

Zeitschrift:	Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology
Herausgeber:	Schweizerische Gesellschaft für Soziologie
Band:	8 (1982)
Heft:	3
Artikel:	Nouvelles techniques psychologiques et division du travail en psychiatrie
Autor:	Verhaegen, Lydwin
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-814334

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

NOUVELLES TECHNIQUES PSYCHOLOGIQUES ET DIVISION DU TRAVAIL EN PSYCHIATRIE *)

Lydwin Verhaegen

Laboratoire d'Epidémiologie et de Médecine Sociale – Faculté de Médecine
Université Libre de Bruxelles
Campus Erasme 590/5 B–1070 Bruxelles

ZUSAMMENFASSUNG

Aus der Analyse der täglichen Praxis innerhalb verschiedener Bereiche ein und derselben psychiatrischen Abteilung geht hervor, dass die neuen psychologischen Techniken unter bestimmten Voraussetzungen zwar an der Wandlung der zwischenberuflichen Beziehungen teilhaben, an und für sich jedoch nicht ausschlaggebend sind.

In Wirklichkeit werden strukturelle Änderungen bei der Arbeitsteilung in der Psychiatrie nämlich durch den Grad des bereits vorhandenen ideologischen Zusammenhalts innerhalb einer Gruppe bestimmt.

Bei einem hohen Grad an Übereinstimmung wird es aufgrund der neuen Techniken möglich, die dem Kranken- und Pflegepersonal gemeinsamen Werte in die Tat umzusetzen.

Diese erhalten dadurch ausreichend Gewicht, um die für die Arbeit in der Psychiatrie typischen Umgangsformen zu beeinflussen und die Unabhängigkeit des Kranken- und Pflegepersonals von der Aerzteschaft zu erhöhen.

Im umgekehrten Falle führen die neuen Techniken jedoch zu einer Spaltung des Kranken- und Pflegepersonals und steigern dessen klassische Abhängigkeit von der Aerzteschaft. Das Personal hat dann eher die Neigung, individualistische Strategien zur Verbesserung der eigenen Aufstiegsmöglichkeiten zu entwickeln. Die neuen Techniken fördern dann vor allem das Streben nach höherem Sozialstatus.

RESUME

L'étude de la pratique quotidienne dans différentes unités d'un même service psychiatrique montre que les nouvelles techniques psychologiques participent à certaines conditions à la transformation des rapports interprofessionnels, mais elles ne constituent pas en soi une variable déterminante. C'est en réalité la cohésion idéologique régnant probablement au sein d'une même équipe qui est porteuse de changements structurels au sein de la division du travail en psychiatrie.

Si le consensus est élevé, les nouvelles technologies permettent d'instrumentaliser les valeurs communes à l'équipe soignante. Elles rassemblent alors une force suffisamment importante pour peser dans les négociations quotidiennes dans le sens d'une autonomie par rapport au corps médical. Dans le sens inverse, elles divisent au contraire le personnel infirmier qui fait plus facilement preuve de stratégies individualistes promotionnelles.

Dans ce cas, elles donnent appui à une revendication statutaire.

*) Article rédigé dans le cadre d'un travail de doctorat présenté à l'Université Catholique de Louvain.

INTRODUCTION

Le champ de la santé mentale est marqué depuis 15 ans des transformations institutionnelles, législatives et technologiques importantes. Particulièrement aujourd’hui, on observe le développement simultané de lignes de force très différentes, voire même contradictoires.

Ainsi depuis peu, on assiste au développement rapide et notoire de la dite "psychiatrie biologique" qui recentre cette discipline autour de la médecine et de ses praticiens et défend une conception organique des troubles mentaux.

D’un autre côté, les nouvelles techniques (bioénergie, gestalt-thérapie, analyse transactionnelle, etc) popularisées aux U.S.A. à la fin des années 60 et début des années 70 se sont largement diffusées dans nos pays. Elles connaissent un succès important auprès d’un public bien plus vaste que ne l’avait fait la psychanalyse, toujours restée élitaire et hémogonique, élargissant les catégories professionnelles de thérapeutes. L’essor de ces technologies conduit à la promotion du psychologique pour lui-même et à la diffusion d’une culture psychologique généralisée qui pénètre nos quotidiens. Chacune de ces deux tendances ont des conséquences spécifiques lorsqu’elles s’inscrivent en pratique quotidienne.

Dans cet article, nous allons étudier les effets des nouvelles techniques sur la position des infirmiers psychiatriques au sein de la division du travail et dans la hiérarchie au sein d’une équipe psychiatrique insérée dans un hôpital général universitaire. L’observation dans ce service est d’autant plus intéressante que ce service est principalement orienté vers la psychiatrie biologique et effectue des recherches de pointe dans ce domaine.

Dans un premier temps nous verrons que toute division du travail en hôpital général est basée sur une contradiction fondamentale issue du décalage entre la pratique réelle et les rapports sociaux médecin-infirmiers. Dans un service psychiatrique, il surgit des contradictions supplémentaires qui nous semblent plus facilement liées à la nature de l’objet de travail qu’au modèle théorique choisi qu’il soit biologique ou relationnel. Mais dans ce champ de négociations qu’est aujourd’hui un service psychiatrique, nous faisons l’hypothèse que l’acquisition d’un nouveau savoir et d’une nouvelle technique par le personnel paramédical sert d’appui et de légitimation à une participation plus officielle des paramédicaux au rôle thérapeutique.

Dans une seconde partie, nous constaterons que le rôle de ces formations au sein de la division du travail dépend d’autres éléments que nous identifierons. Ces éléments constituent les données de la négociation dont sont issues les formes de la division du travail, tantôt hiérarchique et tantôt collectiviste. Nous pensons que les nouvelles techniques ne constituent pas en elles-mêmes un élément de changement mais suivant l’orientation culturelle préalable d’une équipe et le degré d’adhésion de l’équipe aux mêmes valeurs, elles sont un instrument d’homogénéisation du personnel infirmier qui peut alors le rendre plus autonome du pouvoir médical. Il peut dès lors avoir une attitude non professionnalisée face au patient. Dans le cas inverse, elles diviseront une équipe de travail dont elles renforceront la dépendance classique

au médecin. Le personnel adoptera alors des attitudes contraires. Certains feront preuve de stratégies de promotion professionnelle individuelle, renforçant encore la division là où la cohésion était nécessaire.

