Un pôle qui connaît un modèle d'équilibre, c'est-à-dire qui fonctionne suffisamment bien, avec une certaine cohérence des pratiques, au sein du mal-être général de la psychiatrie française contemporaine, n'a pas de raison forte de changer de modèle. L'existence d'une organisation du travail qui procure aux soignants une certaine satisfaction dans l'exercice de leur métier (conscience de rendre service aux patients et de pouvoir suivre une certaine éthique, bonne entente avec les collègues et avec l'environnement) explique en partie la stabilité des équilibres construits. Ce n'est bien sûr pas le seul facteur de la diversité actuelle des secteurs puisqu'elle est notamment causée par l'inégalité des moyens humains et budgétaires dont ils disposent et qu'elle s'enracine aussi dans le pluralisme de leurs traditions thérapeutico-culturelles.

On pourrait dire que les quatre critères que nous avons dégagés pré-définissent des situations qui sont l'opposé des situations de crise plus ou moins aiguë, ouverte ou larvée, dont les figures sont diverses : crises au niveau du management qui devient illégitime, distorsion entre les tâches et les ressources, manque insurmontable de moyens, conflits ou tensions avec l'ARS ou la direction de l'hôpital, pratiques condamnables par le contrôleur des libertés, hospitalisations inadéquates, démoralisation des soignants, tensions ou guerre de territoire entre groupes professionnels, caractère répulsif du pôle pour les demandes de mutation, décalage manifeste entre les discours du chef de pôle et les pratiques, mauvaise organisation et « pagaille » dans le suivi des patients...

La méthode suivie dans notre recherche fut ethnographique¹, conformément aux traditions de la sociologie du travail. Il s'agissait d'analyser l'évolution des pratiques de soin dans la psychiatrie française en partant si possible de la plus petite unité territoriale, sur la base d'un échantillon raisonné de pôles. Des recueils de données quantitatives, des observations de réunions et de pratiques de soin sur la base d'une immersion, ainsi que des entretiens ont été ainsi recueillis sur un ensemble de sites. Nous ne présentons ici qu'un des résultats de cette recherche

Résultats empiriques

Nous avons pu observer de manière approfondie plusieurs pôles, très différents, qui satisfaisaient à ces quatre critères. Ce n'est en revanche pas le cas de tous les pôles psychiatriques : il y a effectivement des pôles qui sont en crise, en dysfonctionnement, en démoralisation, ou en dispute. Ce sur quoi nous voulons

¹ Recherche sociologique commanditée par l'IREPS, *Les interventions psychiques dans les services de soins en santé mentale*, puis la Fédération de recherche en santé mentale et psychiatrie des Hauts de France : *L'évolution des pratiques de soins dans la psychiatrie française*.

insister dans ce texte, c'est qu'il y a plusieurs modèles d'équilibre, et non un seul. Nous allons illustrer cette thèse par des exemples de pôles ordinaires, présentant peu d'activités intersectorielles (on exclut donc dans cet article le cas des CHU qui relèvent d'une autre problématique territoriale, organisationnelle et symbolique, mais dont certains pourraient aussi offrir d'autres exemples de modèle d'équilibre.) :

– Un pôle A orienté, « psychothérapie institutionnelle », psychanalyse, « et « rétablissement », en grande ville ;

– Un pôle B orienté « rétablissement », aux pratiques de soin très protocolarisées, en milieu urbain de petites villes ;

– Un pôle D orienté « psychiatrie citoyenne » aux pratiques non protocolarisées, en milieu semi-rural.

Pôle A

Le pôle A, malgré ses différenciations internes, se caractérise par une forte cohérence organisée autour de la triple référence à la psychothérapie institutionnelle, à la psychanalyse et à la philosophie du rétablissement. Bien doté en personnels par comparaison avec le reste de la psychiatrie française, il se situe dans un milieu urbain de grande ville, riche en psychiatres et psychologues libéraux, ce qui accroît mécaniquement la proportion de patients à symptômes psychotiques dans sa file active (les personnes à trouble anxieux-dépressif s'adressant plutôt aux praticiens libéraux).

