



**UNIL** | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

---

*Year : 2015*

## LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE A L'INTERFACE DES INSTITUTIONS SOCIO-EDUCATIVE ET PSYCHIATRIQUE

Ros Jenny

Ros Jenny, 2015, LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE A L'INTERFACE DES  
INSTITUTIONS SOCIO-EDUCATIVE ET PSYCHIATRIQUE

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB\_82B78E8161F06

### **Droits d'auteur**

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

### **Copyright**

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.

# LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE A L'INTERFACE DES INSTITUTIONS SOCIO-EDUCATIVE ET PSYCHIATRIQUE

---

Jeux et enjeux de l'intervention auprès de personnes en situation de handicap mental et de troubles psychiques

**Thèse de doctorat**

Présentée à la Faculté des Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lausanne  
pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie par :

Jenny Ros

**Directrice de thèse :**

Prof. Michèle Grossen

**Jury :**

Dr. Jacques Baudat

Prof. Katia Kostulski

Prof. Ilario Rossi

LAUSANNE (2015)



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

### IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Michèle GROSSEN, directrice de thèse, Professeure à l'Université de Lausanne
- Ilario ROSSI, Professeur à l'Université de Lausanne
- Katia KOSTULSKI, Professeure au Conservatoire national des Arts et Métiers à Paris
- Jacques BAUDAT, Médecin associé au CHUV à Lausanne

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Jenny ROS, intitulée :

**«La collaboration interprofessionnelle à l'interface des institutions socio-éducative et psychiatrique. Jeux et enjeux de l'intervention auprès de personnes en situation de handicap mental et de troubles psychiques. »**

Lausanne, le 22 septembre 2015

**Le Doyen de la Faculté**

Professeur  
Jean-Philippe Leresche

## Résumé

La prise en charge et le suivi de personnes en situation de handicap mental souffrant de troubles psychiques et se trouvant donc à l'interface des domaines socio-éducatif et psychiatrique, constituent des défis complexes en matière de collaboration interprofessionnelle. Dans le canton de Vaud, les acteurs concernés par ce problème s'efforcent depuis de nombreuses années de créer des réseaux pluridisciplinaires visant un meilleur échange entre professionnels et le développement de compétences et de connaissances permettant d'améliorer le bien-être des bénéficiaires. Ce travail se propose ainsi d'étudier et de questionner ces modalités de travail dans une perspective socioculturelle (Vygotski, 1934/1997), afin d'en comprendre le fonctionnement, d'en éclairer les mécanismes et de fournir des pistes de réflexion aux professionnels. Il repose sur un travail de terrain mené auprès des membres du Dispositif de Collaboration Psychiatrie Handicap Mental (DCPHM) du Département de psychiatrie du CHUV, dont la mission principale est de faciliter la collaboration entre les institutions socio-éducatives et psychiatriques spécialisées dans le suivi des personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques.

Le travail empirique est basé sur une approche qualitative et compréhensive des interactions sociales, et procède par une étude de terrain approfondie. Les données recueillies sont variées : notes de terrain et récolte de documentation, enregistrement de réunions d'équipe au sein du DCPHM et de réunions de réseau, et entretiens de différents types. L'analyse montre que le travail de collaboration qui incombe à l'équipe est constitué d'obstacles qui sont autant d'occasions de développement professionnel et de construction identitaire. Les résultats mettent en lumière des mécanismes discursifs de catégorisation concourant à la fois à la construction des patients comme objets d'activité, et à la construction d'une place qui légitime les interventions de l'équipe dans le paysage socio-éducatif et psychiatrique vaudois et la met au centre de l'arène professionnelle.

## Abstract

Care and follow-up for people with mental disabilities suffering from psychological disorders - therefore at the interface between the socio-educational and psychiatric fields - represent complex challenges in terms of interprofessional collaboration. In the canton of Vaud, the caregivers involved in this issue have been trying for years to build multidisciplinary networks in order to better exchange between professionals and develop skills and knowledge to improve the recipients' well-being. This work thus proposes to study and question these working methods in a sociocultural perspective (Vygotski, 1934/1997) so as to understand how they operate, highlight inherent mechanisms and provide actionable insights to the professionals. It is based on fieldwork conducted among members of the *Dispositif de Collaboration Psychiatrie Handicap Mental* (DCPHM), of the Psychiatry Department at the CHUV University Hospital in Lausanne, whose main mission is to facilitate collaboration between the socio-educational and psychiatric institutions specialising in monitoring people presenting with both mental handicap and psychiatric disorder.

The empirical work is based on a qualitative and comprehensive approach to social interactions, and conducted based on an in-depth field study. The data collected are varied - field notes and documentation collection, recordings of team meetings within the DCPHM and network meetings, and various types of interviews. The analysis shows that the collaborative work that befalls the team consists of obstacles, all of which provide opportunities for professional development and identity construction. The results highlight discursive strategies of categorisation which contribute both to the construction of the patients as objects of activity and to building a position that legitimates the team's interventions in the socio-educational and psychiatric landscape of canton Vaud and puts it in the centre of the professional arena.



## REMERCIEMENTS

Réaliser un travail de doctorat est un processus qui se construit avec l'aide et la collaboration de nombreuses personnes que j'aimerais ici remercier.

A ma directrice de thèse, la Professeure Michèle Grossen, je souhaite témoigner toute ma reconnaissance. Vous avez été et serez toujours un solide modèle de réflexion critique et de ténacité. Pour cela je vous remercie, mais également pour votre confiance, votre soutien et vos encouragements si précieux.

Pour leur lecture de ce manuscrit, leurs critiques et leurs remarques constructives, j'adresse mes plus sincères remerciements aux membres du jury de cette thèse : la Professeure Katia Kostulski et le Professeur Ilario Rossi, ainsi que le Docteur Jacques Baudat qui a eu la générosité de faire partie du jury tout en exerçant la fonction de responsable du DCPHM.

Je remercie vivement le Professeur François Grasset pour son soutien précieux et essentiel au moment de la construction de ce projet de thèse, à Vlad Fernandez pour son aide et sa collaboration dans la réalisation de l'étude de cas, ainsi qu'à tous/toutes les professionnel.le.s du DCPHM et les familles des patient.e.s concerné.e.s par ce projet. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et pour le temps que vous m'avez offert.

A mes collègues Nathalie Muller Mirza, Julien Grand, Stéphanie Lauvergeon, Stéphanie de Diesbach-Dolder, Laura Nicolin, César Aguet et Marcelo Dos Santos Mamed, je voudrais dire toute ma gratitude pour nos intenses moments de réflexion, de complicité, de rires et d'anacoluthes.

Caroline Léchet et Loïse Bilat, vous êtes une source inépuisable de rage et d'enthousiasme. Pour cela je vous suis infiniment reconnaissante.

Ma participation au programme doctoral Argupolis « Argumentation Practices in Context », dirigé par les Prof. Eddo Rigotti, Anne-Nelly Perret Clermont, Michèle Grossen et Frans H. van Eemeren et soutenu par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) ainsi qu'au réseau doctoral européen en psychologie socioculturelle (CUPSYNET) a été l'occasion de rencontrer et d'échanger avec des doctorant.e.s, des

chercheuses et des chercheurs qui ont été des modèles d'inspiration remarquables : un grand merci particulièrement à Tania Tittoun, Christiane Moro, Constance de Saint-Laurent, Vlad Glaveanu et Marie Béguin qui représentent pour moi des exemples de rigueur, de créativité et de motivation académique !

Ce travail n'aurait probablement pas pris sa forme actuelle sans le séjour scientifique d'une année effectué au Center for Research in Activity, Development and Learning de l'Université d'Helsinki. Pour cela, je remercie chaleureusement le Professeur Yrjö Engeström de m'y avoir accueillie, ainsi qu'Auli Pasanen qui a été d'une aide inestimable dans l'organisation et le déroulement de ce séjour, mais également mes collègues Monica Lemos, Terhi Esko, Ulla Rynnänen, Liubov Vetoshkina, Juhana Rantavuori, Giuseppe Ritella, Hongda Lin, Antti Rajala et Jaakko Hilppö. You are a beautiful activity system, thank you for your warm welcome, for the many challenging discussions and for your generosity.

J'aimerais enfin remercier de tout mon cœur mes parents Sylvie et Enzo Ros, ainsi que mes ami.e.s, en particulier Noëllie Genre, Sylvain Renou, Sarah Ammor, Alain Borek, Odile Cantero, Arnaud Thévenet, Tiphonie Bovay-Klameth, Cyril Mikhail, Justine Detraz, Gilles Prod'hom, Léonore Thélin, Adrien Knecht, Benjamin Nettleton et Angélick Schweizer. Chacun.e à votre manière, vous m'avez aidée à construire et affiner ma réflexion, prendre du recul et travailler dans la gaieté.

## Table des matières

|  |                  |
|--|------------------|
| <b>INTRODUCTION</b>  | <b>8</b>         |
| <b>1. PREAMBULE: LE CAS DE CHLOE</b>   | <b>8</b>         |
| <b>2. PLAN DU TRAVAIL</b>  | <b>10</b>        |
| <b><u>1 CHAPITRE 1 : DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE ET MISE EN PERSPECTIVE THEORIQUE</u></b>                                | <b><u>13</u></b> |
| <b>1.1 DELIMITATION DE L'OBJET D'ETUDE : LE CHOIX DU TITRE</b>   | <b>13</b>        |
| <b>1.2 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : UN OBJET DE RECHERCHE INCONTOURNABLE ?</b>                                  | <b>14</b>        |
| 1.2.1 PLURI- ET INTERDISCIPLINARITE : UNE QUESTION DE FRONTIERES ET D'ARTICULATION   | 15               |
| 1.2.2 NORMATIVITE DES DISCOURS SUR LA COLLABORATION  | 17               |
| <b>1.3 PENSER LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE DANS LA PERSPECTIVE DE LA PSYCHOLOGIE SOCIO-CULTURELLE</b>                  | <b>20</b>        |
| <b>1.4 PROBLEMATIQUE</b>   | <b>26</b>        |
| <b><u>2 CHAPITRE 2 : RECIT D'UN TRAVAIL DE TERRAIN : ENTRE CONSTRUCTION D'UNE RELATION ET CONSTRUCTION D'UN CORPUS</u></b> | <b><u>28</u></b> |
| <b>2.1 ETUDIER LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE: LE CHOIX D'UN TERRAIN</b>   | <b>29</b>        |
| 2.1.1 PRISE DE CONTACT AVEC LE DCPHM   | 30               |
| <b>2.2 SE FAMILIARISER AVEC UN TERRAIN DE RECHERCHE</b>  | <b>31</b>        |
| 2.2.1 UNE PREMIERE RENCONTRE AVEC L'EQUIPE   | 31               |
| 2.2.2 UNE IMMERSION DANS LE QUOTIDIEN DES PROFESSIONNELS   | 32               |
| <b>2.3 OFFICIALIZER MA DEMARCHE : REQUETE AUPRES D'UNE COMMISSION D'ETHIQUE</b>  | <b>36</b>        |
| <b>2.4 CONSTITUTION DU CORPUS DE DONNEES</b>   | <b>38</b>        |
| 2.4.1 LES REUNIONS HEBDOMADAIRES AU DCPHM  | 40               |
| 2.4.2 LES SEANCES DE RESTITUTION   | 43               |
| 2.4.3 L'ETUDE DE CAS   | 45               |
| <b>2.5 CONCLUSION</b>  | <b>47</b>        |
| <b><u>3 CHAPITRE 3 : LE DISPOSITIF DE COLLABORATION PSYCHIATRIE HANDICAP MENTAL (DCPHM) : HISTOIRE ET ORGANISATION</u></b> | <b><u>50</u></b> |
| <b>3.1 LE DCPHM : CONTEXTE ET ORGANISATION</b>   | <b>50</b>        |
| 3.1.1 HANDICAP MENTAL ET PSYCHIATRIE : HISTOIRE D'UNE COLLABORATION  | 51               |
| 3.1.2 LE PARTAGE D'UNE ARENE PROFESSIONNELLE   | 51               |
| 3.1.3 ORGANISATION DU DISPOSITIF   | 54               |
| 3.1.4 LA MISSION DU DISPOSITIF DE COLLABORATION PSYCHIATRIE HANDICAP MENTAL (DCPHM)  | 57               |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| <b>3.2</b> | <b>ANALYSE DE DOCUMENTS OFFICIELS : PRESENTATION, ORGANISATION ET PLANIFICATION</b>  | <b>60</b>  |
| 3.2.1      | « DOCUMENT A L'INTENTION DU DIRECTEUR ADMINISTRATIF DU DP CHUV »   | 62         |
| 3.2.2      | DOCUMENT « INFORMATION A L'INTENTION DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNEL.LE.S DE LA SANTE ET DU SOCIAL »   | 68         |
| 3.2.3      | PRESENTATION A L'INTENTION D'UN FOYER SOCIO-EDUCATIF   | 70         |
| <b>3.3</b> | <b>CONCLUSION</b>  | <b>76</b>  |
| <b>4</b>   | <b><u>CHAPITRE 4 : DEFINITION ET PRESENTATION DE SOL. PENSER LE TRAVAIL COLLECTIVEMENT AU SEIN DE REUNIONS D'EQUIPE</u></b>  | <b>79</b>  |
| <b>4.1</b> | <b>CADRE THEORIQUE : PENSER LA DIMENSION COLLECTIVE DU TRAVAIL</b>   | <b>80</b>  |
| 4.1.1      | LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL  | 80         |
| 4.1.2      | LA CLINIQUE DE L'ACTIVITE  | 82         |
| 4.1.3      | TRAVAILLER, C'EST PENSER ET INTERPRETER  | 85         |
| <b>4.2</b> | <b>PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE</b>   | <b>86</b>  |
| <b>4.3</b> | <b>DESCRIPTION DES DONNEES</b>   | <b>87</b>  |
| 4.3.1      | LES PRESENTATIONS DE CAS   | 89         |
| 4.3.2      | LES SEMINAIRES   | 90         |
| 4.3.3      | LES SEANCES DE RESTITUTION   | 94         |
| <b>4.4</b> | <b>METHODE D'ANALYSE</b>   | <b>96</b>  |
| <b>4.5</b> | <b>LE TRAVAIL : ENTRE CONTRAINTES ET INNOVATION</b>  | <b>99</b>  |
| 4.5.1      | LA DEFINITION DES OUTILS PROFESSIONNELS  | 99         |
| 4.5.2      | LA DEFINITION DES PATIENTS ET DU HANDICAP MENTAL   | 106        |
| 4.5.3      | LA DEFINITION DU ROLE ET DE LA MISSION DU DCPHM  | 109        |
| <b>4.6</b> | <b>CONCLUSION</b>  | <b>115</b> |
| <b>5</b>   | <b><u>CHAPITRE 5 : DES OBSTACLES A LA REALISATION DU TRAVAIL EN RESEAU. UNE ANALYSE DISCURSIVE DES MANIFESTATIONS DE CONTRADICTIONS SYSTEMIQUES DANS LES COLLOQUES HEBDOMADAIRES</u></b> | <b>117</b> |
| <b>5.1</b> | <b>LA THEORIE DE L'ACTIVITE HISTORICO-CULTURELLE</b>   | <b>118</b> |
| 5.1.1      | DE L'ACTION INDIVIDUELLE AUX SYSTEMES D'ACTIVITE   | 118        |
| 5.1.2      | LE MODELE DE YRJÖ ENGESTRÖM ET SON APPLICATION ACTUELLE  | 120        |
| 5.1.3      | L'ANALYSE DES CONTRADICTIONS SYSTEMIQUES   | 121        |
| 5.1.4      | IMPLICATIONS POUR L'ANALYSE DE L'APPRENTISSAGE ET DU DEVELOPPEMENT   | 124        |
| <b>5.2</b> | <b>QUESTIONS DE RECHERCHE</b>  | <b>125</b> |
| <b>5.3</b> | <b>CONSTITUTION DU CORPUS : LES COLLOQUES HEBDOMADAIRES</b>  | <b>125</b> |
| 5.3.1      | PREPARATION DES DONNEES  | 126        |
| 5.3.2      | DESCRIPTION GENERALE ET PREMIER TRAITEMENT DES DONNEES   | 126        |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| 5.3.3      | EXTRAITS RETENUS POUR LA TRANSCRIPTION   | 129        |
| 5.3.4      | EXTRAITS RETENUS POUR L'ANALYSE  | 130        |
| <b>5.4</b> | <b>METHODE D'ANALYSE DES DONNEES</b>   | <b>131</b> |
| 5.4.1      | IDENTIFICATION DES OBSTACLES   | 132        |
| 5.4.2      | CATEGORISATION DES OBSTACLES   | 134        |
| 5.4.3      | IDENTIFICATION DES EXTRAITS LIES AU TRAITEMENT DES OBSTACLES   | 135        |
| <b>5.5</b> | <b>DE LA MISE EN MOT DES OBSTACLES AU DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE</b>  | <b>136</b> |
| 5.5.1      | LES OBSTACLES : OBJETS ET FORMES D'EXPRESSION  | 137        |
| 5.5.2      | LES CONTRADICTIONS SYSTEMIQUES   | 144        |
| 5.5.3      | OBSTACLES ET DIFFICULTES RENCONTREES AU QUOTIDIEN  | 145        |
| 5.5.4      | LE TRAITEMENT DES OBSTACLES  | 146        |
| 5.5.5      | ANALYSE APPROFONDIE D'UN EXTRAIT : LE CAS DE MADAME SAUDAN   | 154        |
| 5.5.6      | SYNTHÈSE   | 158        |
| 5.5.7      | ANALYSE APPROFONDIE D'UN EXTRAIT : LE CAS DE MONSIEUR CLAVER   | 160        |
| 5.5.8      | SYNTHESE   | 165        |
| <b>5.6</b> | <b>PENSER « CE QUI N'EST PAS ENCORE LA »</b>   | <b>166</b> |
| <b>5.7</b> | <b>CONCLUSION</b>  | <b>167</b> |
| <b>6</b>   | <b><u>CHAPITRE 6 : LA PATIENTE, LES AUTRES ET NOUS. ANALYSE CROISEE D'ENTRETIENS ET DE REUNIONS DE RESEAU. PROCESSUS DE CATEGORISATION ET CONSTRUCTION DU CAS « ELKO »</u></b> | <b>171</b> |
| <b>6.1</b> | <b>UNE APPROCHE DISCURSIVE APPLIQUEE AU PHENOMENE DE CATEGORISATION</b>  | <b>172</b> |
| 6.1.1      | LA CATEGORISATION : A LA RENCONTRE DE DIFFERENTS CHAMPS  | 173        |
| 6.1.2      | DES OUTILS CONCEPTUELS AU SERVICE DE L'ANALYSE   | 174        |
| <b>6.2</b> | <b>CONSTITUTION DU CORPUS</b>  | <b>178</b> |
| 6.2.1      | LES ENTRETIENS « INFORMATIFS »   | 180        |
| 6.2.2      | LES COURRIERS ELECTRONIQUES  | 181        |
| 6.2.3      | UNE REUNION D'ACCOMPAGNEMENT   | 181        |
| 6.2.4      | LES REUNIONS DE RESEAU   | 182        |
| 6.2.5      | LES ENTRETIENS DE CLARIFICATION  | 183        |
| 6.2.6      | PREPARATION ET PREMIER TRAITEMENT DES DONNEES  | 184        |
| <b>6.3</b> | <b>LE PARCOURS INSTITUTIONNEL DE LA PATIENTE</b>   | <b>184</b> |
| <b>6.4</b> | <b>PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE</b>   | <b>186</b> |
| 6.4.1      | LA PATIENTE COMME OBJET D'ACTIVITE   | 186        |
| 6.4.2      | EFFET DE LA CATEGORISATION SUR LES INTERACTIONS  | 187        |
| 6.4.3      | ELABORATION D'OBSTACLES ET EFFETS SUR L'INTERACTION  | 187        |

|  |  |            |
|--|--|------------|
| 6.4.4  | CONSTRUCTION ET NEGOCIATION DES FRONTIERES                                     | 188        |
| <b>6.5</b>   | <b>METHODE D'ANALYSE</b>   | <b>188</b> |
| <b>6.6</b>   | <b>PROCESSUS DE CATEGORISATION : LA PATIENTE COMME OBJET D'ACTIVITE</b>        | <b>190</b> |
| 6.6.1  | QUATRE RECITS CROISES  | 191        |
| <b>6.7</b>   | <b>PROCESSUS DE CATEGORISATION, OBSTACLES ET CONSTRUCTION DES FRONTIERES</b>   | <b>203</b> |
| 6.7.1  | L'EPISODE 1 : « ON A FAIT TOUT FAUX »  | 203        |
| 6.7.2  | L'EPISODE 2 : « AVEC LES PROFESSIONNELS, ELLE A LA BEQUILLE »                  | 213        |
| <b>6.8</b>   | <b>DISCUSSION</b>  | <b>220</b> |
| 6.8.1  | LA PATIENTE COMME OBJET D'ACTIVITE : CATEGORISATION ET POSITIONNEMENT MORAUX   | 220        |
| 6.8.2  | EFFETS DE LA CATEGORISATION SUR LES INTERACTIONS                               | 222        |
| 6.8.3  | LES OBSTACLES ET LEUR TRAITEMENT : CONSTRUCTION DE REGLES ET DE ROLES          | 222        |
| 6.8.4  | CONSTRUCTION ET NEGOCIATION DE FRONTIERES : UN DIALOGUE ENTRE PASSE ET PRESENT | 224        |
| <b>6.9</b>   | <b>CONCLUSION</b>  | <b>225</b> |
| <b>CONCLUSION</b>  |  | <b>228</b> |
| <b>1.</b>  | <b>SYNTHESE DES CHAPITRES</b>  | <b>228</b> |
| <b>2.</b>  | <b>DISCUSSION</b>  | <b>233</b> |
| 2.1  | POSITIONNEMENT DANS L'ARENE ET CONSTRUCTION IDENTITAIRE                        | 233        |
| 2.2  | REFLEXION SUR LES CONTRADICTIONS ET LES OBSTACLES                              | 234        |
| 2.3  | CATEGORISATION ET CONSTRUCTION DE FIGURES MORALES                              | 236        |
| 2.4  | REFLEXIONS FINALES   | 236        |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>   |  | <b>240</b> |
| <b>ANNEXES</b>   |  | <b>259</b> |
| <b>ANNEXE 2 : DOCUMENTS OFFICIELS DU CHAPITRE 3</b>                              |  | <b>259</b> |
| <b>ANNEXE 3 : CONVENTIONS DE TRANSCRIPTION</b>                                   |  | <b>269</b> |
| <b>ANNEXE 4 : DISTRIBUTION DES OBSTACLES ET DE LEURS RESOLUTIONS PAR EXTRAIT</b> |  | <b>271</b> |

## INTRODUCTION

### 1. Préambule: le cas de Chloé<sup>1</sup>

Nous sommes en 1985. Une petite fille du nom de Chloé naît à Lausanne, où elle vivra une enfance ordinaire, et suivra un début de cursus scolaire classique. À l'âge de onze ans, l'enseignante de Chloé déclare se faire du souci pour elle : ses notes sont insuffisantes, elle lit et calcule très mal pour une enfant de son âge. L'enseignante prend alors contact avec la psychologue scolaire qui décide, en accord avec les parents de Chloé, de lui faire passer des tests d'intelligence et en arrive à la conclusion que son quotient intellectuel est inférieur à 70. En dessous de cette limite, il est considéré et reconnu par l'Assurance Invalidité que Chloé est porteuse d'un handicap mental.

La directrice de l'établissement scolaire organise alors une réunion dans laquelle sont conviés la psychologue, l'enseignante et les parents de Chloé. À l'issue de cette réunion, il est convenu que Chloé poursuivra son cursus dans une école spécialisée, où elle bénéficiera de l'encadrement d'un enseignant formé pour intervenir auprès d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage.

Au grand soulagement de ses parents, Chloé dit être satisfaite de sa nouvelle école dans laquelle elle noue des liens d'amitié et apprend à un rythme qui semble lui convenir davantage. Elle commence toutefois à présenter des troubles anxieux dès l'âge de quatorze ans, ce qui la mène à être suivie par une psychiatre privée ainsi que par la psychologue de son école, tout en continuant à consulter chez son médecin de famille.

À l'âge de seize ans, elle semble poser de plus en plus de difficultés à ses parents qui se sentent démunis et se résignent à la placer dans un foyer où des éducateurs compétents pourront la prendre en charge.

Mais le temps passe et Chloé atteint la majorité et termine sa scolarité. Elle doit donc intégrer un nouveau foyer pour adultes, dans lequel elle pourra exercer une activité

---

<sup>1</sup> Cas fictif, mais réaliste.

professionnelle dans des ateliers protégés encadrés par des maîtres socioprofessionnels.

Pour des raisons qui échappent tant à son entourage familial qu'aux professionnels chargés de son suivi, ses troubles anxieux s'aggravent de jour en jour, jusqu'à la mener à une décompensation psychique. Elle est hospitalisée dans une institution psychiatrique où elle est prise en charge par des infirmiers et des psychiatres.

Lorsque son séjour à l'hôpital est sur le point de s'achever, le directeur du foyer lui fait savoir que, d'entente avec l'équipe éducative, il ne souhaite pas que Chloé réintègre ce lieu de vie, l'effectif de l'équipe n'était pas suffisant pour prendre en charge une personne présentant de telles difficultés.

Désemparés, les parents de Chloé, aidés par une assistante sociale, quelques professionnels de l'institution psychiatrique et des bénévoles d'une association de défense des personnes en situation de handicap, entament de longues et nombreuses démarches pour trouver un établissement socio-éducatif dans lequel Chloé pourrait avoir sa place.

Cette situation paraît compliquée, mais représente un cas classique de parcours d'une personne en situation de handicap mental souffrant de troubles psychiques : la prise en charge et le suivi de Chloé s'étendent sur des années, se déroulent dans des lieux et des organisations diverses (à l'école, à l'hôpital, à la maison et dans des foyers). Son parcours, semé d'embûches et d'imprévus, nécessite des réaménagements constants et implique une multitude d'acteurs. J'ai mentionné dans le cas de Chloé l'implication des parents, de l'enseignante, de la directrice et de la psychologue scolaire de sa première école, de l'Assurance Invalidité, de l'enseignant spécialisé et de la psychologue scolaire de sa seconde école, de la psychiatre privée et du médecin de famille, des éducateurs, des maîtres socioprofessionnels et du directeur du foyer, des infirmiers et des psychiatres, de l'assistante sociale et des bénévoles de l'association. Il s'agit d'acteurs des milieux scolaire, familial, politique, psychiatrique et associatif qui sont attachés à des types de formations, de métiers et d'ancrages théoriques variés. Ils représentent des institutions diverses (l'éducation, la psychologie, le socio-éducatif, etc.), agissent selon des pratiques et des valeurs



différentes. Ils sont interconnectés, qu'ils aient ou non des contacts directs les uns avec les autres. Ils agissent tous sur le parcours de la patiente, et ceci de différentes manières : en la catégorisant à l'aide de diagnostics, en prenant la décision de la changer de classe, de l'intégrer dans un foyer, de l'hospitaliser, etc.

## **2. Plan du travail**

Dans le cas de Chloé comme dans le domaine des soins et du social de manière générale, le travail de « collaboration professionnelle » ou « pluridisciplinaire », « interdisciplinaire » ou encore « transdisciplinaire » sont des modalités de travail inévitables, dues à l'accroissement des spécialisations professionnelles (Collin, 2009 ; Rossi, 2002). Il convient toutefois de se questionner sur ces termes qui, à la manière du slogan, sont amplement brandis pour décrire le travail effectué dans des centres de recherches, des modules de formation ou encore des équipes de soin. C'est ce que je ferai dans le premier chapitre, qui consistera en une revue de la littérature grâce à laquelle j'apporterai une réflexion permettant de clarifier différentes notions utiles (et idéologiquement chargées) lorsqu'on parle de collaboration professionnelle. Je procéderai à une articulation théorique et à une problématisation de mon objet d'étude : comment penser la collaboration interprofessionnelle dans la perspective de la psychologie socio-culturelle ?

Le deuxième chapitre rapporte, dans une démarche réflexive, la manière dont j'ai construit des relations formelles (au travers de protocoles, de présentations) et informelles (au travers de discussions et d'échanges spontanés) avec les membres du DCPHM, et la façon dont ces relations ont eu des conséquences directes sur les situations et les données auxquelles j'ai pu accéder. Je montrerai qu'observer des professionnels engagés dans leur travail n'est pas une activité neutre, mais demande un effort d'ajustement et de négociation permanent, et que c'est par ces processus d'ajustement et de négociation que s'est construit et affiné mon rôle de chercheuse. Ce chapitre permet également de donner un aperçu global du contexte, de l'atmosphère et de la richesse de mon terrain de recherche, essentiel pour comprendre la complexité et la diversité des données propres à une démarche qualitative et compréhensive.

Ce travail comporte différents chapitres d'analyse qui, s'ils se complètent et s'enrichissent, peuvent également être lus indépendamment des uns des autres : chacun comprend un cadre théorique, un sous-corpus de données et une méthode d'analyse qui lui est propre. L'idée à l'origine de cette structure est de construire pas à pas une réflexion sur la collaboration professionnelle en la saisissant sous différents angles théoriques et méthodologiques, afin de ne pas tomber dans le piège de la définition fermée et normative de la collaboration mais bien de se confronter à la complexité d'un tel objet de recherche. Dans le troisième chapitre, je donnerai une description approfondie du contexte social, historique et organisationnel dans lequel s'inscrit le DCPHM, au moment de la construction de mon corpus, de septembre 2009 à mars 2012. Il s'agira de comprendre les raisons historiques et politiques de sa création, la place qu'il occupe dans le champ socio-éducatif et psychiatrique, mais également la manière dont le dispositif est organisé, quelles sont ses missions, qui sont les professionnels qui y travaillent, quelles sont leurs caractéristiques, quelle est la nature des interventions pour lesquelles ils sont sollicités. Puis je dépasserai cette posture descriptive en cherchant à comprendre comment l'équipe se présente à l'extérieur, quels sont les aspects de son fonctionnement et de ses prestations qu'elle souhaite rendre visibles. Cela sera une première manière de donner la parole à l'équipe, mais une parole impersonnelle, analysée dans des documents officiels écrits produits par l'équipe (des dépliants, des circulaires d'information, des présentations à l'attention d'équipes externes, etc.)

Puis, dans le quatrième chapitre, je continuerai à saisir la manière dont l'équipe se présente, mais cette fois en m'intéressant au discours oral, produit dans certaines réunions d'équipe (les séminaires, les présentations de cas, et les séances de restitution). Grâce aux apports théoriques de la psychodynamique du travail (Dejours, 1995) et de la clinique de l'activité (Clot, 1999 ; Kostulski, 2010), qui permettent de penser les dimensions collectives et symboliques du travail, j'examinerai comment les professionnels présentent leur équipe et se présentent comme membres de cette dernière. Concrètement, je procéderai en analysant quelles définitions les locuteurs donnent de leurs outils professionnels, de leurs patients et de leur mission. Puis, j'examinerai l'interdépendance entre ces trois aspects du

travail, les tensions qu'ils révèlent et les conséquences en terme de définition identitaire de l'équipe.

