



HAL
open science

Les phénomènes communicationnels au sein des pôles de psychiatrie publique pour adultes : formes, innovations et enjeux

Lise Demailly, Héroïse Haliday

► To cite this version:

Lise Demailly, Héroïse Haliday. Les phénomènes communicationnels au sein des pôles de psychiatrie publique pour adultes : formes, innovations et enjeux. *Sciences sociales et santé*, 2022, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 40 (n°3), pp.39-65. 10.1684/sss.2022.0231 . hal-03935611

HAL Id: hal-03935611

<https://hal.univ-lille.fr/hal-03935611>

Submitted on 12 Jan 2023

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.

Les phénomènes communicationnels au sein des pôles de psychiatrie publique pour adultes : formes, innovations et enjeux.

Lise Demailly, Héloïse Haliday

En psychiatrie, comme dans de nombreuses autres disciplines médicales, l'échange d'informations et le dialogue interprofessionnel sont des piliers de l'organisation des soins. La communication d'équipe au sein des services psychiatriques n'a cependant jusqu'ici pas été étudiée de manière précise par les sciences sociales, malgré leur intérêt pour les fonctions et enjeux des échanges d'informations pour l'organisation hospitalière en général (Grosjean & Lacoste, 1999). Plutôt que d'étudier l'ensemble des phénomènes d'échanges informationnels et émotionnels dans les services psychiatriques, la littérature scientifique tend à s'intéresser, article par article, à certains aspects pris isolément : les modalités d'échanges et la nature des informations cliniques échangées (Willer & Santoro, 1975), les interactions soignants-soignés (Molin et al., 2021), ou encore certaines formes instituées de communication, comme les réunions pluriprofessionnelles (Haliday & Khidichian, 2019). Il n'existe donc pas, à notre connaissance, d'étude ethnographique des systèmes locaux de communication au sein des équipes de services ou pôles psychiatriques.

On trouve également très peu de littérature professionnelle qui expose les principes ou les savoir-faire impliqués dans ce pan essentiel de l'activité des équipes de soins, alors que la communication est considérée comme un élément important de la qualité des prestations de soin et d'accompagnement en santé mentale, ainsi que de la gestion des parcours de santé dans le cadre « d'une coordination qui devient de plus en plus délicate à organiser au fur et à mesure que le dispositif de prise en charge se diversifie » (Lopez et Turan-Pelletier, 2017, p. 237). Considérée comme un moyen essentiel de coopération et de coordination de l'action, elle a cependant très peu fait l'objet, de la part des professionnels de la santé mentale, de propositions d'action - mis à part, de façon indirecte, dans le courant de la « psychothérapie institutionnelle » (Oury, 1975/2016)¹.

L'une des explications possibles de cette relative absence de littérature dédiée concerne le terme de « communication » lui-même. Même si nous l'employons dans la suite du texte par commodité, celui-ci pose en effet problème : il se retrouve dans de multiples champs allant des sciences de l'information et de la communication à la sociologie des organisations, et jusqu'aux sciences de gestion et du management. Le champ de la communication organisationnelle a par ailleurs donné lieu à de nombreuses recherches voire de nombreuses

¹ Ce courant, né dans l'après-seconde guerre mondiale en France et combinant apports des corpus marxiste, psychanalytique et sociologique, a fait de la communication une condition et/ou une expression de la vie démocratique de l'institution. Si ce mouvement n'a pas proposé de théorie des pratiques communicationnelles, il a tout de même contribué à donner une place importante, en psychiatrie, à l'échange d'informations cliniques sur les patients et aux dispositifs les mieux à même de permettre ces échanges : les réunions (Rothberg, 1968). Nous y reviendrons.

synthèses de travaux, et ce depuis une trentaine d'années (Borzeix et Fraenkel, 2001 ; Bernard, 2016 ; Cooren et al., 2017), mais on constate que le domaine des métiers à forte composante technique a bien plus été investigué que celui des métiers du travail sur autrui, avec des constats par conséquent difficilement généralisables aux organisations du travail sur autrui, beaucoup moins taylorisées. Parmi ces dernières, c'est surtout l'établissement scolaire qui a bénéficié d'études quant à la communication organisationnelle et au travail d'équipe. Les soignants, d'après nos observations, attachent pourtant beaucoup d'importance à la qualité des communications d'équipe et sont prêts, quand ils l'estiment nécessaire, à en proposer des améliorations pour leur lieu de travail. Car la fonction de régulation sociale de toute communication à visée d'organisation des interventions professionnelles ne recouvre pas tous les bénéfices de la communication d'équipe en psychiatrie. Du point de vue des professionnels, la principale raison derrière cet échange permanent d'informations au sujet des patients est de nature clinique : mettre l'ensemble des professionnels impliqués dans une prise en charge au diapason évite que les actions professionnelles individuelles tirent les usagers dans des directions ou des objectifs contradictoires et par là même aliénants². Communiquer n'a donc pas seulement vocation à accroître l'efficacité de l'organisation des soins : il s'agit également d'échanger et de traiter collectivement les éprouvés difficiles vécus par les soignants au quotidien.

A l'idée de « la » communication nous souhaitons donc dans le présent texte substituer le terme de « phénomènes communicationnels au sein des organisations » (Bouillon, Bourdin, & Loneux, 2007). Il s'agira de désigner, sans préjuger initialement de leur fonction (organisationnelle ou clinique), l'ensemble des phénomènes d'échanges d'informations et d'émotions qui peuvent avoir lieu dans les structures de soins psychiatriques, à l'échelle des pôles d'activités. La nécessité fondamentale des échanges en psychiatrie amène en effet les équipes à se doter d'institutions et d'outils destinés à fluidifier la circulation des informations cliniques, permettant à chacun de disposer de ce dont il a besoin pour opérer sa part du soin. Les professionnels en sont tout à fait conscients, et les chefs de pôles et cadres de santé considèrent que l'organisation de la communication fait partie de leurs tâches de management essentielles.

Notre article ne développera pas sur le sujet un point de vue normatif, car il se situe dans une perspective sociologique de description et d'analyse des fonctionnements organisationnels et de l'activité. Quelques critères peuvent cependant permettre d'objectiver une certaine forme de qualité de la communication : 1) l'organisation des phénomènes communicationnels est jugée satisfaisante, efficace et agréable par le management du pôle et par les professionnels qui y travaillent, 2) il n'y a pas d'« événements indésirables » ou d'échecs thérapeutiques qui seraient liés à un défaut d'échanges, 3) il y a un traitement communicationnel des « événements indésirables », des

² On peut citer à cet égard le travail pionnier des sociologues Stanton & Schwartz (1954), dans lequel les auteurs avançaient déjà un lien entre dissensions dans les équipes sur la direction de la prise en charge et aggravation de l'état clinique des patients.

incidents regrettables et des échecs, en vue d'analyser ce qui est arrivé afin que cela ne se reproduise pas.

Cette recherche de la qualité du système des communications au sein de l'équipe, que l'on peut observer dans tous les services psychiatriques, n'aboutit toutefois pas à un modèle commun. Les pôles psychiatriques sont organisés de manière extrêmement diverse (Lopez et Turan-Pelletier, 2017³), et il en va de même pour leur communication, puisqu'elle est liée à l'organisation. Nous irons jusqu'à dire que l'ensemble des phénomènes communicationnels dans un pôle *fait* l'organisation.

L'étude présentée ici⁴ rendra donc compte, à partir d'un premier travail de typologie des styles de communication d'équipe dans les pôles de psychiatrie, des tensions sous-jacentes aux phénomènes communicationnels observés, entre informalité et formalisation, oralité et écriture, personnalisation des échanges et recherche de fonctionnalité des transmissions. Face à ces tensions, et dans la mesure où ce sont les phénomènes communicationnels qui font le lit de l'organisation et non l'inverse, nous ferons l'hypothèse que les soignants optent pour des stratégies d'organisation dont le choix, nous semble-t-il, serait essentiellement déterminé par leur position vis-à-vis de la dépendance de la qualité des échanges à une ambiance d'équipe favorable. Accepter ce lien de dépendance entre échanges d'information et ambiance revient à considérer la communication dans ses aspects informationnel et émotionnel, et à faire primer, dans l'organisation, le second sur le premier⁵. A l'inverse, tenter de réduire la dépendance de l'échange d'information à un climat émotionnel favorable amène à vouloir trouver des outils permettant de maintenir les canaux communicationnels ouverts même en temps de crise ou de conflits.

Après avoir exposé notre méthodologie, nous présenterons successivement trois grands cas de figure : celui d'un pôle où la communication orale était foisonnante et bien entretenue par une attention à l'ambiance et aux relations entre professionnels ainsi que soignants-soignés ; celui d'un pôle où, malgré un référentiel théorico-pratique historiquement similaire, les dispositifs de transmission orale et relationnelle (par distinction avec l'écrit et la médiation informatique) étaient mis à mal par une crise en interne ; et enfin un pôle dont le fonctionnement protocolisé, formel et très informatisé semblait répondre aux problèmes posés par le cas du pôle précédent, dans une forme de troc entre richesse des échanges informels et certitude d'une transmission efficace.

³ Ce travail est précieux quant à la diversité organisationnelle des pôles et aux inégalités de dotation en moyens humains.

⁴ Ce travail a fait l'objet d'un financement par la Fédération de Recherche en santé mentale et psychiatrie des Hauts de France que nous remercions pour son soutien, ainsi que les équipes de pôles qui nous ont accueilli.

⁵ Cette position est caractéristique du mouvement de la psychothérapie institutionnelle lorsqu'elle avance la nécessité de soigner l'institution pour soigner les malades. Les modalités de fluidification et d'assainissement des communications d'équipe ont fait l'objet de quelques développements chez les psychiatres fondateurs de ce mouvement (Chaigneau, Chanoit, & Garrabé, 1971; Tosquelles, 2003).

