

Revue d'anthropologie des connaissances

16-4 | 2022

Le tournant participatif de la vigilance environnementale

La procéduralisation du travail relationnel

Le cas de la psychiatrie publique

The proceduralization of relational work: the case of French public psychiatry

La procedimentalización del trabajo relacional: el caso de la psiquiatría pública

Lise Demailly



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/rac/28822>

ISSN : 1760-5393

Éditeur

Société d'Anthropologie des Connaissances

Ce document a été généré automatiquement le 24 août 2022.

La procéduralisation du travail relationnel

Le cas de la psychiatrie publique

The proceduralization of relational work: the case of French public psychiatry

La procedimentalización del trabajo relacional: el caso de la psiquiatría pública

Lise Demailly

Introduction

- 1 L'objectif de cet article est de faire un état des lieux de la procéduralisation du travail dans les services psychiatriques en France. Nous entendons par là une forte modification des savoirs cliniques dans leur forme et leur contenu, avec le passage, dans les pratiques, de la mise en jeu de connaissances principalement expérientielles, intuitives, incorporées, à une utilisation de connaissances objectivées dans des dispositifs textuels ou techniques. Les processus de rationalisation procédurale de l'activité se développent en psychiatrie comme dans l'ensemble des métiers relationnels (Demailly, 2008, pp. 335-340), que ce soient les métiers du travail sur autrui¹ ou les métiers de services. Il s'agit là d'une transformation majeure, encore peu documentée dans les analyses sociologiques ou anthropologiques, malgré son impact sur la crise actuelle de la psychiatrie.
- 2 Pour éclairer ce qu'est la procéduralisation, on pourrait reprendre, en les adaptant à notre objet, les distinctions conceptuelles que fait P. Bourdieu (1979) concernant les états du capital culturel : « Le capital culturel peut exister sous trois formes : à l'état incorporé, c'est-à-dire sous la forme de dispositions durables de l'organisme ; à l'état objectivé, sous la forme de biens culturels, tableaux, livres, dictionnaires, instruments, machines, qui sont la trace ou la réalisation de théories ou de critiques de ces théories, de problématiques, etc. ; et enfin à l'état institutionnalisé, forme d'objectivation qu'il faut mettre à part » parce qu'elle a des propriétés particulières. Les savoirs incorporés demandent une longue socialisation, où jouent la formation et l'expérience, tandis que

les savoirs objectivés sont « immédiatement disponibles ». On pourrait aussi évoquer, comme posture de recherche pour traiter de la procéduralisation, le courant sociologique qui s'intéresse à la prise en compte des objets matériels dans l'analyse de l'action (Conein, Dodier & Thevenot, 2020). Plus précisément, nous définirons ainsi la rationalisation procédurale des pratiques de travail. Elle consiste en un triple processus : d'une part, l'externalisation des savoirs, savoir-faire et savoir-être des professionnels dans des équipements cognitifs, d'autre part, l'externalisation de la fabrication de ces équipements cognitifs par rapport aux équipes professionnelles qui les mettent en œuvre, enfin, la technicisation de ces savoirs, de leur mise en forme rationnelle, logique, parfois algorithmique, parfois en appui sur les technologies de l'information et de la communication (TIC).

- 3 Un examen des travaux sociologiques et anthropologiques sur la description de la procéduralisation du travail montre surtout de nombreuses analyses sur le rôle de l'écrit au travail (par exemple, Rot, Borzeix & Demazière, 2014), qui ont l'intérêt d'articuler l'activité à son « enveloppe organisationnelle ». On trouve aussi des travaux sur les effets de la représentation écrite de l'activité de travail, qui montrent les moments de « résistance à la représentation » des actes selon les exigences réglementaires (Dodier, 1990), et les coûts que les agents doivent alors consentir pour traduire leurs actes selon les formules imposées. Mais un bilan empirique des transformations récentes est nécessaire et urgent et il faut le spécifier par rapport aux métiers relationnels, dans lesquels savoirs et savoir-faire ont un statut particulier.
- 4 Sur l'analyse des conditions sociales de ce changement, en revanche, les analyses sont plus développées et on peut en présenter une vue synthétique selon trois axes de causalité. D'abord, la procéduralisation apparaît comme due en grande part à l'action des administrations publiques, à la recherche de la « traçabilité » et de la « mappabilité » de l'action publique (Cochoy & de Terssac, 2002), d'une gouvernance par les nombres, les objectifs et les indicateurs (Supiot, 2015) et au développement conjoint de marchés de l'expertise des techniques du social, pédagogie, marketing, gestion (Cochoy, 1999 ; Demailly, 2000), à la recherche d'économies de temps de travail. Ensuite, elle est permise par le développement de l'informatique, qui permet l'enregistrement facile des traces de l'activité (Cahour & Licoppe, 2010) et, conjointement, celle du mode de pensée algorithmique (Rouvroy & Bernes, 2013). Enfin, elle relève en partie de l'action propre des professionnels qui formalisent leurs propres savoirs, espérant leur conférer ainsi qualité, solidité ou légitimité théorique.
- 5 En psychiatrie, le mouvement de rationalisation des pratiques et d'externalisation des savoirs se fait jour dans les années 1980 avec la formalisation de « bonnes pratiques » et l'usage protocolisé des médicaments psychotropes. Mais il prend réellement de l'ampleur dans les années 2010 avec le développement de progiciels², puis le renforcement du *reporting* (compte rendu des activités) et l'apparition de multiples outils cliniques protocolisés. C'est tout récemment que la procéduralisation s'empare des interactions cliniques elles-mêmes et qu'elle devient pour les différents groupes de soignants un problème professionnel.
- 6 Il n'existe pas à notre connaissance d'étude d'ensemble portant sur la procéduralisation actuelle des connaissances en santé mentale, mais un certain nombre de recherches sur d'autres métiers que ceux de la santé mentale sont intéressantes pour notre propos, ne serait-ce que pour les différences qu'ils présentent avec le champ de la psychiatrie. Nous allons brièvement les évoquer.

- 7 Dans l'éducation scolaire par exemple, les manuels scolaires et les programmes proposent depuis longtemps une procéduralisation de l'activité pédagogique³, mais peu avancée et faiblement contraignante, car l'enseignant n'est pas assujéti à l'ordre du programme et peut se servir du manuel de façons diverses qui restent à sa convenance. Nous entrevoyons dans le cas de l'enseignement certaines fonctions sociales de la procéduralisation : assurer une qualité minimum de la prestation, quels que soient le niveau de formation des enseignants et leurs compétences individuelles, en fournissant des savoirs ordonnés et investis d'une forme appropriée et en proposant les exercices à faire faire aux élèves ; assurer une homogénéité des prestations sur le territoire national ; construire et développer de manière rigoureuse une technique, ici la pédagogie, propre à l'activité, qui donne naissance à de nouvelles professionnalités et à de nouveaux marchés (Lantheaume & Simonian, 2012).
- 8 Les métiers du commerce ont développé, eux, une procéduralisation des pratiques plus récemment, mais de manière beaucoup plus forte, avec l'introduction d'algorithmes. Le processus de procéduralisation sert alors, outre le soutien de l'efficacité des actes, le contrôle des pratiques et le développement de la technique sociale du marketing, ainsi que l'économie du temps de travail. La procéduralisation du travail des juges est porteuse d'autres enjeux (Licoppe & Dumoulin, 2019) : l'activité des juges est équipée par des dispositifs tels que trames, référentiels, nomenclatures, bases de données qui outillent la production des décisions ; le travail des juges est ainsi en tension entre indépendance et standardisation. La médecine somatique hospitalière, chirurgicale et neurologique, connaît une procéduralisation ancienne, autour des « bonnes pratiques », de l'*evidence based medicine* et de l'usage des médicaments. Quant aux transformations récentes, le développement de l'intelligence artificielle dans le domaine du diagnostic permet de réduire les risques d'erreurs et d'économiser le temps de travail des professionnels les plus qualifiés (Conseil national de l'ordre des médecins, 2019). Enfin, dans les métiers de l'administration publique et dans les agences d'expertise, la procéduralisation est déjà ancienne et l'usage de savoirs formalisés, externalisés dans des dispositifs textuels ou techniques, est inséparable du processus de construction de l'appareil bureaucratique (Halpern, Lascoumes & Le Galès, 2014 ; Benamouzig & Borraz, 2016).
- 9 Les univers professionnels à dimension relationnelle ont donc connu des développements en partie spécifiques. La psychiatrie publique est certainement le domaine où celle-ci, d'une part, s'est développée le plus récemment et où, d'autre part, elle suscite le plus de réticences implicites ou explicites, voire de polémiques. Par rapport aux autres métiers relationnels, en effet, la psychiatrie depuis sa création comme discipline a une spécificité : la relation est l'objet central du travail et la personne même du professionnel est mobilisée dans une relation avec autrui en vue d'une action globale sur toute la personne d'autrui⁴. De nombreux professionnels de la santé mentale ont l'habitude de dire : « Notre outil, c'est nous-mêmes, c'est notre personne ». Les formes contemporaines de procéduralisation du travail heurtent ces conceptions professionnelles traditionnelles.
- 10 Le projet de ce texte est de faire le point sur les formes actuelles de la procéduralisation du travail dans la psychiatrie publique et d'analyser le rapport des professionnels à cette procéduralisation, à partir d'une recherche terminée en 2020 à méthodologie qualitative et d'études antérieures, qualitatives également, qui seront mobilisées à titre complémentaire. La première partie du texte présente l'enquête de terrain récente et

deux premiers résultats, qui serviront d'appui méthodologique à la suite du travail : une liste des pratiques en soin psychiatrique concernées par la procéduralisation et une grille des niveaux de procéduralisation. La seconde partie décrit l'état de la procéduralisation dans ces pratiques identifiées. Ensuite, nous analyserons les enjeux et débats propres au champ psychiatrique autour de cette rationalisation procédurale. La conclusion proposera des pistes sur les enjeux de cette étude pour l'ensemble des métiers du travail sur autrui.