Le cinquième chapitre analysera les colloques hebdomadaires de l'équipe et fournira une analyse détaillée des obstacles<sup>2</sup> rencontrés et exprimés par les professionnels. En effet, les colloques sont des occasions de rendre compte de ce qui, dans la pratique quotidienne, pose problème aux professionnels et nécessite de trouver des solutions. Je m'intéresserai donc à la manière dont ces obstacles sont construits et traités dans l'activité discursive des colloques, ce qu'ils révèlent de la diversité des difficultés rencontrées par les membres de l'équipe et ce qu'ils nous apprennent en terme de changement et d'apprentissage professionnel. Pour ce faire, je m'appuierai sur la théorie de l'activité historico-culturelle telle que développée par Yrjö Engeström, et principalement sur la notion de contradiction systémique (Engeström & Sannino, 2011).

Le sixième chapitre consistera en une étude de cas d'une patiente. Grâce à des données riches et variées (diverses sortes d'entretiens et de réunions d'équipe et de réseau), et l'implication d'acteurs multiples (différents professionnels du DCPHM, des professionnels du foyer socio-éducatif dans lequel réside la patiente, ainsi que les parents de cette dernière), je chercherai à comprendre comment des acteurs de différents statuts et appartenances institutionnelles construisent le cas d'une patiente et collaborent à la réalisation de son suivi. Je reprendrai des éléments de la théorie de l'activité historico-culturelle, mais les enrichirai à l'aide de notions propres à l'approche discursive de la catégorisation (Billig, 1985), afin d'aborder le discours d'une manière plus rhétorique.

Enfin, une conclusion synthétisera les résultats des différents chapitres et se proposera de fournir une discussion générale et de donner des pistes de réflexion issues de l'ensemble de ce travail.

---

<sup>2</sup>Les terme « obstacle » désigne les difficultés, les problèmes et les doutes que les professionnels racontent de leur pratique.

# **1 CHAPITRE 1 : DEFINITION DE L'OBJET D'ETUDE ET MISE EN PERSPECTIVE THEORIQUE**

## **1.1 Délimitation de l'objet d'étude : le choix du titre**

Intituler un travail consiste à lui donner un objet et une direction, de manière claire, concise et définitive. Un titre doit être à la fois simple et problématisant, informatif et intrigant. De nombreux échanges et réflexions, que je synthétiserai, m'ont menée au choix suivant : « La collaboration interprofessionnelle à l'interface des institutions socio-éducative et psychiatrique : jeux et enjeux de l'intervention auprès de personnes en situation de handicap mental et de troubles psychiques ».

L'objet général de ce travail est donc « la collaboration interprofessionnelle », c'est-à-dire l'activité de travailler ensemble entre professionnels d'organisations diverses. Cette activité s'inscrit dans un lieu : « l'interface des institutions socio-éducative et psychiatrique ». Par « institutions », j'entends des ensembles de règles, de normes, de droits, de codes, de valeurs et de pratiques et par « interface » j'en désigne la rencontre. Cette rencontre peut être conçue comme un « jeu » puisqu'elle est guidée par des acteurs qui, s'ils sont soumis à des règles, n'en gardent pas moins une marge de manœuvre, d'interprétation et d'ingéniosité pour la mener à bien. De ce jeu découlent à la fois des risques et des conséquences (positives et négatives), qui représentent les « enjeux » que je m'efforcerai d'étudier. Choisir un terme permettant de décrire l'action que les professionnels exercent auprès de leur population cible n'a pas été sans difficulté. D'aucuns argumenteront que « prise en charge » véhicule l'image d'un patient passif ou encore que « suivi » ne rend pas compte de trajectoires irrégulières, voire désordonnées de certaines personnes. C'est donc le terme « intervention », plus englobant, qui a été trouvé comme premier terme de l'alternative pour ce titre. Je me réserve néanmoins la liberté dans la suite de ce texte d'employer l'ensemble de ces termes lorsque le contexte s'y prête. Quant au nom à donner à cette population cible, il prend toute son importance, puisque désigner cette population c'est lui donner une existence collective. Ma posture (j'y reviendrai plus en détail), est de saisir le travail de ces professionnels en partant de cas concrets du terrain.

Il m'a dès lors paru naturel de reprendre les termes que j'y ai trouvés, non pas en les considérant comme allant de soi, mais en cherchant à en comprendre l'utilisation et l'utilité. Ainsi, c'est de personnes en situation de « handicap mental » et de « troubles psychiques » que je parlerai. Une brève mise au point quant à la définition de ces termes s'impose ici. Grasset et al. (2008) définissent le trouble psychique comme « la vulnérabilité qui altère le fonctionnement psychoaffectif, perturbe les fonctions cognitives, diminue les aptitudes relationnelles ou pragmatiques, réduit les capacités d'adaptation et restreint l'autonomie » (p.1). Le handicap mental, quant à lui, implique, outre les caractéristiques relevant du trouble psychique, un retard mental. En terme d'intervention, il est admis que les personnes souffrant de troubles psychiques bénéficient d'un traitement psychiatrique et que les personnes en situation de handicap mental bénéficient d'un « suivi » socio-éducatif. Les auteurs précisent encore que cette distinction peut se révéler problématique puisque le risque de présenter des troubles psychiques est trois à quatre fois plus élevé auprès des personnes présentant un handicap mental que dans la population générale.

J'insisterai encore pour finir sur une question à laquelle certains professionnels du DCPHM m'ont rendu attentive lors d'échanges sur le terrain : s'il est selon eux admis que les personnes « souffrent » de troubles psychiques (on pourrait argumenter que cela n'est pas toujours le cas, mais le propos n'a pas sa place ici), il est par contre abusif de parler de personnes « souffrant d'un handicap mental ». La locution « en situation de handicap mental » est donc plus appropriée.

## **1.2 La collaboration interprofessionnelle : un objet de recherche incontournable ?**

Le travail de collaboration entre individus de professions et d'institutions différentes est présenté comme une modalité de travail inévitable et nécessaire à la prise en charge des patients. Un des arguments mobilisés est que ces derniers doivent être considérés sous différents angles pour lesquels sont requises des disciplines différentes (éducation, médecine, psychologie, etc.), ou encore que la variété des approches et des orientations théoriques devrait permettre des apports plus riches en termes de réflexion et de prise en charge (Besson et al.,

2012 ; Jones, 2006). Néanmoins, on peut considérer que la collaboration interprofessionnelle découle d'une posture idéologique qui s'inscrit dans un contexte de prise en charge, lequel témoigne d'une évolution historique de la manière de considérer la santé mentale et les patients. Selon Rossi (2014), la santé mentale est un révélateur du social en ce sens qu'elle répond à des normes et des valeurs collectives, et est construite par des critères économiques, politiques et scientifiques (contrairement à l'expérience de la maladie qui elle relèverait de l'individuel). Ces critères soumettent la clinique à des injonctions (parfois contradictoires) ayant des répercussions considérables dans l'organisation du travail : les professionnels sont invités, dans une logique de gouvernance collective, à coordonner leur action pour plus d'efficacité et de rentabilité, tout en répondant à des critères éthiques et cliniques (par exemple en s'efforçant de trouver un équilibre entre l'autonomisation des individus, considérés comme acteurs de leur santé et une pression sociale croissante visant à contrôler les comportements face à la santé) .

Questionner cette modalité de travail implique de réfléchir à la notion de discipline que certains auteurs se sont efforcés de définir (Boisot, 1972 ; Heckhausen, 1972 ; Leathard, 1997 ; Pietroni, 1997), ainsi qu'à la manière dont les disciplines sont articulées entre elles par les professionnels dans le travail de collaboration.

### **1.2.1 Pluri- et interdisciplinarité : une question de frontières et d'articulation**

Palmade (1977) définit la notion de discipline comme un « ensemble de connaissances qui a ses caractéristiques propres sur le plan de l'enseignement, de la formation, des mécanismes et des matières » (p. 22). Pour Schummer (2004), chaque discipline est constituée d'une part cognitive (corps de connaissances, croyances, méthodes pour développer ces connaissances, valeurs permettant de juger ces connaissances) et sociale (règles et moyens permettant de communiquer, enseigner et reproduire ces connaissances). Dans le cadre de cette recherche, les distinctions disciplinaires peuvent être opérées sur au moins deux plans : celui des professions et celui des approches théoriques. En effet, dans le

champ du handicap mental et de la psychiatrie se côtoient des acteurs de professions différentes (médecins, éducateurs, infirmiers, psychologues, etc.), et à l'intérieur de ces professions se trouvent des orientations théoriques diverses (cognitivo-comportementale, systémique, psychanalytique, anthroposophique, etc.).

On peut envisager différentes manières de mettre en relation ces disciplines (Collin, 2009) et ainsi distinguer : la pluridisciplinarité, la multidisciplinarité, la transdisciplinarité et l'interdisciplinarité. La **pluridisciplinarité** est définie par Palmade (1977) comme une juxtaposition, une mise en commun de plusieurs disciplines. Selon lui, elle se distingue de la multidisciplinarité, dans laquelle les disciplines n'ont parfois pas de rapport apparent entre elles. Selon Collin (2009), la **multidisciplinarité** est une modalité de travail dans laquelle des professionnels de disciplines différentes travaillent indépendamment sur différents aspects d'un même projet. Bien que le travail pluridisciplinaire se réalise autour d'un même objet, les différents points de vue ne sont pas articulés sous forme de synthèse, contrairement à la **transdisciplinarité** qui consiste en une « mise en œuvre d'une axiomatique commune d'un ensemble de disciplines » (Palmade, 1977, p. 22), ou encore une situation dans laquelle les professionnels partagent un cadre conceptuel, théorique, pour agir sur un problème commun (Lattuca, 2003 ; Slatin, Galizzi, Melillo, Mawn, & Phase In Healthcare Team, 2004). L'**interdisciplinarité**, quant à elle, consiste à mobiliser des ressources de disciplines différentes autour d'un même objet, en opérant une synthèse des méthodes, points de vue et lois des différentes disciplines mobilisées (Palmade, 1977). Selon Collin (2009), l'interdisciplinarité permettrait de stimuler l'intelligence et la créativité, et d'aborder des objets complexes.

Cet exercice de définition souligne différents enjeux relatifs au **positionnement** et à l'**identité** des professionnels. Lorsque plusieurs professionnels de disciplines différentes sont amenés à apporter leurs compétences et points de vue, sur une situation de prise en charge par exemple, surgissent des questions liées aux **frontières** entre disciplines et à leur territoire (par exemple, qu'est-ce qui relève des compétences et des connaissances du psychologue et qu'est-ce qui relève de celles de l'éducateur ?) ainsi qu'à leur articulation (par exemple, comment le

psychologue intégrera-t-il les compétences et connaissances de l'éducateur aux siennes, ou comment ces deux professionnels opéreront-ils une synthèse à partir de leurs apports réciproques ?).

Un des effets possibles de la pluridisciplinarité est que chacun mobilise ses propres compétences sans entrer suffisamment dans l'univers de l'autre pour bien le comprendre et qu'il en résulte plus une juxtaposition des modèles de compréhension et des méthodes d'intervention qu'une réelle mise en commun articulée (Gottraux, 1990). Au contraire, l'interdisciplinarité implique une remise en question des frontières entre disciplines (Lattuca, 2003) et comporte donc le risque que leurs spécificités s'estompent. C'est là que réside le défi du travail entre praticiens de professions diverses : il s'agit d'un jeu subtil entre différentes manières possibles d'articuler les compétences de chacun (Klein, 1990). Les conditions dans lesquelles peut se réaliser le travail entre professionnels d'horizons différents nécessitent donc d'être problématisées et étudiées en détail, notamment approfondissant la notion de « collaboration ».

### **1.2.2 Normativité des discours sur la collaboration**

Ce qui précède me mène à considérer deux aspects posant à mon sens problème lorsque l'on cherche à rendre compte de la collaboration : le premier touche à la manière de la définir, le second à la manière dont certains la prescrivent. Je commencerai par exposer ces définitions et prescriptions, puis en ferai une critique qui me conduira à exposer mon cadre théorique.

Longoria (2005) propose une revue de différentes définitions habituellement rencontrées en sciences sociales, en sciences de l'éducation, en psychologie et en management. Il insiste sur trois principales définitions qui, selon lui, en recouvrent les thèmes les plus significatifs :

- La première est de Graham et Barter (1999) : « A relational system in which two or more stakeholders pool together resources in order to meet objectives that neither could meet individually » (p. 7)
- La deuxième est de Mattessich et Monsey (1992) : « A mutually beneficial and well-defined relationship entered into by two or more organizations to



achieve common goals. The relationship includes a commitment to: a definition of mutual relationships and goals; a jointly developed structure and shared responsibility; mutual authority and accountability for success; and sharing of resources and rewards » (p. 7)

- La troisième est de Wood et Gray (1991) : « Collaboration occurs when a group of autonomous stakeholders of a problem domain engage in an interactive process, using shared rules, norms, and structures to act or decide on issues related to that domain » (p. 146)

Partant du constat que le terme « collaboration » est souvent confondu avec d'autres concepts ayant trait à l'interaction, Bedwell et al. (2012) proposent de le clarifier en réalisant une revue de la littérature visant à comprendre ce qui en est dit dans différentes disciplines, à partir de bases de données de recherches en anthropologie, sociologie, biologie et médecine. Chaque discipline ayant une manière propre de considérer la collaboration, l'auteure procède en extrayant une liste de thèmes propres à chacune, puis en les regroupant en différents critères permettant de la définir :

- La collaboration ne peut pas être unidirectionnelle : elle est réciproque et aucune partie ne contrôle l'autre.
- La collaboration requiert l'engagement des acteurs dans des activités conjointes.
- La collaboration est dirigée vers un but commun à atteindre.
- La collaboration est un processus et non un résultat.

Venons-en maintenant à la question de la prescription de la collaboration: « collaborer » véhicule de nombreuses idées normatives portant sur les conditions nécessaires à la mise en place d'une « bonne » collaboration et repose souvent sur l'idée qu'il suffit de réunir des personnes motivées et compétentes pour qu'une « bonne » collaboration se réalise. À l'inverse, les « échecs » de la collaboration peuvent être mis sur le compte d'une mésentente interindividuelle, mais aussi sur un manque d'explicitation des règles de fonctionnement, ou encore sur un manque de représentations partagées (Bedwell et al., 2012). Collin (2009) postule que pour que la collaboration se réalise, les acteurs doivent se mettre d'accord sur

les objectifs de leurs projets, négocier des frontières, développer des protocoles et des outils de communication, éliminer les jargons propres à chaque discipline et utiliser un langage clair qui puisse être compris de tous. Elle insiste également sur l'importance de créer de « bonnes relations » et de choisir les « bons leaders ».

Ces définitions et prescriptions soulèvent différentes questions. En effet, la définition de Graham et Barter est si générale qu'il est difficile de la contester. Bien qu'opérationnelle, elle ne permet pas d'apporter une réflexion sur la complexité de situations rencontrées dans le quotidien par les professionnels de la santé – c'est ce que j'ai voulu illustrer avec le cas de Chloé – caractérisées par leurs aléas (Grosjean & Lacoste, 1999) et la diversité des intervenants composant ces situations. La définition de Mattessich et Monsey (1992), quant à elle, rejoint le parti de Collin qui postule que pour que la collaboration se réalise, il doit y avoir partage des définitions, des buts, ainsi que des relations « bien définies », mais les termes de « but » et « relation » ne sont pas explicités par les auteurs qui laissent aux lecteurs le soin de les interpréter. Par ailleurs, ils ne donnent pas d'explication sur leur posture et laissent donc à penser qu'il s'agit plus d'a priori normatifs. Selon Wood et Gray (1991), pour que la collaboration se réalise, il faut un partage des règles et des normes. Rien n'est dit cependant ni de la manière dont les acteurs peuvent prendre conscience des règles et des normes auxquelles ils sont soumis, ni de la manière dont doit s'opérer ce partage. Dans leur définition, Bedwell et al. (2012) postulent que pour que l'on puisse parler de collaboration, aucune des parties ne doit prendre le contrôle sur l'autre, ce qui revient à dire soit qu'il existe des relations de travail dépourvues d'asymétrie, soit que toutes les situations impliquant des asymétries ne peuvent être considérées comme des situations de collaboration.

Aux critiques que je viens de formuler, j'ajouterai que la collaboration semble être perçue par ces auteurs comme nécessairement bénéfique et engageant des acteurs mus par la volonté de travailler ensemble. Partir de définitions fermées et idéales de la manière dont le travail de collaboration « devrait être » réalisé comporte le risque d'oublier qu'il est un processus avant d'être un résultat et que son défi est précisément de rassembler des personnes qui ne partagent pas forcément les

mêmes buts, ne sont pas toujours soumis aux mêmes règles professionnelles, qui appartiennent à des communautés discursives différentes, et pourtant, dépendent les uns des autres pour mener à bien leur travail.

Cette revue de la littérature témoigne du fait que les études s'intéressant à la collaboration interprofessionnelle prônent la nécessité de définir des rôles et des objectifs clairs, de délimiter des frontières et d'explicitier les méthodes à employer pour la mener à bien. Le modèle que ces études véhiculent est discutable pour plusieurs raisons. Premièrement, il repose sur l'idée qu'une explication totale des actions est possible et nécessaire. Or, dans les dynamiques de groupe en général et dans le travail de collaboration en particulier, se manifestent des rôles, des statuts et des relations de pouvoir qui guident les actions et qui sont difficilement saisissables pour les personnes qui les incarnent et les produisent. Deuxièmement, il porte une idée négative du conflit qui devrait être réglé et aplani, sans considération aucune quant à l'éventuel apport du conflit en terme de développement de groupe. Troisièmement, il s'agit d'un modèle très général du travail qui offre peu d'outils conceptuels pour le théoriser et ne tient pas compte des situations particulières dans lesquelles il s'actualise. Pour finir, peu de place est accordée à la question du langage et à son rôle dans les dynamiques de groupes et de travail. Il s'agit donc d'un modèle peu satisfaisant qui débouche sur des prescriptions et auquel je vais proposer une alternative.

### **1.3 Penser la collaboration professionnelle dans la perspective de la psychologie socio-culturelle**

Je développerai donc un cadre théorique permettant de rendre compte, dans une approche compréhensive, des activités collectives et de l'importance de la culture dans la construction des significations partagées et du développement humain, ainsi que du discours en tant que processus interactif ayant des effets sur les autres et sur soi (Bruner, 1986; Wertsch, 1991). Les présupposés de ce modèle sont tout à fait différents que ceux du modèle exposé au point 1.2.2.

Il s'inscrit dans une psychologie concrète (Vygotski, 1934/1997), de terrain, qui postule que la collaboration doit être étudiée en action, dans ses pratiques réelles,

et non pas en se basant sur des généralisations possibles. En effet, la collaboration est hétérogène puisque chaque situation dans laquelle elle s'incarne comporte des acteurs, un type et un objet de travail, une situation, un moment historique et des enjeux institutionnels bien spécifiques.

On voit dès lors l'importance d'avoir une théorie du travail pour comprendre comment se manifeste la collaboration interprofessionnelle. La théorie sous-tendue par ce modèle considère que le travail est par définition l'action de s'adapter à des situations imprévues et donc soumis à des aléas, des impossibilités et des contradictions. Dans ces situations hétérogènes et imprévisibles, les acteurs portent des objectifs et construisent des objets de travail divergents, les engageant ainsi dans des activités différentes. Or, bien que ne partageant pas le même point de vue, ils parviennent à collaborer malgré tout (Star & Griesemer, 1989).

Le langage (écrit et oral) occupe une place centrale dans ce modèle puisqu'il est considéré comme outil de communication et donc de négociation des problèmes, des activités, bref du sens que les acteurs donnent à une situation. En tant qu'outil sémiotique, il donne forme au réel et lui confère son sens.

Ainsi, le cadre théorique construit pour cette recherche puise à plusieurs sources qui ont en commun la psychologie socio-culturelle (Vygotski, 1934/1997) et la théorie de l'activité (Leontiev, 1984). Les recherches qui y sont conduites concernent des situations de travail très complexes et tentent de saisir certains aspects du développement des individus au travail au travers de recherches et de dispositifs d'intervention innovants (Engeström & Middleton, 1996).

Je commencerai par dire quelques mots de la sociologie interactionniste (Strauss, 1992). Bien qu'allant être développées plus en détail dans les différents chapitres d'analyse, la psychodynamique du travail (Dejours & Gernet, 2012), la clinique de l'activité (Clot, 2008), la théorie de l'activité historico-culturelle (Engeström, 1987) et l'approche discursive (Billig, 1987/1996) seront brièvement exposées ici, afin de donner un aperçu général du cadre théorique que j'ai construit et qui va donner lieu à la problématique générale de cette thèse (point 1.4).

La **sociologie interactionniste** telle que développée par Strauss (1992) approche les faits sociaux en terme de processus en mettant l'accent sur les conflits d'intérêts. Elle cherche à comprendre comment, face aux changements, se maintient une part d'ordre et comment s'articule le rapport entre règles et négociations. Au niveau du travail, la négociation devient un principe de gestion de l'aléa, de plus en plus présent dans un contexte de flexibilisation qui engendre un renforcement des marges d'actions des acteurs. Dans le cadre d'une recherche contrastée dans deux hôpitaux psychiatriques, Strauss (1992) montre qu'il existe à la fois un objectif commun, un contrat de base de toutes les professions de l'hôpital (« rendre le malade en meilleure forme »), mais que, appliqué à des cas particuliers, ce contrat engendre des processus compliqués de négociation et de débats. En effet, face à la multiplicité des objectifs poursuivis par l'hôpital, la division du travail et la particularité de chaque patient, la nécessité de trouver un accord apparaît. Dans cette perspective, les organisations sont conceptualisées comme des systèmes de négociation permanente. De nombreuses recherches questionnant l'articulation des compétences dans les équipes de soins, ainsi que la négociation des significations en situation de travail ont été développées (par ex. Barrett, 1988, 1998; Boden, 1995; Girin & Grosjean, 1996; Grosjean, 2004a, 2004b; Grosjean, à paraître; Grosjean, Henry, Barcet, & Bonamy, 2004; Grosjean & Lacoste, 1999; Grosjean & Mondada, 2004; Henry & Grosjean, 2004; Lacoste, 2001; Mondada & Dubois, 1995; Strauss, 1992a, 1992b; Witko & Grosjean, 1999). L'ordre social y est considéré comme un ordre négocié, c'est-à-dire que les relations, autant entre professionnels qu'entre professionnels et patients, sont accompagnées de négociations qui obéissent à certains schémas. De ce cadre théorique, je retiendrai particulièrement le concept d'« arène professionnelle » (Strauss, Schatzman, Bucher, Ehrlich & Sabshin, 1964 ; Wiener, 1991) qui permet de délimiter une unité d'analyse macrosociale essentielle à mon objet d'étude. L'arène professionnelle est une métaphore désignant un espace de négociation dans lequel des acteurs issus de différents mondes sociaux et porteurs d'une variété d'idéologies se confrontent. Ces acteurs, bien que partageant des préoccupations communes, amènent des perspectives, des langages et des buts différents. Dans le cas de Chloé, ce concept permet de penser comment les

différents acteurs de son suivi sont mis en lien les uns avec les autres pour articuler leurs compétences : Provenant de différentes organisations, représentant des institutions diverses, ne partageant pas les mêmes pratiques et valeurs professionnelles, ils ne constituent ni une équipe, ni un collectif de travail, ni un groupe ; cependant, ils œuvrent dans le même espace de négociation qui les met en lien les uns avec les autres. Cet espace constitue l'arène professionnelle de la prise en charge des personnes en situation de handicap mental et de troubles psychiques. Si la construction d'une arène professionnelle va de pair avec la construction de l'objet autour duquel s'organisent les différents acteurs, ce cadre théorique incite à penser l'élaboration de l'objet « patients en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques » comme étant à l'interface des institutions socio-éducative et psychiatrique.

Créée et développée par Christophe Dejours dans les années septante, la **psychodynamique du travail** s'intéresse aux rapports entre les individus et l'organisation du travail et aux processus psychiques qui en découlent. Elle prend ses racines dans deux principales disciplines :

- La psychanalyse, en se référant notamment aux notions de « mécanismes de défense », d'« adaptation aux contraintes », ou encore de « d'expérience subjective de l'échec et de l'impuissance » ;
- l'ergonomie, discipline ayant notamment théorisé l'écart entre le travail prescrit et réel, écart donnant une marge de manœuvre aux travailleurs et leur permettant de développer leur intelligence pratique et leur autonomie (Molinier & Flottes, 2012).

Ainsi, la psychodynamique du travail se distingue de la psychopathologie du travail (Le Guillant, 1984) en ce qu'elle n'étudie pas que la pathologie découlant des contraintes imposées par le travail, mais également la manière dont les travailleurs mobilisent des défenses collectives permettant de rester dans la normalité. Penser la dimension collective du travail en psychodynamique revient à poser principalement deux questions : quels sont les espaces donnés aux travailleurs pour mettre en commun leurs stratégies de travail et leur permettre de coopérer (Dejours, 1993a) ? Comment analyser les règles de métiers dans

lesquelles les individus puisent les ressources nécessaires à l'adaptation des contraintes imposées par le travail (Cru, 1987) ? Ainsi, la dimension collective du travail est pensée à la fois dans sa dimension physique et symbolique, et nécessite pour être comprise une analyse compréhensive de la situation de travail en tenant compte à la fois du récit des travailleurs et de l'analyse du terrain sur lequel le travail est réalisé.

La **clinique de l'activité**, développée par Yves Clot et son équipe vise à étudier le travail des professionnels dans leur contexte de réalisation (Clot, 2000, 2010; Clot & Lhuilier, 2010; Kostulski & Kloetzer, 2014 ; Lhuilier, 2006). Le travail, saisi comme activité, est un objet d'étude et une méthode de recherche : l'intervention consiste à la fois à comprendre le travail pour le transformer, et transformer le travail pour le comprendre. Ce procédé part du présupposé de Vygotski (1929/1981), selon lequel c'est au travers du changement que les activités des individus peuvent être comprises. Ainsi, les chercheurs mettent en place des méthodes telles que l'« autoconfrontation croisée » (Clot, 2005; Kostulski, 2004; Scheller, 2001) ou la méthode du sosie (Bournel Bosson, 2006 ; Clot, 2008), dans lesquelles le langage est utilisé comme un outil de développement et de processus de pensée (Bournel Bosson, 2011). La psychodynamique du travail et la clinique de l'activité ont ceci de commun qu'elles considèrent le travail comme central dans la construction de la subjectivité en ce qu'il confronte l'individu à des contraintes lui permettant de développer son potentiel et sa créativité. Néanmoins, si la psychodynamique du travail conceptualise le travail comme « la mobilisation des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail » (Davezies, 1993, p. 6) et donc comme l'écart entre l'activité prescrite et l'activité réelle, la clinique de l'activité va plus loin en ajoutant la notion de « réel de l'activité », désignant le travail idéal ou rêvé par ceux qui le font. Elle considère ainsi l'activité comme étant à la fois potentiellement réalisable et empêchée. Ce cadre théorique sera développé plus en détail dans le chapitre 4.

La **théorie de l'activité historico-culturelle**, développée dans les pays anglo-saxons et nordiques découle des travaux de Leontiev (1984). Cette approche,

comme la précédente, associe recherche et intervention (Cole & Engström, 2007; Daniels & Warmington, 2007; Engeström, 2005; Engeström, Pasanen, Toiviainen, & Haavisto, 2005). Depuis les années nonante, il en a résulté de nombreux dispositifs d'intervention visant à comprendre comment, dans des situations de collaboration complexes, les individus développent de nouvelles compétences, apprennent de nouveaux savoir-faire et se développent psychologiquement (Ludvigsen, Rasmussen, Krange, Moen, & Middleton, 2011; Sannino & Ellis, 2013). La théorie de l'activité historico-culturelle a également élaboré une méthode permettant de développer de nouvelles pratiques professionnelles en plaçant les praticiens dans des situations de confrontation de leur activité. Cette méthode, développée au CRADLE<sup>3</sup> porte le nom de « Change Laboratory ». Ainsi, comme en clinique de l'activité, les obstacles rencontrés dans la pratique professionnelle sont considérés comme des occasions de développement de l'activité. On cherchera à saisir l'activité humaine dans son développement et d'en retirer des bénéfices en terme de changement et d'apprentissage. Le modèle de l'activité de Engeström permet de décrire ces obstacles en les saisissant en tant que manifestations de contradictions qui résultent elles-mêmes d'activités collectives orientées vers des objets. Dans le cadre de ce modèle, les activités discursives mises en place dans les réunions ne peuvent être comprises qu'en adoptant comme unité d'analyse le système d'activité et les médiations complexes dont il rend compte. Néanmoins, la théorie de l'activité historico-culturelle a très peu thématiqué l'écart entre les pratiques prescrites, réelles, et empêchées. Elle offre cependant des concepts permettant de penser le travail comme une activité prenant place dans un système complexe médiatisée par des outils et soumise à des « contradictions systémiques », terme clé qui sera développé dans le chapitre 5.

**L'approche discursive** quant à elle, a donné lieu à des recherches reposant sur l'analyse de discours et sur les processus de catégorisation sociale (Billig, 1985; Billig, 1987/1996; Edwards, 1991). Elle fournit un cadre analytique permettant non seulement rendre compte de la manière dont les professionnels construisent

---

<sup>3</sup> Center for Research on Activity Development and Learning, Université de Helsinki



des catégories de patients ( Hjörne, 2004; Hjörne & Säljö, 2004a; Hjörne & Säljö, 2004b; Mäkitalo, 2002, 2003; Mäkitalo & Säljö, 2002; Mäkitalo & Säljö, 2009; Sahlström & Lindblad, 1998; Wiener, 1991), mais également de la manière dont ces patients sont construits comme objets d'activité permettant aux professionnels d'agir dans leur champ d'intervention. Elle a développé d'importants travaux sur la « labellisation » (*labelling*) des patients et de leurs trajectoires (Abbey & Valsiner, 2005; Baker, 1997; Baker, 2000; Billig, 1985; Choo, Austin, & Renshaw, 2007; Conrad & Potter, 2000; De La Haye, 1998; Finlay, 2000; Finlay & Robertson, 1992; Gill & Maynard, 1995; Jayyusil, 1984; Mehan, 2001; Mehan, Hertweck, & Meihls, 1986; Mercer, 1974; Rosenthal & Peccei, 2006; Schaller, 1991) ainsi que sur les raisonnements médicaux et diagnostiques (Bolden, 2000; Bordage & Lemieux, 1991; Brown, 1995; Cicourel, 1985; Cicourel, 1987, 1995, 2002; Måseide, 1983, 2003). La psychodynamique du travail, la clinique de l'activité et la théorie de l'activité historico-culturelle offrent des cadres précieux pour penser l'activité des sujets au travail, sa dimension collective et les contradictions auxquels les individus sont confrontés. Néanmoins, l'activité discursive est à mon sens insuffisamment théorisée. Ainsi, dans le chapitre 6, je me référerai à l'approche discursive qui permettra une analyse plus fine du discours et de sa dimension rhétorique.