I - Cadre théorique, terrains, méthodologie

Le cadre théorique de cette étude est celui de la sociologie du travail, plus précisément la sociologie de l'activité (Bidet, 2006; Ughetto, 2018), et la psychosociologie de l'activité (Clot, 2006) qui implique une méthode ethnographique d'approche de l'objet, soit, concrètement parlant, la combinaison d'observation in situ longues et d'entretiens non- ou semi-directifs. L'analyse du matériel récolté a été inductive, dans une perspective de typologisation des phénomènes communicationnels observés.

1) Une méthode ethnographique

Le travail de type ethnographique que nous avons mené a porté sur 5 pôles de psychiatrie générale, car il était intéressant de mener l'investigation sur la communication au niveau du pôle psychiatrique dans sa totalité (et non pas seulement sur une de ses composantes, comme dans de nombreuses recherches actuelles en France sur les pratiques en psychiatrie et santé mentale). Ces pôles fonctionnaient avec des référentiels théorico-pratiques différents :

- La psychothérapie institutionnelle, du nom du courant de psychiatrie humaniste né à Saint-Alban en Lozère au sortir de la seconde guerre mondiale, croisant les apports du marxisme et de la psychanalyse pour en arriver au postulat principal de la nécessité de soigner l'institution pour soigner les malades (autrement d'agir collectivement pour assainir le milieu de soins de ce qui pourrait le rendre aliénant et ségréguateur),
- La psychiatrie sociale et communautaire (Roelandt & Desmons, 2002), courant aux racines plus anglosaxonnes et italiennes piochant dans l'antipsychiatrie et mettant en avant la nécessité de restituer le malade à sa communauté d'appartenance. Ce courant, popularisé par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la santé mentale basé à Lille, croise celui de la « psychiatrie citoyenne » qui met l'accent sur la garantie du respect des droits fondamentaux des patients et leur réinsertion dans la vie ordinaire,
- La psychiatrie biomédicale (Cowan & Kandel, 2001), se référant à un courant focalisé sur les avancées de la psychiatrie de pointe, à la croisée des neurosciences, de l'imagerie et des progrès pharmacothérapeutiques.

Nous avons ajouté à titre de comparaison l'observation deux grosses unités intersectorielles, car ce type de structure se développe beaucoup actuellement, avec des références théorico-cliniques nettement différenciées, psychanalyse pour l'une et cognitivo-comportementale (TCC) (voir Thoma, Pilecki, & McKay, 2015) pour l'autre⁶. Les enquêtes dans ces unités, pour le présent article, seront laissées de côté.

⁶ Ces deux approches psychothérapeutiques se distinguent notamment quant à la focalisation sur l'histoire du patient (côté psychanalyse) ou l'ici et maintenant de son vécu (Thérapies cognitivo comportementales, TCC) et quant au positionnement du thérapeute (contrainte faible imposé au patient côté psychanalyse avec l'idée d'une parole libre, accompagnement plus directif dans des exercices ciblés côté TCC).

Rappelons ce qu'est un pôle. Les pôles sont aujourd'hui les organisations de base du service public de psychiatrie, issus la plupart du temps de la fusion de plusieurs « secteurs » psychiatriques (unités de base du service public territorial de santé mentale définies dans une circulaire datant du 15 mars 1960), ou de la transformation d'un seul gros secteur. Cette évolution administrative s'inscrit dans la politique de fusions-spécialisation propre au nouveau management public, avec la recherche d'économies d'échelles et de création d'unités spécialisées, décrite par Bezes et le Lidec (2016). C'est au pôle et à son organisation complexe que le patient et sa famille ont affaire dans le parcours de soin.

Un pôle est adossé à un hôpital sur le plan gestionnaire, comptable et hiérarchique. Placé sous la responsabilité d'un médecin psychiatre « chef de pôle » travaillant avec un(e) cadre supérieur(e) de santé, un pôle assure, avec des partenaires extérieurs, une responsabilité territoriale en matière de psychiatrie et de santé mentale, des missions de prévention, d'accueil de l'urgence et d'hospitalisation sous contrainte. Tout pôle comprend plusieurs unités : une ou plusieurs unités hospitalières (dites « intra » dans la suite du texte), proposant une hospitalisation à temps complet ou partiel, éventuellement sans consentement ; plusieurs unités ambulatoires : centre médicopsychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), équipe mobile, hôpital ou centre de jour (HJ, CJ) ; plusieurs unités que l'on appellera « intermédiaires » fournissant un hébergement partiel : Centre d'accueil et de crise (CACC), Famille d'accueil thérapeutique, Maison thérapeutique, Centre de post cure, appartements associatifs, etc. Un pôle peut comprendre de plus quelques unités ou dispositifs inter-pôles (dits « intersectoriels », en référence au fonctionnement par secteurs), unités fonctionnant donc selon une logique de spécialisation souvent départementalisée : unités spécialisées dans le psycho-traumatisme, les personnes âgées, les détenus en prison, les personnes en situation de précarité (notamment sans domicile fixe)⁷, la dépression résistante, la prévention du suicide, l'art-thérapie, la réhabilitation psychosociale... Celles-ci tendent à se multiplier ces dernières années. Enfin, le pôle a des liens formalisés avec des partenaires externes : bailleurs sociaux, établissements médico-sociaux, médecins généralistes, etc.

Les pôles offrent donc plusieurs catégories de prestations bien distinctes, entre séjours d'hospitalisation sous contrainte, suivis en centre médico-psychologique ou activités de soutien et d'accompagnement qui doivent être coordonnées pour s'intégrer dans le parcours de soin du patient. Les soignants sont ainsi tenus de travailler en réseau avec un environnement qui lui-même se décline selon des univers sociaux hétérogènes : médecine de ville, bailleurs sociaux, établissements médicaux sociaux, associations sportives et culturelles, prison, rue....

Le travail de circulation des informations nécessaire à la coopération et la coordination à l'intérieur d'un pôle est donc particulièrement important et

⁷ Ces unités, souvent mobiles, se retrouvent sous l'acronyme d'EMPP pour « équipe mobile psychiatrie précarité ».

complexe. Le management de la communication, à côté de la gestion des rapports à aux tutelles, est la première tâche managériale du chef de pôle.

Les cinq pôles que nous avons enquêté ont été choisis (en région parisienne et dans les Hauts de France) en fonction d'une certaine représentativité qualitative, autrement dit de la diversité maximum des lieux par rapport aux critères suivants : caractéristiques sociodémographiques du territoire (rural/urbain, CSP sup/ classes moyennes/classes populaires), de la taille du pôle (gros/moyen/petit), de l'orientation théorico-clinique (« Psychothérapie institutionnelle » et psychanalyse, « Psychiatrie sociale et communautaire », « Psychiatrie biomédicale », ou éclectique)⁸. Les deux grosses unités intersectorielles choisies se réfèrent, l'une à la psychanalyse, l'autre aux TCC. Pour que notre échantillon soit pleinement représentatif, il aurait fallu y inclure un pôle semi-rural hospitalo-centré (asilaire) et un pôle en crise, signalé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, mais cela n'a pas été possible dans les circonstances de l'enquête.

Le tableau 1, ci-dessous, résume les caractéristiques des sites observés.

	Implantation et patientèle	Philosophie du soin	Unités et services
Site A Pôle	Urbain. Classes moyennes et classes moyennes sup à 80 % et immigrants et SDF pour 20 %. Diagnostic dominant F2 (psychose) : 44,4 %	Psychothérapie institutionnelle, Psychanalyse. +Des références à la Psychiatrie Sociale et communautaire	2 unités Intra (ouvertes), 2 CMP, un hôpital de jour, un CATTP (centre d'accueil à temps partiel), des familles d'accueil thérapeutique (AFT), des équipes mobiles, un CACC (centre d'accueil et de crise, un service travaillant avec le logement en ville et de nombreux logements accompagnés, une consultation de thérapie familiale
Site B Pôle	Urbain. Classes moyennes inf., chômeurs Dominante : troubles anxieux-dépressif 53,2 %.. Durée moyenne des hospitalisations : 7 jours	Psychiatrie sociale et communautaire + Offre psychothérapeutique éclectique	Intra (unité ouverte), CMP en grand partie décentralisé dans la ville, équipes mobiles, CATTP, AFT, partenariats nombreux avec les bailleurs sociaux, et des équipements culturels et sportifs
Site C Pôle	Urbain et rural. Classes moyennes et populations très	Psychiatrie biomédicale.	<i>Sectorisé</i> : intra avec consentement (ouverte), intra sans consentement (fermée), CMP, CATTP, hôpital de jour

⁸ Sur les orientations théorico-cliniques, on peut consulter le travail de Dodier et Rabeharisoa (2006).

	précarisées dans certaines unités Dominante : troubles de la personnalité	(+ fortes variations selon les unités psychanalyse, systémisme, remédiation cognitive)	<i>Intersectoriel</i> : CACC, SMPR (prison), UHSA (prison), suivi suicide, suivi trauma, suivi dépressions résistante, troubles du sommeil.
Site D Pôle	Rural. Villages et trois petites villes. Taux de chômage élevé. Troubles dépressifs et addictions	Psychiatrie citoyenne (+consultations éclectiques).	2 unités intra ouvertes, dont une de semaine, un hôpital de jour, 2 CMP, une équipe mobile, une unité de remédiation psychosociale, des interventions dans le médico-social, des antennes dans les villages
Site E Pôle	Urbain. Population précaire. Dominante : troubles psychotiques et addictions	Orientation commune absente (influence psychodynamique)	Une unité intra-hospitalière, un CMP, un HDJ, un CAC, une unité mobile gérontopsychiatrie (EMPG), une unité de thérapie familiale, un CATTP.