Présentation de l'enquête et repérage des objets et niveaux de procéduralisation

- 11 Nos connaissances sur le travail psychiatrique ont été élaborées dans le cadre, d'abord, d'une recherche internationale sur le maniement des connaissances dans le travail des professionnels du soin en santé mentale (psychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs, psychomotriciens). Elles se sont ensuite précisées au fil de plusieurs enquêtes : une enquête dans trois régions (Hauts de France, Paris et PACA) concernant les médiateurs de santé pairs en santé mentale, leurs savoirs expérientiels et leur insertion dans des équipes, une étude sur les équipes mobiles, une autre sur la prise en charge de l'autisme adulte, puis, en 2020, une recherche sur l'évolution des pratiques de soin, reposant sur une enquête qualitative dans sept sites.

L'enquête dans les pôles (2020)

- 12 Nous allons succinctement présenter cette dernière. Cinq pôles psychiatriques ont été observés dans l'ensemble de leurs dispositifs et deux unités intersectorielles. Les sept sites ont été choisis dans deux régions françaises de manière à présenter une diversité maximale des caractéristiques sociodémographiques des patientèles et des philosophies cliniques du soin (Tableau 1).

Tableau 1 : les pôles enquêtés

| | Philosophie du soin principale annoncée | Implantation et caractéristiques sociales dominantes de la patientèle |
|---------|--|---|
| Pôle A | Psychothérapie institutionnelle | Métropole. Classes moyennes supérieures |
| Pôle B | Psychiatrie sociale et communautaire | Métropole. Classes moyennes |
| Pôle C | Psychiatrie biomédicale (+ fortes variations selon les unités) | Urbain et rural. Classes moyennes et populations précaires |
| Pôle D | Psychiatrie citoyenne | Rural. Désert médical |
| Pôle E | Actuellement sans philosophie spécifique | Urbain. Populations précaires. |
| Unité F | Psychanalyse | Urbain. Classes moyennes |

| | | |
|------------|------------------------------|--------------------------|
| Unité G | Cognitivo-comportementalisme | Urbain. Classes moyennes |
|------------|------------------------------|--------------------------|

Source : Lise Demailly

- 13 La taille est variable, A et C sont de très gros pôles (environ 170 salariés), B et E de taille moyenne, D est un petit pôle (environ 50 salariés), choisis en région parisienne ou dans les Hauts de France.
- 14 La méthodologie est originale, car les travaux sur la psychiatrie se concentrent habituellement sur des unités particulières (par exemple les CMP, centres médico-psychologiques, ou l'hospitalisation sous contrainte), alors que notre travail a porté sur la totalité des unités et de l'offre de services de plusieurs pôles (hospitalisation libre ou sous contrainte, hôpital de jour, CMP, CATTP, CAC⁵, unités spécialisées, suivis à domicile, en appartement thérapeutique ou en famille d'accueil), ce que nous sommes les seuls à avoir réalisé à ce jour.
- 15 Nous avons réalisé dans chacun de ces lieux des observations *in situ* longues (une quinzaine de jours dans chaque lieu y compris le week-end, avec tenue d'un journal de terrain) et des entretiens non directifs avec les personnels et les patients (une vingtaine dans chaque lieu). La totalité des rencontres entre soignants et patients (consultations psychiatriques, avec les psychologues, les infirmiers, assistantes sociales, médiateurs, psychomotriciens, activités de groupe, activité thérapeutique à l'hôpital ou en ville, activités des équipes mobiles en ville, chambre d'isolement) ont pu être observés sans encombre à quelques rares exceptions près qui ont donné lieu à refus⁶. Nous avons assisté à l'ensemble des réunions dans les sites (de 3 à 10 par semaines pour chaque site). Des entretiens avec les patients ont pu être réalisés en hôpital, hôpital de jour ou à leur domicile, de façon impromptue ou programmée. Nous avons systématiquement partagé avec les infirmiers les repas à la cantine, les trajets en voiture, les moments de remplissage des dossiers papier ou informatique et les pauses en salle d'équipe. La masse de données qualitatives ainsi recueillies est considérable et a pu donner lieu à plusieurs études autour de différents objets.
- 16 L'ensemble de nos travaux, y compris ceux qui ont précédé la dernière enquête, permet, avant de passer à la description des pratiques, de formuler comme premiers résultats une liste des activités des pôles psychiatriques qui font spécifiquement l'objet de procéduralisation des savoirs et une grille de niveaux de procéduralisation.

Premier résultat : l'identification des activités touchées par les processus de procéduralisation

- 17 Les observations de terrain permettent d'identifier les activités (découpées selon la manière dont les soignants et les cadres de santé eux-mêmes les identifient) qui connaissent clairement un processus de procéduralisation. Ce sont précisément : le diagnostic, les interactions soignants/soignés (le « travail avec les patients »), la communication au sein des équipes, l'autosoin du patient et l'enregistrement de l'activité de soin. Dans ces activités, on constate une externalisation et une technicisation de certains savoirs.

- 18 Mais les champs d'application de la procéduralisation ne couvrent pas la totalité de l'activité des pôles psychiatriques. Il existe des domaines de l'activité en psychiatrie qui restent encore peu procéduralisés. L'observation des pratiques n'y révèle qu'exceptionnellement l'usage d'outils. Il s'agit du travail de prévention des troubles, du travail avec les instances politiques et les partenaires, dont les Établissements médico-sociaux (lequel est mené par l'ensemble des soignants, mais notamment les infirmiers et les psychiatres), du travail avec les familles (infirmiers, psychiatres, éducateurs), des équipes mobiles⁷. Notons que le travail interinstitutionnel autour du patient commence à donner lieu à écriture de protocoles (Chevalier *et al.*, 2015), ce qui laisse pressentir une dynamique de changement général qui se poursuivra probablement.

Second résultat : l'identification des niveaux de procéduralisation des savoirs

- 19 Sur la base des observations, nous avons élaboré d'autre part une classification permettant de distinguer des niveaux et des formes de procéduralisation, présentés ici par le nom que nous leur donnons, leurs caractéristiques et quelques exemples (Tableau 2). Ces formes peuvent donc être opposées à ce qu'on pourrait appeler un niveau zéro de la procéduralisation, à savoir l'absence d'outillage : la régulation de la pratique clinique y est seulement d'ordre éthique et professionnel (les compétences, la formation, la juridiction professionnelles) ; la pratique clinique, dans son processus, met alors en jeu des connaissances intuitives et expérientielles, des savoir-faire incorporés et savoir-être.
- 20 La classification proposée a un caractère idéal typique et permet de visualiser un continuum (au-delà du niveau 0) qui va des interactions faiblement outillées par des canevas et des routines, à l'externalisation maximum des connaissances dans des prothèses cognitives, avec des savoirs inclus dans des « dispositifs » objectivés, voire institutionnalisés, plus ou moins rigides, plus ou moins souples, comme l'étudient Dodier et Barbot (2016). En même temps, cette classification oppose des formes qui ont des valeurs subjectives très différentes pour les professionnels et des affinités inégales avec les différentes philosophies du soin, comme les « méthodes » et les « protocoles ».

Tableau 2 : définition des niveaux de procéduralisation

| Nom du niveau | Définition et caractéristiques | Exemples |
|---------------|--------------------------------|----------|
|---------------|--------------------------------|----------|

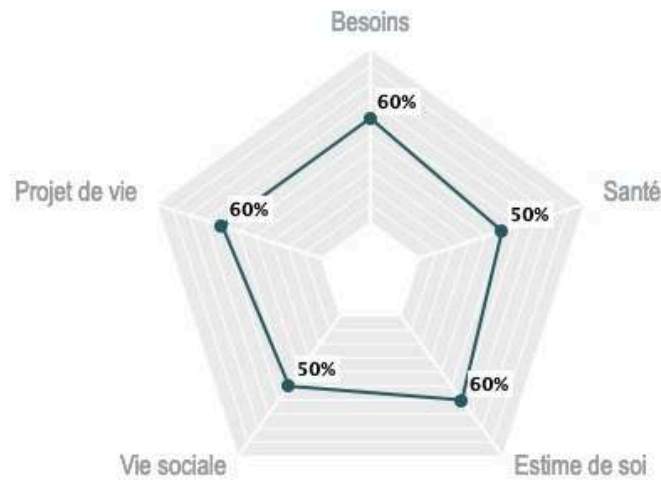
| | | |
|--|---|--|
| <p>Niveau 1 – Canevas (routines, habitudes)</p> | <p>Ces « routines », ces formalisations implicites de la pratique peuvent être propres à un groupe de soignants ou à un soignant particulier, qui s'est constitué, pour son propre usage, ses propres scripts, autrement dit sa manière habituelle d'entrer en contact avec un patient ou un groupe, sa manière habituelle de traiter telle situation. Ces pratiques peuvent parfois donner lieu à un échange entre professionnels et, par conséquent, à une réflexion et une régulation collectives.</p> | <p>Déroulement d'une visite à domicile réalisée par un infirmier du CMP.</p> <p>Au site A, la « guidance médicamenteuse » est venue remplacer la simple distribution de médicaments et donne lieu à des réunions de synthèse.</p> |
| <p>Niveau 2 – Formalisations méthodiques</p> | <p>Il y a « méthode » quand les pratiques utilisent des démarches raisonnées orientées par un but. Celles-ci ont été écrites, formalisées dans des ouvrages, enseignées en formation. La méthode inspire la pratique, mais le déroulement concret de celle-ci ne s'en déduit pas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Les méthodes psychothérapeutiques : « psychothérapie analytique », « thérapie cognitivo-comportementaliste » (TCC), « psychodrame ». - Des modes de réunions à but et règles spécifiques, comme les « groupes Balint », voués à l'entraide. - Des guides de « bonnes pratiques »⁸. |
| <p>Niveau 3 – Protocoles formalisés et non contraignants</p> | <p>L'activité s'appuie sur un protocole ou un matériel, formalisé par écrit ou dans un dispositif technique, mais patients et soignants disposent d'une marge d'improvisation par rapport à son usage.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Les cartes <i>Eladeb</i> de Lausanne (jeu de cartes avec des dessins, voir figures 4 et 5) et le dispositif conversationnel qui les accompagne et favorise l'expression du patient. Les cartes <i>Eladeb</i> donnent lieu à des interactions pour lesquelles le dessin de la carte est un support d'associations libres pour le patient. - L'utilisation du logiciel <i>Baromètre</i> avec un patient (voir figures 1, 2 et 3) peut donner lieu à des interactions commandées par le protocole informatisé, ou laisser place à des séquences conversationnelles plus ou moins improvisées à l'occasion du remplissage du questionnaire. - Certaines mises en œuvre souples des thérapies cognitivo-comportementales. |

| | | |
|---|--|---|
| Niveau 4 – Protocoles standardisés, contraignants dans leur mise en œuvre | Les pratiques correspondant à ce type de procéduralisation consistent en la mise en œuvre fidèle de protocoles standardisés (protocoles d'évaluation standardisés, psychométrie, thérapies standardisées dans lesquels le professionnel suit pas à pas un manuel d'activités). | <ul style="list-style-type: none"> - Certaines mises en œuvre des thérapies cognitivo-comportementales. - Les grilles d'évaluation utilisées par les neuropsychologues⁹. - La passation du mini-DSM pour évaluer le patient lors d'une première entrevue. |
|---|--|---|