#### **1.4 Problématique**

L'objectif de ce travail est d'aborder la collaboration professionnelle de manière descriptive, d'en comprendre les pratiques, au-delà de prescriptions et de définitions figées, en considérant qu'elle peut prendre des formes multiples et peut varier selon les contextes et les activités. Il s'agit donc de la saisir au travers des microprocessus qui la font au quotidien, d'examiner les interactions verbales et sociales qui la constituent. Tout en essayant de comprendre les particularités du DCPHM, je cherche à proposer un modèle d'analyse et de réflexion sur les processus collaboratifs dans des situations complexes en général. Ainsi, le défi de ce travail est de construire un cadre théorique et une méthode me permettant de répondre à la question générale suivante :

*Comment saisir, comprendre et développer la collaboration interprofessionnelle en partant de cas concrets de travail sur le terrain et en rendant compte de la complexité de l'arène professionnelle caractérisée par des tensions entre les différentes institutions en jeu ?*

Ce travail sera guidé par les trois hypothèses suivantes :

- La collaboration interprofessionnelle, comme n'importe quelle modalité de travail, est faite d'aléas, d'obstacles, d'imprévus, de rêves et d'empêchements (Clot, 2008 ; Dejours & Molinier, 1994). Cela entraîne des dynamiques de positionnement des différents acteurs et groupes de professionnels dans l'arène. Ainsi, **collaborer conduit à un processus bidirectionnel menant les professionnels à renforcer une identité collective tout en se distinguant d'autres acteurs.**
- La collaboration interprofessionnelle est une activité complexe qui est dirigée vers un objet (Engeström, 2008b). Cet objet (le patient) est porteur de contradictions, qui engendrent des obstacles, ce qui est inhérent au travail et est même **la condition nécessaire pour que les professionnels développent leur activité.**
- La collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé et du travail socio-éducatif se manifeste dans des activités discursives visant entre autres à donner sens aux conduites du patient, à le catégoriser et à inférer des éléments de son fonctionnement psychologique à partir de son comportement (Hjörne, 2004). **Catégoriser le patient va de pair avec une catégorisation de soi-même et des autres professionnels de l'arène. Ainsi, intervenir auprès du patient consiste à produire une activité discursive manifestant sa propre position dans l'arène.**

Les questions spécifiques découlant de la question générale et de ces hypothèses de travail seront développées au fil des chapitres d'analyse. Les troisième et quatrième chapitres seront particulièrement orientés vers la question de l'identité et de la place que l'équipe se construit dans l'arène. Les cinquième et sixième chapitres seront quant à eux plus axés sur le travail d'équipe, les obstacles et le développement en découlant.

## 2 CHAPITRE 2 : RECIT D'UN TRAVAIL DE TERRAIN : ENTRE CONSTRUCTION D'UNE RELATION ET CONSTRUCTION D'UN CORPUS

Choisir un terrain de recherche, prendre contact avec lui, s'y faire une place et y constituer un corpus de données s'est avéré être une longue étape plus difficile que prévu, mais également d'une grande richesse. Le but de ce chapitre est d'en rendre compte de manière réflexive<sup>4</sup>, c'est-à-dire en partant du postulat qu'un terrain de recherche n'est ni stable ni univoque mais qu'il est co-construit par les différents acteurs (chercheurs et professionnels) y interagissant. Ma démarche est donc d'en dépasser la simple description et d'en faire un objet problématique (Bertucci, 2009). Je le ferai de manière chronologique, afin de souligner la manière dont chaque phase a été déterminante pour la phase suivante, et ceci en étant attentive à trois grands thèmes permettant de problématiser ce processus de négociation permanente que représente le travail de terrain :

Le premier thème concerne *la construction de la relation entre observatrice et observés*. Je le développerai en montrant comment dans les interactions quotidiennes, j'ai eu à gérer des questions d'alliance, de loyauté, mais également des moments de crainte des regards portés sur moi et des moments de doute de ma légitimité. Ce dernier point illustre le jeu subtil auquel j'ai dû me livrer pour trouver un bon équilibre entre recevoir des informations et en donner, observer et se laisser observer.

Le deuxième thème concerne *la construction de mon rôle de chercheuse* au sein de l'équipe, au travers des interactions et de mes émotions face aux situations vécues. Ce travail de terrain m'a permis de réaliser à quel point le rôle n'est jamais donné une fois pour toutes, mais demeure le produit d'un réaménagement constant. En effet, le rôle officiel, tel que présenté lors des premiers contacts, se heurte aux situations réelles et doit par conséquent être en permanence clarifié, négocié et réadapté.

---

<sup>4</sup> Colleyn définit la notion de réflexivité comme « une manière d'objectiver sa subjectivité de chercheur », un « exercice critique sur soi même » (1998, p. 192).

Le troisième thème, intimement lié aux deux précédents, touche plus précisément à la *construction des données et du corpus*. Il convient effectivement de réfléchir à la manière dont mes données ont été sélectionnées, négociées et donc construites, à ce qu'on m'a permis de voir et de ne pas voir, mais également aux formes d'autocensure que je me suis imposées et aux raisons de ces dernières. J'insisterai également sur l'importance de certains professionnels du DCPHM qui ont joué pour moi un rôle de « portier » et apporté une contribution particulière à l'orientation du type de données constituant mon corpus.

Je commencerai par exposer (point 2.1) les raisons et les circonstances qui m'ont menée à choisir le DCPHM comme terrain pour étudier la collaboration professionnelle, ainsi que la manière dont j'ai négocié ma requête auprès des responsables du dispositif. Je raconterai ensuite (point 2.2) comment s'est déroulée la prise de contact avec l'équipe du DCPHM et la phase d'immersion qui a suivi ce premier contact. Le point 2.3 sera consacré à la démarche entreprise auprès de la Commission d'Éthique de la Recherche Clinique du CHUV. La constitution de mon corpus en tant que telle sera traitée au point 2.4, où je décrirai les trois phases que sont les enregistrements des réunions d'équipe au DCPHM, les séances de restitutions et l'étude de cas.

## **2.1 Etudier la collaboration professionnelle: le choix d'un terrain**

Ma curiosité pour les professions du social, et plus particulièrement celles qui sont liées au champ du handicap mental, est née de mon expérience en tant qu'éducatrice auxiliaire dans un foyer, ainsi qu'en tant qu'animatrice dans les associations Pro Infirmis et Solidarité Handicap Mental. Ayant côtoyé pendant plusieurs années des professionnels exerçant leur activité dans ce domaine et ayant été interpellée par la complexité et la diversité de leurs activités, j'ai eu envie de les appréhender non plus en tant que praticienne, mais en tant que chercheuse, et de réfléchir à la manière dont les connaissances et compétences requises pour leur réalisation s'articulent. Dans le même temps, soit en 2006, j'avais été engagée pour un stage de recherche à l'Unité de Réhabilitation du Département de psychiatrie du CHUV, à l'époque où l'équipe du DCPHM, dans sa phase de création,

partageait les locaux de l'unité. Dans ce cadre, j'avais eu l'occasion d'assister aux réunions de l'équipe et de prendre connaissance de ses projets et missions.

C'est donc de ces différentes expériences que me vint l'idée d'étudier la collaboration en m'intéressant à un terrain bien particulier et d'une grande richesse, celui du DCPHM, puisqu'il offrait un accès à différents aspects de la collaboration se situant à des niveaux d'analyse du social différents : celui du travail intragroupal, de par la constitution professionnelle de l'équipe, celui du travail intergroupal, de par le travail de collaboration avec d'autres équipes de l'arène professionnelle, et découlant de cela, celui du travail interinstitutionnel, de par sa position à l'interface du domaine de la psychiatrie et du domaine socio-éducatif.

### **2.1.1 Prise de contact avec le DCPHM**

C'est ainsi que la prise de contact avec le DCPHM a débuté, et avec elle, la première étape d'un long processus de négociation qui a orienté la construction de mon corpus de données. Je commence par envoyer un courrier au professeur Widmer<sup>5</sup>, alors responsable du dispositif, afin de lui faire part de mon projet, de m'enquérir de sa faisabilité et le cas échéant, de lui proposer une rencontre avec ma directrice de thèse et moi-même afin d'en discuter de vive voix. Il se montre très intéressé et obtient l'accord de son équipe et du docteur Golay, responsable du Service de psychiatrie communautaire duquel dépend le DCPHM.

Dès ce moment, je suis confrontée à une interrogation qui restera présente tout au long de mon travail sur le terrain et touche à la question de la collaboration entre les deux institutions voisines que sont l'Université de Lausanne et le CHUV. Le docteur Golay et le professeur Widmer étant membres de ces deux institutions, il serait, dans tous les cas, difficile pour eux de refuser ouvertement que j'entre sur ce terrain. Je crains dès lors que leur accord de principe ne soit suivi dans un second temps par un manque de coopération de leur part ou de celle de l'équipe. En effet, je suis de fait en train de faire alliance avec les responsables du DCPHM

---

<sup>5</sup> Tous les noms de personnes sont des pseudonymes.

sans bien savoir comment cette alliance sera accueillie et perçue par le reste de l'équipe, et surtout sans garantie que cette dernière m'accueille à bras ouverts. C'est en étant attentive à cette question que je me prépare à mon premier contact avec l'équipe, lors d'un colloque dans lequel je vais me présenter et leur exposer mon projet.

## **2.2 Se familiariser avec un terrain de recherche**

### **2.2.1 Une première rencontre avec l'équipe**

Le 12 septembre 2009, je me rends donc au colloque hebdomadaire du DCPHM. Un peu anxieuse, je relis l'argumentaire que je compte exposer à l'équipe afin de les convaincre du bien-fondé de ma recherche. Mon discours est rôdé, mais saurais-je répondre à leurs questions et réactions ? Je parcours une dernière fois mes notes : commencer par me présenter, en espérant que le professeur Widmer ne le fasse pas à ma place. Expliquer que « la psychosociologie clinique a pour but d'étudier et de chercher à comprendre les pratiques sociales des individus dans leur contexte institutionnel ». Tenter de les séduire en disant que moi aussi j'ai travaillé dans le domaine du handicap mental, d'abord au Foyer, puis pour Solidarité Handicap et Pro Infirmis. Je me ravise. Peut-être sont-ils en mauvais termes avec ces institutions. Je vais plutôt me centrer sur eux, dire que j'aimerais comprendre comment une équipe pluridisciplinaire comme la leur fonctionne, et que je cherche à saisir cela non pas au travers de situations extraordinaires ou problématiques, mais au travers de la banalité du travail quotidien... Mais ce terme « banalité » est-il vraiment judicieux ? Il va falloir que j'accorde mon vocabulaire au leur.

Je traverse le site de Cery et rejoins le bâtiment dans lequel se déroulera la réunion. L'endroit ne m'est pas totalement étranger, mais je constate que depuis 2006 les bureaux se sont transformés, que l'équipe s'est agrandie et renouvelée. Je reconnais Prisca, une psychologue avec laquelle j'avais travaillé lors de mon stage. Je lui explique la raison de ma présence et nous nous dirigeons ensemble vers la salle de colloque. J'ai brièvement le temps de me présenter de manière informelle, au fur et à mesure que les professionnels arrivent dans la salle, puis la réunion

commence. Une des infirmières « tient le cahier de liaison », c'est donc à elle de diriger la séance, de faire respecter l'ordre du jour et de distribuer la parole. Des situations de patients sont abordées, des établissements passés en revue, des noms d'associations cités, et les cas sont répartis entre les différents praticiens de l'équipe. Tout va très vite, de manière mécanique ; chacun a l'air de savoir exactement quoi dire et comment le dire. La réunion touche bientôt à sa fin, c'est à mon tour de jouer mon rôle. Tous les regards sont braqués sur moi et je commence à réciter ma leçon : la psychosociologie clinique, la collaboration pluridisciplinaire, le travail de groupe, les approches compréhensives, le respect de la confidentialité. Quelques-uns acquiescent, d'autres sourient et je n'arrive pas à me faire la moindre idée de l'intérêt qu'ils peuvent réellement porter à un tel sujet. Je continue en expliquant que dans l'état actuel, la problématique générale est définie, mais que le détail de la recherche ne l'est pas, que celui-ci dépendra des particularités de leur service et de son fonctionnement, mais également de ce qui, de leur côté, les intéresse. L'idéal serait que nous puissions réfléchir ensemble à quelques questions, car il serait inadéquat d'étudier un objet qui n'a pas de sens pour eux. Je poursuis en expliquant que pour l'instant, ma demande est d'obtenir leur accord de principe sur le fait que je puisse étudier la collaboration dans leur service et en faire mon terrain de recherche pour ma thèse de doctorat. Dans un premier temps, je souhaiterais pouvoir bénéficier d'une période de quelques semaines d'observation, par exemple en suivant certaines personnes dans leur travail quotidien afin de mieux cerner en quoi il consiste.

Bien que personne ne formule d'opposition, mon sentiment reste mitigé : ont-ils une réelle envie d'être impliqués dans ma recherche ? Il m'est en effet difficile de percevoir si leur accord est formulé à contrecœur, s'ils se sentent contraints par leur hiérarchie ou encore s'ils se sentent concernés par le thème de la recherche et la posture théorique dans lequel elle s'inscrit. Il va falloir trouver des moyens de les enthousiasmer davantage et de me sentir acceptée par eux.

### **2.2.2 Une immersion dans le quotidien des professionnels**

Le lundi 28 septembre 2009, j'assiste à nouveau au colloque de l'équipe, mais cette fois en tant qu'observatrice. Je suis munie d'un carnet et d'un stylo, assise à

leur table, mais volontairement à l'écart, et je prends quelques notes, timidement, un peu inquiète de l'image que mon statut de psychologue-chercheuse leur renvoie. C'est une autre personne qui tient aujourd'hui « le cahier de liaison ». Je commence à comprendre comment est structurée la réunion, qui exerce quelle profession, à mettre des noms sur les visages de chacun. En revanche, les cas de patient qu'ils abordent me semblent d'une hétérogénéité telle que je me demande si je n'arriverai jamais à en tirer des dénominateurs communs. La séance touche à sa fin et tout le monde s'apprête à quitter la salle. M'ont-ils oubliée ? Je me lève et demande bien fort si quelqu'un accepterait de m'emmener dans une de ses interventions sur le terrain. Pour Marc et Prisca, qui interviennent ensemble au Foyer du Bois<sup>6</sup>, c'est d'accord, mais nous ne partirons qu'à 11h00. Cela me laisse deux heures pour mieux visiter les lieux et engager des discussions avec les uns et les autres. On m'offre un café, on me présente la secrétaire, on me donne des articles et différents documents à lire, on m'explique le fonctionnement du tableau d'affichage, véritable outil d'organisation sur lequel figurent tous les déplacements que chacun effectuera dans la semaine. Ilan me dit qu'il connaît et s'intéresse beaucoup aux travaux de Michèle Grossen et de Anne-Nelly Perret-Clermont (professeure à l'Université de Neuchâtel). Ce point commun me rassure et j'ai le sentiment que le contact commence à s'établir avec certaines personnes qui me parlent volontiers de leur travail et du fonctionnement de leur équipe.

Cette semaine et la suivante sont donc consacrées à une immersion dans la vie professionnelle de la plupart des membres du DCPHM. J'ai la possibilité d'assister à différents colloques internes du dispositif, ainsi qu'à une quinzaine de réunions avec des équipes extérieures, mais également de partager des pauses et repas avec eux. Je n'expliquerai pas les choses en détail ici ni ne résumerai ces différentes situations qui feront l'objet d'un chapitre en soi. Je parlerai en revanche de quelques événements significatifs permettant de comprendre la manière dont j'ai négocié et dont s'est construite ma position de chercheuse sur ce terrain.

---

<sup>6</sup> Nom fictif



Lors des premières rencontres avec des équipes extérieures, j'ai rapidement été confrontée à une question que je n'avais pas anticipée : comment allais-je être introduite aux autres équipes ? Pour l'instant, mon travail consistait à prendre connaissance du terrain, sans faire d'analyse fine de chacune des situations que j'avais l'occasion d'observer. Je n'avais pas encore défini mon projet de thèse ni formulé de requête auprès de la commission d'éthique, ce qui me conférait un statut non officiel. Pour ces raisons, et après discussion dans la voiture nous conduisant vers le premier établissement que j'allais approcher, Prisca propose de me présenter comme stagiaire-psychologue. J'accepte, mais très vite je me rends compte que cela me déplaît, non seulement parce que je ne trouve pas éthiquement correct de cacher ma réelle identité, mais également parce que je crains qu'on me pose des questions qui révèlent la « supercherie ». Je redoute donc que cela ne crée un malaise, voire une rupture de confiance, entre les deux équipes. Je lui demande donc de me laisser me présenter moi-même, ou de dire très simplement que je fais des observations sur le travail de collaboration. Si cela devait susciter des questions ou remarques, je me charge d'y répondre. Toutefois, malgré ces précautions, je ne peux pas échapper à des situations compliquées, en terme de négociation de mon rôle, par exemple lorsque Prisca leur précisait, sur le ton de la plaisanterie : « Ne vous inquiétez pas, ce n'est pas vous qu'elle observe, c'est nous, c'est à nous d'avoir peur ». Je reste souvent perplexe face à ce type de remarques auxquelles je ne sais pas comment réagir et qui traduisent toute la complexité de la relation entre observatrice et observés : ne pas y répondre présente le risque de laisser penser que je n'ai pas l'intention de les rassurer, voire que mes intentions sont effectivement à craindre. Mais à l'inverse, préciser à chaque occasion ma posture de non-jugement et mon éthique de chercheuse, et refuser de rire de ces plaisanteries créerait probablement une trop grande distance entre nous et briserait un lien essentiel à l'établissement d'un rapport de confiance. Ce genre de dilemme est très présent dans le travail de terrain et illustre très bien la négociation permanente entre différentes facettes identitaires (celle de chercheuse, celle de psychologue, ou simplement celle de deux personnes engagées dans une relation informelle), médiatisée par la relation entre observatrice et observée, censée être neutre et objective, mais passant dans les

faits inévitablement par une complicité qui dépasse ces prescriptions méthodologiques.

À ce propos, deux situations qui ont questionné ma position d'observatrice méritent d'être rapportées. La première s'est déroulée lors d'un entretien entre Maeva, Ilan et un résident de foyer souffrant de la maladie de Huntington. Nous sommes tous les quatre attablés dans la chambre du patient qui demande à nous lire une lettre qu'il a rédigée à l'intention de Maeva et Ilan, et qui a pour but d'exprimer sa souffrance et d'argumenter sa volonté de se faire hospitaliser. Le moment est troublant. L'homme pleure, semble être plongé dans une détresse qui submerge tout le monde. Les enjeux institutionnels m'échappent alors totalement et j'assiste à une discussion dans laquelle Maeva et Ilan, tout en reconnaissant la souffrance du patient, lui expliquent qu'ils ne peuvent pas prendre cette décision immédiatement, qu'elle sera le fruit d'une négociation entre l'hôpital psychiatrique et les professionnels du foyer dans lequel il réside actuellement.

La seconde situation a lieu à peine deux heures plus tard dans un autre foyer, toujours en présence de Maeva et Ilan. La réunion qui, cette fois, réunit uniquement des professionnels, est centrée sur le récit d'un maître socioprofessionnel qui s'est récemment fait violemment agresser par un résident. Il raconte, très ému, comment ce dernier lui a coincé la tête dans un étau et s'est mis à le serrer jusqu'à ce qu'un de ses collègues intervienne pour l'arrêter. L'équipe se dit traumatisée, fait part de ses sentiments ambivalents par rapport à ce résident que tout le monde craint à présent.

Bien qu'ayant anticipé que je serais témoin de situations douloureuses, y assister réellement me plonge dans un certain malaise. Ce n'est pas tant un excès de sensibilité qui suscite en moi cette émotion, mais plutôt un sentiment d'illégitimité. Ma présence passive, le temps d'une réunion, me mène à recevoir beaucoup d'informations et de récits très intimes de la part de personnes à qui je ne donnerais rien en retour. Cela me rend attentive une fois de plus au fait que ma place de chercheuse ne serait jamais définitivement établie, mais nécessiterait un aménagement et une négociation permanents selon la manière dont se confronteraient mon rôle officiel et son actualisation dans des situations réelles.

Ces deux semaines d'immersion ont donc été primordiales, et ceci pour plusieurs raisons. Premièrement, j'ai pu faire connaissance avec les professionnels du DCPHM et acquérir une vision globale de leur travail quotidien. Même s'il ne s'agissait que d'un aperçu, cela m'a donné une idée de la diversité des situations dans lesquelles ils sont amenés à intervenir. Cela m'a aussi permis d'orienter mes questions de recherche en fonction de ce que je découvrais sur le terrain, mais également en fonction des discussions que j'ai eues avec les différentes personnes que j'ai côtoyées pendant ces quelques jours. J'ai également pu construire une alliance avec les différents professionnels en amenant petit à petit des précisions essentielles sur ma démarche, notamment en insistant sur l'aspect descriptif et compréhensif, et en affirmant ma posture non jugeante et non évaluative.

### **2.3 Officialiser ma démarche : requête auprès d'une commission d'éthique**

Cette première phase de prise de contact avec le terrain m'ayant donc permis de préciser ma problématique et les méthodes de collecte de données, j'ai rédigé un protocole de recherche à soumettre à la Commission d'Éthique de la Recherche Clinique du CHUV. En effet, prévoyant d'enregistrer des entretiens, de filmer des réunions d'équipe et éventuellement d'analyser des échanges de courriels, j'ai été confrontée à la question de l'accès à des informations confidentielles et ai donc été contrainte à m'engager dans cette démarche. Garant de mon travail auprès du DCPHM, le professeur Widmer m'a proposé de travailler avec moi à la rédaction de mon protocole pour qu'il soit conforme aux attentes de la commission qui est constituée essentiellement de professionnels issus du domaine médical et dont certains membres sont peu familiarisés à la recherche en sciences humaines. Ce travail de rédaction a constitué une étape intéressante en terme de collaboration puisqu'elle nous a permis d'explicitier certaines divergences dans nos procédures de recherche et de nous accorder sur l'utilisation de certains termes que nous ne comprenions ou n'utilisions pas de la même manière. Elle a été également une occasion pour chacun de définir son « territoire » : le professeur Widmer m'accordait sa confiance en me laissant observer certaines facettes du travail de collaboration au sein de son équipe, mais il fut convenu qu'à la fin de ma

recherche mes enregistrements seraient mis sous clé au DCPHM et que je détruirai les exemplaires en ma possession.

Afin d'obtenir plus facilement l'autorisation de la Commission d'Éthique, le professeur Widmer m'a vivement recommandé d'exclure une demande d'accès aux patients. Je me suis donc engagée à ne pas filmer de réunions auxquelles participaient ces derniers, comme le montre l'extrait du protocole que j'ai rédigé : « De manière générale, ce sont essentiellement les modalités de collaboration entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire du DCPHM qui sont étudiées. Dans ces conditions, **les investigations ne portent que sur les communications ou les interactions qui ont lieu en l'absence des patients** » (Ros, Grasset, & Grossen, 2010, p.2)

En revanche, le fait de filmer des réunions dans lesquelles des dossiers comprenant le nom de lieux ou de personnes étaient discutés ne semblait pas poser de problème dans la mesure où ces dossiers sont soumis à une anonymisation rigoureuse. La question n'était donc pas l'anonymat proprement dit, mais bien la rencontre entre une chercheuse et des patients. Les arguments avancés pour cette restriction touchaient notamment au bien-être des patients, au risque que la présence de la caméra ne perturbe le bon fonctionnement de l'interaction entre patients et praticiens, ou encore à la difficulté d'obtenir leur consentement (la capacité d'expression de la plupart d'entre eux étant fortement réduite). Outre que ces arguments pourraient être longuement débattus, le fait même qu'il y a eu exclusion des patients mérite d'être discuté pour trois raisons au moins.

La première touche à la question de la construction des données. En effet, comme ne l'indiquent pas les termes habituellement consacrés à cette phase du travail de recherche, les données ne sont pas « collectées » ou « recueillies », mais bien « construites ». Cette construction est le fruit d'un processus impliquant bien entendu la chercheuse et son regard sur l'objet d'étude médiatisé par ses affinités théoriques, mais également tous les acteurs présents sur son terrain avec qui elle est amenée à négocier sa place. Je reviendrai sur ce point dans le chapitre 6, consacré à l'étude de cas, en montrant comment la manière dont le cas en

question a été sélectionné est en soi révélatrice de l'organisation matérielle et symbolique du DCPHM.

La deuxième raison touche à la place du patient dans la collaboration entre professionnels. Ainsi, ma sélection des données ne me donnera pas l'occasion d'accéder à des situations de travail en présence des usagers, ou encore d'accéder à leur parole. Cet état de fait n'est bien évidemment pas anodin puisque les professionnels sont au service des patients et que sans ces derniers leur travail n'aurait aucune raison d'être. On court donc le risque de scotomiser une partie importante de ce qui donne sens au travail des professionnels observés.

La troisième raison, découlant de la deuxième, renvoie aux possibilités que l'on se donne d'accéder à des points de vue divers. En effet, cette forme de censure aura comme autre conséquence que je ne pourrai prendre en compte que le point de vue des professionnels, et éventuellement celui des parents des patients, mais pas celui des patients eux-mêmes.

## **2.4 Constitution du corpus de données**

La phase de constitution de mon corpus de données a donc pris place après plusieurs mois de préparation qui ont été l'occasion de définir mes questions, mes interrogations et le regard que je portais sur le thème de la collaboration pluridisciplinaire. C'est dire que la définition de mon objet d'étude a été réorientée d'une part par mes lectures, d'autre part par les échanges que j'ai eus et qui m'ont menée à redéfinir ma posture, à cibler plus clairement les possibilités que l'on m'offrait et les modalités du travail auxquelles on me permettrait d'accéder.

Me situant dans des approches compréhensives et étant confrontée à des situations de travail diverses et complexes, j'ai jugé essentiel de construire un corpus de données très hétérogènes, couvrant diverses facettes du travail de collaboration et permettant d'appréhender cet objet d'étude à partir de différents points de vue. Je ne décrirai pas ces données en détail ici, car je le ferai au fur et à mesure que je présenterai mes analyses. Mon but est plutôt d'expliquer le processus de constitution du corpus de données, de montrer comment chaque étape a été négociée et comment chacune est dépendante de la précédente.

Néanmoins, afin de permettre au lecteur d'avoir une vision d'ensemble de ces données et de faciliter la lecture, je les ai présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1: Résumé des données

| Catégorie de données  |                          | Type de trace                                 | Description des données  | Moment de la prise de données   |
|---|--------------------------|---|--|---|
| <b>Les documents officiels/institutionnels</b>  |                          | Papier, site internet, PDF, PowerPoint, Word. | Différents documents écrits ou électroniques utilisés par les professionnels du DCPHM pour se présenter aux autres acteurs de leur arène : documents PowerPoint, site Internet, dépliants, articles rédigés par des membres de l'équipe. | Au fur et à mesure de mes contacts avec les différents professionnels du DCPHM. |
| <b>Les réunions hebdomadaires du DCPHM</b>  | Les colloques            | Vidéo   | 22 réunions dans lesquelles sont passés en revue tous les cas cliniques faisant l'objet d'un suivi par le DCPHM.   | Avril 2010 à juin 2011  |
|   | Les séminaires           | Vidéo   | 6 réunions dans lesquelles un professionnel du DCPHM ou parfois une personne externe fait une présentation théorique, par exemple d'un outil au service du travail de l'équipe.  |   |
|   | Les présentations de cas | Vidéo   | 4 réunions dans lesquelles un professionnel du DCPHM expose le cas d'un suivi posant problème et nécessitant une réflexion collective.   |   |
| <b>Les séances de restitution</b>   |                          | Audio   | Deux séances pendant lesquelles j'ai eu l'occasion de présenter mes premières observations issues des vidéos des différentes réunions hebdomadaires.   | Novembre 2010 et janvier 2011   |
| <b>Étude de cas d'une collaboration entre le DCPHM et un établissement socio-éducatif</b> | Entretiens informatifs   | Audio   | Deux entretiens réalisés avec deux professionnels du DCPHM afin de collecter des informations relatives à ce cas.  | De janvier 2011 à mars 2012   |
|   | Réunion parents-DCPHM    | Vidéo   | Une réunion au DCPHM comprenant les parents de la patiente et deux professionnels du DCPHM   |   |

|  |                             |       |   |  |
|--|-----------------------------|-------|---|--|
|  | Réunions de réseau          | Vidéo | Deux réunions dans le foyer prenant en charge la patiente et comprenant : les professionnels de du foyer, un professionnel du DCPHM et les parents de la patiente   |  |
|  | Entretiens de clarification | Audio | Trois entretiens réalisés avec un professionnel du DCPHM, un professionnel du foyer et les parents, afin de clarifier et discuter des éléments observés pendant les réunions.                                     |  |
|  | Courriers                   | Mails | 160 mails échangés entre les différentes personnes concernées par le suivi de la patiente et comprenant différentes institutions (DCPHM, foyer, hôpital psychiatrique, associations, famille, État de Vaud, etc.) |  |

Dans cette phase de constitution de mon corpus, je distinguerai trois grandes étapes : l'enregistrement des réunions hebdomadaires, les séances de restitution et l'étude de cas.

#### **2.4.1 Les réunions hebdomadaires au DCPHM**

D'avril 2010 à juin 2011, j'ai filmé de manière régulière les réunions d'équipe hebdomadaires du DCPHM. Au début, je m'y suis rendue toutes les semaines, puis toutes les deux semaines, puis à intervalles de plus en plus espacés. La raison en est que je m'étais fixé pour but de constituer un sous-corpus de données suffisamment dense pour pouvoir repérer les routines et événements significatifs et récurrents de ces réunions, mais suffisamment restreint pour ne pas être prise au dépourvu face à des données trop importantes lorsque le moment viendrait de procéder à des analyses fines de ces routines et événements. Filmer une dizaine de réunions aurait été largement suffisant pour mon travail d'analyse, le seuil de saturation ayant été atteint, mais je décidai de poursuivre, car cela me donnait l'occasion de revenir de manière régulière au DCPHM, de garder un contact avec les professionnels, d'être attentive à d'éventuels changements dans l'organisation de l'équipe et ainsi de recueillir des informations de type ethnographique, telles

que celles qui peuvent être saisies lors de discussions informelles avant et après les réunions.

Afin de donner une idée plus précise au lecteur de la manière dont s'est déroulée cette longue phase de prise de données, de ce qu'elle a apporté à ma recherche, mais également des difficultés qu'elle a soulevées, je décrirai plus en détail le déroulement type d'une matinée de travail lors d'un de ces enregistrements. Il s'agit d'un exemple construit à partir de différents aspects qu'il me semble important d'aborder dans ce chapitre, et non pas d'une situation réelle.