Tableau 1. Présentation des caractéristiques théorico-pratiques, socio-économiques et organisationnelles des pôles enquêtés.

Le tableau 2, ci-dessous, présente de manière synthétique les caractéristiques différentielles principales de la communication dans les cinq pôles.

<i>Caractéristiques</i> (de « ++ », caractéristique très présente) à « - » (absente)	A	B	C	D	E
Communication orale formelle au niveau du pôle	++	++	-	-	-
Communication orale formelle au niveau des unités	++	++	++	+	+
Communication orale informelle	++	+	-	++	++
Participation de tous les soignants à la saisie informatique de l'ensemble des données	-	++	-	+	+
Usage du progiciel pour la communication d'équipe	-	++	-	+	-
Satisfaction des soignants par rapport à la comm.	++	+	+ /-	+ /réforme en cours	-
Dispositifs formels spécifique pour discuter avec les usagers ou leurs représentants	++	++	-	-	-

Transversalité	++	++	-	+	-
Réunions spécifiques portant sur les partenariats externes	++	++	-	-	-
Lien avec les généralistes	-	++	-	++	-
Fonction de formation des jeunes et nouveaux professionnels	+	+	+	- (avant réforme)	+
Contenu fréquent de discussion : les prescriptions médicamenteuses	-	-	++	-	+
Contenu fréquent de discussion : l'état de santé somatique des patients.	-	-	++	++	-

Tableau 2. Synthèse des données concernant les phénomènes communicationnels dans les pôles enquêtés.

2) Les objets de notre observation

Les phénomènes communicationnels propres aux équipes de psychiatrie font circuler des contenus divers : des informations (sur les patients, les familles, les partenaires), des récits d'interventions soignantes, des propositions de décisions, des décisions, des représentations, des évaluations, des émotions, des demandes d'aide ou de conseil, des aides et des conseils entre les différents professionnels - infirmiers, psychologues, psychiatres, psychomotriciens, éducateurs, assistantes sociales, aides-soignants, secrétaires, cadres de santé. Ces phénomènes concernent aussi les usagers ou dans certains lieux leurs représentants (demande d'avis, avis sur le soin et les accompagnements). Enfin, ils impliquent également les tutelles et partenaires des structures psychiatriques dans la cité.

Pour décrire cette communication de manière ordonnée, selon une première dimension, on peut distinguer :

- Les phénomènes communicationnels au sein des unités,
- Les phénomènes communicationnels entre unités au niveau du pôle dans sa totalité,
- Les phénomènes communicationnels avec les tutelles et partenaires (peu séparable de la « métacommunication » sur cette communication).

Usages de la communication

De façon plus précise et en tentant une classification de ces phénomènes selon leurs fonctions, nous avons identifié cinq principaux usages de la communication d'équipe :

- 1) s'informer entre collègues de l'état de santé des patients, de leurs projets et besoins, des événements récents, des interactions que l'on a eues avec eux, des interventions psychiques, biologiques, médicamenteuses, factuelles en cours, pour prendre la suite du travail ;
- 2) coordonner et articuler autour de chaque patient les interventions entre unités du pôle et entre le pôle et son l'environnement ;

- 3) contribuer à la qualité de vie au travail des soignants ainsi qu'à la formation des jeunes soignants en aidant à l'élaboration des éprouvés et des événements vécus avec les patients ;
- 4) mettre en forme et en mémoire les actes soignants et transmettre ces données à la hiérarchie médicale, administrative et gestionnaire (notamment au département de l'information médicale de l'hôpital) et, au-delà, au ministère ;
- 5) réfléchir collectivement à la politique du pôle, à ses choix stratégiques, à son organisation, à sa communication interne, aux relations avec les patients et familles, mettre en discussion ses valeurs et manières de faire - on pensera ici aux « espaces de discussion » théorisés par Mathieu Detchessahar (2013).

Outils de la communication

Enfin, de façon plus fine encore, la communication en psychiatrie pourrait être décrite en fonction de ses formes (formelle/informelle) et de ses outils, puisque dans les pôles de psychiatrie se combinent en effet modalités de communication formelles (réunions convoquées, usage de progiciel, dossiers papiers) et informelles (oral, téléphone, mails...). Nous ne nous appesantirons pas sur la distinction entre toutes ces modalités de communication, ni sur leur fonction de régulation et de contrôle. Précisions simplement ici – car l'informatisation des services de soins est une question récurrente en psychiatrie comme dans les disciplines somatiques – que la communication formelle peut être informatisée au moyen de progiciels dédiés comme *Cariatides* ou *Cortexte*, articulés à la gestion hospitalière (Béart et Dembinski, 2012).

Les principales fonctionnalités proposées par le logiciel *Cariatides*, utilisé sur certains de nos terrains, sont les suivantes⁹ :

⁹ Source : <https://www.symaris.com/cariatides-psy/>.

- un échéancier conformément à la loi du 5 juillet 2011 ↵
- la saisie de l'ensemble des données administratives et sociales ↵
- le circuit du médicament incluant la déclaration et le suivi des infections ↵
- la prescription des examens biologiques et la transmission des demandes et des résultats ↵
- la prescription des soins et des consignes et le suivi infirmier ↵
- la saisie des observations de l'ensemble des professionnels de santé ↵
- un gestionnaire des correspondances interfacé avec les outils bureautiques ↵
- les outils infirmiers ↵
- l'intégration de tout document électronique ↵
- les outils transversaux et pluri-professionnels : les formulaires et grilles personnalisés, la gestion d'alertes volontaires, l'agenda du professionnel et du patient, le journal du patient ↵
- le module de recueil et d'évaluation de l'activité RIMP et le recueil PMSI-SSR ↵
- l'interopérabilité avec d'autres systèmes comme par exemple : la gestion administrative du patient, la gestion des ressources humaines ou les annuaires, la gestion économique et financière, les automates de distribution de médicaments... ↵
- l'intégration de banques de données : médicaments, analyse biologique, référentiel de soins, diagnostics... ↵
- un infocentre permettant la génération de tableaux de bord pré-paramétrés et la production de tout rapport utile au pilotage et à la gestion de l'établissement ↵

Les logiciels gèrent donc la partie *informationnelle* de la communication en rationalisant le canal de transmission des messages, mais à la relation de chacun avec le logiciel, qui sert de médiation interprofessionnelle, doivent s'ajouter, pour créer des « modèles mentaux partagés » (Mathieu, Heffner, Goodwin, Salas, & Cannon-Bowers, 2000) du soin, un certain nombre d'espace-temps d'échanges interprofessionnels. Chaque pôle se caractérise ainsi par un tissu spécifique de réunions, et cherche le bon équilibre entre le déficit de réunions et la « réunionite ». L'oral informel se déroule, lui, sur le temps de travail (en salles d'équipe infirmière, en voiture pour les visites à domicile, dans un bureau, dans les couloirs des bâtiments), mais aussi sur les temps de pause déjeuner, voire dans des espace-temps mixtes en marge du temps de travail réglementaire sans en être complètement déconnectés (séminaires en petits groupes, pots de départ ou d'arrivée...).

Architecture des réunions

Le tissu des réunions formelles peut comprendre :

- une « réunion politique de pôle » de fréquence et de configuration très variable (incluant ou non des usagers),
- une réunion interprofessionnelle de pôle, d'information mutuelle générale, réunissant tous les soignants et administratifs du pôle, hebdomadaire ou journalière,
- des réunions professionnelles de pôle, de fréquence variable (par exemple les médecins entre eux, pour régler des gestions techniques, agendas, tours de garde, partage des tâches, les psychologues entre eux...),
- des réunions interprofessionnelles d'unité, systématiques, hebdomadaires, parfois dites « staffs », ayant pour objectif d'examiner tous les

dossiers des patients pris en charge par cette unité (réunion de l'équipe mobile, réunion du CMP...),

- des « transmissions » infirmières matin et soir dans les unités d'« intra » (intra-hospitalières),

- des réunions interprofessionnelles et inter-organisationnelles avec les partenaires,

- des réunions interprofessionnelles par tâches précise (ex. : une « réunion premières demandes », hebdomadaire, qui examine tous les dossiers des nouveaux patients reçues la semaine précédente et décide de leur orientation ; une réunion « guidance médicamenteuse » pour rendre compte des nouvelles issues de la prise de médicaments des patients suivis en ambulatoire venus prendre leurs médicaments au pôle).

- des réunions interprofessionnelles, de configurations variables, autour d'un patient particulier (« synthèse », « constellation »), avec tous les soignants concernés, éventuellement la présence du patient, éventuellement la présence de la famille ou de partenaires.

- des réunions interprofessionnelles avec des usagers ou leurs représentants

Chaque pôle possède ainsi, en fonction de son histoire, de son orientation et de son management de pôle, une architecture particulière de réunions.

Dans chaque site, l'équipe de recherche a relevé l'agenda des réunions formelles, observé les réunions formelles, les échanges informels (cantine, voiture, salles d'équipes, couloirs...) et mené des entretiens avec le chef de pôle, le cadre supérieur de santé, les différentes catégories de professionnels et quelques usagers (soit une vingtaine d'entretiens en moyenne par site)¹⁰. Pour comprendre le contenu des réunions et des échanges, l'équipe de recherche a de plus observé les interactions entre soignants et patients (consultations psychiatriques, suivis infirmiers, consultations psychologiques, entretiens des usagers avec des éducateurs, assistantes sociales, psychomotriciens..., activités collectives des patients).