Source : Lise Demailly

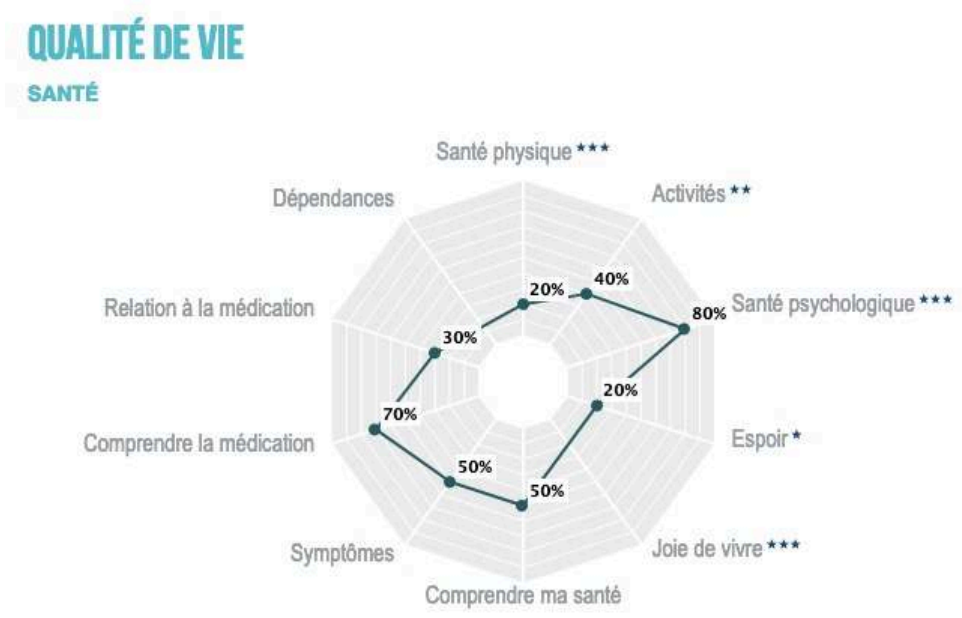
Figure 1 : Extrait d'écran du logiciel Baromètre

QUALITÉ DE VIE GLOBALE



Crédits illustration : photographié par Lise Demailly

Figure 2 : Extrait d'écran du logiciel Baromètre



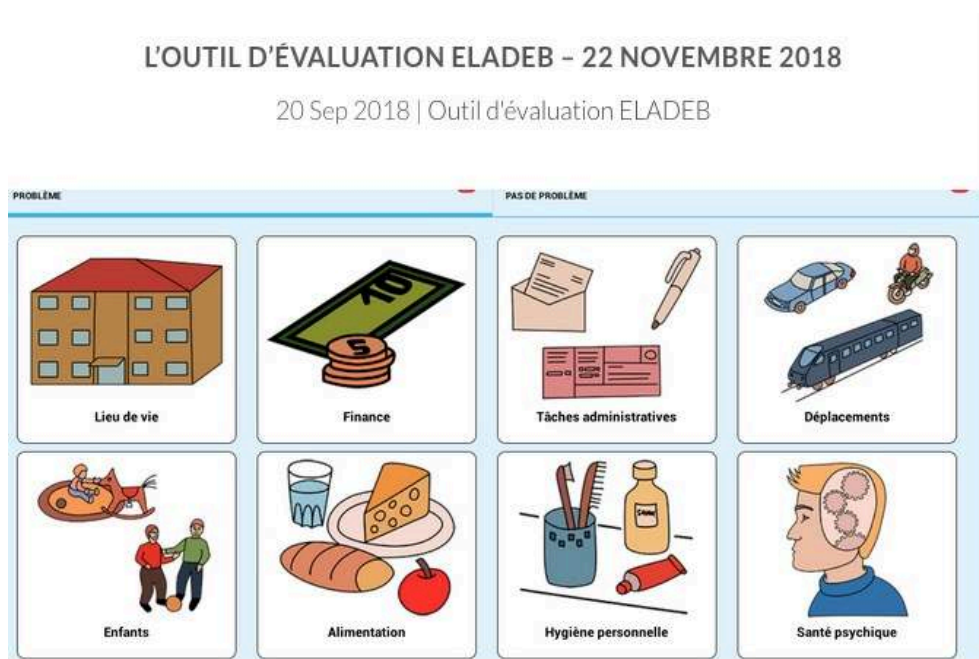
Crédits illustration : photographié par Lise Demailly

Figure 3 : Extrait d'écran du logiciel Baromètre



Crédits illustration : photographié par Lise Demailly

Figure 4 : Extrait de cartes ELADEB



Crédits illustration : Hôpitaux universitaires de Genève, <https://pro.addictohug.ch/eladeb-30012018/>

Figure 5 : Exemple de carte ELADEB



Crédits illustration : Hôpitaux universitaires de Genève, <https://pro.addictohug.ch/eladeb-30012018/>

- 21 Ces quatre niveaux de procéduralisation se combinent de manière différemment dosée, selon les pôles psychiatriques ou selon les unités, pour composer finalement ce qu'on pourrait appeler le style d'activité du lieu ou, plus précisément, la forme dominante des savoirs cliniques. Cela permet de repérer des pôles qui mettent en jeu des connaissances cliniques relevant de tous les niveaux de procéduralisation (dans les pôles psychiatriques B, D, E), d'autres où le style est très procéduralisé, puisqu'on n'y emploie uniquement des méthodes, des protocoles formalisés et des protocoles standardisés (la plus grande partie du pôle C, l'unité G), d'autres, enfin, dont le style privilégie quasiment exclusivement les formalisations méthodiques (pôle A, unité F). Ces caractéristiques apparaissent liées de manière complexe à la fois à l'histoire du pôle, à l'orientation du chef de pôle en matière de philosophie du soin, aux

caractéristiques sociodémographiques et pathologiques de la patientèle et à la pression organisationnelle sur les temps de travail, mais ce n'est pas là l'objet du présent travail¹⁰.

Descriptions de la procéduralisation par activités

- 22 Avec l'aide de cette classification des niveaux de procéduralisation, nous allons exposer une troisième série de résultats : décrire ce qu'il en est du mouvement de procéduralisation des savoirs dans les cinq activités les plus concernées par cette transformation.

Le diagnostic

- 23 La psychiatrie étant une discipline médicale et la santé somatique connaissant un fort développement de l'Intelligence Artificielle en matière d'aide au diagnostic et d'imagerie médicale (Nordlinger & Villani, 2018), l'administration de la santé et les courants de la psychiatrie les plus attachés à l'expertise médicale ont mené depuis quelques dizaines d'années des tentatives de rationalisation de l'activité diagnostique, jugée trop dépendante de l'expérience personnelle des psychiatres. Mais l'imagerie médicale ou la médecine prédictive n'ont produit jusqu'ici aucune connaissance directement utilisable en psychiatrie (à la différence de la neurologie). La procéduralisation du diagnostic psychiatrique emprunte donc jusqu'ici d'autres formes.
- 24 De nombreux manuels existent pour équiper le diagnostic. Le plus connu, le DSM¹¹, et ses outils d'investigation, comme le « mini DSM », sont employés par les infirmiers pour prédiagnostiquer une dépression ou un trouble anxieux. Mais la fidélité « inter-juges »¹² des nomenclatures, DSM ou CIM (classification internationale des maladies), reste faible en psychiatrie. De plus, la consistance nosologique de certaines catégories est périodiquement remise en cause (par exemple, actuellement, celle de la « schizophrénie »). Enfin, plusieurs psychiatres nous ont confié qu'ils préféreraient en rester au jugement intuitif et expérientiel pour le diagnostic, qu'ils appliquaient les catégories administratives du PMSI¹³ pour l'enregistrement des actes, et éventuellement celles du DSM uniquement s'ils devaient faire une communication scientifique.
- 25 En revanche, à côté des nomenclatures et de leurs outils afférents, les outils standardisés de diagnostic internationaux se développent actuellement, sous forme d'échelles, de questionnaires, de tests, donnant lieu à nombreux éléments de quantification (Eustache, Faure & Desgranges, 2013)¹⁴, avec comme visée la production automatique, objective et rapide des diagnostics, qui est souhaitée notamment par l'administration publique et par des associations de parents (notamment pour l'autisme). Il existe aussi des tentatives de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour protocoliser l'annonce du diagnostic¹⁵.
- 26 Globalement, on peut dire que, si la rationalisation procédurale du diagnostic psychiatrique est ardemment souhaitée par l'administration de la santé, le niveau de procéduralisation du diagnostic reste donc modéré, plutôt de type intuitif ou méthodique. Sa pratique continue à faire intervenir la subjectivité du praticien.