Comme chaque lundi matin depuis maintenant quelques semaines, je me rends dans le bâtiment abritant le DCPHM. Je commence par saluer les différents professionnels dans leurs bureaux avant d'installer ma caméra dans la salle de réunion et de me rendre dans la cuisine où Inès et Ilan me proposent un café. J'accepte avec enthousiasme et en profite pour discuter avec eux de la semaine écoulée et leur demander des nouvelles d'une situation que j'avais eu l'occasion d'observer lors d'une de mes journées d'immersion le semestre passé. Ilan me dit que le contact avec les praticiens de l'autre équipe est compliqué, qu'ils n'appliquent pas du tout ce qui avait été convenu entre eux et me demande mon avis et mes conseils de psychologue sur le sujet. Un peu empruntée, j'essaie de sortir du rôle qu'il m'a attribué en lui répondant que la situation doit effectivement être très complexe et que je ne prétends en aucun cas être mieux qualifiée que lui pour la gérer. Voyant que tout le monde commence à se diriger vers la salle de réunion, nous abrégeons notre conversation pour rejoindre le reste de l'équipe et je remarque une personne dont je n'avais pas encore fait la connaissance. Ce type de situation est assez habituel, du fait du roulement fréquent des médecins-assistants et des stagiaires-psychologues. Je vais donc me présenter, lui parler de mon projet et lui demander de signer un formulaire de consentement, qui est un document bien pratique non pas seulement en terme de protection juridique, mais comme outil pour approcher chaque professionnel individuellement et lui donner mes coordonnées. La réunion étant sur le point de débiter, je m'installe sur une chaise en retrait de l'équipe, à côté de la caméra que



j'enclenche lorsque le président de séance déclare que le colloque peut commencer.

Anticipant la difficulté à laquelle je serai confrontée lorsque j'aurai à trier mes données pour les analyser, j'ai pris l'habitude de prendre des notes visant à rendre compte de la structure de la réunion, des événements particuliers que je peux y observer, ainsi que des questions pour lesquelles je désire qu'on m'apporte des clarifications. Aujourd'hui, il est par exemple question de l'entrée en fonction du futur médecin responsable du dispositif et je m'interroge sur la manière dont il acceptera ma présence et adhèrera à mon projet. Il faudra que j'en reparle avec le professeur Widmer pour lui demander son avis sur la meilleure manière de procéder pour convaincre son successeur. Absorbée par cette pensée, je n'avais pas remarqué que la discussion avait changé de sujet et je comprends qu'un petit conflit est en train de se dessiner lorsque certains se tournent vers moi en rigolant et que d'autres me demandent sur le ton de l'humour d'effacer ce que je viens d'enregistrer. Je leur adresse un sourire complice, mais je me sens gênée par cette situation, dont j'ai déjà parlé dans la partie concernant ma première immersion dans le terrain : je me demande si ces plaisanteries témoignent d'une certaine méfiance à mon égard, ce qui me renvoie à ma position de chercheuse et au droit que je m'accorde de leur imposer une caméra et ma présence intrusive. J'avais déjà été rassurée par certains professionnels qui étaient venus spontanément me dire qu'ils étaient étonnés par la manière dont, contre toute attente, ils oubliaient la présence de la caméra.

La réunion touche à sa fin. Après avoir rangé ma caméra, je rejoins Prisca et Elisa qui prennent leur pause à l'extérieur du bâtiment et qui me demandent des nouvelles de l'avancée de mon travail et des résultats obtenus. C'est une occasion de clarifier à nouveau ma méthode de travail, d'expliquer qu'on ne peut pas parler à proprement parler de résultats, mais que je pourrais éventuellement leur rendre compte d'observations que j'ai pu faire jusque là. Je crains de manquer de crédibilité à leurs yeux et me dis que le moment est certainement venu d'organiser une séance de restitution à l'équipe.

## 2.4.2 Les séances de restitution

Il fut donc convenu d'entente avec le professeur Widmer que l'équipe me consacrerait une de ses séances de séminaire en novembre 2010, afin que je rende compte de mes sept premiers mois d'observation. Le professeur Widmer ne sera pas disponible ce jour-là, mais je pourrai compter sur la présence du nouveau médecin responsable de l'équipe, le docteur Golay, ainsi que sur celle du professeur Imhof, chef du secteur duquel dépend le DCPHM. Cette configuration me paraît idéale puisque d'une part, même si j'ai déjà rencontré le professeur Imhof, je n'ai jamais eu l'occasion de discuter de manière approfondie de mon projet avec lui, et que, d'autre part pour des raisons liées à des questions de territoire, je trouve plus confortable que soit présent le nouveau responsable de l'équipe plutôt que son prédécesseur encore en fonction qui avait piloté mon projet jusque là et l'avait en quelque sorte imposé à son successeur.

Avant de commencer ma présentation, je définis le cadre en expliquant qu'il ne s'agissait en aucun cas de leur faire part de résultats, mais bien de discuter des thèmes qui m'intéressent et de leur expliquer comment je pourrai les analyser par la suite. Je souhaite donc que chacun puisse prendre la parole à n'importe quel moment afin de créer un échange dynamique et que je puisse, au travers de ces discussions, évaluer si les thèmes que je leur présente sont à leurs yeux pertinents. La présentation est enregistrée dans le but déclaré de constituer un sous-corpus comprenant leurs questions et réactions. Cela dit, une autre raison qui me tient à cœur est de me soumettre à un dispositif similaire que celui auquel je les soumetts habituellement (je n'ai pas été jusqu'à filmer la réunion, par crainte que l'on me prête des traits narcissiques !) afin de rétablir une sorte d'équilibre entre nous.

Cette séance me permet de clarifier une fois encore mon ancrage théorique et ma méthode de travail, de les rendre attentifs à ma posture non prescriptive, mais également au fait que cette recherche prendrait beaucoup de temps. Je profite également de l'occasion pour mentionner le fait que ma position d'observatrice me pose certaines questions, que j'essaie d'être la plus attentive possible à la gêne que pouvait éventuellement poser ma présence. Avec grande satisfaction, je

constate que cet aveu a pour effet d'engendrer une discussion sur la manière dont il faudrait aménager d'autres dispositifs de prise de données, tels que des focus groups<sup>7</sup> ou une étude de cas, sachant que malgré l'intérêt porté à ma recherche, la charge de travail de chacun des professionnels les rendait peu disponibles. C'est donc un soulagement de commencer pour la première fois à négocier explicitement ma démarche avec certains membres de l'équipe, car j'ai le sentiment que cela les impliquait dans mon projet, dans mes réflexions, et qu'à partir du moment où ils accepteraient une autre forme d'intrusion de ma part dans leur vie professionnelle, cela se ferait de manière plus consentie qu'auparavant.

Il est compliqué de saisir l'impact que cet échange a eu sur eux ou de savoir s'il les a convaincus de la pertinence de ma démarche et si cela a accru leur intérêt. Néanmoins, j'ose espérer que les retours positifs que m'ont formulés le docteur Golay et le professeur Imhof, ainsi que leur invitation à poursuivre ma présentation en janvier 2011, étaient le signe que leur confiance était accrue et que cet échange n'a pu que jouer en ma faveur par rapport au regard du reste de l'équipe. Je suis donc sortie soulagée de cette matinée, avec la sensation d'avoir fait un pas en avant dans la construction du lien que j'avais tissé avec le DCPHM. Cela fut également un moment-clé dans le contact que je devais créer avec Eloi qui, à partir de ce jour-là, devint une sorte d'allié qui m'aida à mettre en place une étude de cas, dont il sera maintenant question<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> L'éventualité de faire des focus groups avait été discutée mais finalement je décidai, au vu de la richesse de mes données, de ne pas mettre en place ce dispositif.

<sup>8</sup> Ce qui est particulièrement intéressant sachant que j'avais vécu une interaction assez inconfortable avec Eloi lorsque j'étais venue filmer la première réunion : ayant été absent lors de mes semaines d'immersion et n'ayant donc pas suivi les démarches que j'avais entreprises jusque là, il m'avait demandé d'un air étonné si j'avais obtenu les autorisations nécessaires pour enregistrer ces informations confidentielles. Ce point clarifié, il avait tout de même voulu photocopier le formulaire de consentement que je lui demandais de signer pour en garder un exemplaire. Dès lors, et jusqu'à cette séance de restitution, je m'étais sentie très peu à l'aise avec lui.

### 2.4.3 L'étude de cas

L'étude de cas, qui fut la dernière étape de mon travail de terrain, se déroula de janvier 2011 à mars 2012. Mon but était d'approcher et d'étudier en profondeur une situation concrète de collaboration entre le DCPHM et une autre équipe. La sélection de cette situation est le fruit de plusieurs discussions avec différents professionnels du DCPHM, discussions au cours desquelles nous avons convenu du type de situations qu'il serait judicieux d'étudier, à savoir une situation de collaboration perçue comme suffisamment « harmonieuse » pour que chacun se sente à l'aise d'y participer, mais aussi plus prosaïquement pour que l'autre équipe concernée accepte ce contrat.

Cette première étape de sélection du cas fait donc partie intégrante de la construction de ce sous-corpus de données et est révélatrice du type de situations auxquelles les professionnels du DCPHM étaient disposés à me laisser accéder. Pour ma part, je trouvais également plus judicieux d'étudier une situation dans laquelle je ne me sentirais pas prise entre deux équipes en conflit et dont je pourrais rendre compte sans me heurter à des éléments trop délicats.

Il fut convenu dès lors que l'institution qui répondait le mieux à ces critères était le foyer « les Ficus »<sup>9</sup>, au sein duquel une équipe d'éducateurs était en contact avec le DCPHM pour le suivi de plusieurs patients, et cela depuis environ six ans. Eloi, qui intervenait pour un de ces suivis, me proposa de présenter brièvement mon projet à l'équipe d'éducateurs ainsi qu'aux parents de la patiente concernée, et j'obtins très vite l'accord des différents acteurs.

La deuxième étape fut de réaliser des entretiens avec le professeur Widmer et Eloi, afin d'obtenir des informations sur la situation que j'étudierais. Ils me parlèrent de la patiente, de son parcours, de ses parents, des professionnels du foyer qui la prennent en charge, du genre de relation qu'ils entretenaient avec ces derniers. Je réalisai alors qu'ils me présentaient cette situation comme une situation de collaboration idéale dont ils paraissaient particulièrement fiers. Je fus

---

<sup>9</sup> Nom fictif

séduite et passionnée par leur discours, ce qui m'amena à m'interroger sur ma position de chercheuse et les raisons de mes sentiments. Bien entendu, l'empathie me paraît essentielle pour comprendre le vécu de ces professionnels et pour adopter une attitude qui leur donne envie de se livrer le plus possible, mais elle risquait en l'occurrence de biaiser mon regard et de m'amener à adopter leur point de vue au détriment de celui des autres professionnels impliqués et que je n'avais pas encore eu l'occasion de rencontrer. Elle risquait aussi de développer en moi la crainte de trahir leur désir de me montrer le côté idéal et heureux de ce travail de collaboration. Cet épisode illustre une fois encore une difficulté à laquelle je me suis heurtée dès de mon entrée sur le terrain : avoir accès au travail de collaboration dans une arène professionnelle donnée nécessite l'établissement d'un contact privilégié avec une équipe de professionnels (notamment pour que je puisse accéder au travail d'autres équipes avec qui je n'aurai jamais l'occasion de créer des liens aussi étroits) et a pour conséquence de créer un lien de loyauté à cette équipe au détriment des autres.

Par la suite, je réalisai des enregistrements vidéos de deux types de réunions. La première réunion se déroula au DCPHM en présence du professeur Widmer, de Igor (infirmier du DCPHM) et des parents de la patiente que je rencontrai pour la première fois, mais avec qui je n'eus pas, à cet instant, l'occasion de discuter bien longtemps. La deuxième réunion, quant à elle, se déroula au foyer « les Ficus » en présence des parents de la patiente, de Eloi, seul représentant du DCPHM, ainsi que de deux éducateurs et d'une infirmière du foyer « les Ficus ». Là encore, m'étant rendue au foyer en voiture avec Eloi, j'eus surtout l'occasion de beaucoup discuter de la situation avec lui, mais, faute de temps je ne pus faire plus ample connaissance avec les autres professionnels. Le dernier enregistrement de réunion fut réalisé par Eloi, lors d'une séance du même type que la précédente, à laquelle je ne pus assister.

La dernière étape de la constitution de ce sous-corpus fut de réaliser des entretiens avec différents acteurs de cette situation de collaboration. Je les orientai en fonction de mes observations lors des réunions. Je réalisai le premier entretien avec Eloi, le deuxième avec Boris, éducateur au foyer « les Ficus », et le

dernier avec les parents de la patiente. Je n'entrerai pas ici dans le détail de ces entretiens, mais soulignerai un élément qui, une fois encore, concerne les liens de loyauté qui se créent inévitablement dans une telle situation. Je l'ai expliqué précédemment : cette collaboration avait été retenue pour une étude de cas parce qu'elle était perçue par les différents protagonistes comme une situation idéale. J'avais pu y accéder grâce à Eloi qui avait défendu mon projet auprès des professionnels du foyer « les Ficus » et auprès des parents de la patiente. Cette situation me mènera à être attentive au fait que, d'une part, elle pourrait orienter les interviewés vers un discours consensuel qui ne contredirait pas le discours partagé et mettrait en scène l'harmonie déclarée dans cette collaboration, d'autre part qu'elle pourrait les amener à me considérer plus comme une alliée du DCPHM qu'une chercheuse indépendante de tout parti pris.

## **2.5 Conclusion**

Rendre compte de cette expérience de terrain m'a donc menée à problématiser différents processus relationnels en jeu dans la construction de ma relation aux différents acteurs impliqués dans mon travail de recherche, de mon rapport personnel à ma position de chercheuse et de mes données.

J'ai ainsi expérimenté le fait que l'acceptation d'une chercheuse dans une équipe n'est jamais établie, mais constitue un processus continu dans lequel il s'agit de gagner la confiance des personnes concernées, de leur rendre régulièrement compte du travail accompli, ainsi que de s'exposer soi-même à leurs regards. C'est pourquoi il a fallu débiter mon terrain par une phase de prise de contact et d'immersion qui, même si elle ne consistait pas à recueillir des données, s'est avérée nécessaire pour créer une relation de confiance avec les professionnels du DCPHM. C'est pourquoi aussi j'ai décidé d'animer une séance de restitution de mes observations avant même d'avoir des résultats, ce qui m'a permis de créer de nouvelles alliances.

De la même manière, se sentir légitimée dans sa position d'observatrice n'est pas une chose qui va de soi. Elle demande au contraire qu'un équilibre soit trouvé entre ce que l'on prend et ce que l'on donne. En effet, j'ai souvent oscillé entre le

sentiment d'être acceptée par l'équipe et, partant, d'en être la complice, et celui d'être une parfaite étrangère qui n'y avait pas sa place, sans bien réussir à saisir si ce sentiment était dû aux comportements des autres ou à mes craintes personnelles. Toujours est-il que d'être confrontée à des personnes qui me laissent observer leur travail ou être témoin de moments sensibles de leur vie était loin d'être neutre à mes yeux, d'où la nécessité encore une fois de leur donner quelque chose en retour.

J'aimerais encore mentionner ici le fait que différents événements ponctuels et extérieurs à mon terrain sont venus enrichir cette dynamique de don et de contre-don entre le DCPHM et moi-même. Le premier de ces événements était une journée de conférences sur le thème du handicap mental organisée par le DCPHM à laquelle j'ai assisté. Bien que cela puisse paraître banal, je trouvais très intéressant de me trouver avec l'équipe sur le site de Cery dans un rapport autre de celui de la prise de données et ainsi de leur témoigner mon intérêt pour leur travail d'une manière différente qu'en m'introduisant dans leur quotidien. Quelques mois plus tard, la professeure Michèle Grossen et moi-même avons organisé une journée d'étude à l'Université de Lausanne sur le thème de la collaboration pluridisciplinaire à laquelle nous avons invité le docteur Golay en qualité d'intervenant. J'y ai moi-même fait une présentation de quelques analyses de mes données et deux éducateurs du DCPHM sont venus assister à la journée. Cette journée d'étude a été une belle occasion d'échanges dans un contexte inhabituel et une manière de leur montrer que l'accès à leur terrain avait eu des répercussions sur la dynamique et la réflexion en cours à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne. Par la suite, j'ai eu l'honneur d'être invitée au week-end de retraite du DCPHM. Je n'étais malheureusement pas disponible pour y participer, mais ai ressenti une intense satisfaction face à ce témoignage de confiance et d'amitié.

Le travail de terrain est donc un travail de négociation et d'ajustements permanents. Il relève d'enjeux de collaboration qui orientent non seulement la manière de se positionner, construire son rôle et construire des relations, mais également la manière de constituer un corpus de données. Ce chapitre a permis un

retour réflexif sur la manière dont les données ont été sélectionnées et construites dans un tel contexte et a montré comment différents acteurs ont géré le rôle de portier dans l'orientation de la construction de mon corpus. Ils m'ont certes ouvert la voie vers différentes situations du terrain, ce qui a été une source de stimulation, mais ils ont également agi comme des filtres en m'orientant vers certains aspects du travail de collaboration qu'ils avaient choisis de me montrer.



### **3 CHAPITRE 3 : LE DISPOSITIF DE COLLABORATION PSYCHIATRIE HANDICAP MENTAL (DCPHM) : HISTOIRE ET ORGANISATION**

Ce chapitre a pour but de présenter mon terrain de recherche au moment de la construction du corpus de données, à savoir entre septembre 2009 et mars 2012. Il est structuré en deux parties.

La première partie (point 3.1) décrit le contexte dans lequel s'inscrit le Dispositif de Collaboration Psychiatrie Handicap Mental (DCPHM) et la manière dont il est organisé. Pour ce faire, je m'appuierai sur des informations recueillies sur le site internet du CHUV, sur des textes rédigés par des membres de l'équipe (Grasset et al., 2008), sur des discussions que j'ai eues avec ces derniers, ainsi que sur mes observations.

La seconde partie (point 3.2) consiste en une analyse de documents officiels produits par les membres du DCPHM et visant à présenter l'équipe et ses prestations à d'autres acteurs de l'arène. Complément de la première partie, elle permet de saisir la manière dont les professionnels se représentent et se présentent à l'extérieur au travers de supports écrits.

**Mon hypothèse est que rédiger ce type de document ne consiste pas qu'à décrire et informer, mais à construire un objet de travail, un positionnement et une identité d'équipe.**

#### **3.1 Le DCPHM : contexte et organisation**

La première partie de ce chapitre rend compte de différentes dimensions en jeu dans le travail des professionnels du DCPHM. Mon point de départ sera la création du DCPHM, en expliquant les changements intervenus dans la prise en charge des personnes en situation de handicap depuis les années quatre-vingt (point 3.1.1). Puis, je décrirai plus en détail l'arène professionnelle dont il est question dans cette recherche (point 3.1.2), avant de me recentrer sur la mission du DCPHM et

de donner quelques exemples d'interventions auxquelles participent quotidiennement les professionnels du dispositif (point 3.1.4). Pour finir, je me pencherai plus spécifiquement sur l'organisation interne de l'équipe (point 3.1.3).

### **3.1.1 Handicap mental et psychiatrie : histoire d'une collaboration**

Une première particularité du travail du DCPHM est que ce dernier intervient dans des prises en charge de personnes présentant à la fois un handicap mental et un handicap psychique (ou trouble psychique / psychiatrique). Dans les années septante, l'accueil à long terme de personnes handicapées mentales dans des hôpitaux psychiatriques est remis en cause par le système psychiatrique vaudois ainsi que par les associations de parents de personnes handicapées mentales (Grasset et al., 2008). Les unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge du handicap mental sont fermées et un nombre considérable d'établissements socio-éducatifs (tels que des foyers de résidence) voient le jour. Dès les années quatre-vingt, les associations se plaignent du manque d'intérêt de la psychiatrie pour le domaine du handicap mental ainsi que du manque de recherches scientifiques sur le sujet. De leur côté, les établissements socio-éducatifs se plaignent de la faible collaboration qu'ils entretiennent avec le domaine de la psychiatrie. Entre 1990 et 2002, différents groupes de réflexion et divers groupes de consultants sont créés par les Hospices Cantonaux et le Service de Prévoyance et d'Aide Sociale (SPAS) afin de pallier les difficultés dues à la séparation des compétences socio-éducatives et psychiatriques engendrées par la restructuration hospitalière des trois dernières décennies. Cela aboutira en 2002 à la création du DCPHM, dans l'Unité de Réhabilitation du Département de psychiatrie du CHUV. En 2006, l'équipe sera renforcée et deviendra une unité distincte.

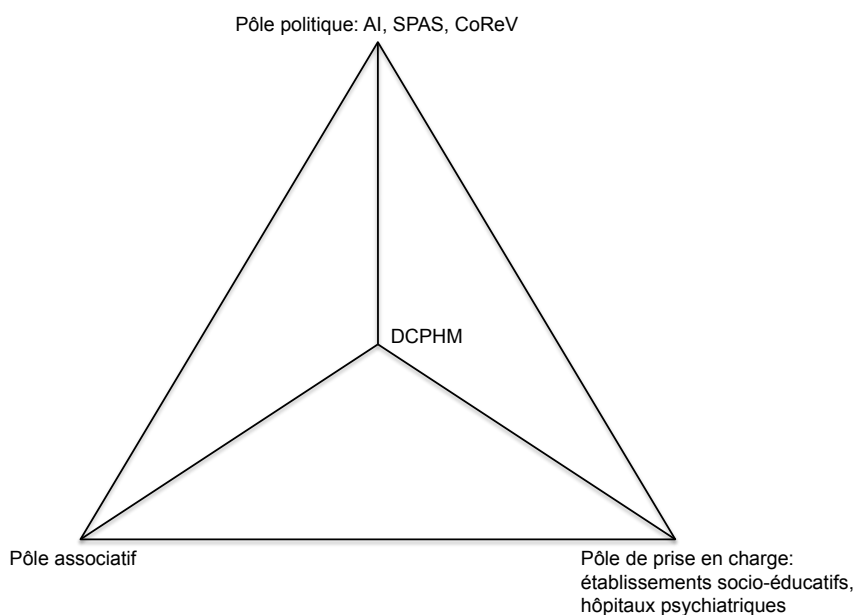
### **3.1.2 Le partage d'une arène professionnelle**

En tant qu'équipe mobile, les professionnels du DCPHM se déplacent dans différentes institutions prenant en charge des adultes en situation de handicap mental ou psychique, par exemple des ateliers protégés, des foyers pour personnes toxicodépendantes, des secteurs psychiatriques ou encore des lieux de vie, et cela sur l'ensemble du canton de Vaud. Ces institutions ont des références

théoriques, des cultures et des traditions très variables (anthroposophique, psychodynamique, etc.). Les situations pour lesquelles le DCPHM est sollicité vont de l'intervention de crise à la supervision préventive. Il peut également s'agir d'aider une équipe à organiser une transition d'un de ses patients dans un autre établissement médical ou socio-éducatif, de faire un bilan cognitif ou encore une thérapie. L'action peut donc être dirigée aussi bien sur les patients que sur les professionnels. Le nombre de personnes présentes lors des interventions peut, lui, aussi considérablement varier, tant du côté du DCPHM (en général d'une à trois personnes) que du côté de l'équipe qui le sollicite. Ainsi, le DCPHM peut se faire accueillir par un éducateur ou par un réseau de 25 personnes en fonction de la situation. De plus, les réunions ne se font pas toujours entre deux équipes puisqu'il peut arriver que se retrouvent autour de la même table le patient, son psychiatre, l'équipe du DCPHM, l'équipe de soignants prenant en charge le patient et une équipe qui assurera son prochain lieu de vie.

Afin de donner une idée plus claire des différentes institutions et acteurs impliqués dans l'arène professionnelle de la prise en charge des personnes présentant un handicap mental et un handicap psychique, la Figure 1 illustre les trois pôles par rapport auxquels peuvent être situés les acteurs impliqués dans le suivi des patients et pour lesquels le DCPHM a pour mission de créer des liens de collaborations.

Figure 1: Acteurs impliqués



Le pôle associatif est composé des associations de défense des personnes handicapées suivantes<sup>10</sup> :

- Pro Infirmis
- Solidarité Handicap Mental
- Insieme

Le pôle politique est composé des organes suivants :

- AI : assurance invalidité
- SPAS : service de prévoyance et d'aide sociales (département de la santé et de l'action sociale de l'État de Vaud)
- CoRev : Comité de révision des mesures de contraintes, composé par le médecin cantonal, des représentants d'associations de défense des personnes handicapées, des représentants d'institutions, du DCPHM et du SPAS.

---

<sup>10</sup> Ces associations sont en grande partie financées par l'Etat par le biais de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

Le pôle de prise en charge est composé de :

- Quatre hôpitaux psychiatriques : Nant, Cery, Prangins et le Centre Psychiatrique Nord Vaudois (CPNVD)
- Onze établissements socio-éducatifs
- Cinq ateliers protégés
- Trois établissements accueillant des personnes polyhandicapées.

Cette liste n'est pas exhaustive. Elle répertorie les organisations mentionnées lors de mes échanges avec les professionnels du DCPHM ou lors des réunions d'équipe.

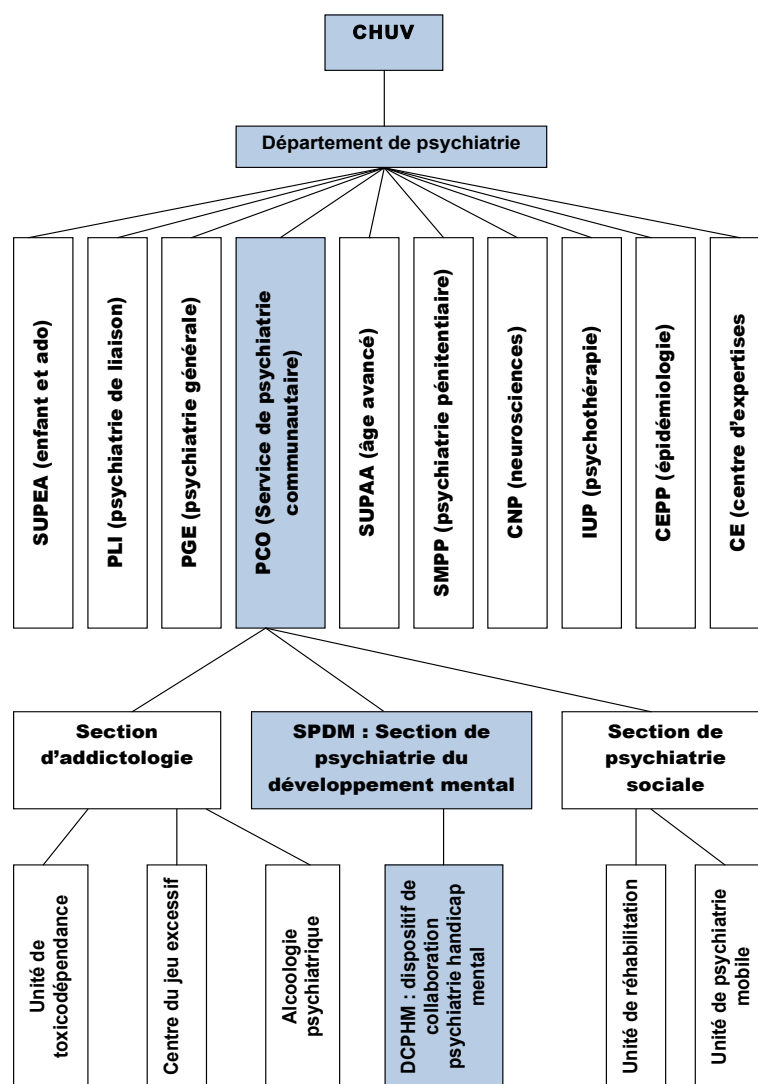
### **3.1.3 Organisation du dispositif**

Comme indiqué sur la Figure 2, le DCPHM fait partie du Département de psychiatrie du CHUV. Plus précisément, il est rattaché à la section de psychiatrie du développement mental, elle-même rattachée au Service de Psychiatrie Communautaire<sup>11</sup>. Cette description concerne la situation de l'équipe au moment de mon immersion sur le terrain, à une époque où de nombreux projets d'élargissement du dispositif étaient en cours. Elle n'est donc plus d'actualité sur certains aspects, mais correspond au contexte dans lequel a été construit mon corpus de données.

---

<sup>11</sup> [http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp\\_home/fiches-psychiatrie\\_details.htm?fiche\\_id=374&language=1](http://www.chuv.ch/psychiatrie/dp_home/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=374&language=1)

Figure 2: Situation du DCPHM dans l'organisation du CHUV



Les professionnels de l'équipe que j'ai côtoyés lors de mon immersion sur le terrain sont au nombre de dix-huit. Cela ne signifie pas pour autant que ces dix-huit personnes ont travaillé simultanément: certains n'ont été présents que quelques mois en tant que remplaçants lors de congés maternité, d'autres se sont succédés (les médecins assistants et les médecins chefs de clinique par exemple ). Il sont issus de quatre univers professionnels différents : l'univers psychologique (deux psychologues cliniciennes et une psychologue cheffe de projet de recherche), médico-soignant (deux infirmiers cliniciens, une infirmière clinicienne, un médecin assistant, une médecin-assistante, trois médecins chefs de clinique et un médecin chef d'équipe), socio-éducatif (un éducateur spécialisé et une éducatrice spécialisée) et administratif (une secrétaire et un responsable de

l'informatique et de la logistique). La formation professionnelle de ces différents membres ajoute une complexité supplémentaire puisqu'elle s'ancre sur trois approches théoriques différentes : les approches psychodynamique, cognitivocomportementale et systémique. A ces seize professionnels, j'ai ajouté deux personnes n'étant pas membres de l'équipe en tant que tels, mais étant présentes dans certaines des réunions de par leur fonction : le médecin cadre responsable d'unité ayant pris sa retraite au moment où je commençai à filmer les réunions d'équipe et un médecin chef de service. Il est en effet important de préciser qu'entre 2009 et 2012 s'est déroulée une longue période de passage de témoin entre le médecin cadre responsable de d'unité ayant participé à la création du dispositif et le médecin cadre responsable d'unité actuellement en fonction, qui héritait donc d'une vision du DCPHM qu'il n'avait pas concouru à créer. Le Tableau 2 présente la liste des pseudonymes et des fonctions des membres du DCPHM :

*Tableau 2: Liste des pseudonymes et des fonctions des membres du DCPHM*

| <b>Pseudonyme</b> | <b>Fonction</b>                           |
|-------------------|---|
| Eloi              | Educateur spécialisé                      |
| Elisa             | Educatrice spécialisée                    |
| Ianis             | Infirmier clinicien                       |
| Ilan              | Infirmier clinicien                       |
| Inès              | Infirmière clinicienne                    |
| Maurice           | Médecin assistant                         |
| Maeva             | Médecin assistante                        |
| Maxime Widmer     | Médecin cadre responsable d'unité         |
| Manu Golay        | Médecin cadre responsable d'unité         |
| Marc              | Médecin chef de clinique                  |
| Mateo             | Médecin chef de clinique                  |
| Malo              | Médecin chef de clinique                  |
| Martin Imhof      | Médecin chef de service                   |
| Prisca            | Psychologue clinicienne                   |
| Pauline           | Psychologue clinicienne                   |
| Piera             | Psychologue cheffe de projet de recherche |
|                   | Responsable informatique et logistique    |
|                   | Secrétaire                                |

Tous les membres ne sont pas désignés par leur nom de famille lors des réunions, raison pour laquelle la plupart des pseudonymes ne comportent qu'un prénom. Le responsable informatique et logistique ainsi que la secrétaire ne participant pas aux réunions enregistrées, je ne leur ai pas attribué de pseudonyme. Pour des raisons d'anonymat, je préfère ne pas mentionner l'orientation théorique de chacune de ces personnes.