II - Constats d'enquête

Afin de donner à voir les tensions vécues par les pôles en termes d'organisation des multiples phénomènes communicationnels qui se déroulent en leur sein, nous présenterons successivement, comme expliqué en introduction, le cas de trois pôles enquêtés. Chacun de ces pôles nous semble paradigmatique d'une gestion particulière de l'intrication entre échanges d'informations cliniques et traitement des éprouvés en psychiatrie, qu'il s'agisse d'assumer voire de favoriser cette intrication (pôle A), de vivre combien celle-ci peut aussi être débordante lorsque non-cadrée et non-pensée par le management de pôle

¹⁰ Les chercheurs ont rencontré au total très peu de refus d'observations ; un groupe théâtre, un groupe psychodrame, une consultation psychiatrique avec un nouveau patient, une réunion de psychiatres à tonalité syndicale.

(pôle E), ou encore de tenter de la rationaliser au bénéfice d'un échange d'informations plus épuré (pôle B).

1) La richesse de l'informel : le cas du Pôle A.

Le site A est un gros pôle urbain bien doté, qui se réfère à la psychothérapie institutionnelle (cf. tableau 1).

La transmission entre soignants des dernières informations sur le patient se fait essentiellement par oral, et ce de manière quasiment continue. De fait, elle est incessante, que ce soit en réunion formelle ou informellement, dans les salles d'équipes et les soignants continuent à travailler même en déjeunant. Cette oralité est favorisée par le fait qu'il n'y ait d'ordinateurs que dans les secrétariats¹¹, et que le dossier-patient soit sur papier et rempli de façon manuscrite, dans les salles communes, ce qui est fait par les infirmiers tout en discutant. La transmission informatisée des données aux tutelles est assurée par les secrétariats.

Cette communication orale a de façon très visible un rôle d'élaboration collective des émotions et de formation des nouveaux arrivés. En effet, les pratiques d'entretien n'étant pas guidées par des protocoles, et de nombreux patients souffrant de troubles psychotiques, l'élaboration des difficultés et l'échange d'idées après entretien sont souvent nécessaires. Ces discussions permettent l'entraide entre soignants. La norme est de ne pas rester avec des interrogations ou un malaise quant à ce qui s'est passé avec un patient, mais d'en discuter aussitôt avec le groupe, en réunion ou avec les présents dans le bureau d'équipe.

(Chercheur, journal de terrain). Après un entretien particulièrement émouvant avec une nouvelle patiente, dont la situation lui a mis la larme aux yeux, dans la salle d'équipe, une infirmière dit à la cantonade : « Je n'arrive pas à écrire mon rapport ». Une discussion s'ensuit, qui reprend des éléments déjà donnés dans la réunion formelle qui vient d'avoir lieu. Puis un infirmier développe une discussion plus longue avec l'infirmière. Elle dit finalement (à tous) : « merci, ça va mieux, je vais pouvoir écrire mon rapport »

(Chercheur, Journal de terrain). Une jeune infirmière : « J'ai auparavant travaillé dans un service d'orientation comportementaliste. Dans le bureau des infirmiers, il y avait un ordinateur par personne. Tout le monde tapait son rapport et personne ne parlait. Ça prenait beaucoup de temps de taper les rapports, une demi-heure environ par patient, donc on perdait beaucoup de temps de travail. ... Ici je suis bien. Quand il y a un problème, on en discute aussitôt, on n'est pas toute seule. Je ne retournerais pour rien au monde dans un service comme celui d'avant. »

Un entretien difficile laissant présager une aggravation de l'état du patient, ou un échec thérapeutique, peuvent être repris plusieurs fois dans des configurations de discussion différentes. C'est le cas dans l'exemple ci-dessous :

(Journal de terrain, réunions concernant un patient âgé)

¹¹ Depuis notre visite, quelques ordinateurs sont arrivés dans les salles d'équipe.

Un patient âgé, psychotique, suivi depuis longtemps par le pôle, a eu une bouffée délirante en EHPAD (maison de retraite), et a dû être réhospitalisé en urgence.

La première réunion réunit le psychiatre de l'intra, deux infirmiers du Centre de Jour, un infirmier de l'intra, les deux enfants du patient et le patient lui-même. Le patient affirme avec force qu'il ne veut pas retourner en EHPAD (conviction délirante : « ce ne sont pas des êtres humains, ce sont des robots »). Il veut rentrer chez lui, dans son appartement. Les infirmiers de l'HJ, qui connaissent bien l'appartement du patient, disent qu'il est trop encombré d'objets multiples, qu'ils ont, il y a quelques années, renoncé à le ranger, que l'appartement est dangereux, (ce que l'observation confirme) et de plus il se situe à un étage élevé sans ascenseur.

On aboutit, après une longue discussion parfois tendue avec le patient, à l'idée d'organiser une visite à son appartement qu'il veut revoir et de l'aider à trouver un autre EHPAD pas trop loin de l'HJ, où le patient pourrait venir en taxi certaines demi-journées, ce dernier point lui plairait confirme-t-il.

Ultérieurement, quelques jours plus tard, le récit de cet entretien, dans une autre réunion, provoque la réaction d'autres soignants qui connaissent aussi le patient et qui disent que, dans n'importe quel EHPAD, ce patient refera une bouffée délirante. Et qu'il vaut mieux, vu qu'il en a les moyens financiers, le faire déménager dans un autre appartement (pas trop loin du Centre de Jour) et organiser des visites d'infirmières en libéral et d'AVS plutôt que d'essayer de le faire séjourner en EHPAD. Le projet rectifié va être resoumis au patient et à sa famille (et sera ratifié).

On voit sur cet exemple que le temps élevé de discussions, acceptant une certaine redondance, permet d'éviter le renouvellement de l'échec dans la gestion du parcours de soins et de vie, et ouvre un espace pour l'ajustement possible des décisions.

Le tissu de réunions formelle est dense, et construit de façon à faire circuler l'information d'une unité à l'autre. La réunion de pôle est hebdomadaire (elles ne réunissent pas la totalité du personnel, mais en priorité médecins, psychologues et cadres). Les réunions d'unités accueillent systématiquement quelques membres d'une autre unité, pour assurer la circulation d'information d'une unité à l'autre. Les réunions de "constellation", réunion de synthèse autour d'un patient, sont ouvertes de plus aux partenaires extérieurs.

Ces pratiques sont à relier à d'autres caractéristiques organisationnelles : le pôle incite les soignants à répartir leur service à cheval sur deux structures pour assurer une certaine « transversalité », autrement dit faciliter le passage d'informations d'une unité à l'autre et éviter les phénomènes de clivage inter-équipes du fait d'une trop grande méconnaissance des soignants entre eux. Les configurations d'entretiens avec les patients combinent des catégories différentes de professionnels, par exemple deux infirmiers et un psychiatre, un psychiatre et une assistante sociale, un infirmier et un ergothérapeute, etc., qui prennent la parole en réunion avec deux points de vue différents sur un même entretien. La transversalité est ainsi à la fois un souci pour l'organisation et pour la communication. Telle qu'elle est organisée, cette transversalité, parce qu'elle permet aux professionnels de circuler et se rencontrer plus régulièrement, aboutit à une certaine homogénéisation des

styles cliniques, toutes catégories soignantes confondues (entre infirmiers et ergothérapeutes par exemple, de l'avis même des professionnels).

Une troisième originalité du site A est l'organisation de réunions soignants/soignés, conformes à la philosophie du soin « psychothérapie institutionnelle » et au souci de « soigner l'institution ». Par exemple une réunion hebdomadaire d'une heure environ au Centre de jour réunit chaque lundi matin les soignants du centre et tous les patients qui veulent venir à cette réunion. D'autres moments plus informels sont également « mixtes » soignants/soignés : par exemple le repas thérapeutique, hebdomadaire lui aussi, au Centre d'Accueil et de Crise.

La communication orale au site A prend donc beaucoup de temps, avec l'accord des soignants qui en sont satisfaits. Le pôle A reste donc fidèle à la prééminence de la parole et au large temps organisationnel consacrée à celle-ci, conforme à la philosophie théorico-clinique du soin propre au pôle, qui se réfère à la fois à la psychothérapie institutionnelle et à la philosophie du rétablissement¹², avec des pratiques cliniques attentives au parcours du patient - ce qui implique une forte coopération inter-unités et une bonne coordination avec l'environnement social et culturel.

Ce style communicationnel de pôle est rendu possible par sa bonne dotation en soignants et en secrétariats. Il s'auto-entretient par l'image du pôle chez les professionnels et les formations personnelles de nombreux infirmiers et éducateurs en psychanalyse et qui suivent des supervisions personnelles. Il est favorisé par les caractéristiques de la patientèle dont les troubles complexes exigent de nombreux ajustements cliniques. La richesse du tissu médical local en psychiatrie libérale assure en effet qu'une grande partie des prises en charge des troubles anxiodépressifs sont faites en ville, ce qui donne à ce service de psychiatrie publique un important travail du côté des troubles psychotiques.

2) L'informel à la merci d'une crise institutionnelle : le cas du pôle E.

Dans le pôle E, il apparaît rapidement que les pratiques de communication sont hétérogènes d'une unité à une autre, quant à leur contenu et leurs participants : simple passage en revue des patients dans l'unité d'hospitalisation, réunions ciblées mais approfondies au CMP, ou encore espaces de parole libre à l'hôpital de jour, sorte de pot commun informationnel en début de journée. Dans certaines unités, les agents de service hospitalier, exclus des réunions et de la possibilité d'écrire formellement dans les cahiers de transmission ou les dossiers patients, utilisent l'oral informel pour communiquer leurs observations aux infirmiers. Mais au CMP, d'orientation résolument psychodynamique (celle-ci étant portée à la fois par les psychiatres consultantes, l'équipe très étoffée des psychologues, le cadre de santé et certaines infirmières expérimentées), les secrétaires sont conviées en réunion dite de « synthèse ».