Les interactions soignants/soignés

- 27 Les interactions soignants/soignés sont, plus que le diagnostic, le cœur du métier de soignant en psychiatrie. Ces interactions sont rarement livrées à la pure intuition ou à la pure improvisation. Cependant, les médiateurs de santé pairs furent un élément d'introduction ou de réintroduction de conversations libres avec le patient, abordant dans le désordre n'importe quel évènement de sa vie ou n'importe quel sujet dont il a envie de parler. Au Pôle A, certaines interactions au Centre de jour relèvent de même d'un « art de la conversation » libre, un acte de résistance militante pour valoriser la « rencontre ».
- 28 Les interactions liées au soin ou à l'accompagnement sont l'objet de formalisations plus ou moins anciennes (comme la psychanalyse) ou plus récentes (comme les thérapies cognitivo-comportementales, arrivées dans les années 1970 en France et connaissant plusieurs « générations » de développement), qui prennent la forme de construction de « méthodes ». Une méthode psychothérapeutique est une technique formalisée, s'appuyant sur des ouvrages enseignés en formation. Il existe plusieurs méthodes concurrentes. Les plus récentes, comme la « réhabilitation psychosociale », ont un degré de procéduralisation plus élevée et peuvent constituer un canevas très défini et standardisé d'interactions avec un patient ou un groupe de patients. Si l'on entre dans le détail des pratiques, les méthodes thérapeutiques peuvent être plus ou moins rigides ou assouplies dans leur mise en œuvre : on peut observer des psychologues qui appliquent des méthodes dites « éclectiques », autrement dit qui juxtaposent les méthodes existantes, ou « intégratives » (qui les combinent), d'autres qui suivent au contraire une méthode exclusive avec rigueur. Elles peuvent aussi être, en principe, plus ou moins protocolisées : une thérapie cognitivo-comportementale est par définition plus procéduralisée qu'une psychothérapie phénoménologique, mais il y a des marges d'interprétation au niveau des mises en œuvre et nous avons vu des pratiques strictement fidèles au manuel, d'autres où les soignants improvisent davantage en fonction des relations de soignés.
- 29 En dehors des psychothérapies, d'autres pratiques donnent lieu à des formalisations individuelles, de type routine. L'une d'elle est décrite en entretien par un patient à propos des VAD (visites à domicile des infirmiers) : « Il me demande toujours comment j'ai dormi, comment est mon humeur, ce que j'ai fait les jours précédents, comment ça s'est passé, quels sont mes projets pour la journée et si j'ai bien pris mes médicaments. Ça dure 10 minutes » (entretien d'un patient avec le sociologue, recherche sur les médiateurs, Demailly & Garnoussi, 2015). Le patient ici se montre capable de décrire le rituel observé par cet infirmier (type 1 de notre classification), et l'oppose dans le même interview à la totale improvisation qui régit l'interaction avec un médiateur de santé pair.
- 30 Les formalisations collectives locales de l'activité peuvent aboutir à des combinaisons de savoir-faire, de *checklists*, de routines explicitées. Le travail avec les patients peut être ainsi l'occasion de créations organisationnelles, avec invention de moments et de rites, pour leur permettre de s'exprimer sur le fonctionnement du service ou sur leurs propres soins : ces dispositifs peuvent donner lieu à une formalisation de type méthodique, avec des noms pour les désigner, notamment dans le cadre du courant de la « psychothérapie institutionnelle » (Oury, 2001) : « Constellation » (réunion

réunissant patient, famille, soignants et partenaires), « Partage », « L'Ordinaire » (réunion hebdomadaire coprésidée par un soignant et un soigné), etc.

- 31 Le travail avec le patient peut aussi utiliser les outils numériques dits d'e-santé mentale, comme le logiciel Baromètre (Bossé, Carrier & Morin, 2018). Cet outil (voir figures 1, 2 et 3) peut, au choix, être utilisé en interaction avec l'infirmier (ou l'éducateur) ou en autosoin. Le travail du soignant est très procéduralisé puisque commandé par le logiciel, mais, d'après nos observations, il reste non standardisé, car chaque soignant essaie d'utiliser le logiciel selon ses convenances ou convictions thérapeutiques personnelles et, d'autre part, le patient peut faire échapper l'entretien à la régulation prévue.
- 32 Nous avons également observé des séances thérapeutiques collectives à déroulement standardisé (certaines séances de « remédiation cognitive », de « réhabilitation psychosociale » ou d'« éducation thérapeutique ») où soignants et patients suivent fidèlement les fiches d'exercices.
- 33 En somme les interactions entre les soignants et les patients (qui constituent l'essentiel du temps de travail en psychiatrie) sont le lieu actuellement de transformations très diverses et divergentes, qui juxtaposent routines individuelles et collectives, formalisations méthodiques, tentatives de protocolisation. Elles constituent un lieu de tension politique entre partisans de la « rencontre » et partisans des outils protocolisés.

L'autosoin du patient

- 34 L'autosoin des patients (*self help/care*) était un domaine jusqu'ici très peu formalisé. Mais la période récente a vu l'éclosion d'un marché de méthodes pour aller mieux (en contiguïté avec le marché du bien-être¹⁶, très développé, et avec le suivi de la santé somatique par objets connectés).
- 35 C'est aussi le domaine d'intervention possible de l'intelligence artificielle. Le premier « chatbot » (agent conversationnel) psychothérapeute de tendance rodgérienne, Eliza, capable de prendre en compte le langage naturel et de faire des relances au patient, date de 1966. Depuis, l'expérimentation autour de « chatbots », d'applications mobiles et d'objets connectés se développe. Les colloques d'e-santé mentale et les recherches internationales sur l'IA dans le soin en santé mentale se multiplient (Falala-Séchet *et al.*, 2020 ; recherche internationale E-men) en lien avec les acteurs privés ou publics qui promeuvent de tels outils numériques ou objets connectés et diffusent des évaluations globalement positives.
- 36 L'e-santé mentale est un domaine marchand actuellement en plein développement (Sébbane, 2021 ; Virole, 2007). Nous prendrons ici l'exemple des logiciels de soutien, comme Baromètre, et des outils de Thérapie par Réalité Virtuelle.
- 37 Baromètre, outil numérique et collaboratif pour mesurer le rétablissement (*recovery*) d'une personne, est un logiciel lourd, qui couvre tous les aspects de la vie. Les séances auxquelles nous avons pu assister ont eu lieu au site B (dont le projet de pôle était d'installer Baromètre au domicile de tous les patients). Lors d'un entretien entre un infirmier (ou un éducateur) et un patient, devant l'ordinateur, environ un tiers ou un quart du questionnaire est rempli. Ultérieurement, après les quatre premières séances, les diagrammes devraient être régulièrement révisés et constituer ainsi un baromètre de l'humeur et de l'état de santé mentale du patient, un témoin de l'évolution de son

projet de vie et de ses objectifs. Il est censé être à la fois un outil d'autosoin, de prévention, d'*empowerment* du patient, et de dialogue régulier soignant/soigné.

- 38 Les premiers contacts avec l'outil ont été plutôt enthousiastes chez les soignants. Les infirmiers disent que le logiciel « évite au patient de tourner en rond », l'oblige à regarder les différents aspects de sa vie, y compris ceux dont il ne parlerait pas spontanément dans un entretien classique.
- 39 Cependant quand nous revenons sur le site cinq mois plus tard, le pôle a abandonné Baromètre.
 Trop lourd, trop rigide, et maintenant payant (entretien collectif).
 Les soignants ont beaucoup initialisé Baromètre, de manière massive, mais l'ont très peu poursuivi avec les patients au-delà de 4 séances (entretien collectif).
- 40 Les soignants envisagent de fabriquer un autre outil, en s'inspirant d'outils existants, comme *Aller mieux à ma façon* (en ligne, gratuit) ou *Eladeb*. Le chef de pôle parle de « la pression institutionnelle au soin technicisé de la part des ARS (agences régionales de santé) et des centres de ressources qui travaillent avec des populations définies ».
 Leur outil a l'air de marcher, mais dès qu'on essaie de l'appliquer à une population tout venant, ça ne marche plus (...) Il faudrait créer des outils qui conviennent à notre capacité à les engager avec les gens et aux capacités des gens à les suivre. [car] ce qui est important, ce n'est pas la technique, mais la relation (entretien avec un chef de pôle, pôle B).
- 41 L'analyse de l'échec est tout à fait intéressante de la part de professionnels qui, dans ce site, sont *a priori* favorables à l'outillage du soin. Ils se rendent compte que les outils fabriqués par des informaticiens dans des cadres expérimentaux ne sont pas adaptés aux patientèles ordinaires. Ils sont également conscients des pressions administratives du ministère et de l'Agence régionale de santé pour une protocolisation trop rapide et trop extérieure qui finalement les déçoit.
- 42 Les logiciels thérapeutiques ciblés par maladie sont un autre type d'équipement, au confluent des sciences cognitives, des neurosciences, de l'intelligence artificielle et du jeu vidéo (Forner, 2020 ; Malbos *et al.*, 2017 ; Bergström, 2013).
 Par exemple si vous avez une phobie du vide, vous pouvez (avec un casque spécial) jouer à faire, en réalité virtuelle, une série d'actes de difficulté graduée : marcher sur une passerelle étroite à 20 mètres du sol ou moins difficile si cela ne vous est pas possible. Ces exercices accoutument au vide (Notes de terrain. Explications données au sociologue et suivies d'expérimentations).
- 43 Ces outils séduisent psychiatres et psychologues libéraux, mais commencent à se rencontrer aussi en psychiatrie publique. Ils privilégient la facilité d'emploi et un aspect ludique. Leur introduction est peu conflictuelle. Ils sont en contiguïté avec les changements induits dans la vie quotidienne par les TIC et objets connectés pour les humains qui voient dans le monde ordinaire se multiplier les traces et mesures de leurs activités physiques et de leurs états corporels (Cahour & Licoppe, 2010).

La communication au sein des équipes

- 44 La communication au sein des équipes, essentielle pour échanger chaque jour des informations sur les patients, pour veiller à la cohérence des parcours de soins, pour assurer la coordination entre unités du pôle et opérer le travail en réseau avec les partenaires externes, pour s'entraider, a d'abord connu historiquement comme facteur de procéduralisation la constitution des dossiers patients écrits, puis actuellement,

dans de nombreux pôles, leur informatisation, avec les progiciels de gestion. Ces derniers ont pour effet que la communication au sein de l'équipe peut être articulée au suivi administratif des actes au lieu d'être essentiellement un travail de coopération et elle subit donc plus ou moins le contrecoup de cette articulation. Les principaux effets en sont, d'une part, le raccourcissement de la durée des réunions, car les informations sur les actes avec patients sont en principe disponibles dans le logiciel et, d'autre part, la modification des récits des interactions avec les patients.

C'est beaucoup trop rapide (sur les patients, en réunion) et sur ordi, ça ne m'intéresse pas. Alors, je prends des rendez-vous pour discuter avec untel ou untel, selon mes besoins par rapport aux patients (entretien avec un psychiatre).