Ces changements éventuels au sein de la division du travail en psychiatrie ne dépendent pas de la technique mais de l'orientation face à cette technique. Peut-on en conclure que l'opposition qui existerait entre des modèles ne se situe pas entre le biologique et le relationnel, mais entre un pôle de "praticien" et un pôle "technicien", dichotomie classique qui prend simplement de nouvelles formes ?

1. FORMES DE DIVISION DU TRAVAIL

1. 1. *Division du travail en hôpital général universitaire*

La notion d'acte médical et son évolution sont aujourd'hui au cœur du principe de la division des tâches entre les différentes catégories professionnelles à l'hôpital. L'essor des nouvelles disciplines et l'apparition de nouveaux professionnels sont responsables de *l'éclatement de l'acte médical* qui s'est transformé. Celui-ci ne relève plus de "l'art" exclusif du médecin mais il devient une pratique socialisée, toujours sous le contrôle du médecin étant donné le maintien du principe du monopole médical et de sa protection juridique.

L'évolution du travail infirmier suit celle du travail médical qui diffère suivant les types de service. (Chauvenet, 1972, 145–163).¹ Le contenu du travail de l'infirmière et la structure hiérarchique est différente dans chaque type de service étant donné la complexité du traitement, l'équipement, la catégorie de clientèle et la stratégie des médecins. Ces quatre facteurs médiatisent la dépendance de l'infirmière au médecin.

L'infirmière considérée légalement comme une exécutante ne peut l'être dans la pratique. Cette contradiction essentielle de son rôle est partout présente. Il faut souligner qu'il existe *toujours* dans l'hôpital un décalage entre le cadre formel de la production de soins infirmiers et la pratique réelle, alors qu'existe une division théorique du travail qui fait de l'infirmière l'exécutrice du soin prescrit par le médecin.

Une grande partie des soins déborde largement la définition qui en est faite différemment d'après les services, c'est-à-dire la nature du travail, le type de patient, etc ...

Ce décalage n'est pas un dysfonctionnement du système de soins mais résulte de la contradiction existante entre la pratique réelle de l'infirmière et les rapports

1 L'auteur distingue les services de médecine générale, les services spécialisés produisant des soins de masse et les services dits de pointe ou à haute technicité orientés vers la recherche.

sociaux médecins-infirmières. Ces rapports sont faits d'une relation de dépendance où théoriquement la capitalisation du savoir par un seul partenaire et le pouvoir de décision qui en découle place l'infirmière dans la position subordonnée d'auxiliaire technique. Mais la nature de l'objet de travail ne permet pas d'appliquer tel quel un savoir enseigné. Les malades sont des êtres humains, ils ne sont pas semblables et les différences entre eux priment sur les ressemblances. Dès lors la nature du travail de l'infirmière comporte une grande part d'imprévisibilité étant donné le type même de son objet de travail. (Charton-Bressart et Duhart, 1973, 77–101).

Le patient est à la fois *non interchangeable*, d'où la présence importante d'éléments non répétitifs; il peut réagir de manière *prévisible ou imprévisible*, obligeant ainsi à une réévaluation constante; il est une *unité dynamique*, c'est-à-dire qu'un travail exercé sur une partie peut avoir des répercussions sur l'ensemble. Ainsi un même médicament n'a pas les mêmes effets sur des patients, ou encore sur le même patient d'un jour à l'autre !

On ne peut dès lors reproduire les mêmes gestes routiniers sans en établir la pertinence immédiate. Cela suppose que l'infirmière, même de base, ne peut jamais se contenter d'être une simple exécutive passive. Les médecins ne sont pas toujours présents ou disponibles, elle doit être capable de faire un "*diagnostic infirmier*" qui ne lui est pas reconnu légalement.

Elle assume des fonctions qui dépassent le champ de compétence reconnu. Ce n'est d'ailleurs que grâce à cette pratique officieuse que l'organisation de l'unité de soins peut fonctionner. Ce rôle de "*reconstruction de l'objet de travail*" c'est-à-dire l'analyse des signes et réactions du malade, de synthèse et l'observation continue est indispensable à l'élaboration du "*diagnostic médical évolutif*".

Il y a là un caractère d'autonomie obligée et non reconnu du travail de l'infirmière qui va au-delà de la simple dichotomie entre les deux pôles de son travail, technique ou contact humain car l'homme n'est jamais un objet. Que ce soit comme technicienne ou autre, l'infirmière ne peut jamais n'être qu'exécutrice.

Le paradoxe de la situation d'infirmière dans la hiérarchie est le plus manifeste dans les services de pointe orientés vers la recherche et dans les services de psychiatrie.

Dans le premier cas la standardisation des tâches est impossible étant donné la spécialisation très poussée des tâches techniques et leur liaison à des programmes de recherche. Et en psychiatrie, elle est impossible aussi vu le caractère d'imprévisibilité plus grand encore du patient. Et c'est donc dans ces services que les liaisons interprofessionnelles sont le plus nécessaire étant donné la marge d'indétermination du contenu quotidien du travail. C'est là aussi qu'est concrètement remise en cause la hiérarchie des fonctions: la participation de l'infirmière à l'acte médical étant plus indispensable encore, son travail ne se fait pas sans une formation technique et l'accumulation d'un certain savoir qui la rapproche du médecin. Nous verrons le rôle spécifique que jouent à ce propos les nouvelles technologies.

1. 2. La division du travail en psychiatrie

En psychiatrie, le personnel paramédical et surtout infirmier doit faire face à une contradiction supplémentaire. Outre le décalage entre le travail officiel et les tâches réelles et les rapports médecins-infirmiers, *il reste le caractère résolument contradictoire des tâches que supposent la surveillance et la thérapie.* Elles entraînent des attitudes opposées face au patient qui est simultanément objet de surveillance et sujet au sein d'une relation thérapeutique. Voyons cela plus en détail.