¹² La philosophie du rétablissement valorise l'ambulatoire hors les murs pour réinsérer le malade dans la vie ordinaire, malgré l'éventuelle chronicité de ses troubles (Demailly, 2017).

Les réunions de synthèse inter-unités sont, quant à elles, boudées par une partie des structures du pôle au motif d'une mauvaise organisation. Seul le dispositif du « passage » - au cours duquel un soignant d'une unité donnée se rend, avec le patient concerné, à la rencontre d'une autre unité du pôle qui pourrait l'accueillir - semble au départ constituer une base organisationnelle communément acceptée de communication inter-unités... Mais il apparaît vite que ce dispositif, considéré comme chronophage, voit remise en question sa pertinence organisationnelle.

Le principe du « passage » est celui de l'incarnation de la continuité des soins propre à la logique sectorielle : on facilite la transition du patient entre unités afin de réduire le clivage souvent constaté entre « intra » et « extra », tout en tenant compte du transfert du patient. On respecte la façon qu'a eue le sujet d'investir les soignants, et la personne qui le reçoit dans l'unité nouvelle s'engage à le suivre à partir de sa transition. L'un des cadres de santé, affecté à l'unité de crise, faisait en entretien un lien explicite entre le désinvestissement progressif de ce dispositif informel et oral du fait de la crise de gouvernance traversée par le pôle :

« Cadre : on fait un passage avec le patient, bon il a passé quinze jours à l'hospit par exemple [...] si ça fonctionne, le référent, c'est cet infirmier qui va présenter la nouvelle équipe avec, qui va présenter la nouvelle équipe au patient en reprenant les moments forts du séjour, en demandant au patient finalement qu'est-ce qu'il, comment il a vécu ce séjour, qu'est-ce qui a été bénéfique pour lui, qu'est-ce qu'il a pu retravailler de sa crise, de son problème là, quel que soit le problème, même si c'était un grand délirant, un schizophrène il peut en parler. Et c'est repris par la nouvelle équipe avec des référents là aussi. [...]

Chercheuse : J'allais dire : comment ça fonctionne là actuellement ?

Cadre : C'est... c'est très compliqué ! On n'y arrive pas ! [...] Le passage c'est souvent effectivement de l'unité d'hospitalisation vers une autre structure. [...] mais si ce n'est pas... toujours inculqué, transmis par le chef de service comme une philosophie essentielle, voilà une conception des fondamentaux essentiels, ça part en vrille parce que c'est ça la guidance aussi, c'est à la fois le projet médical pour l'unité, ce qui n'est pas évident parce que par exemple [le chef de pôle] on dit « il faut que tu écrives ton projet parce que nous on a besoin d'un projet pour être guidés, pour savoir où on va ! ».

L'impossibilité matérielle d'organiser ces passages « dans la pratique [...] parce qu'on n'a pas de temps » (entretien médecin) amène cependant de plus en plus de professionnels de l'unité d'hospitalisation à concevoir qu'il puisse se faire simplement par téléphone, au regret de certaines structures ambulatoires du pôle dont le référentiel psychodynamique est plus marqué. Le déroulement des passages n'est plus, au moment de notre venue, un objet médiateur autour duquel les différents lieux du soin se rencontrent, mais bien plus un élément conflictuel reflétant et aggravant le délitement du lien inter-unités, chaque raté étant l'occasion d'interprétations réciproques sur le manque de motivation ou de considération des professionnels les uns envers les autres.

Plusieurs unités du pôle E consignent à la fois leur activité sur un cahier de transmission et secondairement dans le logiciel patient, au motif que le cahier peut rendre compte d'une chronologie institutionnelle, celle des événements d'une même journée, tandis que le logiciel ne dresse que des chronologies individuelles, pour chaque patient isolément. Dans les cahiers sont donc répertoriés de plus nombreux actes que sur le logiciel (réalisation d'un ECG pour un patient, appel téléphonique de la famille ou d'un gardien d'immeuble...). Le logiciel utilisé pour l'organisation du dossier patient est globalement considéré comme un frein plutôt qu'un outil, car il relève d'un travail vu comme *supplémentaire*, voire, dans certaines unités, comme une corvée nécessaire à la prise en compte administrative du travail clinique « *sinon on nous dit qu'on ne fait rien !* » (discussion avec une cadre). Mais les cahiers sont présents dans 4 unités sur les 5 du pôle.

Le logiciel est critiqué :

"j'ai pris cette habitude-là, de ne pas lire Cortexte et d'aller directement parler au patient [...] au final si on a déjà quelque chose de tout tracé, de tout fait, après on ne pose plus les questions » (entretien infirmier)

Il semble aussi vécu comme un obstacle aux relations interprofessionnelles, car son existence donne lieu à une dérive fréquemment résumée ainsi : *"depuis qu'il y a Cortexte c'est encore pire parce que c'est limite "bah regarde sur le logiciel !" [...]"* (entretien psychologue).

En somme, la situation du site E est pour une part typique d'une certaine culture psychiatrique classique d'orientation psychodynamique qui privilégie la discussion orale plutôt que l'écrit pour favoriser la rencontre entre les soignants, et critique le caractère protocolaire des logiciels au motif qu'ils brident la créativité ou la pragmatique des échanges. Mais il apparaît que dans ce pôle, le caractère fragmenté de la communication est le symptôme, aux yeux des professionnels, de l'impossibilité de trouver une ligne commune, une vision d'ensemble du pôle. La situation est présentée comme procédant d'un défaut de *leadership* de la part du chef de pôle, en fonction duquel les soignants expliquent leur désertion des réunions (sans ordre du jour, sans clarté sur les objectifs de la réunion). Cela semble aussi tributaire d'une histoire institutionnelle façonnée par deux chefs de pôles successifs très charismatiques, auxquels les professionnels les plus anciens se réfèrent toujours (Conger et al., 2000). La communication s'avère difficile du fait d'une impossibilité de traduction (au sens de Callon, 1986) entre acteurs qui, pour avoir le même but, sont toutefois loin de partager la même culture professionnelle, et le manque de communication entre unités apparaît donc comme le produit d'une identité de pôle hésitante, non-garantie par le chef.

3) Formaliser pour faire exister ? La stratégie du pôle B.

C'est au site B, site de taille moyenne et de milieu urbain, que les efforts du management pour rationaliser la communication sont les plus explicites, tant sur le plan des temporalités que des configurations et des outils. Si les phénomènes communicationnels repérés dans ce pôle sont par conséquent réguliers et prévisibles dans leur déroulement, il semble que la rationalisation

des méthodes de transmission d'informations laisse de côté la fonction clinique de ces échanges, à savoir le traitement collectif d'événements jugés difficiles ou générant des émotions fortes chez les professionnels.

La philosophie du « rétablissement » anime les pratiques cliniques, ainsi qu'une forte volonté de « moderniser » la psychiatrie en la centrant sur les besoins du patient. Le courant du « rétablissement » n'ayant pas réellement donné lieu à des préconisations concernant l'organisation des équipes (Pachoud, Le Roy-Hatala, Moutis, & Cavroy, 2019), il semble que ce soit l'impératif de modernisation et d'efficacité de la pratique qui ait guidé les phénomènes que nous avons observés. Ce parti pris a en effet facilité le recours à l'e-santé mentale (usages de logiciels à disposition des patients ou de l'interaction patient/soignant) au niveau de la clinique et donné une place importante au logiciel de gestion, *Cariatides*, dans la communication d'équipe. Le chef de pôle est très attaché à la réflexion sur la qualité du soin, objectivée par l'évaluation quantitative de l'action du pôle. Cela a mis le projecteur sur le rôle des statistiques (par exemple pour savoir très précisément la durée moyenne d'hospitalisation, ou le temps d'attente avant un rendez-vous au CMP) et donc sur une informatisation poussée des informations.

La communication orale formelle est tout aussi importante. Chaque matin, une réunion en partie à distance par téléphone d'environ trois quarts d'heure réunit l'ensemble des unités, la totalité des soignants, et le cas de chaque patient est ainsi écouté par tous. Il y a peu de discussion. La communication doit être « efficace », car le groupe dispose d'environ en moyenne de deux minutes par patient pour envisager tous les cas en cours.

Par ailleurs, chaque unité tient une réunion hebdomadaire. Il y a aussi des réunions hebdomadaires par thématique, comme les « nouvelles demandes ». Là aussi les prises de paroles sont courtes et souvent les soignants interviennent en relisant ce qu'ils ont déjà introduit dans le progiciel *Cariatides*. Comme au site A, la transversalité de la communication telle qu'elle est organisée aboutit à une certaine homogénéisation des styles cliniques, quel que soit la catégorie professionnelle.

Tous les actes sont entrés dans *Cariatides* par les soignants. Le dossier de chaque patient, instantanément mis à jour, est ainsi consultable de tous les lieux du pôle, de n'importe quel bureau, par n'importe quel membre de l'équipe quel que soit son métier (les éducateurs aussi par exemple¹³). Le logiciel permet aussi aux professionnels de savoir à chaque instant à quoi est occupé un de leurs collègues ou par quelle unité tel patient est pris en charge au moment présent.

Il y a une réunion annuelle de pôle qui rassemble tous les acteurs de la prise en charge, y compris les représentants des usagers, et qui est l'occasion de débattre des orientations du pôle, des évaluations (quantitatives) de la qualité des soins, des améliorations souhaitables. D'autres réunions d'évaluation sont organisées avec les usagers.

¹³ Les prescriptions médicamenteuses peuvent être consultées mais ne peuvent pas être modifiées par les non-médecins.