Il se caractérise par un management souple, des relations égalitaires entre catégories professionnelles, et une bonne coopération entre soignants. Les pratiques de soin sont orientées par la psychothérapie institutionnelle : unités intrahospitalières ouvertes, ateliers thérapeutiques, clubs cogérés par les patients et ouverts sur la ville et par la philosophie du rétablissement : forte activité des soignants à domicile, existence d'un accueil d'urgence.

L'absence de protocolisation des interventions psychiques (il n'existe aucun guide d'entretien) est remarquable dans un pôle de cette taille. On peut se demander comment elle est pratiquement tenable. Il semble que cela est rendu possible, sans dysfonctionnements, grâce à deux phénomènes : le haut niveau de formation des infirmiers (de nombreux infirmiers ont fait une analyse personnelle ou sont en analyse) et des modalités d'organisation qui donnent une place importante à la discussion clinique orale intra et inter équipes et favorisent la réflexivité collective sur les pratiques. Le temps long consacré à la discussion sur les pratiques et sur les patients (mais éventuellement aussi avec le patient) est à son tour rendu possible par une bonne dotation en personnel.

L'absence de protocolisation des interventions psychiques, l'éthique dominante dans l'ambulatorio orientée par la tolérance, l'« horizontalité », et le refus du

moralisme, ainsi que l'expérience de la psychanalyse (l'écoute, l'association libre), tout cela converge vers ce qu'on pourrait appeler un « art de la conversation », qui irrigue toutes les interactions soignants-soignés informelles, quelles que soient les compétences spécialisées des professionnels. En matière d'interventions psychiques formelles, les interventions se réfèrent à la psychanalyse ou au systémisme. Des réunions de synthèse ont lieu avec le patient, sa famille et les partenaires. Les références à la psychiatrie sociale et communautaire valorisent la vie ordinaire dans la cité et l'individu-citoyen au-delà du malade. Les soignants donnent une place importante au « projet de vie dans la vie ordinaire dans la ville » (et au « désir », en terme analytique) dans l'ensemble des interventions psychiques, qui forment un continuum.

La combinaison de psychiatrie sociale et communautaire et de références à la psychanalyse et à la psychothérapie institutionnelle (importance des partenariats extérieurs, attention portée à la question du logement) laisse l'avantage au deuxième courant sur deux aspects : d'abord, en ce que le pôle ne vise pas les prises en charge ambulatoires courtes (même s'il y en a au CAC) et n'a pas le projet de les raccourcir. D'autre part il ne cherche pas à vider son CATTP et son HJ des activités « thérapeutiques » pour lui préférer l'accompagnement des usagers à des activités ordinaires en ville (même s'il en existe quelques-unes, adaptées aux caractéristiques sociodémographiques et socioculturelles de la patientèle). Il faut, sur ce dernier point, admettre que le centre de jour est attractif pour les usagers ; ouvert sur la ville, discret et peu stigmatisant, il tient à la fois du club, du groupe d'entraide mutuelle, d'un bar, et d'une médiathèque.

Les prises en charges en hospitalisation à temps complet sont en moyenne de trois à quatre semaines. Et, mis à part au CAC, les prises en charge en ambulatoire dans le pôle A sont plutôt longues, qu'il s'agisse des familles d'accueil thérapeutique, de la filière logement, des CMP ou du centre de jour. Cela est sans doute à rapporter aux caractéristiques psychopathologiques de la patientèle (beaucoup de psychoses lourdes et chroniques). Le pôle est attractif.

Pôle B

Le pôle B est installé dans une zone de population aux revenus modestes et avec un nombre important de personnes sans diplômes. Le taux de chômage est élevé et la souffrance au travail fréquente. Les troubles anxieux dépressifs sont importants dans la patientèle et la schizophrénie ne concerne que 27 % de la file active. La philosophie affichée du pôle est la « psychiatrie sociale et communautaire », le « rétablissement ».

Dans l'esprit du *recovery*, le pôle vise des prises en charge brèves : la durée moyenne des hospitalisations est de 6 à 7 jours, le CMP est en partie délocalisé dans la

ville, le CATTP est progressivement vidé de ses activités au profit de l'accompagnement en ville. Tout est fait pour « ne pas fidéliser les usagers » et pouvoir accueillir les nouvelles demandes.