La coordination des activités se réalise sur le plan formel au travers de trois types de réunions hebdomadaires. Le lundi, un colloque clinique est organisé, dans lequel l'équipe fait le point sur les dossiers en cours, récapitule les cas pour lesquels elle intervient ou devra le faire. C'est parfois à ce moment que les nouvelles « situations »<sup>12</sup> sont réparties entre les membres de l'équipe, bien que la plupart du temps la répartition se fasse en fonction des aléas du quotidien et des disponibilités de chacun. Le mercredi matin a lieu la réunion « Présentation de cas » en alternance avec la réunion « Séminaire ». Dans la première, il s'agit de laisser la parole à des membres de l'équipe qui souhaitent présenter une situation leur posant ou leur ayant posé problème, et ainsi de réfléchir collectivement à des pistes susceptibles de la résoudre. La seconde réunion consiste, quant à elle, en un enseignement donné par diverses personnes sur des thèmes relatifs au handicap mental, à la psychiatrie, ou à la gestion de situations de travail en général. Pour finir, le vendredi matin a lieu le « Colloque de gestion » en présence du responsable de la logistique et de l'informatique. Cet espace est utilisé pour régler différentes questions concernant l'organisation du travail clinique et de recherche. Tout le monde n'est pas nécessairement présent lors de ces différentes réunions, les interventions de terrain étant prioritaires.

### **3.1.4 La mission du Dispositif de Collaboration Psychiatrie Handicap Mental (DCPHM)**

Le DCPHM est donc né en 2002 d'une volonté de coordonner les compétences professionnelles et les ressources du domaine socio-éducatif avec celles du

---

<sup>12</sup> Je reprends ici le terme « situation » utilisé par l'équipe pour parler de nouveaux suivis de patients.



domaine psychiatrique. Ses missions principales sont de favoriser et faciliter la collaboration entre les établissements socio-éducatifs, les hôpitaux psychiatriques dans le canton de Vaud, les associations de parents et les familles (à domicile, à l'hôpital, en foyer ou au DCPHM), de favoriser l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes handicapées mentales qui en auraient besoin, d'apporter des compétences psychiatriques dans les lieux de vie, et ce dans le but d'éviter les hospitalisations<sup>13</sup>. Il a également pour but de développer la recherche et l'enseignement des problèmes liés au handicap mental et d'apporter conseil et du soutien aux équipes en situation de crise. De plus, les responsables du dispositif ont mis en place un projet visant à créer et financer une unité psychiatrique hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental.

Le Tableau 3 présente un résumé des observations exploratoires que j'ai menées en septembre et octobre 2009 au DCPHM et illustre (sans être représentatif) la diversité des interventions dans lesquelles les professionnels de l'équipe sont impliqués.

*Tableau 3: Résumé des observations exploratoires*

| <b>Date</b> | <b>Lieu<sup>14</sup></b> | <b>Résumé de l'intervention</b>   | <b>Personnes présentes</b>  |
|-------------|--------------------------|---|---|
| 28.09.09    | Fondation A              | Le médecin de la fondation a contacté le DCPHM afin d'avoir une discussion en réseau concernant une jeune femme polytoxicomane présentant un retard mental léger, et vivant une période de crise.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologue DCPHM</li> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Psychologue Fondation A.</li> <li>- Médecin Fondation A.</li> <li>- Assistante sociale</li> <li>- Directeur Fondation A.</li> <li>- Patiente</li> </ul> |
| 28.09.09    | Foyer Les Cassis         | Une adolescente lourdement handicapée va se faire hospitaliser dans une structure psychiatrique avant d'intégrer un nouveau foyer. Le DCPHM aide l'équipe éducative du foyer à gérer cette transition, et fait le lien avec l'équipe de soignants de la structure | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmière DCPHM</li> <li>- Educateur foyer</li> </ul>   |

<sup>13</sup> Suite à la révision en 2006 par le Grand Conseil du Canton de Vaud de la Loi sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes Handicapées (LAIH) en lien avec les mesures de contention, on assiste à une sur sollicitation des hôpitaux psychiatriques du canton.

<sup>14</sup> Les noms de institutions ont été anonymisés à l'exception du Dcphm

|          |                          |  |   |
|----------|--------------------------|--|---|
|          |                          | psychiatrique  |   |
| 29.09.09 | Foyer Les lézards        | Un résident souffrant de la chorée de Huntington veut être hospitalisé dans une structure psychiatrique. Le DCPHM assure la liaison.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier DCPHM</li> <li>- Médecin-assistante DCPHM</li> <li>- Patient</li> <li>- (Infirmier du foyer dans un second temps)</li> </ul>                                   |
| 29.09.09 | Un atelier protégé       | Un résident a violemment agressé plusieurs éducateurs ce qui suscite la crainte de l'équipe. Cette dernière contacte donc le DCPHM afin de leur demander de l'aide pour trouver une solution.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier DCPHM</li> <li>- Médecin-assistante DCPHM</li> <li>- Équipe des éducateurs et des maîtres socioprofessionnels</li> <li>- Directeur de l'institution</li> </ul> |
| 29.09.09 | Un service psychiatrique | Un homme toxicomane et alcoolique a entrepris des démarches pour partir vivre et travailler au foyer La Mangouste. Le DCPHM assure la liaison.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologue DCPHM</li> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Équipe de soignants du service d'alcoologie</li> <li>- Le patient dans un second temps</li> </ul>               |
| 30.09.09 | Foyer La Musaraigne      | Un jeune homme souffrant d'un handicap mental pose beaucoup de questions sur son traitement, semble très préoccupé par son état. Les intervenants du DCPHM définissent avec lui un travail thérapeutique sur un an.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier DCPHM</li> <li>- Médecin assistante DCPHM</li> <li>- Patient</li> <li>- Éducateur les 10 premières minutes</li> </ul>  |
| 30.09.09 | Un service psychiatrique | Restitution d'un bilan cognitif fait par une psychologue du DCPHM. Suite à cela, les professionnels présents définissent un programme que le patient devra suivre.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologue DCPHM</li> <li>- Psychiatre du service psychiatrique</li> <li>- Patient dans un second temps</li> </ul>  |
| 30.09.09 | Un service psychiatrique | Une jeune femme du Foyer Les Cassis va être accueillie dans une institution psychiatrique pour une transition avant de s'installer dans un autre foyer. L'équipe du DCPHM aide l'équipe de l'institution psychiatrique à assurer cette transition, leur donne des informations et les rassure. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin-chef DCPHM</li> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Infirmière DCPHM</li> <li>- Équipe de soignants</li> <li>- (représentant du Foyer Les Cassis?)</li> </ul>      |
| 08.10.09 | Une unité psychiatrique  | Une psychologue du DCPHM restitue un bilan cognitif pour une femme avec un léger retard mental. Cette dernière, suite à la naissance de son enfant, a vu son autonomie se dégrader, et a donc été réorientée vers des ateliers protégés.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologue DCPHM</li> <li>- Ergothérapeute de l'unité psychiatrique</li> <li>- Patiente (appelée « usagère »)</li> </ul>  |

|          |                          |  |  |
|----------|--------------------------|--|--|
| 08.10.09 | Foyer La Mangouste       | Entretien de soutien du psychiatre du DCPHM auprès d'une femme présentant des problèmes émotifs  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Éducateur du foyer</li> <li>- Patiente</li> </ul>   |
| 08.10.09 | Foyer Le Mimosa          | Bilan avec un résident   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Patient</li> </ul>  |
| 09.10.09 | Un service psychiatrique | Une jeune femme du Foyer Les Cassis va être accueillie dans un hôpital psychiatrique pour une transition avant de s'installer dans un autre foyer. L'équipe du DCPHM aide l'équipe de l'hôpital à assurer cette transition, leur donne des informations et les rassure quant à leurs appréhensions face à la patiente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmière DCPHM</li> <li>- Éducatrice du foyer</li> <li>- Aide-soignante</li> </ul>  |
| 09.10.09 | Foyer La Mangouste       | Réseau de 16 personnes pour préparer l'arrivée d'un patient. Les professionnels doivent discuter du problème des fugues, comment les gérer. Il semble qu'il y ait différents malentendus à régler entre les différentes équipes (va-t-il être intégré dans le lieu de vie ou juste dans les ateliers protégés ?)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologue DCPHM</li> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Directeur du foyer</li> <li>- Équipe éducative du foyer</li> <li>- Médecin stagiaire d'une institution psychiatrique</li> <li>- Psychiatre externe suivant le patient</li> </ul> |
| 09.10.09 | Foyer psychiatrique      | Le foyer psychiatrique a fait appel au DCPHM pour effectuer un bilan cognitif d'une jeune femme. Discussion sur l'évolution de la patiente, discussion du bilan cognitif   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologue DCPHM</li> <li>- Psychiatre DCPHM</li> <li>- Deux psychologues du foyer</li> <li>- Infirmière du foyer</li> </ul>   |

Le nombre de professionnels présents lors d'une intervention peut considérablement varier, tant du côté du DCPHM (entre 1 à 3 personnes) que du côté de l'équipe qui fait appel à eux (l'équipe peut se faire accueillir par un éducateur ou par un réseau de 25 personnes).

### **3.2 Analyse de documents officiels : présentation, organisation et planification**

Cette première description du contexte du terrain de recherche souligne une interaction très complexe entre les caractéristiques des patients concernés, l'histoire de leur prise en charge, la création et l'évolution du DCPHM. Dans l'arène du handicap mental et de la psychiatrie se rencontrent une multitude

d'intervenants aux compétences et ancrages diversifiés, arène dans laquelle les professionnels du DCPHM doivent s'organiser et planifier leur action.

Je questionnerai ici la manière dont l'équipe se présente, organise et planifie son action au travers de supports écrits. J'ai donc récolté différents documents rédigés par des représentants du DCPHM adressés à différents acteurs. Le Tableau 4 fournit la liste de ces documents :

*Tableau 4: Liste des documents analysés*

| <b>Titre</b>  | <b>Type de document</b> | <b>Destinataire</b>  | <b>Longueur</b> |
|---|-------------------------|--|-----------------|
| Document à l'intention du directeur administratif du DP CHUV                    | Texte                   | Directeur administratif du Département de psychiatrie du CHUV  | 10 pages        |
| DCPHM, équipe mobile du dispositif de collaboration psychiatrie handicap mental | Dépliant                | Familles de personnes en situation de handicap mental et aux professionnels de la santé et du social | 6 feuillets     |
| Handicap Mental et psychiatrie: de la compréhension à l'intervention            | Présentation PowerPoint | Un établissement socio-éducatif  | 75 diapositives |

Ils visent tous à présenter l'équipe, en définissant sa mission et ses prestations. Le premier est un texte destiné au directeur administratif du Département de psychiatrie du CHUV (point 3.2.1). Le deuxième est un dépliant destiné aux familles de personnes en situation de handicap mental et aux professionnels de la santé et du social (point 3.2.2). Le dernier est une présentation PowerPoint utilisée pour présenter l'équipe dans un établissement socio-éducatif (point 3.2.3). Tous ces documents m'ont été fournis par des membres du DCPHM au moment de mon immersion sur le terrain entre 2009 et 2012. Ils reflètent donc des préoccupations de l'équipe à cette époque.

Ces documents laissent des traces et produisent un discours construit qui diffère de ce qui est dit oralement par les différents professionnels. Ainsi, à la différence des chapitres suivants qui présenteront des analyses du discours oral, je propose ici de questionner les traces écrites, tant au niveau de leur fond que de leur forme.

Ce sous-chapitre sera guidé par la question suivante : *En quoi ces documents nous renseignent-ils sur la manière dont l'équipe se présente et l'image qu'elle souhaite montrer d'elle? Qu'est-ce que cela nous apprend sur la manière dont elle construit son identité et sa place dans l'arène professionnelle ?*

Je procéderai ainsi à une lecture de chacun de ces documents en tentant de répondre à différentes questions :

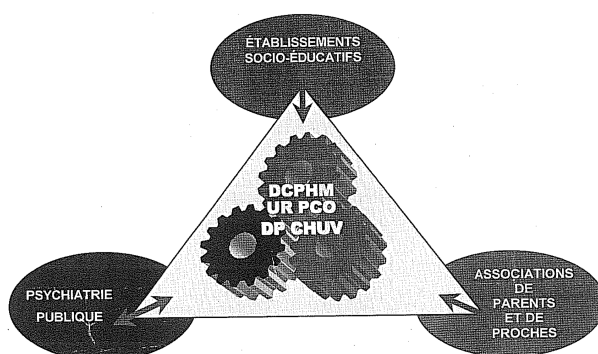
- À qui s'adresse-t-il ?
- Quel en est le contenu ? (Quels problèmes, préoccupations et questions soulève-t-il ?)
- Sous quelle forme ces problèmes, préoccupations et questions sont-ils soulevés ? (Par exemple, quel est le genre discursif employé, sont-ils illustrés et résumés par des schémas, des graphiques ou des tableaux ?)

### **3.2.1 « Document à l'intention du directeur administratif du DP CHUV »**

Ce document a été créé par le responsable du DCPHM en août 2006, et, comme mentionné précédemment, il est destiné au directeur administratif du Département de psychiatrie du CHUV (voir Annexe 2 : documents officiels du chapitre 3).

La couverture de ce document est illustrée par un schéma (Figure 3) montrant la manière dont le DCPHM se situe comme étant au centre du travail de collaboration entre les différents acteurs qui prennent en charge des personnes handicapées mentales souffrant de troubles psychiatriques : au cœur de l'arène, il se présente donc métaphoriquement comme le rouage permettant la coordination entre les différentes sphères d'activités.

Figure 3 : Reproduction du schéma illustrant le « Document à l'intention du directeur administratif du CHUV »



Il est intéressant de soulever ici que le DCPHM, qui fait partie de la psychiatrie publique, est présenté dans ce schéma comme situé en dehors de cette dernière, mais au centre de l'arène professionnelle. Il véhicule ainsi l'idée que le travail d'articulation va de pair avec une position centrale

La Figure 4 est une reproduction du sommaire de ce document. Le titre indique qu'il s'agit d'un état des lieux de la prise en charge des personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiatriques dans le canton de Vaud. Cependant, on constate à la lecture des différents titres que le document part d'un exposé historique de la situation pour aboutir à la formulation de problèmes et enfin à des propositions de résolution.

Figure 4 : Reproduction du sommaire du « Document à l'intention du Directeur administratif du DP CHUV »

| ETAT DES LIEUX (août 2006) |  | page |
|----------------------------|--|------|
| <b>Sommaire</b>            |  |      |
| I.                         | Historique aboutissant à la création du DCPHM      | 2    |
| II.                        | Renforcement du DCPHM en 2006                      | 4    |
| III.                       | Mission du DCPHM renforcé                          | 4    |
| IV.                        | Organigramme et fonctions du DCPHM renforcé        | 5    |
| V.                         | Difficultés rencontrées dans la situation actuelle | 6    |
| VI.                        | Problèmes à résoudre                               | 8    |
| VII.                       | Proposition de solutions                           | 9    |

Document établi à l'intention du Directeur administratif du DP CHUV par [REDACTÉ]  
 médecin-chef de l'Unité de réhabilitation (PCO DP CHUV), responsable du DCPHM,  
 15 août 2006

Si les points II, III et IV offrent des éléments factuels sur le DCPHM (de quels professionnels est composé le dispositif, quelles en sont les missions, comment

son organisation est-elle structurée), les points I, V, VI et VII présentent de manière plus complexe son ancrage historique, ses difficultés et les projections qu'en font les responsables vers l'avenir. Ce sont donc ces quatre points que je vais développer.

### 3.2.1.1 Point I : les six étapes historiques clés et les acteurs associés à ces étapes

Le déroulement historique ayant conduit à la création du DCPHM est rapporté dans un récit indiquant des dates clés, différents acteurs et des actions entreprises par ces derniers. Le Tableau 5 offre un aperçu chronologique de la manière dont sont rapportés ces différents éléments :

Tableau 5 : Résumé du récit de l'histoire de la création du DCPHM

| Date      | Acteur   | Action  |
|-----------|--|---|
| Années 80 | La psychiatrie   | <b>remet en question</b> l'accueil des personnes « souffrant d'un handicap mental grave » à l'hôpital   |
|           | Les associations de parents  | <b>remettent en question</b> l'accueil des personnes « souffrant d'un handicap mental grave » à l'hôpital   |
|           | Service de la Santé Publique   | <b>ferme</b> les unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge des personnes en situation de handicap mental  |
|           | Les éducateurs   | <b>quittent</b> l'hôpital de Cery   |
| Années 90 | Les associations de parents  | <b>se plaignent</b> du « désintérêt de la psychiatrie » pour le domaine du handicap mental et du manque de recherche à ce sujet.                                  |
|           | Les établissements socio-éducatifs   | <b>se plaignent</b> du manque de collaboration de la psychiatrie publique   |
|           | La direction des institutions psychiatriques des Hospices Cantonaux  | <b>prend des mesures</b> pour résoudre les lacunes en collaboration   |
|           | Le Service de prévoyance et d'aide sociale   | <b>prend des mesures</b> pour résoudre les lacunes en collaboration   |
| 1990-2000 | Le « groupe de référence » (composé de professionnels des milieux socio-éducatifs et psychiatriques, et d'associations de parents) | <b>établit</b> une charte stipulant que chaque secteur psychiatrique doit avoir un groupe consultant interdisciplinaire : psychiatrie publique – handicap mental. |

La première colonne montre que dans le récit que fournit le document de l'histoire de la création du dispositif, on distingue trois grandes périodes : les années quatre-vingt, les années nonante et la période 1990-2000. Dans la deuxième colonne, on constate que les acteurs mentionnés sont variés et incluent la « psychiatrie », les associations de parents, le « service de la santé publique, les « éducateurs », les établissements socio-éducatifs, la direction des institutions psychiatriques des Hospices Cantonaux, le service de prévoyance de l'aide sociale et le « groupe de référence ». La troisième colonne indique le type d'actions que ces différents acteurs entreprennent.

Ce résumé permet ainsi de montrer que ces actions consistent à remettre en question et se plaindre de la situation de prise en charge à l'œuvre dans le canton, puis de « prendre des mesures », et ainsi de construire le besoin d'une nouvelle structure de prise en charge. Cela mènera à la création du DCPHM en 2002 et à son renforcement en 2006.

### *3.2.1.2 Point V : Les difficultés rencontrées / Point VI : Les problèmes à résoudre*

Les difficultés rencontrées dans les pratiques professionnelles des membres de l'équipe sont présentées dans le point V du document comme découlant de l'introduction d'un nouveau règlement sur les mesures de contrainte : les établissements socio-éducatifs n'ayant plus le droit de recourir à des mesures de contrainte sur les résidents et n'ayant pas les moyens de gérer des situations de crises (dus par exemples à des troubles du comportement de leurs patients), on assiste à une sursollicitation des hôpitaux psychiatriques. Dans ce contexte, les membres du DCPHM sont beaucoup demandés pour ces questions d'hospitalisation, au détriment de leurs autres missions. Et l'auteur du document de conclure : « En d'autres termes, ce sont les fonctions cliniques du DCPHM sur le plan de la psychiatrie communautaire de même que ses fonctions universitaires qui sont compromises » (p. 7).

Le point VI résume les problèmes identifiés au point V :

- Une « surcharge des hôpitaux psychiatriques par des hospitalisations trop longues et inappropriées ».



- Une « carence d'équipement et de personnel spécialisé dans le domaine du handicap mental dans les hôpitaux psychiatriques ».
- Une « carence de moyens suffisamment adaptés aux troubles psychiques et aux troubles du comportement inhérents à l'arriération mentale grave dans les établissements socio-éducatifs ».

C'est donc un exposé sous forme de relations de causes à effets qui est proposé, exposé qui aboutit à la conclusion que le DCPHM manque de ressources humaines pour répondre aux différentes missions qui lui incombent. Ce manque de ressources construit une figure bien particulière du DCPHM: une équipe subissant des menaces de l'extérieur, et dont l'objet central (le handicap mental et la psychiatrie) n'est pas suffisamment reconnu par les autres.

### *3.2.1.3 Point VII : Des propositions de solutions*

Le point VII constitue la conclusion du document : les problèmes et difficultés rencontrés par l'équipe ayant été formulés, l'auteur du document propose différentes solutions toutes en lien avec les possibilités d'hospitalisation des personnes en situation de handicap mental.

- Développer des pôles de compétence hospitalière pour accueillir les personnes handicapées mentales dans les quatre secteurs psychiatriques du canton.
- Développer les compétences de gestion des troubles majeurs de la communication et du comportement dans les établissements socio-éducatifs.
- Développer les compétences de gestion des personnes en situation de handicap mental en milieu hospitalier.
- Créer une unité hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental.

Le document se termine par un tableau (Figure 5) définissant les priorités du développement de ces projets.

Figure 5 : Projets et priorités. P. 10 du « Document à l'intention du Directeur administratif du DP CHUV »

| TYPE DE PROJET  | IMPORTANCE          | DEGRE D'URGENCE    | FAISABILITE  |
|---|---------------------|--------------------|--|
| Pôles de compétence hospitalière HM sévère  | Grande              | Elevé              | Moyenne à difficile en fonction des contraintes budgétaires, structurelles et architecturales des HP concernés |
| Pôles de compétence socio-éducative HM sévère dans les établissements spécialisés | Grande              | Elevé              | Dépend des ESE   |
| Pool d'éducateurs spécialisés mobilisables en milieu hospitalier                  | <u>Très grande*</u> | <u>Très élevé*</u> | Dépend du SPAS   |
| Unité psychiatrique hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental   | Grande              | Moyen              | Dépend de la conceptualisation et de l'étude du projet ainsi que des possibilités de son financement           |

\* Pour toutes les raisons évoquées dans ce qui précède le besoin de soutien socio-éducatif spécialisé est impérieux en milieu hospitalier dans la situation actuelle.

À l'exception de la création d'une « unité hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental », tous les projets sont définis comme répondant à un degré d'urgence élevé, voire très élevé.

Ainsi, ce document présenté comme un « état des lieux » consiste clairement en une prise de position sur les besoins ressentis par l'équipe et les solutions à mettre en place. Les difficultés et problèmes ne sont pas énoncés en premier lieu : ils sont introduits par un récit historique visant à légitimer la place du DCPHM dans les champs psychiatrique et socio-éducatif. L'indication de dates clés, d'acteurs multiples (familles, professionnels, organes de politiques sociales) fonctionnent comme des arguments au service de la mise en place de leurs projets.

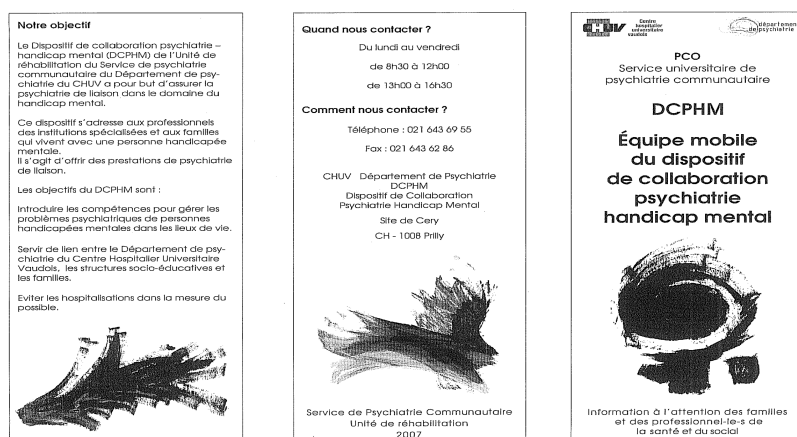
Se présenter comme une équipe située au centre de l'arène professionnelle permet de légitimer ces revendications.

### 3.2.2 Document « Information à l'intention des familles et des professionnel.le.s de la santé et du social »

Ce document est un dépliant destiné à informer les professionnels de la santé et du social ainsi que les familles de personnes handicapées mentales des prestations du DCPHM. Ce dépliant consiste en une feuille A4 recto verso, pliée. Il comprend six feuillets et est structuré de la manière suivante :

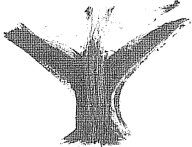
- Le premier feuillet (Figure 6) comporte le titre du document, les logos du CHUV et du Département de psychiatrie.
- Le deuxième feuillet (Figure 6) donne un aperçu historique de l'évolution de l'arène de prise en charge des personnes handicapées mentales ayant mené à la création du DCPHM.
- Les troisième (Figure 6) et quatrième feuillets (Figure 7) indiquent les missions du dispositif, son public cible, les compétences de ses professionnels et les prestations qu'ils fournissent.
- Le cinquième feuillet (Figure 7) résume les objectifs du DCPHM.
- Le sixième feuillet (Figure 7) fournit les coordonnées du dispositif.

Figure 6 : Feuillet 1, 2 et 3 du document « Information à l'intention des familles et des professionnel.le.s de la santé et du social »



L'enchaînement des feuillets 4, 5 et 6 est particulièrement intéressant et la Figure 7 en est une copie.

Figure 7 : Feuillet 4, 5 et 6 du document « Information à l'intention des familles et des professionnel.le.s de la santé et du social »

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>La psychiatrie et le handicap mental</b></p> <p>La création de lieux de vie éducatifs a permis la désinstitutionnalisation des personnes handicapées mentales qui avaient été placées en hôpital psychiatrique. Ce mouvement certainement nécessaire a toutefois été conduit en réaction aux traitements psychiatriques de l'époque. Les problèmes de la personne handicapée mentale ne sont plus abordés sur un plan psychiatrique mais sur un plan social. Cette nouvelle perspective a permis l'amélioration de la vie quotidienne de ces personnes. Toutefois, ce changement de paradigme n'a pas pris en compte le fait que cette population présente un risque élevé de souffrir de troubles psychiatriques.</p> <p>Un grand nombre d'études indiquent que la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes mentalement handicapées est 3 à 4 fois plus importante que dans la population générale. (L'estimation du taux de prévalence le plus fréquent se situe entre 20 &amp; 35%.)</p> <p>L'existence simultanée des deux affections non seulement double les défis thérapeutiques, mais vient aussi les compliquer. En effet les traitements pharmacologiques et environnementaux de chaque pathologie peuvent interagir entre eux de multiples façons.</p> <p>Le handicap mental peut en lui-même empêcher certaines formes de traitement et interférer avec l'examen psychiatrique. Les facteurs qui contribuent à ces défis comprennent les limitations du répertoire verbal, le manque de critères opérationnels pour diagnostiquer les troubles mentaux dans cette population.</p> | <p>les traitements pharmacologiques, les maladies somatiques et les problèmes liés aux facteurs environnementaux.</p> <p><b>Pourquoi ce dispositif ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour favoriser l'accès aux soins psychiatriques à toute personne handicapée mentale qui en a besoin</li> <li>• Pour favoriser le traitement le mieux adapté</li> <li>• Pour soutenir une orientation communautaire et diminuer, par un travail de réseau, le risque d'hospitalisation</li> </ul> <p><b>Pour quelles personnes ?</b></p> <p>Pour toute personne handicapée mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• souffrant d'une affection psychiatrique aiguë, que ce soit un trouble de l'humeur, de l'anxiété, une dépression, une psychose ou une toxicomanie</li> <li>• en situation de pré-crise ou de crise</li> <li>• à domicile ou en institution socio-éducative ou en hôpital psychiatrique</li> </ul> <p><b>Pour quel-le-s professionnel-le-s ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médecins</li> <li>• Les équipes soignantes</li> <li>• Les équipes éducatives</li> </ul> | <p><b>Qui sommes nous ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe interdisciplinaire spécialisée dans la psychiatrie du handicap mental.</li> <li>• Qui peut se déplacer dans les institutions et à domicile</li> <li>• Au bénéfice d'une grande expérience de collaboration</li> </ul> <p><b>Quelles sont nos prestations ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-évaluer une problématique psychiatrique de crise</li> <li>• Contribuer à résoudre la crise par une intervention ponctuelle soutenue et spécialisée</li> <li>• Conseiller et soutenir les équipes dans les situations de crise</li> <li>• Développer la recherche et le partage des connaissances</li> <li>• Discuter de la prescription d'un traitement spécialisé</li> </ul>  |
|--|--|--|

Avant de présenter le dispositif à l'aide d'une série de questions (« Pourquoi ? », « Pour quelles personnes ? », « Pour quel-le-s professionnel-le-s, qui sommes nous ? », « Quelles sont nos prestations ? »), le document commence par le récit de l'évolution historique ayant abouti à la création du DCPHM. Ce récit est structuré de sorte à rendre compte d'un enchaînement de causes à effets dont le Tableau 6 rend compte.

Tableau 6 : Structure et contenu du récit présenté dans le document « Information à l'intention des familles et des professionnel.le.s de la santé et du social »

| Structure            | Contenu  |
|----------------------|--|
| Point de départ      | « Réaction aux traitements psychiatriques de l'époque »            |
| Enchaînement causal  | « Création de lieux de vie éducatifs »                             |
| Enchaînement causal  | « Désinstitutionnalisation des personnes handicapées mentales »    |
| Conséquence positive | « A permis l'amélioration de la vie quotidienne de ces personnes » |
| Conséquence négative | « Toutefois, ce changement de paradigme n'a pas pris en compte »   |

|               |   |
|---------------|---|
|               | le fait que cette population présente un risque élevé de souffrir de troubles psychiatriques »  |
| Argument      | « <i>Un grand nombre d'études</i> indiquent que la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes mentalement handicapées est 3 à 4 fois plus importante que dans la population générale » |
| Développement | « L'existence simultanée de deux affections <i>non seulement</i> double les défis thérapeutiques, <i>mais</i> vient aussi les compliquer »  |

Comme pour le document présenté au point 3.2.1 (p. 62), ce document est basé sur un récit historique légitimant la création et la présence du DCPHM, sans pour autant convoquer les mêmes acteurs : « les associations », les politiques sociales ou encore le « groupe de référence » ne sont pas mentionnés pour argumenter les décisions prises dans cette arène de prise en charge. Néanmoins, il est intéressant de noter que différents marqueurs et modalités argumentatives (en italique dans le Tableau 6 : *a permis, toutefois, non seulement ... mais*) ainsi qu'une référence à « un grand nombre d'études » occupent cette fonction argumentative.

Le processus argumentatif décrit dans le Tableau 6 peut être compris comme un processus de construction de la catégorie « personne en situation de handicap mental et de trouble psychique ». En d'autres termes, en produisant un discours sur l'objet de prise en charge du DCPHM, l'auteur de ce document reconstruit cet objet et lui donne une place dans l'arène.

### 3.2.3 Présentation à l'intention d'un foyer socio-éducatif

Ce document m'a été fourni par un membre de l'équipe, mais n'est pas un document public. Pour cette raison, il ne figurera pas en annexe et je n'en copierai que quelques éléments, afin de permettre une lecture plus fluide du chapitre.