Certains soignants (un psychiatre, quelques psychologues) disent cependant que la circulation d'information est parfois superficielle, qu'ils ont peu le temps de discuter. Aussi, quand ils en ont besoin pour un patient particulier, ils prennent rendez-vous par mail avec un collègue et se réunissent à deux, en une réunion informelle. Certains événements émotionnellement chargés observés durant nos enquêtes (ex. : un patient déchire toute une série de dessins et d'archives lors d'une séance collective, l'animatrice de l'atelier que nous rencontrons est secouée et pleure) n'ont ainsi jamais été discutés en réunion.

Le chef de pôle pense qu'il faut encore à l'avenir rendre la communication en réunion plus « performante », plus « pointue », pour pouvoir augmenter le nombre de patients pris en charge (la demande sociale dans le territoire est très forte) et accélérer la rotation des prises en charges en intra, sans cependant augmenter le temps de réunion.

Il estime d'autre part que le groupe des psychologues, trop attaché à la relation duelle avec le patient, a du mal à se plier aux règles du jeu du travail en équipe, à la différence des psychiatres et des infirmiers dont la culture professionnelle inclurait spontanément la coopération et le travail d'équipe. Malgré ces petites tensions, le pôle et sa communication d'équipe sont considérés par ses soignants et les tutelles comme fonctionnant bien et assurant un soin de qualité (auteur 1, 2020) fortement coordonné.

III - Discussion

De manière inductive, à partir des situations observées et des avis qui ont été formulés par les soignants, nous avons repéré des facteurs qui influencent globalement la communication dans les pôles de psychiatrie adulte, ainsi que des enjeux spécifiques aux transformations actuelles des phénomènes communicationnels : celui des objets perdus de la communication (temps, précision clinique et soutien interprofessionnels) et celui de la place du patient comme protagoniste actif et passif de l'échange d'informations.

1) Contexte global

Le développement des unités intersectorielles et centre experts pose des difficultés particulières à la coordination. Car un patient pris en charge dans une unité intersectorielle l'est en même temps dans une unité de pôle, sectorisée, et le sera ensuite probablement dans une autre, une fois terminé le soin spécialisé. Or les unités intersectorielles, comme on le voit sur le pôle B et sur les deux unités intersectorielles observées spécifiquement¹⁴, sont des organisations assez fermées, dont les personnels sont soudés par une communauté de savoirs techniques et souvent de philosophie du soin. Leur

¹⁴ Dans les deux unités intersectorielles observées, aux philosophies du soin très différentes, la communication d'équipe est pareillement facile et approfondie. En revanche les rapports avec le reste du pôle (pour la partie sectorielle du travail) et les autres pôles concernés sont assez distants.

communication est très orientée sur l'accumulation des savoirs et des expériences. Il faut donc un volontarisme particulier de la part des managements pour maintenir et développer la coordination et la coopération entre elles et les unités sectorisées, sinon la tendance naturelle irait à l'empilement ou l'émiettement des actions.

Un autre constat global concerne les effets du management public « néobureaucratique » (auteur 1, 2009) sur les organisations de la psychiatrie publique. Certaines évolutions communes ont été observées pour l'ensemble des métiers relationnels de service public dans le cadre des processus de rationalisation gestionnaire : développement d'une protocolisation de la pratique, passage à l'obligation de résultat, développement des outils informatiques, pression sur le temps de travail des soignants. Tous ces points affectent en même temps les pratiques cliniques et la communication. Celle-ci qui doit être plus rapide, plus formalisée, et fournir des data permettant l'évaluation des politiques publiques.

2) Genèse des différences entre pôles : les facteurs généraux.

Soumis à ces tendances communes, les pôles réagissent différemment. Même si on retrouve les mêmes outils et les mêmes formes un peu partout, les dosages en sont différents (cf. tableau 2) et aboutissent à des styles et des ambiances différentes. On peut identifier les variables qui concourent aux différences. Ce sont :

- 1) Le statut institutionnel du service : CHU / unité intersectorielle relativement indépendante/ pôle ordinaire généraliste ;
- 2) La vision de la psychiatrie développée par le chef de pôle, et sa conception du management. Les orientations théorico-cliniques du pôle jouent notamment sur la valorisation de la parole et/ou la valorisation de l'outil informatique (l'une ne s'opposant pas forcément à l'autre). Elles jouent aussi sur le caractère volontariste de la recherche de « transversalité ». Le chef de pôle aussi peut accorder plus ou moins d'importance à la réflexivité collective et à l'implication des usagers dans celle-ci.
- 3) Les effets d'une négociation explicite ou implicite entre le management du pôle et les soignants sur la possibilité d'un travail de qualité, non-bâclé, la possibilité d'expression des difficultés, l'entraide, l'attention à l'ambiance. Les réunions de tous types, mais aussi les événements collectifs (pots de départ, d'arrivée, soirées de pôle etc.) contribuent à cette gestion de l'ambiance générale qui impacte la qualité des relations interprofessionnelles et la qualité des soins.
- 4) Le rôle de la taille du pôle, et de son implantation socio-économique. Les pôles sont en effet des héritiers de la politique de sectorisation, implantés dans des milieux sociaux différents. Un petit pôle peut régler beaucoup de problèmes par la communication informelle, ce qui n'est pas possible pour un pôle plus large et géographiquement très étendu. L'organisation d'un pôle métropolitain est totalement différente de celle d'un pôle rural, car les problèmes de communication ne s'y posent pas de la même façon, pour des raisons de taille du territoire et de dispersion géographique des lieux de

travail. Le tissu médical environnant, riche en généralistes psychiatres et psychologue libéraux ou, à l'extrême inverse, de type « désert médical » joue aussi un rôle : il modifie les conditions du travail clinique, en favorisant la présence de tel ou tel type de pathologie lourde dans la patientèle, qui induit des besoins de réflexion entre soignants plus ou moins importants et des besoins de coordination avec les généralistes plus ou moins importants.

5) La dotation du pôle, la pression sur le temps de travail des soignants. La pression sur le temps de travail, et donc sur le temps dévolu à la communication, est d'autant plus forte que le pôle est sous-doté par rapport à une demande sociale de soin psychique croissante¹⁵. Les soignants sont souvent en résistance contre les pressions institutionnelles quant à la productivité des unités (turn-over rapide de patients en hospitalisation, réduction de la file d'attente en CMP, réinsertion sociale rapide des patients).

3) Les enjeux quant au travail des soignants

Deux éléments ressortent de l'analyse des phénomènes communicationnels observés dans l'ensemble des pôles que nous avons enquêtés. Le premier a trait à la recomposition de la communication en fonction du temps de plus en plus compressé (du point de vue des professionnels) qui lui est destiné ; le second concerne l'inclusion d'un acteur clé dans le circuit des échanges : le patient lui-même.

Temps, précision clinique, soutien inter-professionnel : les objets perdus de la communication psychiatrique ?

Lorsque l'on fait parler les professionnels de la façon dont ils communiquent ou échangent des informations, certains « objets » (compris ici au sens d'éléments structuraux) ressortent du lot comme ayant été perdus dans les évolutions actuelles : le temps, la précision des comptes-rendus et l'élaboration collective des situations difficiles agissant comme soutien interprofessionnel dans le travail de soin.

Dans les pôles, le management de la communication est pris entre les injonctions à gagner du temps (il y a des postes vacants, des soignants en congés maladie, la demande augmente mais pas les moyens humains) et le savoir d'expérience des soignants, selon lequel la liberté de discussion et de consignation des informations ainsi que les réunions sont essentielles à la qualité des suivis, à l'intégration et à la formation des jeunes infirmiers (qui ne connaissent en général pas grand-chose à la psychiatrie) et au développement des compétences collectives.

Le temps de la communication, tout d'abord, peut apparaître comme "pris sur le travail avec les patients". Nous avons observé que ce temps est important en nombre d'heures, quels que soient les méthodes et les outils ou l'orientation théorico-clinique. Si la communication orale au site A peut dans un premier temps sembler chronophage à l'observateur, car la discussion autour d'un patient peut aller jusqu'à un quart d'heure (contre 2 minutes au site B), il faut

¹⁵ Constat étayé par le rapport de Dupays et Emmanuelli (2020) pour l'IGAS.

cependant remarquer que la mise au propre de l'information sur un entretien avec un patient directement sur outil informatique "coûte" une demi-heure par entretien en temps de travail de soignant (l'entretien avec le patient, lui, a duré d'une demi-heure à une heure). Cela fait bien sûr beaucoup, et est ressenti comme tel par les soignants. Certains le dénoncent : "avec toute cette paperasse, c'est du temps perdu pour nos patients" (entretien infirmier).

L'écriture personnelle telle qu'elle peut se déployer sur papier (les soignants disent eux-mêmes donner plus de détails dans les cahiers qu'ils n'en mettent dans les dossiers patients informatisés) est par ailleurs un outil de communication qui ne paraît pas équivalent ni interchangeable avec l'informatique, comme l'explique ce psychologue :

(Entretien avec psychologue site D)

Chercheur : vous passez combien de temps à faire les rapports ?

Soignant : En moyenne je fais deux patients tout compris en demi-journée en intra. 3/4 d'heure chaque consultation, ensuite 1h de Cariatides et aussi le temps de mes notes personnelles que je remets au propre...

Chercheur : Ah vous faites les deux ?

Soignant : Ah oui parce que pour moi Cariatides c'est un écrit qui est à destination d'être lu par toute l'équipe, voire par le patient s'il a accès au dossier, voire dans 20 ans quand je ne serai plus là. Quand j'écris, je prends en compte qui lit. Donc, mes hypothèses et mes associations d'idées, je les garde pour moi. Cela n'a pas d'intérêt que je mette dans Cariatides que X me fait penser à tel autre patient... Donc il y a bien deux écrits différents.