Les activités d'accompagnement ou d'insertion sociale, les activités d'accompagnement à des activités ordinaires en ville sont considérées comme plus efficaces en termes de rétablissement que les psychothérapies. Ces activités constituent une bonne partie du temps de travail du site. Ce qui soigne est prioritairement pensé comme ce qui permet la réinsertion concrète dans les activités ordinaires de la ville et le soutien de l'autonomie. C'est un but plus légitime que la seule réduction des symptômes.

Aucun privilège symbolique n'est alors accordé aux psychothérapies classiques. Cela n'empêche pas une offre éclectique de thérapie. Au niveau des techniques psychothérapeutiques au sens étroit du terme, elles sont laissées aux compétences et goûts de chaque psychologue ou de chaque psychomotricien. Éclectiques au niveau de l'offre globale du pôle, elles sont aussi largement hybridées par chaque soignant, le pôle étant plutôt bien doté : psychanalyse, psychodynamique, TCC, systémique, thérapies corporelles, e-santé mentale (logiciels).

Un deuxième axe politique central est de faciliter l'accès au soin. Une série de mesures organisationnelles concernant les agendas des soignants permettent cette rapidité de réponse à la demande et donc un gonflement continu de la file active par l'arrivée de nouveaux usagers. Le pôle a de plus de nombreux partenariats avec les tissus social, culturel, politique local, sanitaire.

La pratique est très protocolisée et les procédures intégralement écrites, ce qui facilite l'insertion des nouveaux soignants. Quand se pose un nouveau problème pratique, la solution envisagée est la fabrication d'un nouveau protocole, avec la participation des soignants. La communication des informations est surtout écrite (dans un progiciel) et la communication orale au niveau du pôle, régulière, rapide, est elle aussi protocolisée dans son déroulement. Le management est plutôt directif et le pôle bien intégré et bien organisé. Le pôle est attractif pour les soignants et reconnu comme particulièrement performant par les instances administratives.

Pôle D

La nature et l'organisation du travail renvoient à un contexte de désert médical semi-rural (aussi bien en psychiatres et psychologues libéraux qu'en généralistes) et à un nombre nettement insuffisant de médecins psychiatres dans le service. Il s'agit d'un pôle avec une certaine dispersion géographique sur un territoire vaste, assez cloisonné, avec une forte autonomie des différentes équipes infirmières, avec une communication inter-équipe faible, (cependant en développement), un grand égalitarisme des relations professionnelles et une atmosphère conviviale. Le management est souple et

respecte les initiatives de la base. Le changement dans l'organisation, par exemple la rotation plus rapide des lits d'intra (12 jours environ actuellement) se fait, selon le chef de pôle, de manière « imperceptible, glissante et indolore » et toujours à l'initiative de la base, le chef de pôle se contentant de jouer le rôle de chef d'orchestre.

Le site se réfère à une « psychiatrie citoyenne », après un passé de psychothérapie institutionnelle² délaissé aujourd'hui, car présenté comme trop hospitalo-centré dans le soin, trop pagailleux dans l'organisation, et trop chronophage (en réunions) mais dont le site a gardé l'égalitarisme entre soignants comme principe de management et les activités collectives thérapeutiques dans les CATTP (mais elles se déroulent le plus souvent à l'extérieur des murs). Le pôle est petit en nombre de personnels sinon en territoire. L'ambiance est familiale.

Les infirmiers travaillent en grande autonomie. Ce sont eux qui décident, lors des premières demandes, si le patient doit voir un psychiatre, un psychologue ou un infirmier. Ce sont eux qui décident de la périodicité du suivi. Les plages horaires de suivi sont de une heure, ce qui est long par rapport à ce qui est couramment observable dans les pôles de psychiatrie. Des innovations ont été développées, comme l'accueil sans rendez-vous dans l'antenne de village, l'hôpital de semaine, la chambre d'isolement « ouverte », l'unité intra de semaine, ou l'éducation thérapeutique pour les familles. Le pôle dispose d'une équipe mobile « Réhabilitation psychosociale » active. Et de nombreuses collaborations avec le tissu médico-social notamment les Ehpad. Par ailleurs, l'attention portée à la sante somatique des patients est forte et le lien avec les généralistes est serré.