La nature même du travail en psychiatrie est définie en majeure partie par le caractère d'imprévisibilité du patient. L'imprévisibilité fait partie de la définition du travail quotidien même s'il ne se produit pas tous les jours sous des formes contradictoires et il peut prendre des sens très différents.

Le personnel infirmier reste toujours gardien de l'ordre. Aussi une partie du travail consiste d'abord à mettre sur pied une série de mesures ayant pour but de gérer le plus possible cet imprévisible.

La première de ces mesures consiste à transformer son système de références habituelles: le patient est a priori suspect. Tous les gestes même les plus anodins sont à replacer dans un cadre qui n'est pas celui de la vie quotidienne hospitalière: "Si on se limitait au nursing, on serait toutes sur le même pied. Tout le monde est capable de donner une pilule à quelqu'un et encore . . . Il y en a qui donne et qui ne regarde pas et puis la toxicomane met la pilule dans ses joues et en prend 10 à la fois . . ." (infirmier).

Une surveillance constante et bien particulière est de mise sous peine de faire des erreurs. On n'est donc jamais à l'abri d'incidents ou d'accidents plus ou moins graves comme une fugue, une bagarre, une tentative de suicide dans le service, crise d'éthylisme à la cafétaria de l'hôpital chez le patient en cure de désintoxication, circulation de drogue ou stockage de boisson . . . Ce sont principalement les fugues qui mobilisent l'attention car elles sont relativement courantes. Le plus souvent elles ont des allures cocasses, mais elles peuvent aussi avoir des issues tragiques. On n'est donc jamais à l'abri du pire. Cela fait partie du travail.

Il n'y a pas que les incidents qui mobilisent une surveillance par le personnel. Dans un univers fermé, il y aussi une série de mesures techniquement superflues qui visent à faire échouer les plans et les manipulations éventuelles des patients. Nous avons constaté à de nombreuses reprises que le personnel reste toujours très préoccupé de ne pas faire les frais des manipulations des patients (c'est un thème qui revient quotidiennement tout comme la peur de l'agitation.)

Cette fonction de gardiennage est loin d'être marginale. Elle reste même essentielle. Nous verrons que son contenu varie suivant les politiques médicales.

La surveillance exercée par le personnel paramédical comprend aussi une observation constante et une évolution immédiate de la signification des faits. C'est particulièrement important lorsque les indications principales de la maladie et de l'évolution du patient sont *son comportement en salle.* Le personnel infirmier doit savoir lire le quotidien et franchir les limites de ce que lui autorise légalement son

rôle. Au minimum, cela signifie qu'il n'hésite pas à nuancer ou à contredire l'avis du jeune médecin encore postgradué² à propos de sa patiente lors de l'exposé du cas aux réunions du matin. Souvent aussi, même en psychiatrie, l'évaluation de l'infirmier(e) porte sur des symptômes physiques :

"Il ne faut pas se contenter de recopier la tension quand elle est à 5/0 . . . il faut oser insister auprès du médecin quand on estime sans être sûre à 100 % qu'il y a un problème d'infection grave sur une patiente brûlée dont la chirurgie ne veut pas dans son service car elle s'est jetée volontairement dans le feu . . ." (infirmier).

Ou encore accepter de faire examiner par l'otorhinologue cette patiente schizophrène et grecque qui se plaint dans ses mots à elle de douleur à l'oreille. Elle avait une réelle infection.

L'infirmier / infirmière en psychiatrie reste toujours infirmier / infirmière. Plus qu'ailleurs, il / elle n'est jamais simple exécutant ou technicien.

Mais il est encore d'autres éléments particuliers à la division du travail en psychiatrie qui la différencie des autres spécialités. Ils sont liés à l'histoire des institutions psychiatriques et aux bouleversements théoriques et pratiques amenés par la psychanalyse. Depuis une quinzaine d'années, l'éclatement de la notion de santé mentale conjointe à la critique de l'institution totalitaire a favorisé l'apparition et la participation d'autres professionnels au processus thérapeutique. Depuis la diffusion même élitiste de la psychanalyse, le monopole de la définition de la maladie et du traitement n'est plus le privilège du médecin. Les psychiatres sont les médecins les moins bien protégés de la profession à la différence des chirurgiens dont la compétence professionnelle quasi exclusivement technique assure un monopole d'intervention. En psychiatrie, la pratique quotidienne se déroule sous *le sceau de la négociation*³. La relativité de la définition d'un produit final c'est-à-dire la santé mentale et l'éclectisme des moyens thérapeutiques expliquent en partie cette caractéristique qui trouve son expression maximum dans les services expérimentaux. Certains auteurs ont récemment montré qu'il pouvait exister une corrélation entre le questionnement sur la validité d'un produit incertain et fluctuant (la santé mentale, l'éducation) et l'adoption de principes de fonctionnement comme la négociation (St Saulieu, Tixier, Marty, 1978).

L'enjeu d'une formation à d'autres savoirs et à de nouvelles techniques est d'autant plus important qu'au même moment, la psychiatrie biologique, plus technique, réitère une division entre la décision et l'exécution. Théoriquement la maîtrise

2 Post-gradué signifie étudiant en psychiatrie.

3 Le paradigme de la négociation, idée développée par A. Strauss, est intrinsèque selon lui à l'ordre social car elle est intimement attachée aux entreprises communes à plusieurs personnes, groupe ou organisation. La négociation trouve une application maximale dans les services psychiatriques expérimentaux (Strauss, 1978).

du champ de leur compétence échappe au médecin et leur valorisation dépend moins exclusivement d'eux. Les formations sont dès lors une réponse institutionnelle à la contradiction issue du décalage entre les rapports formels médecins-infirmiers et la pratique réelle. L'acquisition d'un savoir et d'une compétence technique donne les moyens de se positionner différemment face aux médecins dans les négociations quotidiennes interprofessionnelles.