Ce point de vue est assez général, et concorde avec les conclusions tirées du côté des sciences du management et de la gestion : « le dossier du patient et les soins informations qu'il contient sont supposés favoriser la communication entre les acteurs [...] Toutefois, *c'est moins l'écrit que la communication qui se noue autour de l'écrit qui est important* » (Dumas, Douguet, & Fahmi, 2016, nous soulignons). Quand les dossiers des patients étaient sous format papier, les soignants y inscrivaient leurs questions, leurs doutes, leurs pistes : les supports écrits physiques servaient ainsi d'outil de dialogue avec les autres soignants qui rencontraient le patient. Le dossier informatisé, éventuellement matérialisé en réunion par la présence d'un ordinateur, ne permet pas les mêmes échanges.

Les fonctions que remplissaient autrefois le dossier papier du patient sont au final assurées conjointement par deux outils : d'une part par le logiciel informatique pour les informations « objectives » qui peuvent permettre des évaluations spécifiques du travail, la construction de data, et l'information de la hiérarchie administrative, d'autre part l'écrit informel personnel pour sa fonction réflexive, qui reste précieuse aux yeux de nombreux soignants, notamment les psychologues. Ce qui est échangé à l'écrit *entre* soignants perd par conséquent en précision clinique.

Les tentatives de résorption drastique du temps de communication orale peuvent également se heurter à des effets pervers : ainsi la faiblesse de la communication inter-unités au site B et sur le site E par exemple produit-elle ou aggrave-t-elle des ruptures culturelles entre les lieux. Les nouvelles unités spécialisées tendent à se transformer en "citadelles" disent certains psychiatres, et il faut un travail volontariste de certains pour rétablir des

passerelles. Pour contrecarrer ces effets pervers de fragmentation des services au sein d'un même pôle, les soignants tendent à développer une importante communication informelle par compensation, afin de ne pas perdre la précision clinique permise par des partages répétés à de multiples acteurs, comme au site A, mais aussi afin de protéger la fonction de soutien interprofessionnel qu'ont les échanges collectifs en face à face. Les réunions en présentiel (par distinction avec les conférences téléphoniques) ont pour vocation de tisser des liens entre services, mais leur bon fonctionnement est, comme le montre l'exemple du site E, très dépendant de l'ambiance dans le pôle : les réunions inter-services sont les premières à se dépeupler et à être désinvesties par les soignants en cas de crise au motif d'un gain de temps avec les patients.

Ce raisonnement conduit à un délitement progressif des espaces destinés à l'élaboration collective des éprouvés qui naissent au contact de personnes en souffrance, alors même que l'existence d'un nombre suffisant de réunions est pourtant un incontournable du soin en psychiatrie pour le traitement des émotions générées par le contact avec la maladie et la souffrance d'autrui. Le travail en psychiatrie implique en effet pour les professionnels qui y travaillent de traiter de nombreuses émotions : l'angoisse du soignant est tout d'abord liée à la nature du travail clinique, qui nécessite qu'il puisse aider le patient à élaborer ses difficultés émotionnelles tout en supportant les refus ou mises en échec du soin, les ruptures de parcours, les possibles rechutes. Elle provient aussi du sentiment de ne pas pouvoir, matériellement, faire correctement son propre travail (on se référera à Clot, 2012, et au « travail bien fait » comme producteur de satisfaction), au sentiment d'impuissance devant la psychose chronique ou certains états suicidaires. Elle provient aussi de la compassion devant certaines situations de patients particulièrement émouvantes. Face à ces situations, le soutien interprofessionnel permis par les réunions est essentiel ; il est pourtant l'un des premiers objets que les professionnels choisissent de lâcher lorsque le temps auprès des patients vient à manquer.

La gestion du secret : parler ou non « dans le dos des patients »

Une autre tension concerne le secret professionnel et le désir de communiquer avec les usagers sur le fonctionnement des soins.

Par exemple, les sites dans lesquels subsiste une communication papier doublant celle par logiciels prennent le risque, même minime, que les cahiers relatant leurs actes professionnels et puissent être consultés lorsqu'ils sont posés, comme au site E, dans des salles certes jamais laissées sans surveillance... mais tout de même ouvertes aux patients, dans un souci éthique d'accueil, lorsque des soignants s'y trouvent. La légitimité de la demande des patients d'avoir accès à leur propre dossier, et la conscience chez les professionnels du caractère illégal de son refus¹⁶, peut amener ceux qui

¹⁶ Rappelons que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant, droit qui concerne indistinctement les patients souffrant d'affections somatiques et psychiatriques.

reçoivent des informations sensibles à distinguer ce qu'ils mettent dans les dossiers (« vu ce jour », chez un certain nombre de psychologues soucieux du secret) et celles qu'ils conservent pour eux de façon à ce qu'elles échappent à la réglementation.

La communication entre soignants à propos des patients se déroule ainsi, en général, dans des espaces fermés : salle de réunion, salle d'équipe, portes fermées (sauf, sur les sites A et C notamment, lors de moments dédiés). Ces lieux de la communication entre soignants sont parfois très fermés, comme le montre cette scène :

(Chercheur. Journal de terrain) Je frappe à la porte d'une salle d'équipe de l'unité intra 2. Les portes sont vitrées, avec des rideaux, mais je ne vois cependant personne, car les soignants semblent installés dans une arrière-salle. Personne ne m'ouvre. Je pars à l'écart pour voir si j'ai un numéro de téléphone. Un patient me reconnaît et me dit "vous n'arrivez pas à entrer ? ». Il va tambouriner vigoureusement à la porte en criant : "C'est la sociologue ! "On m'ouvre. "On croyait que vous étiez une patiente !"

Néanmoins dans un certain nombre de lieux, se manifeste le souci de ne pas montrer aux patients qu'on parle « dans leur dos », qu'il s'agisse d'éviter la montée de comportements paranoïaques ou de manifester à leur égard un certain respect. Et, de ce fait, on trouve de formes d'ouvertures partielles.

(Site A, dans un CMP). Les portes de la salle d'équipe sont ouvertes sur le secrétariat, qui lui-même est séparé par une porte vitrée de la salle d'attente du CMP. Les soignants (infirmiers, psychiatres, psychologues), en train de discuter, de rédiger leurs rapports et/ou de boire leur café, sont donc visibles depuis la salle d'attente. C'est jugé être une bonne situation, qui assure la sécurité de la salle d'attente

Il y a cependant des re-fermetures pour préserver les secrets et parmi eux, le secret médical : les patients ne peuvent pas et ne doivent pas tout entendre. Plus encore, un patient ne peut pas entendre ce qui concerne un autre patient :

Site A, intra 1 : après un incident, alors que les infirmiers commencent à en discuter entre eux dans la salle d'équipe dont la porte est ouverte, un infirmier la referme en disant "Déjà, ils sont angoissés par ce qui vient de se passer, ce n'est pas la peine qu'ils nous entendent"

La tension éthique est réelle, entre le souhait de considérer les patients comme des personnes à part entière, non-stigmatisées, auxquelles on garantit, conformément à la loi, la libre consultation de leur dossier, les nécessités du secret professionnel, et les considérations cliniques sur la plus ou moins grande fragilité des personnes face aux informations de santé les concernant. Difficile en effet de restituer la totalité de la subjectivité du patient dans une réunion où certaines expressions rendant compte de son état clinique pourraient sonner comme chosifiantes (« il est *up* », « elle délire à pleins tubes ») ; difficile, aussi, de donner à entendre le vécu du patient lorsque l'on rapporte des épisodes de son hospitalisation dans son dossier, nécessairement présentés du point de vue des professionnels soignants.

L'information clinique – celle qui est partagée entre professionnels pour guider le soin – risque donc toujours d'être reçue comme désobjectivante par celui ou celle dont elle parle.

Conclusion

Nous avons tenté, dans le présent article, de donner à voir la diversité des phénomènes communicationnels entre soignants (au sens large) au sujet des patients, de leurs accompagnements, de leurs traitements et de leurs parcours de soin, telles qu'elle fonctionne dans les pôles de psychiatrie publique générale en France. Au moyen d'un échantillon varié et d'une méthodologie inductive cherchant à extraire des données les points saillants des pratiques actuelles, nous avons montré comment, en pratique, le statut d'un pôle, sa taille, sa dotation, la vision de son chef de pôle, la possibilité de négociation de la qualité du soin, ont des effets sur les types de pratiques qui se développent, plus diverses et à l'étiologie bien plus multifactorielle que ce que la traditionnelle partition entre psychanalyse et cognitivo-comportementalisme laisserait penser.

Nous avons dégagé quelques perspectives théoriques sur la spécificité de la communication organisationnelle dans les métiers du travail sur autrui. Dans les métiers du travail sur autrui, le cœur de l'activité ne saurait se limiter aux interactions avec les autrui concernés : il faut envisager que la communication professionnelle ou interprofessionnelle fait partie aussi de ce cœur de l'activité. En effet, c'est le lieu où se construisent en continu les savoir-faire, les éthiques, et le suivi coordonné des parcours des autrui, et ce de façon concomitante et non concurrente à la résolution éthique portée par les personnes accompagnées et aujourd'hui par de nombreux professionnels du « rien sur nous sans nous » (Charlton, 1998). Ce constat souligne l'intérêt de formaliser les types d'interactions soignants/soignés, de leur donner un nom pour pouvoir en discuter en réunion, de créer ou consolider des savoir-faire spécifiques (ex. : réunion « guidance médicamenteuse » réunion « premières demandes »...), et d'opérer une distinction entre niveaux d'analyse habituellement mélangés dans le soin quotidien (s'agissant par exemple de la différence faite entre « réunions cliniques » et « réunions institutionnelles », la première étant destinée à élaborer la prise en charge des patients, la seconde à améliorer les fonctionnements institutionnels). La mise en place de dispositifs et de techniques pour éviter le cloisonnement entre unités d'un même pôle, ou entre un pôle et des unités intersectorielles (une conférence téléphonique tous les matins réunissant tous les soignants et passant en revue tous les patients ; le fait que deux soignants travaillant dans une unité vont systématiquement assister aux réunions d'une autre unité...) fait aussi partie des découvertes du travail que nous avons mené.