- 45 Ce psychiatre n'est pas intéressé par les transmissions d'informations informatisées et supporte mal le raccourcissement des réunions et du temps de discussion consacré à chaque patient (3 minutes). Il résiste donc à ces changements et les contourne en rétablissant des moments de communications orales avec ses collègues. Dans le même esprit, mais de manière collective, des réunions qui avaient été supprimées parce qu'elles prenaient trop de temps ont été réinstituées au pôle D, pour rétablir un minimum de temps de communication orale, à la demande de membres de l'équipe du pôle.
- 46 On trouve ici, comme dans d'autres entretiens précédents, la valorisation de la communication orale non formatée, comme seule forme efficace de communication de travail au sein de l'équipe et une résistance à l'organisation trop rigide des communications d'équipe.

L'enregistrement de l'activité de soin

- 47 L'enregistrement de l'activité de soin est devenu une composante importante du temps de travail des soignants, dans la mesure où avec le passage du dossier papier à l'informatique dans de nombreux pôles, la saisie des informations est décentralisée au niveau de chaque soignant, qui, à chaque acte (à chaque rencontre avec un patient), doit « entrer » son récit d'activité dans le logiciel de gestion pour en constituer le suivi administratif. Ce suivi administratif, institutionnalisé, se confond ainsi de plus en plus avec le suivi clinique ; il devient la forme « normale » du savoir clinique.

En intra (hospitalier), quand je dois aller voir un patient, je fais en sorte de passer par le bureau des infirmiers pour les entendre, entendre eux ce qu'ils ont à en dire. Et ce que je constate, c'est que le réflexe de plus en plus souvent c'est de se mettre devant l'écran et de chercher dans les notes. Je ne dis pas, il ne faut pas, il ne faut pas regarder dans Cariatides. C'est juste que je veux avoir leur vécu à eux, leur idée à eux, leur projection qui peut certes être transcrite dans un dossier informatisé, mais il s'agit de chercher une parole vivante. (...) Il m'est arrivé d'entendre : « Ben t'as qu'à regarder dans Cariatides ». C'est une forme de déni (entretien avec un psychologue, pôle D).

- 48 Pour une heure de travail avec ou autour d'un patient, il faut compter en général au minimum une demi-heure de saisie. Les progiciels comme Cariatides ou Cortexte exigent un diagnostic dès la première saisie. Cela a modifié le rapport des psychiatres au diagnostic, car certains d'entre eux avaient l'habitude de faire le diagnostic au vu de la manière dont le patient réagissait à la médication. Le diagnostic pouvait donc prendre plusieurs mois.

- 49 Le recueil de données sur les actes soignants est devenu un recueil administratif à finalité épidémiologique, mais surtout gestionnaire (Béart, 2012). C'est le mode central de description et de comparaison de l'activité des pôles psychiatriques en France et il donne lieu à travaux de recherche et d'évaluation. Il permet aussi la réflexivité du pôle sur sa propre activité : les calculs de la vitesse de réponse aux nouvelles demandes, qui peut aller, le plus souvent, de 24 heures à plusieurs mois, et le chiffre de la durée moyenne d'hospitalisation, qui peut aller de 6 jours à 6 semaines, sont deux indicateurs très commentés. Pourtant les administrations publiques régionales reconnaissent que certains pôles remplissent « mal » les progiciels de gestion et que certaines rubriques ne produisent pas des données très fiables.
- 50 Un débat récurrent dans les équipes concerne le rapport entre les comptes rendus informatiques et la réalité vécue du soin. L'infrastructure de calcul du progiciel qui sert à la fois les intérêts de connaissances de l'administration, la régulation gestionnaire et l'enregistrement des actes soignants ne mémorise pas la totalité des savoirs, pensées et émotions importants que le soignant voudrait conserver et/ou transmettre à l'équipe.
- 51 Une psychologue¹⁷ note que l'ancienne manière de faire le compte rendu écrit des entretiens permettait de noter les émotions du soignant, ses interrogations, alors que le compte rendu informatisé ne le permet pas, d'abord parce qu'il est beaucoup plus long à réaliser qu'une note manuscrite, « qu'on se sent obligé d'avoir un style impersonnel » et parce qu'on ne sait pas « où va aller » ce compte rendu informatisé. Certains doublent donc le logiciel par des notes personnelles, moins censurées, mais qui ne circulent pas dans l'équipe, à la différence des anciens dossiers manuscrits.
- 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 vingt ans quand je ne serai plus là. (...) Donc mes hypothèses, mes émotions et mes associations d'idées, je les garde pour moi, ça 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 (entretien avec un psychologue, pôle D).
- 52 Le psychologue oppose donc là une écriture publique et une écriture privée, le maintien de l'écriture privée constituant une résistance politique à la dégradation du savoir clinique.
- 53 La procéduralisation administrative, à dimension informatique, a des conséquences sur le contenu et le style des comptes rendus d'activité soignante. S'ils assurent une mémoire en principe exhaustive de tout ce qui se passe formellement entre soignants et soignés, de tout ce qui est mis à l'agenda du soin, ils ont parfois du mal à fonctionner comme outils de travail réflexif personnel ou collectif. Ils invisibilisent ou minimisent certains incidents, qui du coup ne sont pas l'objet d'une discussion collective (observation au site B d'un incident violent entre un patient et un soignant, qui n'a pas donné lieu à reprise collective en réunion).
- 54 Nous avons ainsi étudié cinq pratiques, dont le niveau de procéduralisation est globalement inégal, quelles que soient les variations locales (Tableau 3).

Tableau 3 : les caractéristiques des cinq pratiques étudiées quant à leur niveau de procéduralisation

| Pratique | Diagnostics | Interactions | Autosoin | Communication | Enregistrement de l'activité |
|-------------------------|-------------|--------------|----------|---------------|------------------------------|
| Absence d'outillage | X | X | X | | |
| Canevas Routines | | X | | X | |
| Méthodes | X | X | | X | X |
| Protocoles ouverts | | | | X | |
| Protocoles standardisés | Un peu | X | X | X | X |

Source : Lise Demailly

- 55 La pratique la moins procéduralisée, en général, reste le diagnostic, qui peut ne connaître aucun outillage spécifique, malgré tous les efforts de l'administration pour favoriser des diagnostics « objectifs », et nous pouvons en conclure que, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, c'est l'activité la moins protocolisable, malgré le développement des échelles d'évaluation. À l'inverse, la plus procéduralisée, de façon assez logique vu le développement de l'informatisation, est l'enregistrement des actes. Les trois autres activités donnent lieu à des juxtapositions de procéduralisation de niveaux divers, dont le dosage est différent selon les styles des lieux comme nous l'avons mentionné plus haut. Si l'autosoin pose peu de problèmes, la manière dont s'effectue la procéduralisation des interactions et de la communication d'équipe est un enjeu politique au sein de pôles.

Facteurs d'adhésion et de réticences à la procéduralisation

- 56 Les différences de réactions à la procéduralisation sont marquées par les appartenances professionnelles. Les neuropsychologues, par exemple, sont très favorables aux protocolisations, car leur professionnalité laisse une large place aux tests psychométriques. Les réactions sont aussi différentes selon les segments d'un même groupe professionnel : les infirmiers débutants en psychiatrie peuvent être rassurés par l'existence d'outils et apprécient notamment les protocoles ouverts. Le groupe des psychiatres est traversé par de profondes divisions, une partie d'entre eux étant attachés aux formalisations méthodiques et hostiles aux procédures protocolisées et institutionnalisées.
- 57 Quant aux représentations développées par les responsables des pôles pour légitimer les styles d'activité mis en œuvre, les positions sont assez tranchées dans la littérature professionnelle. Aux deux extrêmes d'une polarité idéale typique quant au rapport à la

procéduralisation, on pourrait distinguer, d'un côté, pour les partisans du style le plus procéduralisé : une certaine méfiance quant à la subjectivité des soignants (il faut formaliser les procédures de diagnostic et de soin pour les rendre plus sûres, plus valides, plus objectives), une certaine méfiance vis-à-vis des inégalités de formation (l'outil assure une qualité moyenne constante des prestations), une volonté d'économiser le temps de travail (selon le postulat que l'outillage permet de gagner du temps), une recherche de légitimité technico-scientifique et de pratiques « prouvées » au plan international, et la prise en compte de la juridicisation d'une partie du travail psychiatrique, l'hospitalisation sous contrainte¹⁸. À l'autre extrême, dans le refus résolu des protocoles, il y a le souci que l'interaction avec les patients soit une « rencontre », car c'est à cette condition *sine qua non* que l'interaction est considérée, selon ce point de vue, comme ayant une efficacité thérapeutique. Les critiques des protocoles pensent que la protocolisation empêche les vraies rencontres. Cela suscite à l'heure actuelle de nombreux textes qui défendent une psychiatrie « artisanale » contre l'industrialisation de la psychiatrie (par exemple, Martin, 2019 ; Venet, 2020 ; Granger, 2022).

- 58 Nous avons déjà dit en introduction que la psychiatrie est un domaine du travail sur et avec autrui qui a spécifiquement résisté au mouvement général de procéduralisation du travail. Cependant, nous avons observé une adhésion à certaines formes ou niveaux de procéduralisation. Nous voudrions maintenant comprendre plus précisément chez les soignants des pôles les facteurs d'acceptation et les facteurs de réticence, un même facteur pouvant sous certaines conditions jouer dans l'un ou l'autre sens. Nous aborderons quatre dimensions : la recherche des conditions de la mobilisation professionnelle (appelée communément « recherche de sens ») pour chaque catégorie de soignants, la question de l'ennui au travail, l'intérêt, pour les hôpitaux et les personnels, de l'engagement de ceux-ci dans des tâches de formalisations collectives locales ; et, enfin, les stratégies propres des psychiatres en tant que groupe professionnel.