Les nouvelles techniques cristallisent les aspirations professionnelles des cadres moyens de la santé mentale et principalement des infirmiers en quête de statut et toujours plus dépendants du corps médical.

Il s'agit en fait de conquêtes professionnelles dont les formes sont différentes. Elles ne correspondent pas à une lutte professionnelle classique où un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle de professions déjà établies. Nous avons plutôt observé des formes renouvelées de professionalisation où la position spéciale des agents dans la division du travail est conquise, maintenue ou perdue à travers des processus de négociations permanentes où les acquis sont d'ailleurs rarement garantis⁴.

Mais il ne faudrait pas en conclure que seule la volonté des agents est à l'œuvre dans ces processus de professionnalisation. Les possibilités de négociations des paramédicaux au sein de la D.T. et l'autonomie qui en dépend sont contingentes. Aussi il importe à chaque fois *d'analyser dans chaque contexte les données de la négociation* et de dégager ainsi le sens du système à la fois autonome et dépendant qu'est un service.

2. LA STRUCTURE DES EQUIPES

Au cours de l'observation approfondie pendant un an au total dans trois unités de 20, 20 et 30 patients appartenant au même service, nous avons constaté que les formes de la DT vont de la démocratie et la coopération à la hiérarchie et le maintien de l'ordre. Un premier regard peut laisser croire à un choix éthique ou "caractériel" de la part des différents professionnels. "D'un côté les hystériques et de l'autre les obsessionnelles" se plaît-on à dire ! D'un côté la coopération, la communication, le bien être du patient et de l'autre ordre, la hiérarchie et le respect de la science.

4 Nous nous référons ici aux sociologues interactionnistes de l'Ecole de Chicago (Hughes, Becker, Strauss, Bucher). Ils considèrent les professions comme des objets de la pratique quotidienne à la différence des théoriciens fonctionnalistes de la sociologie des professions (Parsons, Merton, Carsons et Carr/Saunders). Ces derniers accordent peu d'importance à la monopolisation d'un secteur d'activité par une catégorie de travailleurs. Ils postulent sans doute que les institutions professionnelles répondent à des besoins existant dans toute société tandis que les interactionnistes récusent ce postulat tout comme la possibilité d'une théorie générale des professions. Pour une synthèse sur la littérature en sociologie des professions, voir Chapoulie, 1973, 84–114.

La réalité est plus complexe. La volonté des agents et le critère politique sont des données de l'ensemble systémique et dynamique qu'est un service. Et la figure que prend l'organisation n'est intelligible que lorsqu'on considère les éléments internes et externes qui constituent l'ensemble d'une unité et aussi lorsqu'on définit les relations d'interdépendance entre les éléments.

Chacune de ces unités a son propre "microclimat", a une vie sociale propre tout en participant d'une manière ou d'une autre à l'organisation du pouvoir médical à l'intérieur de ce microcosme sociologique qu'est l'hôpital.

Les formes d'organisation de chaque service dépendent donc simultanément :

1) *de la définition qui est faite par le personnel du diagnostic et du traitement.* Cette définition est largement influencée par la culture psychologique comme nous l'avons décrit plus haut et par les définitions organiques de certains troubles. Son contenu est très fluctuant auprès du personnel infirmier et plus fixe auprès des médecins et autres P. M. Cette définition oriente les attitudes thérapeutiques et le comportement du personnel soignant. Le travail n'a pas le même sens pour tout le monde. Pour les uns, les formations véhiculent un projet personnel, un secteur de la vie où l'on peut se réaliser. La définition de soi passe aussi par la définition de son activité surtout lorsque celle-ci peut être créatrice. Pour d'autres c'est plus explicitement un vecteur de promotion professionnelle. On pense ainsi acquérir un autre statut tout en faisant un travail plus intéressant. C'est aussi parfois tout simplement un outil qui aide à mieux comprendre les patients;

2) *du consensus* qui existe autour de cette définition. Différentes cultures thérapeutiques peuvent éventuellement coexister. Néanmoins nous verrons comment le degré d'homogénéité idéologique de l'équipe soignante est un facteur clé d'autonomie;

3) *du type de patients hospitalisés.* Il y a toujours un volume minimal de patient à respecter pour que le service soit rentable. C'est aujourd'hui un souci quotidien auprès de tous les soignants concernés par la gestion de l'institution. Par contre le type de patient varie en fonction de facteurs extérieurs et internes au service. Il faut composer à la fois avec la demande extérieure dont la pression est très forte, les exigences de la recherche et le taux de saturation psychologique du personnel infirmier. La recherche suppose une certaine catégorie de patients qui sont souvent ce qu'on appelle des patients "lourds" dans la mesure où ils sont plus agités que d'autres ou atteints plus gravement. En même temps, les procédures de recherche exigent la privation de médicaments calmants. Ce sont principalement des patients souffrant de maniaco-dépression ou de dépression endogène. Indépendamment alors

du surcroît de travail technique ou administratif, la présence de tels patients rend la vie en salle plus difficile et augmente aussi les tâches liées à la surveillance. La proportion de patients "lourds" ou "légers" varie suivant les équipes en fonction d'ailleurs de leur degré de consensus. Et cette répartition elle-même a des conséquences immédiates sur le contenu du travail ;