Il s'agit d'un document PowerPoint utilisé par trois professionnels du DCPHM lors d'une présentation du dispositif dans une institution socio-éducative. Il ne peut donc être analysé en soi, car il constitue un support écrit accompagnant une présentation orale. Néanmoins, il apporte des éléments intéressants pour compléter l'analyse des deux documents précédents, car il permet de saisir quels aspects du DCPHM l'équipe a voulu rendre visibles en priorité.

Le document se divise en trois parties intitulées : « Organisation et mission », « Le modèle bio-psycho-social et la santé mentale » et « Réflexion sur le travail de réseau ».

### *3.2.3.1 L'organisation et la mission du DCPHM*

L'équipe commence par se présenter en situant le DCPHM dans l'organigramme du CHUV, mais également en mentionnant les projets d'élargissement de l'équipe : le DCPHM est pour l'instant une unité de liaison, mais projette de créer une unité de soin et un hôpital de jour.

Puis trois missions principales sont définies:

- Soigner les personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiatriques, en assurant une psychiatrie de liaison.
- Former des professionnels de la santé, notamment en participant à l'enseignement universitaire et des hautes écoles.
- Réaliser des programmes de recherches « translationnelles ». Ces recherches se font notamment à l'aide d'outils développés par des membres de l'équipe, tels que des tests oculométriques permettant de mieux comprendre les mouvements oculaires des personnes souffrant de troubles envahissants du développement.

Les spécialisations des différents membres de l'équipe sont encore précisées de manière concise et schématique :

- Les éducateurs apportent un « soutien à l'accompagnement socio-éducatif », des évaluations et des grilles d'observation du handicap mental.
- Les infirmiers apportent des diagnostics, un « soutien visuel à la communication » et des grilles d'observation.
- Les médecins apportent des évaluations et diagnostics médicaux ainsi que des traitements psychopharmacologiques.
- Les psychologues apportent des évaluations cognitives et neuropsychologiques ainsi que des traitements cognitivocomportementaux.

Puis une cartographie de la répartition des établissements socio-éducatifs et psychiatriques sur le territoire vaudois est présentée. Elle permet de montrer que l'équipe dessert un nombre important d'établissements dans le canton (Figure 8).

Figure 8 : Cartographie issue du document « Présentation à l'intention d'un foyer socio-éducatif »

## Cartographie

### Canton de Vaud

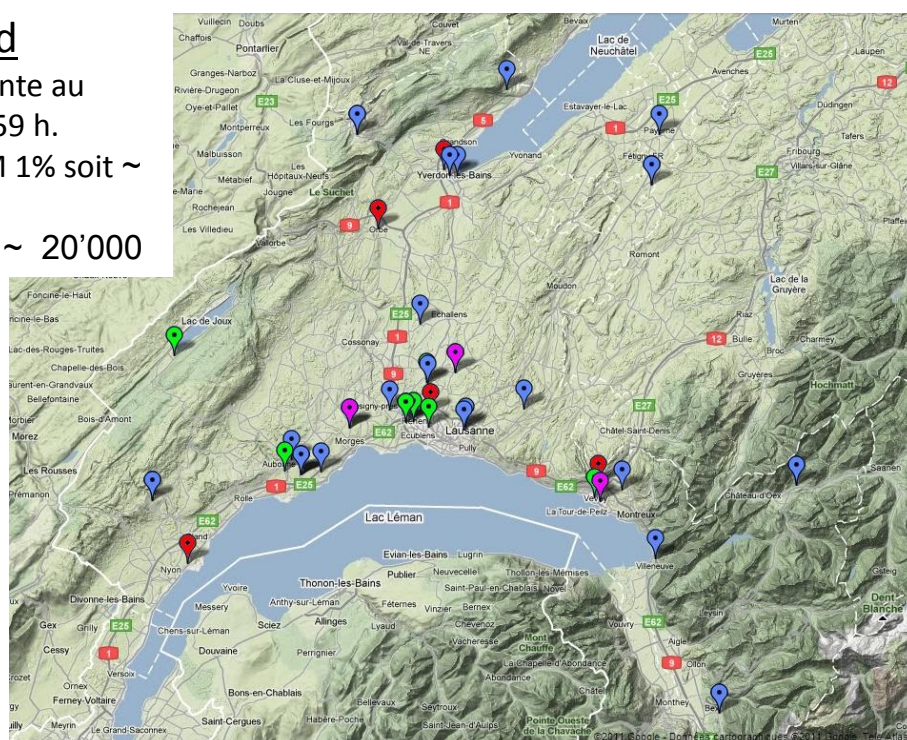
- ❖ Population résidante au 31.12.2010 : 717'759 h.
- ❖ Prévalence du RM 1% soit ~ 7000 personnes
- ❖ Bénéf. rente AI: ~ 20'000

11 Établissements socio-éducatifs HM

5 Ateliers protégés

3 Établissements accueillant des personnes polyhandicapées

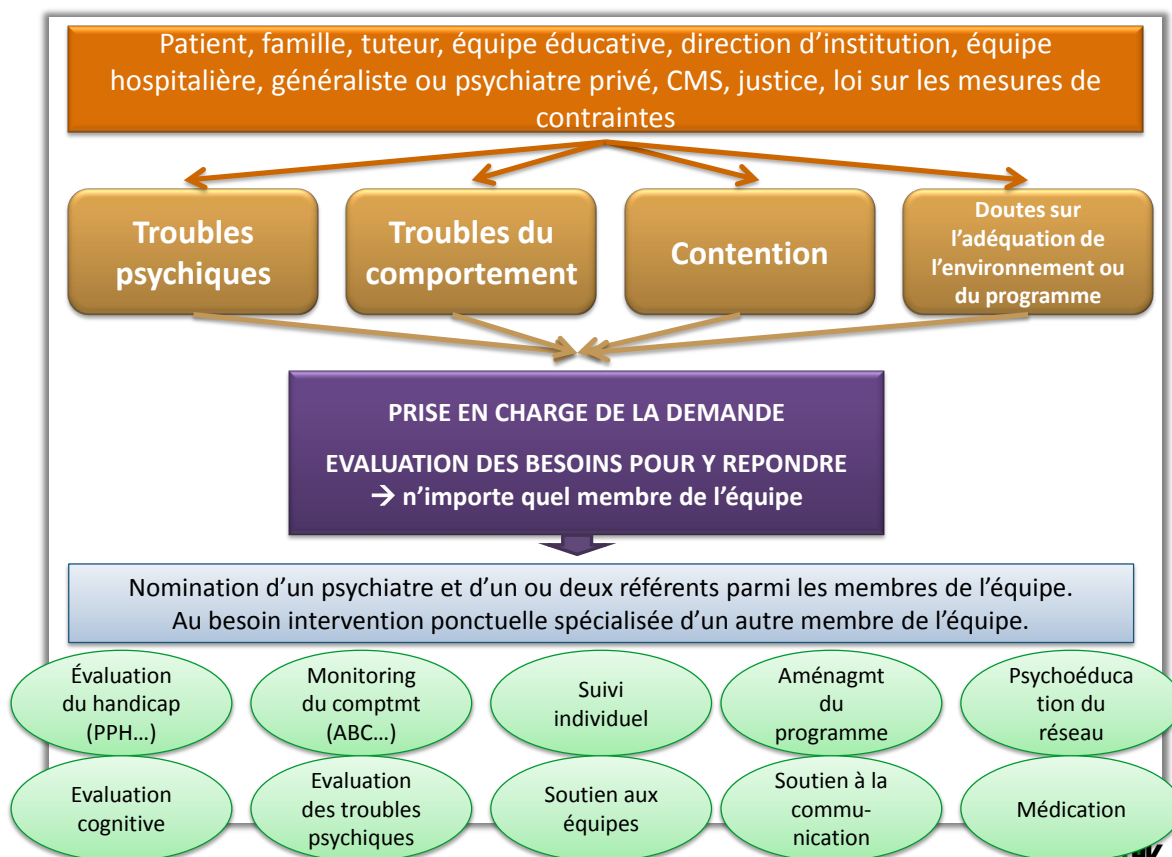
4 Hôpitaux psychiatriques



Dans la suite de la présentation, une attention particulière est portée à la question de la comorbidité entre handicap mental et troubles psychiatriques, considérée comme une spécificité des patients auxquels le DCPHM s'adresse. Une liste de conséquences en découlant est énumérée (violence, décompensations psychotiques, troubles du comportement, automutilations, troubles de la personnalité, dépression, problèmes de médicaments) et cible ainsi des difficultés spécifiques à la ce type de population.

La Figure 9 présente la manière dont s'organise l'équipe lorsqu'une institution lui adresse une demande.

Figure 9: La prise en charge de la demande telle que représentée dans le document « Présentation à l'intention d'un foyer socio-éducatif »



Le schéma présente d'abord une liste d'acteurs susceptibles de prendre contact avec le DCPHM (patient, famille, tuteur, etc.), ainsi que quatre catégories de « motifs » qui y mènent (troubles psychiques, du comportement, contention, etc.). Le centre du schéma indique le premier traitement que subissent les demandes et la manière dont elles sont réparties entre les membres de l'équipe. Enfin, une liste d'outils et de techniques pour agir face aux demandes est donnée.

### 3.2.3.2 Le modèle bio-psycho-social et la santé mentale

Dans la deuxième partie de l'exposé, un autre professionnel du DCPHM présente le modèle bio-psycho-social, en tant que modèle de référence, permettant une compréhension du handicap en terme de « corrélations complexes », et non en terme de « causalité linéaire unidirectionnelle ». Il rappelle que le pôle biologique concerne les facteurs génétiques, neuro-anatomiques et neurophysiologiques, le

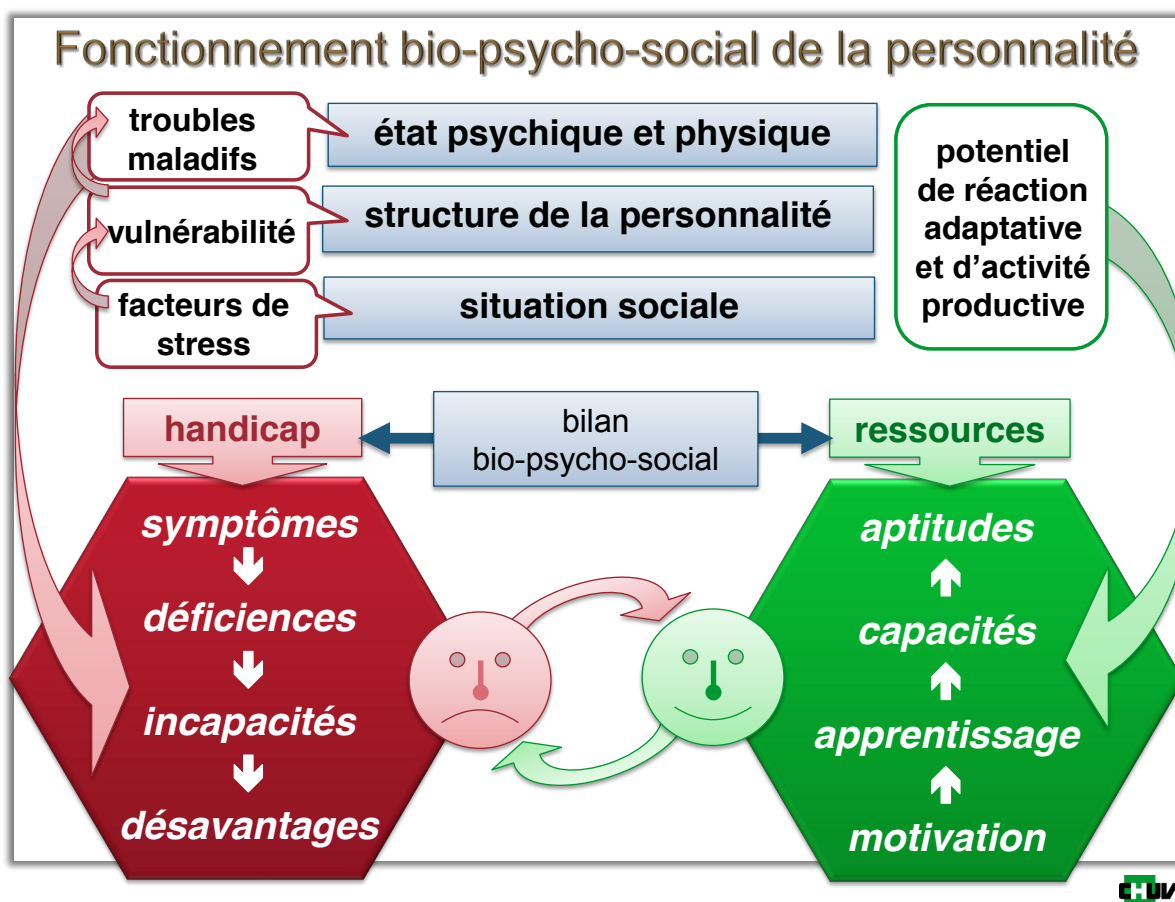


pôle psychologique concerne les facteurs cognitifs, affectifs et psychodynamiques, alors que le pôle social concerne les facteurs culturels, familiaux et professionnels.

À partir de ce modèle bio-psycho-social, le document explique que l'évaluation du handicap mental par les professionnels du DCPHM considère deux dimensions : les vulnérabilités (cognitives, relationnelles, sociales, psychomotrices, psychologiques, biologiques, émotionnelles) et les facteurs de stress (les relations sociofamiliales, la vie relationnelle et affective, la vie professionnelle et les événements de vie). Ces deux dimensions sont traitées à l'aide d'outils pharmacologiques et psychothérapeutiques, ainsi que de soutien psychosocial et d'ateliers de réadaptation.

Pour finir cette deuxième partie de la présentation, une diapositive (Figure 10) précise le lien entre la perspective bio-psycho-sociale qui est la leur et le fonctionnement général de la personnalité.

Figure 10 : Fonctionnement bio-psycho-social de la personnalité telle que présentée dans le document « Présentation à l'intention d'un foyer socio-éducatif »



Le diagramme vient illustrer le fait que, selon le présentateur, effectuer des bilans bio-psycho-sociaux permet de comprendre le handicap, mais également identifier les ressources de la personne. Ainsi, ce modèle confère une légitimité supplémentaire à l'équipe qui se positionne comme possédant les ressources nécessaires à une compréhension complète des patients.

### 3.2.3.3 Une réflexion sur le travail de réseau

Cette dernière partie est construite sous la forme d'une métaphore du travail de réseau, faisant référence au fonctionnement des bernaches. Je ne copierai ici que la première diapositive (Figure 11). La suite et fin de la présentation est basée sur l'idée qu'une bernache seule a beaucoup plus de difficultés à faire de longs déplacements qu'en groupe. C'est pourquoi des liens de solidarité très puissants se sont construits entre ces oiseaux qui se relaient et s'assistent... jusqu'à la mort.

Figure 11: « La nature nous enseigne bien des leçons », diapositive issue du document « Présentation à l'intention d'un foyer socio-éducatif »



Cette présentation se conclut donc sur l'idée selon laquelle la collaboration est indispensable à la survie de la prise en charge et l'isolement de chacun des membres d'un réseau constituerait un frein au travail et à la réalisation des activités professionnelles. Cette manière de concevoir la collaboration relève à la fois du travail rêvé et idéal (Clot, 2008), mais est également une manière de nier les relations de pouvoir qui en découlent.

L'analyse des documents présentés dans ce point 3.2.3 montre que le DCPHM se présente comme ayant toutes les clés en main pour la prise en charge des personnes en situation de handicap mental et de trouble psychique : elle dessert des établissements variés et nombreux sur l'ensemble du canton (Figure 8), elle a pour mission d'agir sur les plans de la clinique, de l'enseignement et de la recherche (3.2.3.1), elle offre une palette de prestations allant de l'évaluation des personnes aux soutiens aux professionnels en passant par la médication des patients (Figure 9), et pour finir, elle se revendique du modèle biopsychosocial (Figure 10). Ce dernier point est à mon sens central puisqu'il révèle un certain rapport à l'articulation des disciplines : ce modèle ne dit rien d'autre que l'individu possède une composante biologique, psychologique et sociale et en ce sens est une notion consensuelle et vague (Santiago, 2015). Néanmoins, il contient une forte charge idéologique et rhétorique puisqu'il sous-entend que l'équipe qui l'adopte possède toutes les ressources nécessaires pour saisir l'individu dans sa globalité et la met ainsi dans une position de pouvoir par rapport aux autres professionnels de l'arène.

### **3.3 Conclusion**

Ce chapitre a permis, dans un premier temps, de décrire le fonctionnement et l'organisation du DCPHM puis, dans un second temps, la manière dont les professionnels présentent leur équipe à l'extérieur. Se basant sur des documents officiels dont le but est la diffusion hors de l'équipe, ce chapitre peut se résumer par cette question : qu'est-ce que le DCPHM veut rendre visible de son fonctionnement et de son organisation et qu'est-ce que cela nous apprend sur la construction de sa position dans l'arène et de son identité professionnelle ?

J'ai commencé par donner une description des patients et leurs spécificités, puis un résumé de l'histoire de la création du DCPHM, avant de présenter l'arène et la place du dispositif dans cette dernière. J'ai ensuite abordé la mission de l'équipe et donné quelques éléments de son organisation interne.

Au-delà de la simple description, ce premier point m'a menée à deux constats:

- En élaborant un discours sur la comorbidité entre le handicap mental et les troubles psychiatriques, **une nouvelle catégorie de patient est créée, qui nécessite l'intervention du DCPHM.**
- L'analyse des trois supports présentés dans le point 3.2 montre que **l'équipe se construit une position centrale dans l'arène**, malgré son appartenance au Département de psychiatrie du CHUV et donc son ancrage en territoire psychiatrique.

Ainsi, le récit de la naissance du DCPHM peut être considéré comme un outil rhétorique légitimant le rôle et la mission du dispositif et s'articulant sous forme de relation de causes à effets.

Dans le second point, j'ai montré que l'équipe se présente comme un groupe de référence agissant sur plusieurs plans (recherche, interventions, formation), ayant des ressources permettant de développer des outils innovants (oculométrie, etc.) et ayant un modèle de réflexion intégratif (bio-psycho-social) couvrant les différentes facettes du patient. Bien que les différents membres de l'équipe apportent chacun des compétences et connaissances spécifiques, ils se définissent comme étant au service d'un projet commun, dans une approche unifiée et cohérente et au centre de leur arène professionnelle.

En résumé, les analyses développées dans ce chapitre montrent que deux principaux processus concourent à la construction de l'identité de l'équipe :

- La construction de son objet, lui conférant une place particulière dans l'arène (Wiener, 1991): **en donnant une place particulière aux personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles**

**psychiques et en se présentant comme des experts, les professionnels du DCPHM deviennent les principaux experts de l'arène.**

- La construction d'une position en opposition aux autres membres de l'arène : **en se décrivant et se présentant, l'équipe se différencie des autres équipes en se positionnant comme une équipe centrale, détentrice d'un certain savoir et rapport à la connaissance qui permettrait une meilleure compréhension des patients pour lesquels elle intervient.**

Dans le chapitre suivant, j'analyserai un autre type de discours : un discours produit oralement par les professionnels de l'équipe lors de leurs réunions, et permettant de comprendre comment ces derniers définissent leur identité de manière collective.

#### **4 CHAPITRE 4 : DEFINITION ET PRESENTATION DE SOI. PENSER LE TRAVAIL COLLECTIVEMENT AU SEIN DE REUNIONS D'EQUIPE**

Dans le chapitre 3, j'ai présenté une description approfondie du DCPHM et de son ancrage dans le paysage socio-éducatif et psychiatrique vaudois, en me basant sur des documents écrits ainsi que sur mes notes de terrain. J'ai ainsi pu apporter un premier éclairage sur la façon dont l'équipe présente sa structure, son organisation et sa mission. Dans les chapitres suivants, je m'intéresserai à la manière dont les professionnels parlent de leur pratique professionnelle, de leur action sur le terrain et donc de cas de patients concrets. Le but de ce chapitre est de rendre compte d'un discours produit oralement dans des réunions et vise à comprendre comment les professionnels définissent leur identité et pensent leur travail de manière collective.

Tout n'est pas dit explicitement dans les réunions. Ainsi, l'analyse consistera à faire un travail de lecture « en creux » des situations, en cherchant à comprendre les définitions que les professionnels produisent de leurs patients, de leurs outils et règles de métier, ainsi que de leurs missions. **Je fais l'hypothèse qu'en accédant à ces trois types de définitions, je pourrai saisir le processus menant l'équipe à définir son identité et se positionner dans son arène en opposition aux autres équipes.**

Je me référerai à un cadre théorique (point 4.1) axé sur les dimensions collectives et symboliques du travail et permettant d'analyser le discours produit par les membres du DCPHM dans les réunions traitées dans ce chapitre. Le point 4.2 présentera la problématique et les questions de recherche. Les réunions sélectionnées (point 4.3) ont la particularité de contenir de nombreux moments de discussions pendant lesquelles les professionnels commentent, critiquent leurs pratiques, outils et leur dispositif de travail. Dans le point 4.4, j'exposerai une méthode qui m'a permis de répondre à mes questions de recherche, avant de présenter les résultats dans le point 4.5.

## **4.1 Cadre théorique : penser la dimension collective du travail**

Le cadre théorique adopté puise dans deux approches qui relèvent de la psychologie du travail : la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, qui, toutes deux, permettent de comprendre comment les individus engagent leur subjectivité dans le travail et de penser la dimension collective du travail.

### **4.1.1 La psychodynamique du travail**

Refusant de considérer le travail comme une simple dimension de la vie sociale et psychologique, les auteurs issus de la psychodynamique du travail adressent une sévère critique à tous les psychologues, ergonomes et même politiciens qui sous-estiment la centralité du travail dans la vie d'un individu. Dans cette approche, le travail est conçu comme structurant la vie des hommes et des femmes, que ces derniers y aient accès ou en soient exclus (Davezies, 1993; Dejours, 1995a, 1987, 2010; Dejours & Deranty, 2010 ; Dejours & Gernet, 2012 ; Dejours & Molinier, 1994; Molinier, 2000, 2012; Molinier & Dejours, 1997).

#### *4.1.1.1 Des contraintes externes à la réappropriation collective*

La psychodynamique du travail étudie ainsi le travail par le menu, pour comprendre le développement psychologique et émotionnel des individus, mais également pour le penser et le définir. En effet, comment peut-on réunir sous la même étiquette de « travail » l'activité professionnelle d'un psychologue, d'un caissier, d'un ouvrier de chantier ou d'un comédien ? Selon Dejours (1995b), ce qui rassemble toutes ces activités, c'est qu'elles mettent les individus à l'épreuve et leur font vivre l'expérience de l'échec. En effet, travailler, c'est confronter le travail prescrit par la hiérarchie et les règlements à des situations réelles et imprévues, et donc faire un effort constant d'ajustement.

Le travail est donc conçu comme un ensemble de contraintes auxquelles sont soumis les individus. Mais quelles stratégies psychologiques ceux-ci déploient-ils pour y faire face ? Si la psychodynamique du travail a beaucoup étudié le fonctionnement psychologique sous l'angle de la souffrance et donc de l'aliénation au travail (Davezies, 2004; Dejours, 1990, 1993a, 1993b, 1995a, 1995b, 1998,

2005a, 2005b, 2009, 2010b; Hirata & Kergoat, 1988; Le Guillant, 2006; Molinier, 1999), elle cherche également à comprendre comment la plupart des personnes s'y prennent pour rester dans la normalité en dépit des contraintes auxquelles elles sont soumises. Elle interroge le sens du travail pour les individus, la question du rapport entre le travail et le soi, entre le travail et la construction de l'identité et le rapport entre le travail et le corps. Elle s'intéresse à l'importance du travail dans la vie psychique individuelle, mais également à sa dimension collective et donc à l'importance des règles de métier.

Pour rendre compte de ce qu'est une règle de métier, Cru (1987) a mené une recherche dans laquelle il montre la difficulté pour un observateur de définir ce qu'est le « travail » du point de vue du travailleur lui-même. Il observe ainsi un groupe de tailleurs de pierre en se focalisant notamment sur la manière dont ils gèrent le temps et en considérant des éléments apparemment anodins : les anecdotes qui circulent sur les chantiers. Au travers de ces dernières, il identifie la « règle de non-précipitation » régissant le rapport au temps entre les ouvriers. « Ne pas se précipiter » est donc une règle de métier et ce n'est qu'au travers de ce genre de règles que l'on peut comprendre le fonctionnement d'un collectif. Contrairement au règlement qui agit comme une contrainte et prévoit des sanctions, la règle autorise, permet une certaine souplesse et renvoie à la tiercéité : ce n'est ni le patron, ni les employés, ni le syndicat qui la construisent, elle est le résultat d'un processus collectif et historique.

Ainsi les relations entre travailleurs sont fondées sur des règles qui d'une part résultent de leurs pratiques, d'autre part les transcendent dans la mesure où elles s'appliquent non seulement à un groupe de travail donné, mais plus largement à une profession formée d'individus qui n'entretiennent pas nécessairement des relations interpersonnelles entre eux.

#### *4.1.1.2 La coopération : articuler le travail prescrit et le travail réel*

Afin de comprendre comment fonctionne cette articulation entre l'individuel et le collectif, ainsi qu'entre le travail prescrit et le travail réel, une dimension du travail mérite d'être problématisée : la coopération. Elle est définie par Dejours



(Dejours, 1993a, 1993b; Dejours & Molinier, 1994) comme les « liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune. » (p. 1) Il existe des techniques managériales censées pouvoir mobiliser les subjectivités en vue de créer de la coopération. Mais selon Dejours, celle-ci ne peut être ni prescrite ni imposée puisqu'elle relève de la volonté des acteurs et qu'elle met en jeu des processus si complexes qu'il est illusoire de penser que des techniques précises puissent la mettre en application. Pour que la coopération se réalise, il faut un espace de discussion dans lequel l'ajustement du prescrit au réel de chacun fasse l'objet d'un accord collectif, qui repose sur l'établissement d'une confiance entre les agents. Ainsi, les accords construits par le collectif seront fondés sur des critères d'efficacité, mais aussi sur des arguments relatifs aux valeurs.

La coopération n'est donc pas donnée de l'extérieur, mais dépend du contexte subjectif, social et matériel du travail. Elle repose sur des liens symboliques entre les agents, c'est-à-dire des liens impliquant des relations d'intercompréhension, d'interdépendance et d'obligation. Elle renvoie non seulement à l'intentionnalité d'une action, mais à la formation d'une volonté collective.

#### **4.1.2 La clinique de l'activité**

Issus de l'ergonomie, mais également de la psychologie socio-culturelle (Vygotski (1929/1981) et dialogique (Bakhtine, 1978, 1984), les chercheurs en clinique de l'activité ont une visée double : étudier et agir sur le travail des professionnels (Clot, 2000, 2010; Clot & Lhuilier, 2010; Kostulski, 2010 ; Lhuilier, 2006). Le travail, saisi non pas en tant que tâche (ce qui est à faire, ce qui est prescrit), mais en tant qu'activité (ce qui se fait), y constitue à la fois un objet et une méthode de recherche : l'intervention des cliniciens de l'activité vise à comprendre le travail pour le transformer, mais également à transformer le travail pour le comprendre, en partant de l'idée, inspirée de Vygotski (1929/1981) selon laquelle c'est en induisant des changements dans l'activité des travailleurs que l'on peut en saisir les enjeux.

#### *4.1.2.1 Du travail réel au réel de l'activité*

La distinction entre travail prescrit et travail réel opérée par l'ergonomie et la psychodynamique du travail se révèle, selon Clot (2008), peu satisfaisante, car le travail réel ne témoigne pas de l'activité psychologique de celui qui le fait. Par exemple, la manière dont une personne conduit une réunion (travail réel, observable) ne correspond pas nécessairement à la manière dont elle aurait voulu mener cette réunion. Pour toutes sortes de raisons, le travail planifié, désiré, peut être empêché. Au travail prescrit, au travail réel, il s'agit donc d'ajouter la prise en compte du travail empêché, rêvé, idéal, désigné par les termes « réel de l'activité ».

C'est donc dans les contradictions parfois paradoxales entre l'activité prescrite, l'activité réelle et le réel de l'activité que se réalise la fonction psychologique du travail : le sujet cherche à donner des significations à l'activité qu'il réalise et au cours de laquelle il rencontre ces contradictions. Dans ces conditions, le travail est présenté par Clot comme une occasion de développement. Par exemple, dans ses travaux sur les conducteurs de train, Clot (2001) constate que l'employé se trouve face à une double contrainte : respecter à la fois les horaires et les règles de sécurité. Face aux conflits dans lesquels se place son métier, le sujet ne reste pas passif, mais fait preuve de créativité en trouvant de nouvelles solutions. Clot observe, par exemple, qu'une des réactions possibles du conducteur face à ce type de dilemme est de détourner la fonction d'un outil de travail au profit de l'activité du sujet, effectuant ainsi ce qu'il appelle une « catachrèse », c'est-à-dire « l'utilisation informelle d'un outil formel ou l'élaboration d'un outil informel dans les situations de travail » (Clot, 1997, p. 119). Par exemple, chez les conducteurs de train, l'outil de vitesse automatique ne sert plus seulement à réguler la vitesse du train, mais à « fixer » l'esprit du conducteur (Clot, 2001). Il s'agit donc de redonner une deuxième vie aux outils, au service de l'activité présente du sujet.

#### *4.1.2.2 Genre professionnel et style professionnel : dialogue entre l'individu et le collectif*

Mais la fonction psychologique du travail ne peut se réaliser que si l'action de l'individu s'inscrit dans un collectif, dans un monde social dans lequel agissent des

règles de métiers auxquelles le sujet peut se tenir. Or, comment comprendre l'ancrage collectif d'une activité réalisée de manière solitaire ? Clot (1999) cite l'exemple des pilotes de ligne parvenant, sans se connaître, à constituer une équipe opérationnelle et à réaliser des tâches difficiles dans un contexte complexe. Leurs compétences semblent posséder une composante impersonnelle et donc générique, comme si un « corps intercalaire », selon les termes de Clot, assurait l'accommodation immédiate des sujets.

Cet intercalaire constitue le genre professionnel, notion empruntée à celle de genre de discours chez Bakhtine (Bakhtine, 1984 ; Clot, 2002) qui réfère à l'idée que même dans la vie courante il existe des genres de discours qui organisent autant les formes grammaticales que notre parole, au travers de formes sociales de l'énoncé. Dans le domaine du travail, le genre désigne toutes les manières, construites historiquement et stabilisées dans le temps, de dire, de faire, et même de sentir d'un collectif. Ces manières concernent les rapports à la tâche, aux autres (hiérarchie, collègues, syndicats) et à soi-même. Un genre professionnel conserve et transmet l'histoire sociale, il agit comme « mémoire transpersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation » (Clot, 2008, p. 107), et est donc instrument technique et psychologique du milieu de travail. Clot définit en effet quatre instances psychologiques :

- personnelle : qui correspond à l'activité du sujet ;
- interpersonnelle : l'activité du sujet, même réalisée de manière solitaire, est toujours orientée vers un destinataire ;
- impersonnelle : le métier existe indépendamment de l'action de l'individu ;
- transpersonnelle : correspondant au genre professionnel, c'est-à-dire à ce qui lie l'individu et le collectif. Le transpersonnel permet donc de penser qu'une équipe n'est pas seulement constituée de rapports interpersonnels, mais que le métier est un collectif de gens qui ne se connaissent pas nécessairement.