Il ressort de cette recherche que la communication d'équipe est une affaire délicate, face à laquelle chaque pôle cherche le mode de communication adapté à son enracinement socio-économique et à ses moyens, pour trouver

un modèle d'équilibre¹⁷. Dans un contexte de soins individualisés, guidés autant que faire se peut par le consentement du patient et le dialogue sur ces soins avec les professionnels qui les lui procurent, et dans la mesure où l'information à transmettre peut déterminer les modes de communication utilisés autant que ceux-ci, en retour, modifient la qualité des informations transmises, la dimension intersubjective et collective du partage d'informations entre soignants et accompagnants est un axe de recherche qui gagne donc à n'être pas négligé.

Mais au-delà des facteurs généraux influençant les modalités d'organisation de la communication dans les pôles de psychiatrie et des enjeux propres à la psychiatrie d'aujourd'hui en matière de communication d'informations, nous terminerons avec une hypothèse : celle que le choix d'une formalisation et d'une informatisation poussée représenterait pour les managers d'équipes de soins une solution de régulation des échanges qui les rendrait, autant que faire se peut, indépendants des relations inter-individuelles, de façon à prévenir les difficultés communicationnelles en temps de crise. Si la régulation habituelle des échanges en psychiatrie tend en effet à faire reposer la communication orale et informelle sur une connivence préalable entre soignants, « qui permet d'être attentif sans le faire exprès » (Oury & Sivadon, 2013), des solutions de régulation passant par des outils désindividualisés – les logiciels – que chacun pourrait s'approprier de façon efficace sans passer par une période d'apprivoisement de l'histoire et de la culture du pôle, permettraient de gagner en efficacité clinique. Il nous semble cependant qu'une adoption trop rapide ou absolue de ces solutions ferait perdre à l'échange d'informations son caractère sous-jacent de moyen de traitement des éprouvés auxquels sont confrontés les soignants en psychiatrie et face auxquels ils disent leurs besoins d'espaces de parole.

Plus encore que les seules caractéristiques matérielles des pôles ou que leurs choix managériaux en interne, la communication entre professionnels et entre services d'un même pôle (voire entre services d'un pôle et institutions du champ médicosocial ou de la Cité) est donc un enjeu majeur de la thérapeutique. Toutes les solutions repérées dans les pôles ont en commun leur capacité à transcender ou subvertir les potentielles difficultés relationnelles afin de garantir une continuité de la prise en charge ; elles peuvent ainsi être comprises comme des modalités de « psychothérapie trans-institutionnelle », pour reprendre les mots du psychiatre Jean Garrabé (1987), en tant qu'elles tentent d'éviter les ruptures de parcours. Une des retombées pratiques de ce travail consisterait précisément à faire entrevoir l'intérêt à mettre en place des échanges sur les pratiques concrètes dans le cadre de formations pluridisciplinaires à la communication d'équipe pour les chefs de pôle et cadres supérieurs de santé.

Pour finir, la recherche présentée ici mériterait d'être élargie et approfondie en abordant de façon plus insistante la question des crises institutionnelles, car nos résultats quant au site E permettent de faire l'hypothèse que le délitement des phénomènes communicationnels aboutit à une démoralisation de soignants au double sens du terme (perte de plaisir au travail et perte de

¹⁷ Sur la notion de « modèle d'équilibre », on pourra se référer à auteur 1 (2020).

repères éthiques). On pourrait aussi étendre cette recherche à la pédopsychiatrie et aux établissements psychiatriques privés, et plus globalement se poser la question de l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur le maintien ou la modification de ces modes de communication, notamment dans le rapport entre oral et écrit.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit ni lien d'intérêts en lien avec le présent texte.

Bibliographie

Auteur 1, 2009

Auteur 1, 2012

Auteur 2, 2018

Auteur 1, 2020

- Bélart C., Dembinski O., 2012. Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie in Autès M., Demailly L. (eds), *La politique de santé mentale en France : Acteurs, instruments, controverses*. Paris, Armand Colin, 87-100.
- Bernard F., 2016. Trente ans de recherches en communication des organisations : voies, paradoxes, imaginaires et questions vives. *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, [En ligne] 9, URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/1997>.
- Bezes P., Le Lidec P., 2016. Politiques de l'organisation : Les nouvelles divisions du travail étatique. *Revue Française de Science Politique*, Fondation Nationale des Sciences Politiques, 3-4 (66), 407 — 433. [[10.3917/rfsp.663.0407](https://doi.org/10.3917/rfsp.663.0407)]
- Bidet A., 2006. *Sociologie du travail et activité. Le travail en actes, nouveaux regards*. Toulouse, Octarès Editions.
- Borzeix A., Fraenkel B. (dir.), 2001. *Langage et Travail, Communication, cognition, action*. Paris, Editions du CNRS, Coll. "Communication".
- Bouillon, J.-L., Bourdin, S., & Loneux, C. (2007). De la communication organisationnelle aux « approches communicationnelles » des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles. *Communication & Organisation*, 31(1), 1. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.90>
- Callon M., 1986. Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année Sociologique*, 36, 169–208. JSTOR, www.jstor.org/stable/27889913.
- Chantraine O., De la Broise P. (dirs), 2013. Secret, publicité, recherche en sciences sociales. *ESSACHESS - Journal for Communication Studies*, 6 (2).
- Charlton J., 1998. *Nothing About Us Without Us*. Oakland, University of California Press.
- Chaigneau, H., Chanoit, P., & Garrabé, J. (1971). *Les thérapies institutionnelles - Rapport et thérapeutique, présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LXXIXe session - CAEN* (Masson & C). Paris.
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1(1), 165–177. <https://doi.org/10.3917/nrp.001.0165>
- Clot Y., 2012. Le travail soigné, ressort pour une nouvelle entreprise, *La Nouvelle Revue Du Travail*, [En ligne] 1, URL : <http://journals.openedition.org/nrt/108>.

- Conger J. A., Kanungo, R. N., Menon, S. T., 2000. Charismatic leadership and follower effects. *Journal of Organizational Behavior*, 21(7), 747–767. [[https://doi.org/10.1002/1099-1379\(200011\)21:7<747::AID-JOB46>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1099-1379(200011)21:7<747::AID-JOB46>3.0.CO;2-J)]
- Cooren F., Bartels G., Martine, T., 2017. *Organizational communication as process*. In Langley A., Haridimos T., (dirs.), *The Sage Handbook of Process Organization Studies*. Londres, SAGE Publications LTD, 513–528.
- Cowan W. M., Kandel E. R., 2001. Prospects for neurology and psychiatry. *Journal of the American Medical Association*, 285(5), 594–600. [<https://doi.org/10.1001/jama.285.5.594>]
- Detchessahar M., 2013. Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 1(19), 57–80. [<https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>].
- Dodier N., Rabeharisoa V., 2006. Les transformations croisées du monde «psy» et des discours du social. *Politix*, 73(1), 9-22. [[10.3917/pox.073.0009](https://doi.org/10.3917/pox.073.0009)]
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, 1(20), 45–67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Dupays, S., & Emmanuelli, J. (2020). *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. Rapport IGAS n°2019-090R*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, [En ligne], <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article814>.
- Garrabé, J. (1987). Peut-on parler d'une psychothérapie trans-institutionnelle ? *Annales Medico-Psychologiques*, 145(8), 717.
- Goffman E., 1968. *Asiles*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective (Le Travail)*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. Retrieved from <https://www.cairn.info/communication-et-intelligence-collective--9782130497363.htm>
- Haliday, H., & Khidichian, F. (2019). Réunir les équipes pour soigner les patients : comment le savoir-faire psychiatrique peut éclairer les autres disciplines médicales. *Ethique et Sante*, 16(4), 164-170.
- Lopez A., Turan-Pelletier G., 2017. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Rapport IGAS N°2017-064R. Tome II: Annexes*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, [En ligne], <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>.
- Mathieu, J. E., Heffner, T. S., Goodwin, G. F., Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (2000). The Influence of Shared Mental Models on Team Process and Performance. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 273–283. <https://doi.org/10.1037t/0021-9010.85.2.273>
- Molin, J., Vestberg, M., Lövgren, A., Ringnér, A., Graneheim, U. H., & Lindgren, B. M. (2021). Rather a Competent Practitioner than a Compassionate Healer: Patients' Satisfaction with Interactions in Psychiatric Inpatient Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 549–554. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1820645>
- Oury, J. (1975). *La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde*. (éd. 2016). Paris: Editions d'Une.
- (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : traces et configurations précaires*, Lecques, Les éditions du champ social.
- Oury, J., & Sivadon, D. (2013). Constellations. *Chimères*, 1(79), 124–141. <https://doi.org/10.3917/chime.079.0124>
- Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., Moutis, C., & Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'information Psychiatrique*, (in press).

- Roelandt J.-L., Desmons P., 2001, *Manuel de Psychiatrie Citoyenne — Avenir d'une désillusion*, Paris, Editions In Press.
- Rothberg, D. (1968). *Les réunions à l'hôpital psychiatrique*. Paris: CEMEA.
- Stanton, A. H., & Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New-York, NY, US: Basic Books.
- Thoma N., Pilecki B., McKay D., 2015. Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423–462. [<https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>]
- Ughetto P., 2018. *Les nouvelles sociologies du travail. Introduction à la sociologie de l'activité*. Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- Willer, B., & Santoro, E. (1975). The reporting habits of staff in a psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 26(6), 362–365. <https://doi.org/10.1176/ps.26.6.362>