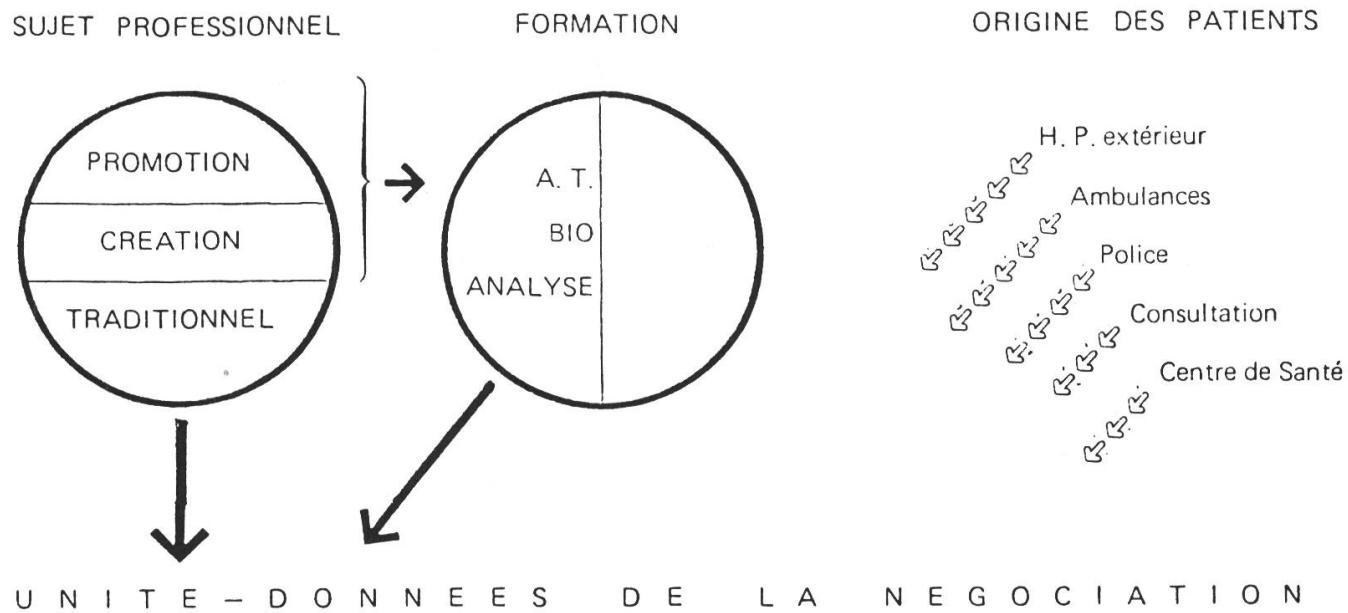
4) *du contenu lui-même du travail* qui dépend à la fois de la définition du travail, du consensus et du type de patient. Voyons cela d'un peu plus près : le travail infirmier en psychiatrie est composé d'une part d'actes techniques et administratifs dont la forme est peu changeante. Elle ne dépend pas de la définition du travail psychologique et du consensus de l'équipe. Par contre le volume d'actes à accomplir varie directement en fonction du nombre de patients mais surtout du type de patients. Comme nous l'avons dit plus haut, l'admission de patients destinés à la recherche entraîne plus de travail technique. Aussitôt, il reste moins de temps pour la part de travail proprement *relationnel* et le temps de travail n'est pas élastique. Et pour presque la totalité des infirmiers / infirmières, le travail en psychiatrie *est* le travail relationnel. C'est de cela qu'ils parlent spontanément. C'est souvent la raison pour laquelle ils ont choisi cette spécialité.

Et les formes que revêt le travail relationnel sont dépendantes aussi des formations et du sens qu'elles ont pour les différents professionnels. Ces divers éléments exercent des pressions les uns sur les autres⁵ qui permet d'expliquer la différence observée entre les deux modèles d'équipe que nous décrivons ci-dessous.

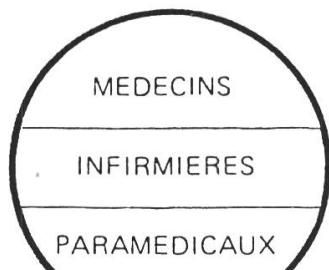
2. 1. *Le sujet avant la règle : le modèle humaniste et collectiviste*

Une équipe se démarque des deux autres par un travail notablement plus centré sur le rationnel, type anti-psychiatrique. La priorité absolue accordée au relationnel sur les autres tâches fait l'objet d'un consensus de toute l'équipe. Ce consensus s'établit partiellement sur base d'un peu d'intérêt pour la recherche qui va parfois même jusqu'à une opposition très tranchée. La posture théorique de la recherche qui suppose d'objectiver le patient leur apparaît difficilement imaginable. En conséquence de cela, les cas dits "lourds" sont dès le départ aiguillés en priorité dans les autres unités. Cela évite au médecin responsable de la recherche de négocier l'exécution de tâches administratives ou de nursing auprès d'un personnel qui résiste à exécuter cette partie du travail, d'autant qu'il est fort éloigné de sa propre définition du travail psychiatrique. Et en retour, le fait d'avoir moins de patients agités et peu d'activité de recherche facilite le travail relationnel, augmente éventuellement la compétence personnelle dans ce domaine et renforce encore sa position face au corps médical. C'est une dynamique cumulative qui augmente l'autonomie des paramédicaux.

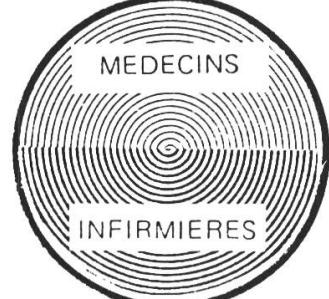
5 Cf. figure 1 page 463.



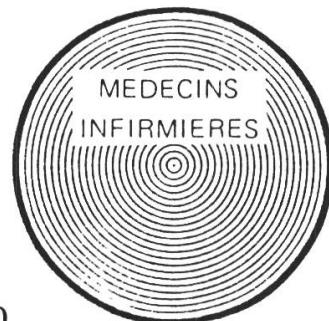
CONSENSUS
sur la définition du produit



FORMES DE LA DIVISION
DU TRAVAIL

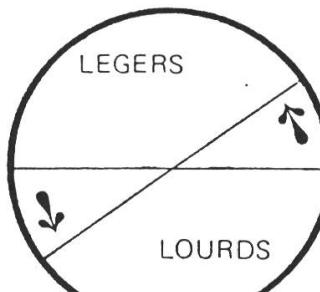


semi-hiéarchique



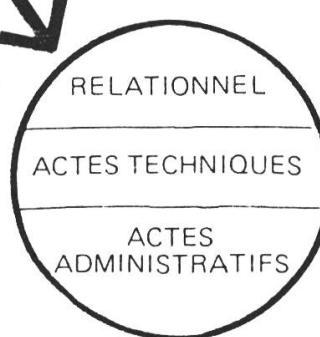
Collective

PATIENTS : nombre et type



- Surveillance
- Recherche
- (Volume minimal à respecter)

CONTENU DU TRAVAIL: temps – 8 h/j



- FORME varie
 - définition du produit
 - type de patient
- VOLUME varie
 - type de patient
 - médecin
- forme inchangée

Nous constatons que la présence affirmée de la priorité du modèle relationnel va de pair avec une volonté explicite de polyvalence, une confusion des rôles et un plus grand partage des responsabilités. Ici aussi le sujet prime avant la règle, ou avant la catégorie professionnelle. Ce sont les mêmes valeurs qui sont soujacentes aux pratiques.