Selon Clot et Faïta (2000), le genre repose sur le principe d'économie de l'action, permettant aux acteurs de ne pas créer à chaque fois une nouvelle activité dans l'action, ce qui rendrait le travail impossible. Mais dans le cours de l'action, le

genre est retravaillé par l'individu en fonction des circonstances, donnant naissance au style. Le style correspond donc au niveau personnel, à la part créative de l'individu qui, face aux aléas rencontrés en situation réelle, invente de nouvelles solutions. Ainsi, penser l'articulation entre genre et style permet de penser le lien entre l'individu et le collectif, l'individu ne se réduisant pas au collectif.

#### **4.1.3 Travailler, c'est penser et interpréter**

Je retiendrai de ces travaux qu'il convient de tenir compte non seulement du travail réel, mais aussi du réel de l'activité (le travail empêché ou rêvé), c'est-à-dire en fin de compte du sens que la personne donne à son travail, de ses intentions, désirs, frustrations, etc. En d'autres termes, je considérerai, avec Clot et d'autres, que l'individu au travail est un être pensant qui interprète les situations dans lesquelles il se trouve ; ce travail d'interprétation n'est pas purement individuel, mais est aussi le fruit des interactions que les membres d'une équipe ont les uns avec les autres. En effet, lorsque le sujet agit, son activité est orientée autant vers l'objet que vers l'activité des autres et ses autres activités propres, ou pour citer Clot : « L'activité psychologique au travail c'est ce qu'on fait dans l'univers des autres pour y participer ou s'en détacher. » (1999, p. 61) Ainsi, la dimension collective du travail est pensée à la fois dans sa dimension physique et symbolique. Elle nécessite pour être comprise une analyse compréhensive de la situation de travail qui tienne compte à la fois du récit des travailleurs et de l'analyse du terrain sur lequel le travail est réalisé.

Selon la psychodynamique du travail, c'est au travers du récit des travailleurs, dans ce qu'ils disent de leurs conditions de travail et de sa réalisation que l'on peut comprendre le sens que les individus donnent à leur travail, la manière dont les règles de métier se construisent (Dejours, 1995). En clinique de l'activité, le langage est à la fois outil de recherche et outil d'analyse. Par le biais de méthodes telles que l'autoconfrontation croisée (Clot, 2005; Kostulski, 2004; Scheller, 2001) ou la méthode du sosie (Bournel Bosson, 2006 ; Clot, 2008), le langage est utilisé comme outil de développement de la pensée (Bournel Bosson, 2011), s'appuyant

en ceci sur Vygotski (1934/1997) pour lequel le langage a non seulement une fonction de communication, mais aussi une fonction sémiotique.

Je cherche pour ma part à développer une méthode d'analyse guidée par ces deux approches théoriques et orientée vers le type de données que je propose d'analyser dans ce chapitre et dont le point 4.3 propose une description approfondie.

## 4.2 Problématique et questions de recherche

La question générale guidant ce chapitre est la suivante : *peut-on, en analysant le discours des professionnels du DCPHM produit dans des réunions d'équipe, accéder à la manière dont ils se perçoivent, s'autodéfinissent, et dont ils gèrent leur identité de groupe ? Et par là, peut-on saisir quel est le travail idéal et rêvé par l'équipe, les règles de métier et les positionnements éthiques<sup>15</sup> qui relient les acteurs entre eux, et dont le cadre théorique développé au point 4.1 souligne l'importance pour comprendre comment les professionnels travaillent ensemble ?* De cette question initiale découlent trois questions de recherche :

Je commencerai par questionner le **rapport aux outils professionnels** dont parlent les différents acteurs. Le terme « outil de travail » désigne les instruments et dispositifs permettant d'orienter et de médiatiser l'action des professionnels vers les patients. Ma première question est la suivante :

- 1) Comment les membres de l'équipe définissent-ils leurs outils professionnels ? Quelles critiques leurs adressent-ils et qu'apprend-on ainsi sur les règles de métier à l'œuvre ?

---

<sup>15</sup> Molinier et Flottes (2012) donnent la définition suivante de l'éthique : « interrogation sur le sens de ce qu'on fait et qui dépasse les dilemmes pratiques vers un questionnement sur le sens de la vie » (p. 6). Puis elles ajoutent : « Par ailleurs, au sens psychodynamique du terme, il n'y a pas de souffrance éthique sans la combinaison de deux critères : un sujet doté d'un sens moral, réalisant une action allant à l'encontre de ce sens moral. » (p. 6)

Puis je m'intéresserai à la manière dont sont définis les **patients** suivis par les membres du DCPHM, ainsi qu'à la manière dont est défini le handicap mental. Ma deuxième question est alors:

- 2) Comment les membres de l'équipe définissent-ils la spécificité des patients qu'ils suivent ? Et la spécificité du handicap mental ? En d'autres termes, quel est leur objet de travail ?

J'en viendrai enfin à la manière dont les professionnels **définissent leur rôle et leur mission**. Ma troisième question est la suivante :

- 3) Comment les professionnels définissent-ils leur rôle et leur mission ?

### **4.3 Description des données**

L'analyse se centrera sur trois types de données, toutes issues de réunions au DCPHM impliquant l'ensemble de l'équipe et dont le Tableau 7 présente un résumé : les « présentations de cas », les « séminaires » et les « séances de restitution ». Les « colloques hebdomadaires », quant à eux, feront l'objet d'une analyse ultérieure (voir chapitre 4). Je ne traiterai en effet ici que de réunions présentant les particularités suivantes :

- Elles incluent la participation du médecin cadre responsable d'unité n'assistant habituellement pas aux colloques. Mes observations m'ont en effet amenée à considérer que ces réunions avaient un statut différent, puisqu'elles nécessitaient sa présence.
- Elles permettent aux membres de l'équipe, de par le temps à disposition, d'engager des discussions plus libres que dans les colloques hebdomadaires : dans ces derniers, les différents cas de patients suivis doivent être passés en revue et des décisions sur la répartition des situations d'intervention doivent être prises.
- Elles sont des moments pendant lesquels les professionnels formulent des réflexions et des critiques sur leurs pratiques, outils et modèles théoriques. Ils parlent des projets de l'équipe, font des digressions, racontent des anecdotes professionnelles. En d'autres termes, ils s'éloignent des cas

particuliers de patients, des suivis courants, et produisent un discours sur leur profession et sur leurs rôles.

Ainsi, ces données permettent d'éclairer la manière dont les professionnels se présentent et définissent leurs rôles et leurs missions.

Tableau 7: Résumé des données

| Type                   | N | Durée totale | Contenu  |
|------------------------|---|--------------|--|
| Présentations de cas   | 4 | 4 h 45 min   | Présentation de cas de patients dont la prise en charge est définie comme posant problème.   |
| Séminaires             | 6 | 6 h 7 min    | Présentation par différents membres de l'équipe sur les thématiques suivantes :<br>Les tests d'intelligence<br>La méthode du « pack »<br>La nécessité et la difficulté du travail interdisciplinaire<br>Spiritualité et psychiatrie<br>Présentation de données épidémiologiques<br>Résultats préliminaires d'une étude EEG des personnes avec handicap mental. |
| Séances de restitution | 2 | 2 h 6 min    | Compte rendu de mes observations après sept mois d'enregistrement des différentes réunions.  |

Dans les points suivants (4.3.1, 4.3.2 et 4.3.3), je décrirai plus en détail ces trois types de réunion.

### 4.3.1 Les présentations de cas

Il s'agit de quatre réunions d'environ une heure et quinze minutes chacune, animées par quatre membres de l'équipe différents. Le but de ces réunions, qui prennent place toutes les deux semaines au DCPHM, est de présenter en détail le cas d'un suivi de patient. Il s'agit de réfléchir aux enjeux du cas, aux difficultés qu'il pose en terme de suivi et aux solutions à apporter.

Voici le détail de la structure de ces présentations de cas :

Dans un premier temps, qui dure environ 45 minutes, la personne présentant le cas (le présentateur) suit la routine suivante :

- La présentation commence par l'anamnèse de la personne et précise son âge, son type de scolarité, son parcours professionnel, la situation de ses parents, son lieu de résidence, son diagnostic, son parcours institutionnel et sa vie sentimentale.
- S'ensuivent des descriptions physiques de la personne (« c'est un monsieur qui présente bien ») et des précisions sur ses aptitudes langagières (« il s'exprime verbalement », « on le comprend très bien »).
- Puis les événements de vie ayant marqué son parcours sont mentionnés (déménagement, rupture scolaire, divorce).
- C'est ensuite la médication qui est décrite, en précisant notamment si elle a récemment été significativement modifiée.
- La question de l'évaluation cognitive et autres formes d'évaluations psychologiques ou physiologiques est également abordée et engendre parfois des discussions sur le contexte dans lequel ces évaluations ont été réalisées et sur la nécessité éventuelle d'en mettre en place de nouvelles.
- Le présentateur fait ensuite part de ses observations de la personne (par exemple, « elle paraît anxieuse dans certaines situations, mais gère bien les autres », « elle semble très compétente socialement »).
- Viennent alors des précisions sur le dispositif d'intervention, précisions qui expliquent par exemple ce qui a été mis en place jusqu'à ce jour, ce qui devrait être repensé, ce qui est encore incertain pour l'avenir. Cela peut



être l'occasion d'engager des discussions sur les modèles d'intervention à appliquer, sur les ressources environnementales auxquelles être attentif, sur les éléments juridiques liés à la situation.

Dans ce premier temps, le présentateur ne se fait interrompre que rarement, à l'occasion de demandes de précisions.

Dans un second temps, qui dure une demi-heure, une discussion collective s'engage dans laquelle tous les membres de l'équipe sont invités à prendre la parole. À partir du cas particulier présenté, ils abordent des thèmes beaucoup plus généraux ayant trait à la définition de leur rôle, de leur mission, de leurs valeurs. Dans cette seconde partie, ce n'est donc pas le cas qui sera l'objet d'une tentative de résolution, mais bien le contexte plus large.

#### **4.3.2 Les séminaires**

Les séminaires sont des réunions bimensuelles dans lesquelles chaque membre de l'équipe, à tour de rôle, anime une présentation sur un thème en lien avec des outils de prise en charge ou des recherches en cours dans le domaine du handicap mental. Ces présentations engendrent discussions et débats. Elles sont l'occasion de formuler des critiques et des opinions sur les pratiques professionnelles mises en œuvre, ou encore de parler de projets que les uns et les autres souhaitent mettre en place.

J'ai eu l'occasion de filmer six de ces séminaires, au sein desquels ont été abordés les thèmes suivants : *Les tests d'intelligence* (point 4.3.2.1), *la méthode du « Pack »* (point 4.3.2.2), *la nécessité et la difficulté du travail interdisciplinaire* (point 4.3.2.3), *spiritualité et psychiatrie* (point 4.3.2.4), *données épidémiologiques de 2004 à 2009* (point 4.3.2.5), *résultats préliminaires de l'étude EEG des personnes avec handicap mental* (point 4.3.2.6).

Comme je l'ai mentionné au point 4.2, une bonne compréhension du contexte d'énonciation est utile pour comprendre les enjeux des discussions à l'œuvre dans ces réunions. De plus, décrire en détail ce qui s'y passe permettra d'apporter de précieux renseignements sur les préoccupations de l'équipe.

#### 4.3.2.1 *Les tests d'intelligence*

Dans ce séminaire, une psychologue du DCPHM anime une présentation sur les tests d'intelligence. Après un survol historique de la manière dont les tests utilisés actuellement en psychométrie, comment ils ont été construits et à quels modèles de l'intelligence ils correspondent, elle formule différentes questions en lien avec les personnes en situation de handicap mental : quels tests utiliser pour l'évaluation cognitive des patients suivis par le DCPHM ? Pourquoi ? Dans quelles situations ? Quelles sont les pratiques à l'œuvre ? Elle en vient alors à formuler des préoccupations :

- Les patients sont souvent évalués lorsqu'ils sont décompensés et ont donc peu de moyens pour mobiliser des ressources. Pour cette raison, leur QI se situe facilement en dessous de 70<sup>16</sup>.
- Ces modèles sont-ils vraiment applicables pour des personnes en situation de handicap mental ? En effet, cette population de patients présenterait des profils très variables et manifesterait des performances très élevées dans certains domaines et très faibles dans d'autres.

Cette présentation donnera lieu à une discussion entre les psychologues qui compareront leurs pratiques de passation de tests d'intelligence, puis à une discussion initiée par un des chefs de service sur d'éventuels projets à développer pour pallier l'inadéquation entre les tests disponibles et les patients du DCPHM.

#### 4.3.2.2 *La méthode du « Pack »*

Qu'est-ce que la méthode du « Pack » ? D'où vient-elle ? Dans quels contextes est-elle utilisée aujourd'hui ? Quelles en sont les indications et les contre-indications ?

C'est à ces questions que tente de répondre le médecin qui présente cette technique de soin très controversée. Il commence par donner la définition formulée par Anzieu :

---

<sup>16</sup> Score à partir et en dessous duquel la personne est considérée par l'Assurance Invalidité comme handicapée mentale.

Le pack est une technique de soin pour malades psychotiques graves, dérivées de l'enveloppement humide pratiqué par la psychiatrie française au XIX<sup>e</sup> siècle et qui présente des analogies avec le rituel africain de l'ensevelissement thérapeutique ou avec le bain glacé des moines tibétains. Le Pack a été introduit en France vers 1960 par le psychiatre américain Woodbury, qui a ajouté à l'enveloppement physique proprement dit par des linges, un entourage étroit du malade par le groupe de soignants. Cette adjonction apporte une confirmation non préméditée à l'hypothèse du double étayage du Moi-peau : biologique, sur la surface du corps, et social, sur la présence d'un entourage uni et attentif à l'expérience que l'intéressé est en train de vivre. (1985, p. 111)

Différentes questions seront soulevées au cours de sa présentation : même si elle se révèle bénéfique pour certains patients, cette méthode est-elle éthique ? Quels en sont les enjeux cliniques, politiques et juridiques ? Beaucoup de réactions seront suscitées au sein de l'équipe, parfois émotionnelles (« je trouve ça effroyable ») et les discussions se poursuivront hors caméra lors de la pause.

#### *4.3.2.3 La nécessité et la difficulté du travail interdisciplinaire*

Cette présentation vise à définir différents aspects du travail interdisciplinaire. À partir d'un exemple générique de ce que devrait être, pour reprendre les termes du présentateur, une « équipe super efficace » et à quels critères elle devrait répondre, le présentateur formule différentes règles de fonctionnement permettant la réalisation de l'interdisciplinarité (par exemple : « avoir des buts clairs », « construire une vision partagée », « utiliser efficacement le temps », « communiquer », « employer la diversité de l'équipe », etc.) S'ensuivent de nombreuses discussions et débats, certains membres de l'équipe étant interpellés par ces prescriptions ou exprimant leur désaccord.

#### *4.3.2.4 Spiritualité et psychiatrie*

Le thème de ce séminaire est motivé par le constat que d'une part la psychiatrie dite « classique » se montre réfractaire à l'abord de la spiritualité et que, d'autre part, la religion a tendance à faire du « réductionnisme spiritualiste ». Face à ce dualisme esprit-matière, l'auteur de cette présentation juge nécessaire de

parcourir les différents liens possibles entre médecine et spiritualité, considérant cette dernière comme une ressource et un « attracteur de santé potentiel » pour certains patients.

Ce n'est que dans les sept dernières minutes que des liens avec la prise en charge des personnes en situation de handicap mental seront faits, notamment avec la question de l'articulation entre ce qui vient d'être dit et l'autisme (décrit par un membre de l'équipe comme « maladie du symbolisme ») ou les personnes ayant des capacités verbales limitées ou inexistantes.

#### *4.3.2.5 Données épidémiologiques de 2004 à 2009*

Tous les patients hospitalisés entre 2004 et 2009 dans un secteur psychiatrique du canton de Vaud et ayant pour diagnostic un retard mental ont été répertoriés et ont fait l'objet d'une étude statistique dont il est question dans cette présentation.

Quelle est l'évolution du taux d'hospitalisations et de leur durée ? Les résultats sont-ils les mêmes dans les différents secteurs vaudois ? Et quel est le rôle du DCPHM dans ce contexte ? Telles sont les questions soulevées par la présentatrice qui enchaîne ensuite sur des questions plus complexes auxquelles elle déclare ne pas avoir de réponse : pourquoi plus de patients sont-ils hospitalisés dans tels secteurs ? Certains secteurs sont-ils moins attentifs au handicap mental « léger » ? D'autres secteurs surdiagnostiquent-ils le handicap mental « léger » ? Pourquoi la durée moyenne des hospitalisations varie-t-elle d'un hôpital à l'autre ? Y a-t-il une disparité en terme de politique de décharge ?

Au-delà de ces questions, ce sont des discussions sur les « bonnes » et « mauvaises » hospitalisations qui seront développées par la suite, ainsi que sur le mandat du DCPHM en la matière.

#### *4.3.2.6 Résultats préliminaires de l'étude EEG des personnes avec handicap mental*

L'étude rapportée dans ce séminaire a été menée en collaboration entre le DCPHM et l'Université de Lausanne, et vise à comprendre les éventuelles différences

d'attention visuelle entre des personnes en situation de handicap mental et des personnes constituant un groupe contrôle.

La présentatrice explique être très intéressée par le fait que les personnes en situation de handicap mental obtiennent des résultats homogènes alors même qu'elles forment une population très hétérogène. Ce constat suscite différentes questions sur la médication et la prise en charge de manière plus générale. La discussion portera ensuite sur la définition du handicap mental, mais également sur des projets de recherches permettant de poursuivre ces réflexions.

### **4.3.3 Les séances de restitution**

Après quelques mois d'observation et d'enregistrement des réunions d'équipe, j'ai animé une séance de restitution. Bien que je me sois préparée à une présentation d'une heure, j'ai laissé l'équipe m'interrompre à tout moment afin de commenter les thèmes abordés. Les réactions ayant été nombreuses, le temps à disposition n'a pas été suffisant et l'équipe m'a proposé d'animer une seconde séance quelques semaines plus tard. Ma présentation a été organisée ainsi en deux étapes principales. J'ai tout d'abord redonné des informations sur l'ancrage théorique et méthodologique de mon travail. En effet, j'estimais important de revenir sur ces éléments permettant à l'équipe de comprendre les différentes étapes de la construction de mon corpus de données. Puis je leur ai présenté les thèmes suivants : *la gestion des institutions en conflit et le danger de l'arbitrage* (point 4.3.3.1) ; *la définition des compétences professionnelles* (point 4.3.3.2) ; *la définition de la mission du DCPHM* (point 4.3.3.3) ; *la circulation de l'information dans le/les réseaux* (point 4.3.3.4). Je résumerai brièvement chacun de ces thèmes, car ils ont suscité différentes réactions que je traiterai plus en détail dans l'analyse.

#### *4.3.3.1 La gestion des institutions en conflit et le danger de l'arbitrage*

J'avais constaté dans plusieurs réunions qu'une des questions qui préoccupaient l'équipe était de savoir comment réagir dans les interventions auprès d'institutions présentant des conflits internes. Il y avait d'une part la volonté de ne pas prendre parti, la crainte d'être instrumentalisé, de se retrouver malgré soi dans une position d'arbitre, d'autre part la volonté de trouver des solutions

avantageuses pour le patient, d'où la tentation de s'occuper du fonctionnement de l'équipe demandante, sachant qu'il a un impact direct sur le bien-être du patient.

#### *4.3.3.2 La définition des compétences professionnelles*

Ma question principale portait sur la difficulté à trouver un équilibre entre l'unité nécessaire au travail d'équipe et l'exploitation des différences entre les membres, défi de la pluridisciplinarité s'il en est. Je leur adressai des questions plus précises, comme : a) Comment faire pour exploiter l'hétérogénéité résultant de vos différences de formation et d'ancrages théorique ? b) Comment faire pour développer des représentations communes du travail, de son but, des rôles de chacun, des attentes des institutions et des patients ? c) Comment développer des mécanismes de régulation permettant de maintenir l'unité du groupe tout en utilisant les différences interindividuelles pour le travail du groupe ? d) Comment certains savoirs partagés, certains modes de faire, certaines valeurs, se développent-ils au gré des interactions entre les membres et contribueront-ils ainsi à créer un sentiment de groupalité, autrement dit le sentiment de former un collectif de travail ?

Je précise encore que ces questions reflètent un certain parti pris théorique qui caractérisait ma réflexion à cette période de mon travail, et que j'évitais soigneusement de les poser de cette manière actuellement. En effet, elles impliquent l'idée, allant à l'encontre des travaux de Star et Griesemer (1989) sur les objets frontières, selon laquelle il est nécessaire de partager des buts, des savoirs et des valeurs pour que le travail de collaboration se réalise.

#### *4.3.3.3 La définition de la mission du DCPHM*

Il me semblait que la question de la définition de la mission du DCPHM est intimement liée à la question suivante : quel est le profil des patients nécessitant une prise en charge par le DCPHM ? En effet, j'ai constaté que plusieurs fois la question de la limite du retard mental se posait : lors d'une nouvelle demande, l'équipe est amenée à se demander si elle doit intégrer cette demande dans sa file active et quelle est la limite entre la prise en charge psychiatrique *standard* et la prise en charge par le DCPHM. En découle également la question du rôle et de la

place du DCPHM dans le paysage psychiatrique et socio-éducatif vaudois, des attentes des institutions et de l'instrumentalisation possible du DCPHM dans la gestion des cas de patients ne répondant à aucun des critères propres aux structures d'accueil existantes.

#### *4.3.3.4 La circulation de l'information dans le ou les réseaux*

Ce thème découlait de l'observation que différentes situations mettaient les professionnels du DCPHM dans une posture délicate par le fait qu'ils accédaient de manière détournée à des informations concernant certains patients, ou étaient confrontés à des situations de dilemme face au secret professionnel. Les questions que j'ai adressées à l'équipe ont alors été les suivantes : *Le DCPHM se voit-il parfois attribuer un rôle de contrôle malgré lui ? Comment gérez-vous ce problème dans les institutions dans lesquelles vous intervenez et dans les institutions auxquelles vous devez « rendre des comptes » ?*

Si presque tous les membres de l'équipe ont eu l'occasion de s'exprimer et d'interagir avec moi, ce sont principalement les médecins-chefs (de l'équipe et du service) qui ont pris la parole.

#### **4.4 Méthode d'analyse**

La méthode d'analyse a consisté à sélectionner des extraits montrant comment les membres de l'équipe définissent leurs outils, leurs patients, leur rôle et leur mission. Pour ce faire, j'ai identifié :

- 1) Les moments où les locuteurs questionnent, critiquent ou remettent en question leurs outils professionnels, ainsi que les moments où ils rapportent des anecdotes ou encore prennent position par rapport à ces derniers. Dans l'exemple suivant, issu d'une « séance de restitution », Maxime parle de la possibilité pour les personnes en situation de handicap mental d'avoir accès à des soins.

*Exemple 1 : Des soins psychiatriques spécialisés*

Maxime Il n'y a pas de raison, que ces personnes-là, n'aient pas un accès euh, similaire, mais spécialisé et spécifique de leurs possibilités et de leurs besoins, euh aux soins psychiatriques quand ils en ont besoin

Dans cet exemple, Maxime prend position (« il n'y a pas de raison que ») par rapport à un outil professionnel, le soin psychiatrique spécialisé, en déclarant que les personnes en situation de handicap mental (« ces personnes-là ») doivent y avoir accès.

2) Les moments où les locuteurs produisent des définitions ou discutent des spécificités de leurs patients ou du handicap mental. En d'autres termes, il s'agit d'échanges offrant des indices de la manière dont les membres de l'équipe construisent leur objet. Bien que certaines des interactions analysées dans ce chapitre partent de discussions de cas de patients spécifiques, j'analyserai les moments où les membres de l'équipe parlent de cas généraux (« les patients que nous prenons en charge » et non pas « Madame X ou Monsieur Y »). C'est en effet ces moments de généralisation qui permettent d'accéder à la définition que les professionnels donnent de leur objet de travail.

Toujours lors de la même « séance de restitution », Maxime souligne la difficulté sur le plan psychiatrique de clarifier les troubles psychiques se manifestant chez des personnes en situation de handicap mental.

*Exemple 2 : Manifestation des troubles psychiques et manifestation de symptômes dus au handicap mental*

Maxime On voit très bien le problème, il y a des problèmes psychiatriques qui sortent, en terme, d'anxiété, en terme de, de syndromes de troubles déstabilisants sur le plan psychique d'une façon ou d'une autre, mais qui sont comme dans tout le domaine du handicap jamais très clairs sur le plan euh, psychiatrique, la nosologie, parce que, les manifestations de ces troubles sont infiltrées, par celles du handicap mental

3) Les moments où les locuteurs parlent de la spécificité de leur mission et de leur rôle. Dans l'exemple suivant, toujours issu d'une « séance de restitution », Eloi formule une des spécificités du DCPHM : celle de reconnaître des troubles psychiatriques chez les personnes en situation de handicap mental.



*Exemple 3 : Reconnaître que les personnes qui ont un handicap mental peuvent avoir des troubles psychiatriques*

Eloi une des spécificités [du DCPHM], c'est de reconnaître que des personnes qui ont un handicap mental peuvent avoir des troubles psychiatriques

Ces extraits ont été classés dans trois catégories : la définition des outils professionnels, la définition des patients et du handicap mental, la définition du rôle et de la mission du DCPHM et répertoriés dans une grille Excel.

Une lecture répétée et approfondie des extraits m'a permis d'identifier différentes sous-catégories. Par exemple, pour les extraits relatifs à la catégorie « définition des outils professionnels », certaines discussions avaient pour enjeu de révéler l'inadéquation entre les tests cognitifs classiquement utilisés en psychiatrie et les patients suivis par le DCPHM. J'ai donc regroupé ces discussions dans la sous-catégorie « inadéquation entre tests cognitifs et patients ». Le Tableau 8 résume les différentes catégories et sous-catégories :

*Tableau 8: Catégories et sous-catégories d'analyse*

| <b>Catégories</b>                                | <b>Sous-catégories</b>   |
|--|--|
| La définition des outils professionnels          | Le Pack, une méthode effroyable  |
|  | L'inadéquation entre tests cognitifs et patients   |
|  | Les hospitalisations et l'accès aux soins psychiatriques   |
|  | Imagerie fonctionnelle : entre fantasmes et réalité  |
| La définition des patients et du handicap mental | Ces patients sont les exclus de la médecine et de la recherche                                       |
|  | Le handicap mental implique des pathologies complexes qui poussent les professionnels à l'excellence |
| La définition du rôle et de la mission du DCPHM  | Être créatifs et innover   |
|  | Se positionner par rapport aux partenaires du réseau   |
|  | Occuper une place particulière dans le réseau  |

Le but de l'analyse est alors de décrire le contenu de ces sous-catégories en donnant des exemples, afin de montrer la manière dont les membres de l'équipe se définissent. Il n'est en revanche pas de procéder à une analyse quantitative qui n'est pas pertinente pour répondre à mes questions de recherches. Prenons par exemple le cas de « Le Pack, une méthode effroyable », classé comme sous-

catégorie de la catégorie « Définition des outils professionnels ». Le simple fait qu'un séminaire soit consacré à cette méthode montre qu'elle est un objet de préoccupation ou du moins d'intérêt pour l'équipe. Peu importe alors qu'il ait un ou dix extraits dans cette sous-catégorie.

## **4.5 Le travail : entre contraintes et innovation**

Les résultats de l'analyse sont présentés en trois parties, correspondant aux trois questions de recherche énoncées : la définition des outils professionnels (point 4.5.1), la définition des patients et du handicap mental (point 6), la définition du rôle et de la mission du DCPHM (point 4.5.3). Dans chaque partie, je présenterai les différentes sous-catégories, en donnant des exemples.

### **4.5.1 La définition des outils professionnels**

Dans cette section, je traiterai les quatre sous-catégories suivantes, issues de la catégorie « définition des outils professionnels » :

- « Le Pack, une méthode effroyable »
- « L'inadéquation entre tests cognitifs et patients concernés »
- « Les hospitalisations et l'accès aux soins psychiatriques »
- « Imagerie fonctionnelle : entre fantasmes et réalité »

#### *4.5.1.1 Le Pack, une méthode « effroyable »*

Les réunions étudiées, et principalement les « séminaires », sont l'occasion de discuter et remettre en question les outils utilisés dans la prise en charge de patients psychiatriques ou dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental, à l'instar du séminaire consacré à la question du « Pack », pratique clinique controversée engendrant des débats au sein de l'équipe, et mobilisant des considérations éthiques comme en témoigne l'exemple suivant :

*Exemple 4: « je trouve ça effroyable »*

Prisca            pour moi ça revient, symboliquement ce que je vois je ressens, ça revient à filer une monstre claqué à quelqu'un, pour ensuite le caresser, pour l'apaiser, et : et et c'est un peu, c'est un peu d'une vision extérieure ce que je vois, et je me je me je trouve ça : (Marc essaie de dire quelque chose) LA ON RESTE, même si il y a plein d'implications thé- euh : y a plein de choses qu'on peut comprendre ce qu'on voit neurologiquement

etc, je reste avec l'image que, de se retrouver en sous-vêtements, maintenu au sol avec des-  
 Marc ou NU tout simplement,  
 Prisca ou nu, encore PIRE (rires) non, mais c'est vrai, PIRE, avec des gens autour de soi, on nous touche, je trouve ça effroyable, personnellement.

Même si cette méthode peut avoir des conséquences positives sur certains patients, Prisca la qualifie d'« effroyable ». La manière qu'elle a de prendre position (« pour moi », « ce que je vois je ressens », « ce que je vois », « je trouve ça ») est peu habituelle dans ce genre de réunion et marque son implication personnelle dans le jugement d'une pratique professionnelle. Plus loin, elle va jusqu'à employer un « nous » générique (« avec des gens autour de soi, on nous touche ») créant ainsi une proximité avec les patients sur lesquels la méthode est appliquée. La règle de métier qui se dessine au travers de cet exemple concerne le corps du patient et la manière de le gérer, et qui pourrait se résumer à ne pas lui infliger des méthodes qu'on ne tolérerait pas de se faire infliger à soi-même.