La recherche de sens

- 59 En santé mentale, l'externalisation des savoirs est une fabrication le plus souvent extérieure à l'équipe. En conséquence, passé le premier engouement, l'usage d'outils clos, qu'on ne peut modifier, est finalement ressenti par de nombreux professionnels comme à la fois une non-reconnaissance de leurs compétences (savoir-faire incorporé et savoir-être), une déprofessionnalisation (leur autonomie professionnelle est limitée), une gêne par rapport à l'action, une forme d'empêchement du travail.
- 60 On peut l'expliquer ainsi. Ces sentiments trouvent leur origine dans la perception de l'évaluation de l'efficacité de l'action en santé mentale, comme toujours subjective et sujette à controverse. Cette efficacité est de plus envisagée comme aléatoire, en ceci que des événements extérieurs à l'activité des soins et sur lesquels le soignant n'a aucune pouvoir (rupture, deuil, chômage...) peuvent compromettre les améliorations constatées dans le comportement ou l'humeur d'un patient. L'évaluation du « mieux » est toujours difficile, floue, sujette à retournements de situation¹⁹.
- 61 La technique peut pourtant donner sens au métier. L'usage d'outils mis en forme par d'autres, inconnus, voire marqués par une autre culture, peut être ressenti comme une aide au travail, et il peut permettre une « densification relationnelle » (Sébbane, 2021). Les neuropsychologues apprécient le caractère technique de leurs tâches. Les

psychiatres peuvent aussi apprécier une instrumentation qui les rapproche de leurs collègues médecins et l'enregistrement des prescriptions médicamenteuses est depuis longtemps une règle à laquelle ils sont accoutumés et qui est légitime aux yeux de tous. Mais pour d'autres, infirmiers, éducateurs, les outils procéduralisant les interactions sont plus souvent ressentis comme superflus. Économisant de la décision et de la responsabilité, ils évitent de réfléchir à la motivation des actes de parole, ils peuvent donner l'impression d'une inauthenticité, voire d'une « perversion », ils déstabilisent « l'agencement symbolique de mobilisation professionnelle » qui, traditionnellement, reposait sur une certaine autonomie dans les interactions (Demailly, 1991).

- 62 Enfin, pour tous les soignants, quelque soit leur profession, la « paperasse » administrative liée à l'enregistrement de la quasi-totalité des interactions est vécue comme un empêchement du vrai travail, qui, lui, selon eux, se déroule avec les patients.

L'ennui, l'improvisation et le jeu

- 63 La question de l'ennui, très présente dans l'univers psychiatrique, a un rapport avec les réticences par rapport aux protocoles. « On s'ennuie comme des rats morts », nous dit un patient (dernière enquête). De fait, en intrahospitalier, dans un site, la seule activité de patients semble être la négociation avec les infirmiers pour obtenir du feu puis fumer. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté avait fait le même constat de l'oisiveté forcée dans plusieurs unités intrahospitalières. La seule activité commune est le plus souvent être assis dans la salle de télévision, et « les patients ont à maintes reprises exprimé aux contrôleurs qu'ils s'ennuient »²⁰. Sur internet, plusieurs témoignages sont également concordants : « mon expérience de l'hôpital psychiatrique, c'est essentiellement l'ennui »²¹.
- 64 Mais l'ennui existe aussi dans la relation avec un psychothérapeute (qui peut lui-même s'ennuyer), avec un infirmier en visite à domicile (ou avec un infirmier à la cinquième séance de Baromètre). Lors de la recherche sur programme expérimental de médiateurs de santé pairs, nous avons été frappés de ce que nous disaient les patients, qui comparaient les visites à domicile faites par des infirmiers et celles faites par le médiateur de santé pair (MSP) (Demailly & Garnoussi, 2015) : dans un cas, un entretien ritualisé centré sur la maladie, les symptômes, les médicaments ; dans l'autre cas, avec le médiateur de santé pairs, une conversation libre : « on parle de tout et de rien et ça fait du bien ! ».
- 65 Dans les lieux où l'on utilise de nombreux protocoles, les soignants perçoivent l'ennui des patients et cela les met mal à l'aise (pôle B). A l'inverse, la valorisation de la « rencontre » au pôle D, à l'unité F et l'art de la conversation (humour, bienveillance, réactivité) dans les espaces communs et les activités collectives de l'hôpital de jour (pôle A) attirent l'attention sur l'usage de la parole dans les services psychiatriques : la différence entre, d'un côté, une parole vivante, pleine d'improvisations et de résonances et, de l'autre, un rapport d'objectivation qui, malgré l'amabilité et l'empathie des soignants, est plus ou moins induit en cas d'utilisation d'échelles, de grilles, de scénarios fermés, voire de logiciels comme Baromètre.
- 66 L'exemple des techniques de la « réhabilitation psychosociale » est spectaculaire. Dans un des lieux de la recherche sur les médiateurs de santé pairs, elle est proposée comme un ensemble d'exercices scolaires et les patients s'ennuient (ils nous le disent à la sortie). Au pôle D, pratiquée sans doute de manière hétérodoxe et en partie improvisée,

avec des jeux de rôle, presque comme du psychodrame, elle implique émotivement les patients. Et elle prend un aspect ludique.

- 67 Cet aspect ludique bénéficie de même à l'acceptabilité des « *chatbots* », que le patient peut taquiner, dont, de plus, la nature suscite moins la honte d'être malade qu'un contact avec un humain, qui n'est pas dans un rapport de pouvoir symbolique et matériel avec le patient, ce qui facilite leur usage. L'aspect ludique concerne également les Thérapies Virtuelles, qui ressemblent à des jeux vidéo. De plus, du côté des soignants, elles ne dévient pas « l'art de faire » (Klein Borelle, 2019 ; Virolle, 2007), les capacités à improviser de manière pertinente en situation. Dans ce domaine, les nouvelles technologies sont plutôt un facteur d'acceptation de la procéduralisation.

L'intérêt de la formalisation collective locale

- 68 La possibilité de formaliser une pratique localement, de construire collectivement un outil papier qui sera ensuite utilisé par tous est un facteur d'acceptation de la procéduralisation des pratiques. C'est un élément essentiel de la réflexivité collective, une interprétation pertinente de « l'obligation de réflexivité » (Demailly, 2009), en tant qu'elle peut se jouer de manière interprofessionnelle ou dans le projet d'une réflexion commune entre soignants et usagers.
- 69 La réticence à l'égard des outils s'abolit, même en cas de protocole fermé, si c'est l'équipe elle-même qui crée le protocole et si les outils sont modifiables par elle. Au pôle B, nous pouvons prendre l'exemple de l'outil « gestion de crise ». C'est un questionnaire papier qui a été fabriqué, rédigé par l'équipe. Il a tenu compte aussi du point de vue des usagers. Il est révisable et effectivement révisé. Il est largement utilisé. Il fonctionne comme une aide au soin dans des circonstances précises (une sortie d'hospitalisation par exemple). La participation à sa fabrication lui donne du sens et constitue un accroissement de compétences aussi bien pour les soignants que pour les usagers.
- 70 Il s'agit de cas fréquents dans les pôles pour les outils papier ou les créations organisationnelles. Mais, selon le chef du pôle B, la fabrication d'outils numériques est le plus souvent hors de portée par manque de compétences disponibles sur place en informatique. Une coopération avec un expert externe, une université ou un acteur privé est alors nécessaire, mais il faut que les praticiens gardent le contrôle du processus innovant, pour que la formalisation collective soit source d'accroissement de compétences et de réflexivité.
- 71 La formalisation collective locale est aussi particulièrement utile et efficace en cas de collaboration interinstitutionnelle, pour lesquelles souvent les routines manquent, des apprentissages sont nécessaires et ont besoin d'être cumulés (observation au Site A, lors de réunions entre soignants, patients et bailleur social).

Les stratégies de revalorisation symbolique des psychiatres

- 72 Un autre phénomène joue un rôle dans les rapports à la procéduralisation, ce sont les stratégies et l'influence du principal groupe professionnel concerné par la psychiatrie publique, celui des psychiatres. Les psychiatres sont attachés à la promotion de la psychiatrie comme discipline et comme profession, mais sont profondément divisés quant aux stratégies de professionnalisation²² de leur groupe professionnel, de

revalorisation symbolique de leur métier et de définition de l'excellence thérapeutique. Ces différences se retrouvent dans la variation de leurs rapports à la protocolisation.

- 73 Un premier segment²³ du groupe professionnel reste attaché à la défense de la psychiatrie relationnelle et dénonce les outils protocolisés comme pervertissant la relation de soin. Les protocoles sont alors perçus comme cheval de Troie d'une modification de l'activité de soin et des métiers sous l'influence du nouveau management public et des priorités gestionnaires. Le second segment, celui des psychiatres scientifiques, représenté par la Fondation FondaMental par exemple, et par la majorité des psychiatres universitaires, vise l'excellence thérapeutique dans sa dimension scientifique, médicale (« médecine des preuves ») et internationale, valorise donc les échelles quantifiées de diagnostic et d'évaluation et les outils standardisés de remédiation. Un troisième segment du groupe professionnel, représenté notamment par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé et par le courant de la psychiatrie sociale et communautaire, défend l'excellence thérapeutique du côté du social et de la « société inclusive » : du coup, dans la panoplie des outils liés à la philosophie du rétablissement, l'e-santé mentale (l'IA, les « chatbots », etc.) peut prendre place comme support de suivi dans la communauté et comme instrument d'autosoins.
- 74 Il est difficile de prévoir lequel de ces trois rapports à la protocolisation dominera à l'avenir, dans une période de fort renouvellement démographique du corps professionnel. Une forme de résistance à la procéduralisation se traduit actuellement par une sortie importante de psychiatres du public vers le statut libéral (« Non je n'aime plus beaucoup mon métier. Trop de contraintes, trop de paperasse, trop de protocoles. Avec de plus en plus, l'impossibilité d'improviser au quotidien », résume l'un d'entre eux en entretien).

Conclusion : la protocolisation et le travail sur (avec) autrui

- 75 Notre travail présente une limite : nous n'avons pas enquêté sur dans des lieux très asilaires, en crise et repérés comme posant des problèmes par le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté. De ce fait, les problèmes spécifiques liés à l'exercice de la contrainte, que nous avons rencontrés mais qui méritent une enquête particulière car ils donnent lieu à nombreuses recommandations de bonnes pratiques, n'ont pas été documentés par nous systématiquement et il nous sera donc nécessaire de poursuivre le travail. Néanmoins nous pensons avoir cerné à la fois la façon spécifique dont les processus de rationalisation procédurale affectent la psychiatrie, avoir produit des outils utilisables sur d'autres terrains (la classification des niveaux de procéduralisation) et pouvoir en tirer quelques enseignements généraux pour l'ensemble des métiers du travail sur autrui.
- 76 Ces métiers ne peuvent globalement se passer de la formalisation et de l'outillage des savoirs, ne serait-ce que pour soutenir les professionnels débutants, pour rationaliser l'usage du temps de travail, pour diffuser les pratiques qui ont montré leur qualité. Ils ne peuvent se passer non plus de l'analyse quantitative des activités à des fins d'évaluation de l'action. Mais la diversité matérielle, symbolique, éthique de ces métiers, l'hétérogénéité de leur rapport à la science, marquent leur rapport à la

procéduralisation. Pour la psychiatrie, on observe que, si la formalisation des savoirs et des savoir-faire et une certaine technicisation sont reconnues comme utiles et nécessaires, en revanche, un excès de protocolisation, de standardisation et de quantification (sauf si elle est ludique ou ponctuelle) est vécu comme en contradiction avec le côté « humain » et relationnel des métiers, résumé par le terme « rencontre ». La protocolisation bute alors sur certaines limites en termes d'acceptabilité, aussi bien du côté des patients, qui attendent des échanges singularisés, que de celui des soignants, qui ont besoin de pouvoir quelque peu improviser pour éprouver et prouver leur propre compétence.