Le travail au pôle D est considéré comme agréable et des dynamiques de projets existent. L'équipe d'infirmiers d'une des unités intra veut développer des projets d'activités collectives ; les cadres veulent travailler à une meilleure communication interne inter-équipe, l'équipe mobile Réhabilitation veut s'insérer dans un réseau de discussion régional et diffuser mieux la philosophie du rétablissement petit à petit à l'intérieur du pôle. En projet également, une plateforme de prévention, plus marquée « bien être » que « psychiatrie », non stigmatisante, et qui amplifierait le travail de prise en charge de la souffrance psychosociale et de prévention de troubles plus graves que réalise dès à présent le pôle.

On peut considérer que le pôle présente un modèle d'équilibre très pragmatique par rapport à son environnement (socialement dégradé), ses ressources (en partie insuffisantes, notamment en médecins) et les besoins des populations (forte présence de la souffrance psychosociale), avec par ailleurs une ambiance interne conviviale et « familiale » (fort égalitarisme des relations

² Notre enquête nous a permis de constater la diversité de ce qui se réfère au vocable « psychothérapie institutionnelle ».

professionnelles), absence totale de protocolisation et une philosophie du soin orientée sur l'approche globale de la personne et le rétablissement..

Analyse

Ces trois exemples de modèles d'équilibre ne sont certainement pas exhaustifs (comme on l'a déjà dit, il faudrait aussi comparer entre eux les CHU, dont l'activité intersectorielle de recours est importante et l'encadrement médical nombreux, ce qui constitue une donne tout à fait différente) ?

Les trois exemples satisfont aux quatre critères qui ont été posés pour repérer un modèle d'équilibre, ce qui les rapproche, en comparaison d'autres pôles, sur une série d'autres points. Une certaine éthique du travail leur est commune : bienveillance et politesse à l'égard des patients (pas de tutoiement, pas de pyjama en intra), une certaine représentation de l'efficacité thérapeutique dans laquelle la construction de l'alliance thérapeutique est essentielle, une conception du soin dans lequel l'objet des préoccupations n'est non pas la maladie ou le trouble, mais une personne globale avec ses projets et ses désirs. Enfin une prise en compte des problèmes sociaux et notamment de logement, et des équipes mobiles qui assurent un important travail de suivi des patients à domicile.

Mais on peut souligner, sur la base de ces trois exemples qu'il n'existe pas de *one best way*. Ni en matière de durée d'hospitalisation (25, 7 ou 12 jours). Ni en matière de management (directif, démocratique ou basiste), ni en matière de protocolisation des pratiques (très protocolisées en B, non protocolisées en A et D), ni quant au mode de circulation des informations utiles au travail clinique quotidien (essentiellement écrit en B, oral organisé en A, oral informel en D) ni quant aux références théoriques psychopathologiques (psychanalyse pour A, éclectique pour B, pragmatique pour D). De plus, les soucis communs de réinsertion-réhabilitation empruntent des formes très diverses. Au pôle B, les soignants considèrent que la réhabilitation psychosociale est le moyen du « rétablissement », lequel est l'objectif convergent et l'effet de toutes les activités du pôle. D est le plus près des normes administratives actuelles avec une équipe de réhabilitation psychosociale séparée, identifiable, formée à la remédiation cognitive et à la cognition sociale, qui propose des séances individuelles ou collectives hors les murs de l'intra ou de l'ambulatoire. Au pôle A, il est considéré que la réhabilitation psychosociale est un horizon et un effet de l'activité clubbique [7], qui, dans les murs de l'ambulatoire ou en ville, offre aux patients des espaces de prise de parole et leur donne des responsabilités dans la gestion financière et logistique des activités collectives et, ce faisant, remplit en action les fonctions de séances de remédiation cognitive et sociale. L'éducation

thérapeutique est formalisée dans le cadre d'une opération reconnue par l'ARS au site D, mais existe sous la forme de « guidance médicamenteuse » (entretiens d'une quinzaine de minutes lors de la remise des médicaments ou des injections) au site A, et sous le forme d'un « Plan de gestion et prévention de la crise » à élaborer avec le patient (outil construit localement), au site B.