La division du travail reste peu conflictuelle malgré la faible présence d'une hiérarchie. Le consensus n'est pas la seule raison. La réduction minimum du travail technique et administratif en est une condition sine qua non. Pour que chacune des variables ait un effet sur la pratique quotidienne, il faut que les autres l'autorisent à aller dans ce sens.

Il arrive toujours un moment où l'efficacité même minimale de la gestion passe avant l'individu. Beaucoup de patients agités ensemble obligent toujours une certaine violence, peu importe alors le modèle thérapeutique proposé.

Bien que tous les membres du personnel se forment ou soient en formation dans cette équipe, les relations sont *non professionnelles*, calquées sur la vie quotidienne. L'entretien duel n'est pas la forme suprême de thérapie. La distance sociale existant entre le patient et son thérapeute est plus réduite qu'ailleurs. Le système de communication est ouvert, l'espace est également désacralisé, les zones interdites au patient sont réduites au minimum.

Il y a un lien entre un modèle thérapeutique relationnel et une division du travail collectiviste qui est possible ici étant donné les conditions externes au personnel, c'est-à-dire le type de patient.

D'autre part, retenons aussi que ce n'est pas la technique comme telle (ici les nouvelles technologies) qui structure la division du travail. C'est à la fois le choix des valeurs et le degré d'adhésion aux mêmes valeurs, c'est-à-dire le consensus qui orientera la pratique. L'observation a montré que la technique relationnelle ne tire pas sa force de son application mais de *l'instrumentalisation des valeurs communes*, préalablement présentes.

Ces nouvelles thérapies offrent "les mots pour le dire". Elles créent un consensus qui moyennant conditions crée du changement dans la distribution des rôles professionnels même au sein de l'hôpital général universitaire.

2. 2. *La cohabitation douloureuse de l'idéologie humanitaire et technico-scientifique*

Les équipes dont le consensus autour de la définition du travail est plus faible accueilleront sans distinction tous les patients qui leur sont adressés. Les médecins de garde ont à leur égard une politique d'admission peu selective.

Les médecins post gradués responsables des équipes participent à la recherche dirigée par leur professeur et patron. Leur adhésion concrète à la recherche est une condition de son bon déroulement. A la fois médecins et étudiants en psychiatrie, ils n'en sont pas moins responsables des patients hospitalisés et ils décident dès lors de leur participation éventuelle au protocole de recherche. Même s'ils n'adhèrent pas à l'idéologie scientifique ni au souci de performance, ils savent qu'ils sont là pour

apprendre. Beaucoup entendent retirer de leur stage une bonne formation sur le plan biologique, sinon un acquis de pointe. Leur participation actuelle aux travaux de recherche ne signifie pas un choix de ce type de pratique⁶.

C'est donc auprès du personnel paramédical plus présent et plus stable que ces divers modèles sont plus difficiles à gérer, en raison surtout des tâches contradictoires qu'ils supposent, plutôt qu'en fonction d'*à priori théoriques*. Et dès ce moment, peu d'homogénéité des valeurs rend la vie institutionnelle plus difficile et le personnel est plus dépendant du médecin, peu importe sa fonction.

La présence des activités de recherche rend le travail plus difficile car les exigences de la recherche ne font que renforcer ce qui est la contradiction principale du rôle de l'infirmière. Ce sont elles qui subissent en premier lieu les effets de la recherche. Mais ce n'est pas le surcroît de travail de nursing qui semble leur poser problème. C'est surtout *la contradiction qui existe entre les attitudes que supposent à la fois le relationnel et la recherche, l'humain et le scientifique*. Cette contradiction est du même ordre que celle qui existe entre la fonction de gardiennage et la fonction thérapeutique. Elle est encore renforcée par le développement du rôle thérapeutique qui les rapproche du patient. Passer rapidement de la "mère" au "gardien" ne se fait pas sans conflits internes pénibles. "C'est pourquoi les officiers prétendent garder leur distances à l'égard de leurs hommes . . . La multiplicité des cas dans lesquels il faut considérer le reclus comme une fin en soi et la multiplicité des reclus mettent obligatoirement le personnel en présence de dilemmes classiques pour quiconque qui a la responsabilité d'un groupe d'hommes. Du fait que le fonctionnement d'une institution totalitaire ressemble quelque peu à celui d'un Etat, son personnel subit des épreuves qui ne sont pas sans rappeler celles qui assaillent les gouvernants". (Goffman, 1968).

Habituellement, une partie du travail de l'infirmier consiste à déjouer les manipulations des patients. Mais souvent il se réjouit lorsque le patient "échappe" à la recherche. Mais à nouveau ce sont les mesures douloureuses que supposent les procédures de recherche qui motive l'infirmier(e) à se faire la défendresse de tel ou tel patient. Ce n'est pas une position éthique.

D'autre part notons que c'est au moment où les tâches se compliquent que la définition du travail a des contenus différents pour les uns et les autres, peu importe la catégorie professionnelle.

Or ce sont des valeurs fondamentales qui sont en jeu dans la conception du travail en psychiatrie. Elles font appel sans les médiations sociales habituelles aux attitudes de tout un chacun face aux choses de la vie et des dispositions fondamentales à l'égard d'autrui. Cela suppose une conception de l'autorité, du pouvoir et une vision du monde.