- 77 Ces derniers, d'après leurs dires, ont de plus besoin d'échanges collectifs peu protocolisés pour gérer les difficultés quotidiennes. Le traitement organisationnel de l'anxiété au travail peut certes se faire en partie dans le cadre du recours à des équipements cognitifs certifiés, à l'efficacité garantie, qui permettent une réduction de la responsabilité dans le rapport aux patients et une automatisation des transmissions d'informations. Il reste que ce sont surtout les échanges, y compris non prévus et non planifiés, dans le collectif, qui permettent de dépasser la peur, la culpabilité, le sentiment d'impuissance devant la chronicité d'une maladie, de résister à la tentation de la violence pour simplifier les situations (contention, isolement, sédation excessive), de soutenir l'espoir de guérison ou du rétablissement. Le collectif permet l'élaboration d'une vision éthico-politique du travail et une représentation non moralisatrice de la souffrance psychique²⁴.
- 78 Le partage de parole avec les usagers y contribue également. À défaut, les soignants en difficulté dans des prises en charge de patients peu compliants risquent, sans l'avoir souhaité, de contribuer à des dérives du soin, dans ces lieux qui sont épinglés par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (Contrôleur général des lieux de privation de liberté des libertés, 2019)²⁵. Ils risquent aussi de laisser de nombreux postes vacants dans la psychiatrie publique, comme on le constate actuellement, par fuite des praticiens notamment vers le statut libéral²⁶. On peut penser que ce besoin de parole non procéduralisée est particulièrement ressenti dans ceux des métiers du travail sur autrui où la composante émotionnelle est forte.
- 79 D'autres caractéristiques du soin en santé mentale permettent de comprendre pourquoi c'est l'activité pour laquelle le développement de la procéduralisation des savoirs et savoir-faire est le plus largement critiqué par les professionnels. C'est bien sûr dû à la valorisation éthique de la relation et de l'engagement personnel lors de l'accès à ces métiers. Mais cette explication ne suffit pas. Il faut y ajouter le fait que l'efficacité de la procéduralisation en psychiatrie est parfois peu visible, peu garantie, peu mesurable, ce qui ne veut pas dire que cette efficacité soit inexistante (notamment en cas d'inexpérience ou de fatigue du professionnel), mais que, vu la nature de l'activité, la preuve n'en est pas immédiatement sensible. Il faut enfin ajouter aussi que la procéduralisation en psychiatrie a prioritairement pris la forme – notamment dans les dernières années – de la protocolisation (plus que de la création de méthodes), voire d'une protocolisation contraignante. Cette dernière existe aussi en médecine somatique, mais pas dans d'autres métiers de la relation, l'enseignement par exemple.
- 80 Sur un plan plus macrosociologique, nous pouvons observer un mécanisme à valeur centrale pour l'ensemble des métiers relationnels. Les effets de la protocolisation des savoirs sur les pratiques du travail sur autrui et sur les représentations du métier, de l'être humain, de la discipline académique concernée, de la compétence

professionnelle, confortent, dans l'analyse du changement institutionnel, la place centrale que Simondon (2005) accordait à la technique : « C'est par la technique que la pénétration d'une normativité nouvelle dans une communauté fermée est rendue possible ».

- 81 Concernant les subjectivités au travail, le cas de la psychiatrie nous rappelle que, dans les métiers de la relation, une partie du plaisir au travail réside dans les possibilités d'improvisation dans l'activité, et une partie de la qualité de vie au travail réside dans les discussions entre collègues, autrement dit dans le mouvement continu d'ouverture et de remaniement quotidien des savoirs, au-delà de leur mise en forme dans des équipements cognitifs qui, bien qu'évolutifs, apparaissent, à un moment donné, comme figés.
- 82 Enfin, on peut se poser la question de savoir quelles connaissances, dans les métiers du travail sur autrui, peuvent être procéduralisées de manière à la fois acceptable et bénéfique pour les collectifs de travail et leurs usagers. Il nous apparaît que, en la matière, la méthode de travail compte plus que la nature des connaissances. C'est la participation des collectifs de base à la construction des formalisations, à partir de leur propre expérience, en interaction avec les acteurs qui portent les données ou contraintes administratives, scientifiques, techniques, juridiques, économiques, qui est la plus productive d'une procéduralisation pertinente. Cette pertinence peut s'évaluer par rapport à trois objectifs : d'abord, préserver le plaisir au travail pour les agents de base en ne les déprofessionnalisant pas, en préservant leurs marges d'autonomie et leurs espaces d'improvisation ; ensuite, améliorer la qualité des services rendus grâce à la réflexion collective ; enfin, éviter certaines dérives possibles de procéduralisations dogmatiques et déconnectées du réel²⁷.

Je remercie l'IrePS (Institut de recherche pour la sante publique) et La Fédération Régionale de Recherche en Santé mentale et Psychiatrie des Hauts de France pour leurs soutiens financiers à la recherche (2020-2022) sur l'évolution des pratiques de soins en santé mentale. Je remercie Héloïse Haliday, qui a partagé avec moi les terrains et les analyses de cette recherche, ainsi que Pierre Hum et Massimo Marsili, médecins psychiatres, et Linda de Zitter, psychologue, qui ont contribué aux discussions et facilité l'accès à certains terrains. Je remercie le CCOMS (Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé France pour la santé mentale pour les recherches précédant 2020). Je remercie vivement les services psychiatriques et les soignants qui nous ont accueillis. Enfin, les évaluateurs de la revue et Olivier Chantraine, professeur émérite de SIC, pour leurs relectures attentives.

BIBLIOGRAPHIE

Béart, C. (2011). La psychiatrie à l'épreuve des outils de gestion. Dans S. Maugeri, J.-L. Metzger & M. Benedetto-Meyer (dir.), *L'emprise de la gestion. La société au risque des violences gestionnaires* (pp. 215-244). Paris : L'Harmattan.

- Benamouzig, D. & Borraz, O. (2016). Bureaucratie, organisations et formalisation des savoirs. *L'Année sociologique*, 66, 9-30.
- Bergström, J. (2013). Les nouvelles thérapies par Internet. *Reset*, juillet. Repéré à <https://doi.org/10.4000/reset.124>
- Bourdieu, P. (1979). Les trois états du capital culturel. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 30, 3-6.
- Bossé, P., Carrier, S. & Morin, P. (2018). Le projet Baromètre, un outil numérique et collaboratif. Pertinence et utilité dans le champ de la santé mentale. *L'information psychiatrique*, 94(10), 802-808.
- Cahour, B. & Licoppe, C. (2010). Confrontations aux traces de son activité. Compréhension, développement et régulation de l'agir dans un monde de plus en plus réflexif. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 243-253.
- Chevalier, L., Marquestaut, O., Lukacs, B. & de Stampa, M. (2015). Impacts sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soins mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile. *Santé Publique*, 27, 205-211.
- Cochoy, F. (1999). *Une histoire du marketing*. Paris : La Découverte.
- Cochoy, F. & de Terssac, G. (2000). Au-delà de la traçabilité : la mappabilité. Deux notions connexes, mais distinctes pour penser les normes de management. Dans E. Sevrin & A. Berthoud (éd.), *La production des normes entre État et société civile* (pp. 239-249). Paris : L'Harmattan.
- Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (2018). Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle : analyses et recommandations du Cnom. Consulté sur <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- Contrôle général des lieux de privation de liberté (2009). *Rapport annuel*. Consulté sur <https://www.cglpl.fr/>
- Contrôle général des lieux de privation de liberté (2019). *La nuit dans les lieux de privation de liberté*. Consulté sur <https://www.cglpl.fr/>
- Conein B., Dodier N. & Thévenot L. (2020). *Les objets dans l'action. Raisons pratiques*. Paris : Editions de l'EHESS.
- Demailly, L. (1991). *Le collège : crise, mythes et métiers. La recherche de sens pour l'ensemble des soignants*. Lille : Presses universitaires du septentrion.
- Demailly, L. (2000). Le mode d'existence des techniques du social. *Cahiers internationaux de sociologie*, CVIII, 103-124.
- Demailly, L. (2008). *Politiques de la relation. Sociologie des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
- Demailly, L. (2009). L'obligation de réflexivité. Dans G. Pelletier (dir.), *La gouvernance en éducation* (pp. 33-52). Bruxelles : De Boeck.
- Demailly, L. & Garnoussi, N. (2015). Les rencontres entre médiateurs de santé pairs et usagers de la psychiatrie en France. Partie 2. *Santé mentale au Québec*, XL (1), 189-201. <https://doi.org/10.7202/1032390ar>
- Demailly, L. (2021). La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre. *L'information psychiatrique*, 97, 27-32.