Conclusion

Nous développerons trois points de conclusion

1. Il est intéressant de remarquer qu'un des facteurs de la diversification des trois modèles est les caractéristiques socio-économiques du territoire. D'une certaine façon, on pourrait dire que soigner sur mesure les patients implique aussi, déjà, ou même d'abord, d'inventer un certain « sur-mesure » au niveau des territoires, et de ce qu'ils impliquent en matière de besoins de la patientèle potentielle et de caractéristiques du tissu médico-social. Ce « sur-mesure territorial » entre en contradiction avec l'idée d'une homogénéisation de l'offre de soin et des pratiques sur le territoire français³.

2. Notre concept de modèle d'équilibre semble laisser de côté ce qu'il en est de l'efficacité des pratiques (qualité de leurs effets évaluée par rapport aux objectifs) et de leur efficacité (qualité de leurs effets par rapport aux moyens engagés). Il laisse effectivement de côté une efficacité et une efficacité qui seraient calculées a priori, indépendamment des situations concrètes. Mais les équipes évoquées construisent une forme d'efficacité pratique puisqu'elles font toutes avec les moyens du bord. Elles construisent aussi une efficacité empirique : celle-ci est jugée satisfaisante par les soignants de manière empirique, par opposition à d'autres pratiques qu'ils ont connues ailleurs ou auparavant, dans lesquelles ils ne se sentaient pas bien ni professionnellement ni éthiquement. Cette efficacité empirique donne lieu à plusieurs formes d'auto-évaluation collective, parfois participatives, c'est-à-dire formellement organisées avec les patients (à A et à B). Sans avoir la rigueur des évaluations « scientifiques », ces évaluations empiriques ont l'avantage de prendre en compte la complexité des prises en charge concrètes et leur durée effective, parfois longue.

3. Ces équilibres « adhocratiques » [8] sont fragiles : il suffit de penser aux effets de la pandémie tels qu'ils sont actuellement décrits par des psychiatres dans la presse. Mais, de façon moins exceptionnelle, il suffit d'imaginer des vacances de postes (un poste vacant de psychiatre au pôle D par exemple, ou de cadre supérieur au pôle B) ou d'avoir observé les effets de démoralisa-

³ Le « sur mesure » n'entre bien sur pas en contradiction avec le souhaitable relèvement des moyens humains des pôles déshérités et la mise en rapport globale des ressources de la psychiatrie publique avec des missions sanitaires et sociales qui ne font que s'élargir.

tion (« souffrance ») qu'a entraîné dans une unité intra du pôle A la coïncidence de plusieurs congés maladie. Un petit changement peut suffire à mettre un pôle en état de dysfonctionnement, voire en crise, car les pôles ont actuellement peu de marge de manœuvre.

Liens d'intérêt L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Taylor FW. (1911). *The Principles of Scientific management*. New York, USA and London : Harper & Brothers.

2. Alter N. « Taylor et l'organisation scientifique du travail ». Chap. 1. In : Alter N (éd.). *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF, 2012. pp. 5-24.

3. Crozier M. *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Le Seuil, 1963.

4. Demailly L. Simplifier ou complexifier ? Les processus de rationalisation du travail dans l'administration publique. *Sociologie du travail* 1992 ; 34 : 429-50.

5. Bezes P. Le renouveau du contrôle des bureaucraties : l'impact du New Public Management. *Informations sociales* 2005 ; 126 : 26-37.

6. Dreyfus F. *L'invention de la bureaucratie*. Paris : La Découverte, 2000.

7. De Zitter L. À propos de la fonction club.... *Chimères* 2019 ; 95 : 17-34.

8. Mintzberg H. *Le management, voyage au centre des organisations*. Paris : éditions d'Organisation, 1989.