⁶ L'usage d'étudiants en psychiatrie ne se limite d'ailleurs pas aux recherches biologiques. Greenblatt et Scharaf recommandaient de les utiliser pour toutes les expériences notamment difficiles où il fallait être motivé, telle la psychothérapie avec les classes populaires.

Dès lors, l'hétérogénéité des cultures et des systèmes de référence est plus lourde de conséquence que dans d'autres lieux de travail où elles sont médiatisées.

Au sein d'une même équipe de travail sont présents deux modèles culturels opposés. L'un professionnalise les interactions et correspond plus explicitement à une logique de promotion professionnelle. L'autre se réfère au même modèle spontanéiste et anti-professionnel décrit plus haut, à la différence près qu'il est défendu par un personnel radicalement opposé aux nouvelles technologies et à la culture psychologique.

L'un des exemples les plus explicite et qui fait le plus fréquemment l'objet de discussions est la notion de "distance" à conserver par rapport aux patients. Un simple regard sur les conflits qui existent à propos de cette notion illustre les conceptions différentes si pas opposées qui régissent les comportements du personnel et l'intensité de leurs effets auprès du personnel subalterne.

Un incident fut particulièrement éclairant. Une infirmière a pris chez elle une jeune patiente à la sortie de l'hôpital. Or elle n'était pas la thérapeutique de cette patiente. Hormis les conflits qui existaient sur base des territoires respectifs de chacun, la condamnation de cette infirmière par ses collègues portait surtout sur le non respect de la distance qu'implique une certaine conception du rôle thérapeutique⁷. C'était au sens de la neutralité thérapeutique (distance de soi à soi et de soi aux autres) qu'implique le rôle de thérapeute qu'était alimentée la controverse entre personne de la même catégorie professionnelle avec une violence significative. Une proximité trop grande avec le patient constituait une "erreur professionnelle" pour les infirmières qui aspiraient à un *statut* autre et défendaient le rôle spécifique et thérapeutique de l'infirmière psychiatrique. A leurs yeux, la professionnalisation des interactions qui est une caractéristique de ce rôle thérapeutique fait figure de loi car elle authentifie leur appartenance à la catégorie des thérapeutes, c'est-à-dire au groupe supérieur. Peu confrontés à ce problème de légitimation de rôle, les médecins portaient sur cet événement un tout autre jugement. Ils ne mettaient pas en cause le fait en soi, jugé positif pour la patiente, mais la dynamique qu'il entraînerait au sein d'une équipe de travail.

D'une manière générale, nous avons constaté une technicisation plus élevée chez les cadres moyens de la santé mentale, souvent moins stabilisés que les médecins et en quête d'une légitimité que le profane est loin de leur accorder. L'insécurité renforce l'usage de la technique qui prime sur l'analyse des "besoins" qui leur échappe.

7 A. Blum & L. Rosenberg ont décrit les différentes étapes de ce qu'ils ont appelé le processus de professionnalisation sociale des interactions mises en œuvre dans l'apprentissage du rôle de psychothérapeute : la modification des règles qui régissent les interactions quotidiennes, l'exigence de la maîtrise des affects, la capacité de se regarder soi et le patient comme un objet théorique... (Blum & Rosenberg, 1978, 72-85).

Remarquons aussi que dès que le consensus n'est plus homogène, c'est le règne de l'insécurité et de l'aléatoire. Le personnel paramédical étant divisé et les tâches plus contradictoires, il peut difficilement négocier la part qu'il souhaite éventuellement dans le processus thérapeutique. Celle-ci est soumise aux aléas dont le plus important est *la personnalité du médecin, ses choix et sa politique de travail*. Le fonctionnement est peu collectif, les alliances et les stratégies se multiplient tout comme on observe des petites guerillas, luttes souterraines où les affinités personnelles ont une large part. Elles recouvrent d'ailleurs aussi le découpage des conceptions thérapeutiques, indice supplémentaire du mélange des rôles privé-public difficile à éviter en psychiatrie. Il est renforcé par l'usage quotidien et permanent que fait que le personnel averti des concepts et de la posture thérapeutique. Ces conflits sont très éprouvants car c'est souvent la personne toute entière qui est visée, rôle et individu étant confondus.

En conclusion, il apparaît que la consommation des nouvelles techniques par le personnel paramédical joue ici exactement le rôle inverse que dans l'autre équipe. En forçant les positions du personnel qu'elle divise, la formation fragilise la position des infirmières dans les rapports interprofessionnels et renforce leur dépendance au médecin.

Les techniques et savoirs n'ont à eux seuls qu'une influence réduite sur la division du travail⁸. Plus encore que la définition du traitement, l'élément déterminant reste le degré de consensus autour de ces définitions, c'est-à-dire in fine, les orientations culturelles des différents agents. C'est la cohésion du groupe qui est porteuse de changements durables. Ce ne sont pas les stratégies individuelles de promotion professionnelle qui ne font que diviser les membres d'une même catégorie socio-professionnelle.

8 Dans une thèse ayant pour objet la relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel, O. Kuty a démontré le rôle central joué par la variable culturelle. L'observation dans quatre services d'hémodialyse rénale a permis de comprendre que ce sont les orientations culturelles des médecins qui sont à l'origine des différences structurelles (égalitaire et hiérarchique) dans la relation thérapeutique. Contrairement aux idées préconçues, la technologie n'a qu'une influence réduite sur la structure des relations par l'intermédiaire des choix médicaux (coopération démocratique ou souci de performance à réaliser). (O. Kuty, 1975, 189–214).

CONCLUSION

Nous avons cherché dans cet article à dégager la place occupée par l'essor des nouvelles technologies au sein de la division du travail en psychiatrie. Nous voulions aussi voir comment coexistaient différents modèles thérapeutiques souvent théoriquement opposés.