- Demailly, L., Haliday, H. & Hum, P. (2021). Évolutions du soin en psychiatrie publique en France : l'hypothèse du déclin des psychothérapies. *Perspectives Psy*, 60, 394-404.
- Demailly, L. & Haliday, H. (2022). Les phénomènes communicationnels au sein des pôles de psychiatrie publique pour adultes : formes, innovations et enjeux. *Sciences sociales et santé*, 3.
- Dodier, N. (1990). Représenter ses actions : Le cas des inspecteurs et des médecins du travail. Dans P. Pharo P. & L. Queré (dir.), *Les formes de l'action. Sémantique et sociologie*. Paris : Éditions de l'EHESS. Consulté sur <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.25282>
- Dodier, N. & Barbot, J. (2016). La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 71, 421-450. Repéré à <https://www.cairn.info/revue--2016-2-page-421.htm>
- Eustache, F., Faure, S. & Desgranges, B. (2013). *Manuel de neuropsychologie*. Paris : Dunod.
- Forner-Ordioni, E. (2020). « L'imagination au pouvoir ! » Appropriation, matérialité et performance de la thérapie par réalité virtuelle en santé mentale. *Anthropologie & Santé*, 20. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5399>
- Granger, B. (2022). *Excel m'a tué. L'hôpital fracassé*. Paris : Odile Jacob.
- Halpern, C., Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2014). *L'instrumentation de l'action publique. Controverses, résistance, effets*. Paris : Presses de Sciences Po.
- Klein, N. & Borelle, C. (2019). Réalité virtuelle et santé mentale. La fin d'un art de faire ? *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13(2), 613-639. <https://journals.openedition.org/rac/1275>
- Lantheaume, F. & Simonian, S. (2012). La transformation de la professionnalité des enseignants : quel rôle du prescrit ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 45, 17-38.
- Licoppe, C. & Dumoulin, L. (2019). Le travail des juges et les algorithmes de traitement de la jurisprudence. Premières analyses d'une expérimentation de « justice prédictive » en France. *Droit et société*, 103, 535-554.
- Malbos, S. E., Oppenheimer, R. & Lançon, C. (2017). *Se libérer des troubles anxieux par la réalité virtuelle. Psychothérapie pour traiter les phobies, l'inquiétude chronique, les TOC et la phobie sociale*. Paris : Eyrolles.
- Marquis, N. (2014). *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*. Paris : PUF.
- Martin, J.-P. (2019). La crise de la psychiatrie, une modernité sans sujet humain. Consulté sur <https://blogs.mediapart.fr/jean-pierre-martin/blog/061119/la-crise-de-la-psychiatrie-une-modernite-sans-sujet-humain>
- Nordlinger, B. & Villani, C. (Dir) (2018). *Santé et intelligence artificielle*. Paris : Éditions du CNRS.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : traces et configurations précaires*. Nîmes : Les éditions du champ social.
- Ravon, B. (2013). Dispositifs de reprise réflexive de l'activité, contagion des expériences et mise en réseau des singularités. Communication présentée au colloque « Éléments et processus non-standardisés des activités professionnelles en travail social ». Bâle. Switzerland.
- Rot G, Borzeix, A. & Demazière D. (2014). Ce que les écrits font au travail. *Sociologie du travail*, 56(1), 4-15.
- Rouvroy, A. & Berns, T. (2013). Gouvernamentalité algorithmique et perspectives d'émancipation : Le disparate comme condition d'individuation par la relation ? *Réseaux*, 177, 163-196.

- Simondon, G. (2005). *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*. Grenoble : Éditions Jérôme Million.
- Sébbane, D. (2021). Convergences technologiques au service d'une bonne santé mentale pour tous : mythe(s) ou réalité(s) ? *L'information psychiatrique*, 97, 141-146.
- Strauss, A. (1992). *La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*. Paris : L'Harmattan.
- Virole, B. (2007). Psychothérapie et réalité virtuelle. *Le Carnet PSY*, 121, 37-38.
- Venet, E. (2020). *Psychiatrie publique : vers une faillite de l'appareil de soin ? Manifeste pour une psychiatrie artisanale*. Paris : Éditions Verdier.
- Velpry, L. & Saetta, S. (2018). Immobiliser au cours du soin : Quels savoirs, quelles formalisations, quels outils ? *Le Journal des psychologues*, 358, 16-19.
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>

NOTES

1. Précisons les termes employés dans l'article. On peut considérer que le travail relationnel (ou de relation), ou encore les métiers relationnels, se partagent entre les métiers de travail sur autrui, qui visent à transformer autrui (par exemple l'enseignement), et les métiers qui ont une composante relationnelle, qu'on pourrait nommer des métiers de service (par exemple le commerce). Le soin fait partie des métiers du travail sur autrui (Demailly, 2008, pp. 2-6).
2. Notons par exemple l'apparition de logiciels de gestion comme *Cortexte* en 1993, du *mini DSM-4* en 2005 (version abrégée, maniable par des infirmiers, notamment pour le diagnostic de dépression).
3. En France, elle date de la Révolution française. Le manuel scolaire prend forme en 1792, lorsque les révolutionnaires, notamment Lakanal et Condorcet, en envisagent l'édition financée par la Nation et en 1833 lorsque le ministère Guizot passe des commandes massives à des éditeurs tels que Hachette.
4. Cf. le tableau des métiers relationnels dans Demailly (2008, p. 23), distingués en fonction de l'objet d'action et de l'outil d'action.
5. CMP : centre médicopsychologique ; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ; CAC : centre d'accueil et de crise.
6. L'observation du psychodrame, des psychothérapies psychanalytiques et de deux patients agités constituent les seuls cas de refus d'enquête de la part des terrains.
7. « Je suis content de travailler en équipe mobile. Là, on peut encore faire ce qu'on veut » (interview d'infirmier, recherche sur les équipes mobiles). Cette position est tout à fait représentative de ce que pensent les infirmiers ayant choisi de travailler en équipe mobile.
8. Les recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé pourraient être rangées dans l'objectivité institutionnalisée, pour reprendre la division ternaire de Bourdieu (1979).
9. L'université Paris Descartes publie en 2018 une testothèque, la liste des tests disponibles.
10. Cette étude des facteurs objectifs qui favorisent tel ou tel style de pratique clinique dans les pôles a été réalisée par ailleurs dans Demailly, Haliday et Hum (2021) et Demailly (2021).
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^{ème} édition, American Psychiatric Association.

12. Mesure statistique de l'homogénéité des jugements formulés par plusieurs évaluateurs face à un même patient.
 13. Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Il permet aux établissements de soins de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur leur activité de manière à mesurer leur production médicale. Il utilise la nomenclature diagnostique de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), la CIM (classification internationale des maladies), version 11.
 14. Le développement de ces outils nécessite l'augmentation des postes de « neuropsychologues » formés à ces techniques.
 15. Consulté sur https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1741048
 16. Sur le marché du bien-être et du développement personnel, voir Marquis (2014).
 17. Recherche sur la prise en charge de l'autisme : la psychologue nous montre les anciens cahiers de suivi des patients.
 18. Sur l'exercice de la contrainte en psychiatrie, voir par exemple Velpry et Saetta (2018).
 19. C'est une grande différence avec le médecin de médecine somatique ou le chirurgien qui peut trouver dans les robots ou dans les savoirs externalisés dans les IA une augmentation de sa propre efficacité, un enrichissement de ses compétences, une complémentarité de l'outil avec sa propre expertise (il est un « médecin augmenté », CNOM 2019), et il peut en utilisant l'imagerie en percevoir immédiatement l'effet concret sur la qualité de sa pratique soignante.
 20. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (2009) p. 80.
 21. Témoignage de Lionel Belarbi, publié le 13 mai 2020, consulté sur <https://lejournalabrasif.fr/routine-et-contre-mesure-en-psychiatrie/>.
 22. Au sens de la sociologie des professions (Wittorski, 2008).
 23. Le concept de segment professionnel est emprunté à Strauss (1992).
 24. Ce point fait l'objet de Demailly et Haliday (à paraître en 2022). On peut aussi se référer à Ravon (2013) concernant cette thématique, mais à propos des travailleurs sociaux.
 25. Par exemple : <https://www.cglpl.fr/2019/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-hospitalier-du-rouvray-a-sotteville-les-rouen-seine-maritime/>
 26. La vacance statutaire pour les Praticiens Hospitaliers de psychiatrie en France entière s'élève à 35,5 % (39,2 % en région) pour les temps complets et à 73,1 % (73,1 % en région) pour les temps partiels. Deux cinquièmes des postes de psychiatres sont statutairement vacants dans les Hauts-de-France (source FR2SM). Si les départs vers le statut libéral ne sont pas la seule cause de ces vacances et ne sont pas actuellement chiffrés, ils semblent y contribuer fortement d'après les récits de chefs de pôles.
 27. « Fictionnelles », comme les qualifie le Dr Psychiatre Granger (2022) sur « l'hôpital fracassé » par la bureaucratie, les normes et les procédures.
-

RÉSUMÉS

L'objectif de cet article est de faire, sur la base d'enquêtes empiriques, un état des lieux de la procéduralisation du travail de soin dans les services psychiatriques pour adultes en France. Les processus de rationalisation procédurale de l'activité se développent en psychiatrie comme dans l'ensemble du travail de relation, depuis les années 1980, mais de manière spécifique, tardivement et en suscitant des polémiques. À partir d'enquêtes qualitatives dans plusieurs pôles

de psychiatrie publique, et à l'aide d'une grille de niveaux de procéduralisation, les pratiques les plus touchées par la rationalisation procédurale sont décrites, les facteurs d'acceptation ou de résistance sont identifiés. Des hypothèses peuvent en être inférées pour l'ensemble des métiers relationnels.

The aim of this article is to take stock of the proceduralization of care work in adult psychiatric services in France on the basis of empirical surveys. Processes of procedural rationalization of activity have been developing in psychiatry, as in all relational work, since the 1980s, but in a specific way, relatively late and with controversy. Grounded on qualitative surveys in several public psychiatric centers, and using a grid of proceduralization levels, the practices most affected by procedural rationalization are described and the factors of acceptance or resistance are identified. Hypotheses can be inferred for all relational professions.

El objetivo de este artículo es realizar, a partir de investigaciones empíricas, un inventario de la procedimentalización del trabajo asistencial en los servicios de psiquiatría de adultos en Francia. Los procesos de racionalización procedimental de la actividad se desarrollan en psiquiatría, como en todo trabajo relacional, desde los años 80, pero de forma específica, tardía y con polémica. A partir de encuestas cualitativas en varios centros psiquiátricos públicos, y utilizando una tabla de niveles de procedimentalización, se describen las prácticas más afectadas por la racionalización procedimental y se identifican los factores de aceptación o resistencia. Se pueden inferir hipótesis para todas las profesiones relacionales.

INDEX

Mots-clés : santé mentale, psychiatrie, procéduralisation, protocolisation, métier relationnel

Palabras claves : salud mental, psiquiatría, procedimentalización, protocolización, profesión relacional

Keywords : mental health, psychiatry, proceduralization, protocolization, relational professions

AUTEUR

LISE DEMAILLY

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

Adresse : SH2, Cité scientifique, FR-59650 Villeneuve d'Ascq (France)

Courriel : Lise.demailly[at]univ-lille.fr