L'étude de la pratique quotidienne de différentes unités d'un même service montre que les nouvelles technologies participent sous conditions à la transformation des rapports interprofessionnels en psychiatrie, mais elles ne constituent pas une véritable déterminante. Suivant la cohésion idéologique de l'équipe au départ, tantôt elles rassemblent une force suffisamment importante pour peser dans les négociations quotidiennes, dans le sens d'une *autonomie* par rapport au corps médical, tantôt au contraire, elles divisent le personnel infirmier, renforcent l'insécurité, et la dépendance par rapport au médecin alors qu'il est déjà face à des tâches contradictoires et psychologiquement remuantes. Dans ce cas, elles servent principalement d'appui à une revendication individuelle portant en priorité sur le statut de l'infirmier / ère psychiatrique plutôt que sur le contenu du travail. Loin d'être collective, la DT est marquée par des stratégies individuelles et contrairement à l'autre équipe, plus collective, les acquis sont moins facilement garantis. Ajoutons que l'autonomie dont fait preuve l'une des équipes n'est obtenue que parce que d'autres moins cohérentes et plus polyvalentes assument les tâches qu'exige la recherche en psychiatrie biologique et ont une politique d'admission moins sélective.

Nous avons constaté par la même occasion que la réelle opposition dans le service ne se situait pas entre le biologique et le relationnel, mais entre un pôle "techniciste" et un pôle "praticien" :

— *un pôle technique ou techniciste* qui défend le rôle et la notion d'expert. L'intervention thérapeutique est justifiée par la compétence et l'efficacité de la technique. La technique est d'autant plus importante qu'elle est le vecteur de la *promotion professionnelle*. Le sens social de la formation, de la spécialisation (infirmière psychiatrique formée = identité spécifique) est autant, si pas plus important, que le fait d'améliorer la qualité du travail. La revalorisation du statut passe dès lors par la différenciation avec le reste de la profession. Une infirmière psy est différente. On y fait donc plus facilement preuve de *stratégies individualistes*.

Dans cette mesure-là, le modèle assure une continuité idéologique entre l'option biologique et l'usage des nouvelles thérapies dont surtout l'analyse transactionnelle. Ce sont deux "produits" en vedette et qui font appel d'ailleurs à des valeurs identiques: mobilité, pragmatisme, orientés vers un objectif, pas trop d'insight. Tous deux s'inscrivent contre le verbiage des intellectuels. Il faut faire preuve de résultats rapidement. Les relations avec les patients et toutes les interactions ont tendance à être *professionnalisées* et le modèle thérapeutique suprême reste *l'entretien*, le reste du travail tend à être dévalorisé.

— un pôle “praticien” où l’attitude se veut empreinte de bonne écoute, de chaleur détachée, de compréhension et de gentillesse. Ce modèle valorise *l’expérience* avant la compétence technique, le concret, le quotidien, *la spontanéité*. Les infirmières qui défendent cette conception sont aussi celles qui sont les plus proches à mettre en cause l’utilité de leur service en regard à une analyse sociale minimale (“A quoi on sert”, “Le problème est ailleurs”, . . .). Elles rejoignent en cela les jeunes médecins, mais elles ont moins des compensations à leur porté. La formation en est une à ce moment. Elle est un plan d’épargne logement qui aide à supporter le présent. Le statut professionnel importe peu. Par contre, *la notion d’équipe* et la définition du travail à travers l’équipe ont de l’importance. Les stratégies professionnelles sont peu compétitives ans être collectives, elles ne sont pas d’individualistes. Les ”praticiens” insistent aussi bien sur une *déprofessionnalisation des interactions*. L’entretien n’est pas le modèle thérapeutique privilégié, la *vie quotidienne* avec les patients importe beaucoup. Ce modèle est plus proche des conceptions antipsychiatiques, orienté principalement vers les patients. Les clivages statutaires ont apparemment moins d’importance.

Ces deux modèles se retrouvent dans les trois équipes où ils sont inégalement partagés, formant des consensus plus ou moins éclatés.

Les nouvelles thérapies *ne déterminent pas en soi* la professionnalisation ou la déprofessionnalisation des travailleurs de la santé mentale. Il faut en réalité chaque fois les resituer dans le contexte où elles interviennent car le sens qu’elles prennent en dépend.

La diffusion de la culture relationnelle et l’accès aux techniques psychologiques entraînent une professionnalisation chez le personnel en ”inquiétude de reconnaissance statutaire”.

On n’assiste pas du tout à une déprofessionnalisation des travailleurs mais au phénomène inverse, c'est-à-dire une extension du modèle *professionnel* à d'autres catégories professionnelles. Celles-ci sont aspirées vers le haut de la hiérarchie sociale et elles sont dépendantes de l'idéologie dominante dont elles reproduisent les composantes. Elles prolonguent au sein de l'unité le mouvement d'expertisation de la vie quotidienne qui caractérise notre société. Avec les nouveaux techniciens de la relation, dernier gadget de la mode idéologique, on est mûr pour ”la psychiatrie industrielle avancée”, comme dit Gentis.

BIBLIOGRAPHIE

- BLUM, A. & ROSENBERG, L. (1968), Some problems involved in professionalizing social interaction: the case of psychotherapeutic training, *J. Health Soc. Behav.* 9-1 (1968) 72-85.
- CHAPOULIE, J. M. (1973), Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels, *Rev. Fr. Sociol.*, 14 (1973) 86-114.
- CHARTON-BRASSART, J. & DUHART, F. (1973), Réforme hospitalière et soins infirmiers sur ordonnance médicale, *Rev. Fr. Sociol.*, 14 (1973) 77-101.
- CHAUVENET, A. (1972), Professions hospitalières et division du travail, *Sociologie du Travail*, 2 (1972) 145-163.
- GOFFMAN, G. (1968), "Asile" (Traduction) (Editions de Minuit, Paris).
- KUTY, O. (1975), Orientation culturelle et profession médicale, la relation thérapeutique dans les unités de rein artificiel et son environnement, *Rev. Fr. Sociol.* 16 (1975) 189-214.
- Saint SAULIEU, R.; TIXIER, P. E.; MARTY, M. O. (1978), "Les fonctionnements collectifs de travail" (Rapport de recherche, CSO MACI).
- STRAUSS, A. (1978) "Negotiations, varieties, contexts, processes and social order" (Josey Bass Publishers, San Francisco).