#### 4.5.1.2 *L'inadéquation des tests cognitifs aux patients concernés*

L'inadéquation de certains outils à la spécificité des patients pris en charge par le DCPHM semble notamment être un sujet de préoccupation, comme l'illustre l'Exemple 5, issu du séminaire « tests d'intelligence » abordant des questions liées à l'échelle WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) :

##### *Exemple 5 : Inadéquation entre outil et patients*

Prisca les connaissances qualitatives, donc c'est cette idée de stockage, on a qu'un test pour le tester, le test d'arithmétique de la WAIS la plupart de nos patients échoueront, probablement

Issu du même séminaire, l'Exemple 6 témoigne d'une autre préoccupation, plus générale, mais toujours liée aux tests d'intelligence : le risque de faire un mauvais usage des tests, soit en les appliquant à des patients pour qui ils sont contre-indiqués, soit en mesurant des dimensions non pertinentes :

##### *Exemple 6: Le bon usage des outils*

Prisca à mon sens soit, on mesure, l'intelligence, et à ce moment-là on prend des outils adaptés, soit, on fait de la psychodynamique, et à ce moment-là on fait de la psychodynamique puis on crée un outil adapté [x]  
 Piera [puis on] mesure pas l'intelligence (rire)  
 Prisca MAIS, mais on grille pas les outils, et puis on catégorise pas faux, les personnes

Prisca et Piera font référence à des professionnels utilisant des tests projectifs afin de mesurer des dimensions cognitives. Le « on » générique employé par les deux locutrices comporte une forte dimension prescriptive (« on grille pas les outils », « on catégorise pas faux, les personnes ») en lien avec ce qu'elles considèrent comme des pratiques professionnelles indésirables. Ce qui est en jeu dans cet exemple, c'est une contradiction entre la validité scientifique de ce test et une validité que l'on peut qualifier de « située » qui, elle, se réfère à des règles morales (Grossen, Florez, Lauvergeon, 2014) et menant à l'expression de deux règles de métier : « On ne grille pas les outils » et « on ne catégorise pas faux les personnes ». Pour reprendre les termes de Dejours (1993a), on observe ici des professionnels mobilisant des arguments relatifs aussi bien à des critères d'efficacité qu'à des valeurs.

#### *4.5.1.3 Les hospitalisations et l'accès aux soins psychiatriques*

Les hospitalisations peuvent également être considérées comme des outils de prise en charge ambigus : si certaines d'entre elles doivent être évitées pour des raisons cliniques, d'autres sont considérées comme bénéfiques. La question est de savoir dans quel cas les prescrire. Dès lors, le DCPHM a cette double mission d'évaluer le bien-fondé d'éventuelles hospitalisations et d'en permettre l'accès aux personnes en situation de handicap mental, comme en témoigne cet énoncé de Maxime, déjà cité dans l'Exemple 1 : « Il y a pas de raison que les personnes hm ne puissent pas accéder à des soins de qualité ».

Cette préoccupation pour l'accès aux soins psychiatriques est beaucoup discutée dans le séminaire « données épidémiologiques... », et soulève des questions que je qualifierais d'éthico-politiques : selon les participants de la réunion, éviter d'hospitaliser des patients n'a pas toujours un fondement clinique, mais résulte parfois de restrictions budgétaires, ce à quoi les professionnels du DCPHM s'exprimant sur la question s'opposent :

*Exemple 7 : « Ce pays a le moyen de se payer le soin aux handicapés mentaux »*

Martin        moi l'argent que ça coûte euh moi je pense que ce pays a le moyen de se payer le soin aux handicapés mentaux c'est c'est vraiment la question CLINIQUE qui doit être surtout si c'est enregistré ce qui vient d'être dit donc qui est qui est au CENTRE de notre patient

La règle de métier à l'œuvre ici est que les personnes handicapées mentales doivent pouvoir accéder aux mêmes soins que tout un chacun, et que ce droit prime sur les économies publiques.

Puis Maxime évoque le danger d'instrumentaliser les raisonnements cliniques pour des raisons économiques :

*Exemple 8 : Le danger d'instrumentaliser les raisonnements cliniques pour des raisons économiques*

Maxime alors, euh / qu'on le veuille ou non, ça ça se voit dans tout le domaine de la psychiatrie sociale et communautaire, c'est-à-dire que, il y a toujours, une bonne intention, qui est de dire « l'hospitalisation c'est pas bon, on est mieux dans communauté », mais qui est sous-tendu par un objectif économique qui pervertit ce que tu dis, c'est-à-dire le raisonnement clinique

#### *4.5.1.4 Imagerie fonctionnelle : entre fantasmes et réalité*

Les techniques d'imagerie fonctionnelle sont évoquées dans différentes réunions et souvent décrites comme des outils potentiellement intéressants pour mieux comprendre ce qu'est le handicap mental. Néanmoins, elles suscitent des réactions à plusieurs niveaux : D'aucuns évoquent leur crainte que certains professionnels en aient des « attentes magiques », créant l'illusion qu' « accéder au cerveau » de la personne permettrait de la comprendre, comme en témoigne l'exemple suivant, issu du séminaire « les tests d'intelligence » :

*Exemple 9 : Imagerie fonctionnelle et compréhension du fonctionnement de la personne*

Prisca mais, il il faut pas s'imaginer que un :: même une imagerie FONCTIONNELLE, va clairement pouvoir permettre de dire euh : telle personne fonctionne comme ça comme ça, et OUI, c'est c'est c'est prendre la personne sous un tout petit bout de la lorgnette, euh : faire une évaluation comme ça, c'est prendre la personne selon juste un aspect, parce que euh, mais comme je le mets souvent dans mes rapports hein, les gens ils vont- y a certitude aucune fois, effectivement ça permet d'aider, à comprendre mieux la personne, de de d'enlever certaines représentations, que il COMPREND TOUT, versus, il comprend rien, etc etc /, mais, souvent, y a quand même des personnes qui présentent un handicap, c'est-à-dire qu'ils sont face à des INCAPACITÉS au cours de la vie, qui arrivent pas à faire face à des choses, puis c'est PAS UN DÉFICIT COGNITIF QUI L'EXPLIQUE, parce que, on est des, on se résume pas à notre intelligence.

D'autres évoquent également leur refus de placer « leurs » patients dans des situations engendrant un stress contre-indiqué, comme c'est le cas dans l'Exemple 10, issu d'une discussion, toujours lors du séminaire « tests d'intelligence ».

*Exemple 10: Outils et éthique professionnelle*

Piera non on peut pas / (rire) non pour l'instant, l'imagerie fonctionnelle est pas indiquée pour nos patients' par contre l'EEG ou ce genre de chose oui.  
Martin d'accord.  
Piera l'EEG d'ailleurs elle nous montrait un peu la même chose que-  
Martin pourquoi pas'  
Piera l'imagerie fonctionnelle' ben parce que c'est un stress ÉNORME, moi ça me quand j'ai été voir le matériel, c'est juste euh : effrayant quoi, ça fait beaucoup de bruit, c'est très : gros, faut rester longtemps, il faut : rester tranquille, c'est tout ce qui va pas avec notre population, donc je dirais que tant que le matériel est pas : s'est pas amélioré, euh donc je crois que je mettrais jam-en tout cas PERSONNELLEMENT, je dirais, je m'engagerais que pour moi, de dire que je mettrais jamais un de mes patients, un des patients de handicap mental là-dedans.

Dans cet exemple issu d'une discussion sur le développement potentiel de recherches cliniques grâce à l'imagerie fonctionnelle, Piera se positionne en tant que professionnelle ayant des règles éthiques strictes, pour qui le bien-être du patient passe avant la mise en place de techniques permettant des avancées en terme de recherche.

Deux règles de métiers se profilent dans ces deux exemples : ne pas tout réduire au cognitif d'une part, considérer le bien-être du patient comme prioritaire d'autre part.

Je l'ai mentionné dans la description des données (point 4.2) : l'abord de la spiritualité est également considéré comme un outil clinique allant à contre-courant des pratiques psychiatriques classiques. Dans l'exemple suivant, Martin fait un lien entre la spiritualité et l'imagerie cérébrale. Selon lui, la spiritualité pourrait être mise en lien avec le fonctionnement cérébral des personnes en situation de handicap, par le biais de l'imagerie fonctionnelle, ce à quoi Prisca rétorque que le handicap « n'est pas unitaire », et que poser la question d'une « imagerie » d'un « handicap » n'a pas de sens.

*Exemple 11: Outils et définition des patients*

Martin ça serait TRÈS intéressant de regarder la spiritualité dans le handicap mental en fonction de tableaux des des : en plus on a l'imagerie maintenant en plus /, mais comme on connaît même pas l'imagerie du handicap mental, y a encore cette étape euh là,  
Prisca surtout qu'elle est pas unitaire hein,  
Martin en plus.  
Prisca c'est pas : c'est pas, une imagerie pour un handicap mental, un handicap mental c'est pas : c'est pas, c'est pas une varicelle donc euh : chaque personne change. xxx  
Martin puis c'est très délicat sur le plan éthique hein à aborder avec quelqu'un dont on sait pas vraiment si il consent à ce qu'on aborde cette dimension, est-ce que la famille est

d'accord :: et puis qu'est-ce que ça implique si on fait des trouvailles, est-ce qu'on modifie quelque chose dans les croyances, est-ce que c'est déstabilisant, enfin moi je vais sur la pointe des pieds avec les toxicos xxx alors j'imagine ici,

Cet extrait présente l'intérêt de montrer comment outils, règles et définition des patients entrent en dialogue : est-il éthique d'appliquer des techniques d'imagerie cérébrale ainsi que les méthodes d'investigation de la spiritualité (outils) sur des personnes dont on connaît si peu les caractéristiques mentales (« on connaît même pas l'imagerie du handicap mental ») et sans pouvoir anticiper les conséquences de ses applications (« qu'est-ce que ça implique si on fait des trouvailles, est-ce qu'on modifie quelque chose ? »). On voit également que cette interaction participe de la définition des patients du DCPHM, thème que je développerai dans le point suivant (6) : il s'agit d'une population dont on connaît peu de choses du point de vue de l'imagerie cérébrale, d'une population qui n'est pas homogène, comme l'indique cette métaphore de Prisca « c'est pas une varicelle ».

#### *4.5.1.5 Discussion*

*Comment les membres de l'équipe définissent-ils de leurs outils professionnels ? Quelles critiques leurs adressent-ils et qu'apprend-on ainsi sur les règles de métier à l'œuvre ?*

Les résultats de cette analyse montrent que les membres de l'équipe soulignent l'existence d'une inadéquation des tests cognitifs utilisés en psychiatrie au profil de leurs patients (« la plupart de nos patients échoueraient »), mais aussi que certains de ces tests sont, à leur avis, utilisés de manière peu adéquate par des professionnels externes au DCPHM (qui utilisent par exemple des tests projectifs pour mesurer l'intelligence).

Les discussions sur la méthode du Pack et sur les techniques d'imagerie cérébrale ont suscité une réaction similaire au sein de l'équipe : plusieurs personnes ont pris position pour s'opposer à ces méthodes (« je trouve ça effroyable, personnellement », « je mettrais jamais un de mes patients là-dedans »). On voit ainsi comment la subjectivité des professionnels est mobilisée dans ces discussions (Dejours & Gernet, 2012). Il est intéressant de relever que ces deux

outils ont pour point commun d'exercer une contrainte physique sur les personnes, ce qui est en contradiction avec une des missions de l'équipe, à savoir précisément veiller à ce que ce genre de pratiques disparaisse.

Je l'ai montré dans le chapitre 2, une des missions du DCPHM est de favoriser les « bonnes » hospitalisations et d'empêcher les « mauvaises », c'est-à-dire que les professionnels doivent pouvoir évaluer si la situation d'une personne est susceptible de s'améliorer ou au contraire de se péjorer en cas de séjour dans un établissement médico-psychiatrique. Les discussions que j'ai relevées à ce sujet montrent que cette mission peut être empêchée par des enjeux économiques : Maxime et Martin dénoncent le risque de pervertir des raisonnements cliniques par des objectifs économiques, et donc de limiter l'accès des personnes handicapées mentales aux soins psychiatriques pour des raisons économiques.

Tous ces outils ont la particularité d'être controversés : les tests cognitifs sont remis en question dans ces discussions, mais tout de même utilisés dans la pratique ; la méthode du pack est décrite comme « effroyable », mais est pratiquée par certains professionnels (hors du DCPHM) et demandée par certains patients ; les méthodes d'imagerie cérébrale constituent un dispositif considéré comme trop anxiogène pour les patients du DCPHM, mais permettraient des avancées certaines en terme de recherches qui auraient finalement des retombées positives sur ces mêmes patients ; pour finir, les hospitalisations peuvent être selon les cas soit bénéfiques pour la personne, soit entraver son état.

Pour conclure, j'ai identifié six règles de métier au travers de l'analyse du discours que produisent les professionnels sur leurs outils:

1. Ne pas infliger au corps du patient des méthodes qu'on ne tolérerait pas de se faire infliger à soi-même.
2. « On ne grille pas les outils [d'évaluation cognitive et psychologique] » (en référence aux professionnels d'autres équipes qui ont fait passer des tests à des patients en période de décompensation psychique).
3. « On ne catégorise pas faux les personnes ».



4. Les personnes handicapées mentales doivent pouvoir accéder aux mêmes soins que tout un chacun, et ce droit prime sur les économies publiques.
5. Ne pas tout réduire au cognitif lorsqu'on évalue cliniquement un patient.
6. Considérer le bien-être du patient comme plus important que la recherche scientifique.

Ces règles de métiers sont autant d'indices de la manière dont les professionnels se positionnent par rapport à d'autres équipes. Elles montrent également que les outils sont toujours définis par rapport à leur objet (par exemple, le patient) et par rapport aux autres professionnels y ayant recours.

#### **4.5.2 La définition des patients et du handicap mental**

J'ai relevé deux principales sous-catégories relevant de la définition des patients du DCPHM :

- « Ces patients sont les exclus de la médecine et de la recherche »
- « Le handicap mental pousse les professionnels à l'excellence »

Les patients pris en charge par le DCPHM sont décrits comme ayant des profils extrêmement variés et auxquels une définition homogène est impossible à donner. Néanmoins, en les situant dans le champ de la psychiatrie et en expliquant en quoi ils constituent un défi pour la médecine, les professionnels engagent bel et bien un processus de définition de leur « objet ».

##### *4.5.2.1 Les exclus de la médecine et de la recherche*

La première dimension de ce processus de définition est de s'opposer au sens commun selon lequel le domaine du handicap mental serait un domaine accordant peu de marge de manœuvre aux professionnels. Dans l'Exemple 12, issu d'une « séance de restitution », Manu exprime cette idée en évoquant l'expérience de Maxime qui a une longue pratique de prise en charge de patients en situation de handicap mental :

*Exemple 12 : Le handicap mental, un « mur infranchissable » ?*

- Manu            quand on arrive comme ça dans le domaine du handicap mental, on a l'impression qu'on est face à un mur infranchissable, c'est-à-dire qu'on va pas pouvoir faire grand-chose, qu'on sait pas comment : alors que c'est PAS vrai,
- Maxime        c'est PAS vrai
- Manu            mais ça je trouverais important, de donner des illustrations, cliniques, de quelles expériences vous avez faites, [...] je pense que c'est bien qu'on défende cette expertise-là,
- Maxime        mais bien sûr, oui bien entendu,
- Manu            pour montrer qu'il y a des choses à faire,
- Maxi            mais Y A des choses à faire

Toujours dans la même séance, Martin, suivi par Maxime, propose de définir les membres du DCPHM comme des « handicapologues » : la « handicapologie » serait une discipline à créer afin de rassembler des professionnels s'intéressant aux problématiques du handicap mental. On voit dans cet exemple que c'est le patient qui réunit les membres, qui leur fait faire équipe :

*Exemple 13 : La handicapologie*

- Martin        donc j- c- quelques remarques, dans le fond il faudrait qu'on puisse devenir des handicapologues,
- Manu        et euh : qu'il y ait une handicapologie mentale, en quelque sorte, qui soit notre identité commune, et puis que dans ce registre-là, on se conjugue avec nos différences, MALHEUREUSEMENT le concept d'handicapologie mentale (rire) n'existe pas, donc il faudrait qu'on tourne autour de cette question, qui nous rassemblerait de manière matricielle matricielle, / un axe, euh spécialisation sur le hm, et puis, un axe, euh : particularités individuelles- petite digression sur l'addicto, mais je pense que ça- votre diapo m'a vraiment FLASHÉ, parce que c'est ce que j'ai vécu pendant QUINZE ANS, en m'occupant de l'addiction,

Bien que cet exemple relève plutôt de la définition de soi, je l'ai traité sous ce point, car il éclaire l'Exemple 14, concernant lui directement la définition des patients.

Ayant été interpellée par le lien fait par Martin entre le domaine du handicap et de l'addiction, je lui ai demandé ce qui, à son avis, rassemblait ces deux domaines :

*Exemple 14 : Handicap mental et toxicomanie*

- Martin        oh ça ressemble vraiment beaucoup, d'abord, je peux vous donner quelques points communs, d'abord, ce sont des patients pauvres, pauvres avec des guillemets, c'est-à-dire dans le fond, il y a peu d'intérêt médical et scientifique pour eux, c'est des problèmes disons, SOCIAUX importants, donc y a une ambivalence de la population à leur égard, on voit que c'est une souffrance et que c'est important, mais de l'autre, c'est des minorités etc, euh l'autre point commun c'est la stigmatisation, la stigmatisation et la discrimination, monstrueuses

Le lien établi par Martin entre ces deux catégories de patients (des patients qui subissent stigmatisation et discrimination) permet ainsi de mieux saisir la nécessité exprimée dans l'Exemple 13 de se définir en tant que « handicapologues », par analogie aux « addictologues ». On voit ainsi un exemple de dialogue entre la définition de l'équipe la définition des patients et d'autres discours présents dans le monde social.

#### 4.5.2.2 *Le handicap mental pousse les professionnels à l'excellence*

Mais les patients en situation de handicap mental ne sont pas seulement définis dans un dialogue avec la définition des professionnels les prenant en charge. Ils sont également définis par l'effet qu'ils produisent sur l'activité professionnelle, comme en témoigne l'exemple suivant :

*Exemple 15 : Explorer la médecine du futur grâce aux populations vulnérables*

Martin je pense que ces populations vulnérables servent de, de, de paradigme pour explorer la médecine du futur, parce que finalement, c'est des pathologies tellement complexes, qu'elles nous obligent à l'excellence, elles nous obligent à l'innovation, à la créativité, à la convergence dont vous avez parlé tout à l'heure, et je pense que s'occupant d'autisme, d'addiction etc, on on explore des solutions- dès qu'une forme de vérité se se se déploie quelque part, elle s'universalise, une fois que quelqu'un trouve un morceau de vérité elle devient valable pour tout le monde,

Les personnes handicapées sont définies ici comme faisant partie de « populations vulnérables », ayant des « pathologies complexes », qui poussent les professionnels à être innovants et créatifs.

#### 4.5.2.3 *Discussion*

*Comment les membres de l'équipe définissent-ils la spécificité des patients qu'ils suivent ? Et la spécificité du handicap mental ? En d'autres termes, quel est leur objet ?*

En définissant les patients, les professionnels définissent plus généralement ce qu'est le « handicap mental » et ce que cela implique pour l'équipe en terme de positionnement et d'action. Ainsi, en les définissant comme constituant une population hétérogène (contrairement à d'autres définitions sociales qui, elles, font du handicap mental une catégorie homogène) qui a des profils variés et qui ne peut se réduire à son handicap mental, les professionnels montrent que les

catégories diagnostiques et donc les outils qui en permettent l'élaboration ne sont pas suffisants à la réalisation de leur travail, lequel nécessite une adaptation aux situations réelles de suivis des patients (Clot, 2008 ; Dejours, 1995b).

La définition en terme de « personnes vulnérables et sujettes à discrimination » découle du lien qui est fait entre les personnes en situation de handicap mental et les personnes toxicomanes. Ces deux populations décrites comme suscitant peu l'intérêt de la médecine et de la recherche (« les patients pauvres de la médecine et de la recherche »)

Le positionnement de l'équipe devient alors le suivant : ces patients constituent au contraire un défi pour penser « la médecine du futur » et développer des recherches et des réflexions innovantes. En cela, le DCPHM se distancie du sens commun (Exemple 12 : Le handicap mental, un « mur infranchissable » ?) selon lequel peu de choses sont réalisables dans le domaine du handicap mental. Ainsi, leur rapport aux patients se compare au regard qu'ils imputent au monde social. C'est ce passage par d'autres acteurs (les « gens ») qui permet de dire « nous sommes des handicapologues » et de se profiler comme des défenseurs des « oubliés ».

Voyons maintenant plus en détail comment peut être saisie une définition de l'équipe grâce aux réunions analysées dans ce chapitre.

### **4.5.3 La définition du rôle et de la mission du DCPHM**

Les axes identifiés pour ce point sont les suivants :

- « Être créatifs et innover »
- « Se positionner par rapport aux partenaires du réseau »
- « Occuper une place particulière dans le réseau »

#### *4.5.3.1 Être créatifs et innover*

Créativité et innovation sont mentionnées comme deux aspects de l'identité des professionnels agissant dans les champs de la psychiatrie et du handicap mental. Par exemple, l'innovation clinique et scientifique est souvent évoquée comme

relevant de la mission du DCPHM, comme l'exprime Maxime lors d'une « séance de restitution ».

*Exemple 16 : Développer une approche psychiatrique moderne*

Maxime nous, notre mission, globale hein, c'est de développer sur les plans euh, institutionnels, cliniques et scientifiques, une approche psychiatrique moderne, du handicap mental en général

Se définir comme une équipe innovante implique deux choses selon Maxime : d'un côté, la stimulation liée au fait d'être les premiers à mener des recherches inédites :

*Exemple 17: « On défriche le terrain »*

Maxime c'est aussi tout le problème euh de démarrer- alors c'est à la fois fascinant parce qu'on est dans on défriche le terrain : on découvre des choses que d'autres n'ont pas déjà vingt-cinq fois démontrées,

Mais de l'autre, la frustration de la lenteur du processus, d'où l'importance selon lui d'acquérir des financements afin de pouvoir renforcer l'équipe :

*Exemple 18 : « Monter en puissance dans notre potentiel de réalisation »*

Maxime MAIS alors (rire) ça va à la vitesse que ça va, et puis donc c'est aussi l'importance de pouvoir monter en puissance dans notre potentiel de réalisation c'est-à-dire que, ça devient le moment où il faudrait qu'on arrive à décrocher un fond national, pour pouvoir engager du monde.

L'innovation devient alors une mission que Maxime donne à l'équipe et qui répond à différents objectifs. L'Exemple 19 illustre un de ces objectifs, à savoir lutter contre « le pessimisme fataliste » :

*Exemple 19 : Lutter contre le « pessimisme fataliste du handicap mental »*

Maxime parce que dans le domaine du handicap mental, c'est le principal objectif de notre voie de recherche, c'est de lutter contre le pessimisme, fataliste, hein. « toute façon : c'est des handicapés mentaux on peut rien faire » et pour finir on fait n'importe quoi sous prétexte qu'on peut rien faire,

#### *4.5.3.2 Se positionner par rapport aux partenaires du réseau*

Un autre objectif est de s'inspirer de la prise en charge des personnes toxicomanes pour développer une « association vaudoise des psychiatres concernés par le handicap mental ». Le but de la création de cette association, comme explicité dans

l'Exemple 20, est d' « inverser les polarités » avec les associations de défense des personnes en situation de handicap et d'être proactif :

*Exemple 20 : S'inspirer du modèle de la prise en charge des personnes toxicomanes*

Martin si on inversait les polarités, une fois, en disant NOUS on a créé une AVMCHM<sup>17</sup>, et maintenant on a besoin, de PARTENAIRES pour les médecins généralistes qui sont là-dedans, on a besoin d'une liste, d'intervenants ambulatoires, pour le premier euh pour le niveau primaire, et donc on pourrait demander à SHM<sup>18</sup> de nous donner des noms, [...] euh ce serait pas idiot d'aller dans le réseau et d'inverser les polarités, en disant voilà, on a maintenant 50 médecins qui s'intéressent à ça, nous on a quatre ans d'existence on peut pas garder tous les cas dans notre cohorte, FAUT qu'on ait un système vivant avec des délégations dans le réseau primaire, QUE propose Autisme Suisse Romande, QUE propose SHM, QUE propose Insieme, pour faire des TANDEMS, et je pense que la question du binôme, question extrêmement intéressante, médecins généralistes et handicapologues socio-éducatifs, et puis c'est comme ça qu'on traite les tox hein, ça ça marche en fait, donc euh c'est ça qu'il faut faire, à mon avis, y a un modèle qui marche quelque part faut le copier-coller

Si l'Exemple 20 décrit le positionnement idéal du DCPHM face aux partenaires des milieux associatifs, l'Exemple 21 concerne son positionnement par rapport aux partenaires du domaine psychiatrique. Les membres du DCPHM se décrivent comme des « spécialistes des interactions entre les troubles cognitifs et psychiques » et une des missions formulées dans ces réunions est de s'occuper de « cas lourds ». Néanmoins, de la même manière qu'une négociation s'opère autour des outils de prise en charge et de suivi des patients, une négociation des caractéristiques des patients eux-mêmes est à l'œuvre dans les discussions analysées : tous les patients psychiatriques en situation de handicap mental ne pouvant pas être pris en charge par le DCPHM, la question de la « sélection » de ces patients subsiste. Dans le cadre d'une « présentation de cas », Manu remet en question le suivi d'un patient qui selon lui « dépasse largement les moyens » du DCPHM. Il propose donc de renégocier l'investissement de l'équipe dans ce suivi qui semble trop lourd à assumer pour l'équipe.

*Exemple 21 : « Ça dépasse largement nos moyens »*

Manu [je me demande dans quelle mesure] dans ces cas-là on devrait pas rester en lien avec eux, puis se dire nous on contribue à : peut-être VOUS aider par rapport à une situation de handicap mental ou par rapport à : / enfin pas s'investir totalement là-

---

<sup>17</sup> Association vaudoise des médecins concernés par le handicap mental

<sup>18</sup> Solidarité Handicap Mental

dedans parce que après ben on voit bien hein, de toute façon ça dépasse largement nos moyens

#### 4.5.3.3 Occuper une place particulière dans le réseau

Le dispositif occupe également une place particulière dans le réseau de soins vaudois, deux de ses professionnels étant membres du CoRev (Comité de révision des mesures de contraintes). Cette place semble être vécue de manière contraignante, comme le montre l'Exemple 22 (« ce qui est vraiment embêtant », « par la force des choses », « on n'a pas pu échapper à cette fonction », « [cette fonction] nous a été imposée ») :

*Exemple 22 : « Par la force des choses, on n'a pas pu échapper à cette fonction »*

Maxime        donc euh, on on est PRIS, d'une certaine manière dans ce contrôle, on a beaucoup réfléchi au début, parce qu'on est un peu juge et partie, ce qui est vraiment embêtant, euh finalement, par la force des choses parce qu'on n'a pas pu échapper à cette fonction, qui nous a été imposée par les autorités politiques et administratives, on a, on est en train de résoudre le problème, en essayant justement d'utiliser la fonction go between de la liaison,

Face à cette contrainte, Maxime parle de « la solitude du clinicien » qui, témoin d'une situation de contention ou d'une situation sortant des cadres légaux, peut être confronté à des questions éthiques telles que : faut-il aider quand même l'équipe, même si cette dernière ne respecte pas la loi et se contenter de la dénoncer ? Faut-il au contraire l'aider à respecter la loi<sup>19</sup> ?

*Exemple 23: « A un moment donné, on est seul avec notre conscience »*

Maxime        d'une certaine- c'était une infiltration du contrôle par une sorte d'arbitrage, euh, qui tend des deux côtés, à faire valoir, un, les directives et la loi, qu'on peut pas contourner comme on veut, et puis deux, expliquer aux, aux, aux / aux acteurs, qui doivent faire respecter la loi, que on peut pas non plus dans toutes les circonstances euh, euh, éviter une certaine compréhension, qui permette de sortir de situations difficiles, donc là il faut il faut, s'arranger pour euh, ces des situations où très souvent, enfin c'est là qu'on peut parler de de problème de solitude, du clinicien ou des cliniciens, ou des équipes, c'est vrai qu'il y a un moment donné, on est seul avec notre conscience, euh on tombe sur le, sur les mesures de contrainte, euh qu'on nous avait pas- par hasard hein, parce qu'on voit, parce que tout d'un coup on est appelé dans une situation d'urgence et puis on voit que la personne est sous contrainte et puis que ça a pas été dénoncé, qu'est-ce qu'il faut faire ? est-ce qu'il faut tout de suite dire « non ben nous on peut pas intervenir parce que vous êtes hors la loi donc on va vous dénoncer », ou dire « on va vous aider, à rentrer dans la loi, » alors, voilà y a un moment donné où on est seul, on a eu cette : ce ce problème avec une institution où,

---

19 LAIH : Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées.

tout d'un coup, on avait l'impression qu'il y avait une exploitation un peu abusive des forces de travail des, des personnes handicapées, puis on a beaucoup discuté de la question de savoir, est-ce qu'on dénonce, à qui est-ce qu'on dénonce, au médecin cantonal, est-ce que c'est au CoRev, est-ce que c'est à la direction du Service de prévoyance de l'aide sociale, et et puis bon, on a essayé de trouver des solutions, il y a donc un raisonnement éthique hein, à développer, parce qu'il y a des, parmi nos valeurs, et nos objectifs, il y a tout à coup une mise en tension

À la fin de l'Exemple 23, Maxime fait référence à des solutions à trouver, à un raisonnement éthique à développer face à la mise en tension entre les valeurs et les situations rencontrées dans la pratique. Il exprime ici ce que Clot (2008) qualifierait de « travail empêché ».

L'exemple suivant, issu d'une « présentation de cas », illustre également une tension liée à la dénonciation de situations imprévues auxquelles les membres du DCPHM peuvent être confrontés lors de leurs interventions. Pauline fait part de ses doutes sur la manière d'agir face à un patient qui refuse d'être mis sous tutelle ou curatelle. Sa question centrale est de savoir qui, dans le réseau de soin, doit « dénoncer » la situation et mettre en marche le processus permettant la mise en tutelle :

*Exemple 24 : Prendre position dans le réseau de soin*

Martin        qui est- précisément ceux qui sont dans le temporaire, typiquement NOUS,  
Pauline        ouais  
Martin        le méchant CHUV universitaire avec les méchants professeurs, ça alors c'est moi je fais volontiers,  
Pauline        mais c'est aussi exactement pour ça que je voulais en parler [aujourd'hui c'est pour savoir QUI dénonce]  
Martin        [et puis après on se retire], puis le réseau primaire dit il y a le méchant CHUV au secours on veut plus y retourner puis tout va bien, // on veut plus revoir Martin on a plus besoin de psychiatrie c'est parfait.  
Piera         l'idée de Cery c'est un peu ça hein chez pour certains patients.  
Prisca        hum.  
Piera         les méchants psys.  
Prisca        ouais, c'est vrai.  
Manu         il faudrait définir qui devront être les gentils  
Martin        voilà. C'est exactement ça.  
Manu         important ça  
Pauline        donc, là-  
Martin        donc oui on peut être les méchants dans cette histoire, il faut trouver les gentils qui portent la la la la le long terme, c'est ça le problème. suivi de Piera, Prisca et Manu, répondant à Pauline qu'étant dans le suivi « temporaire », le DCPHM doit assumer cette tâche. Il le présente comme une stratégie (« et puis après on se retire, puis le réseau primaire dit *il y a le méchant CHUV* ») permettant aux personnes ayant créé une relation à long terme avec le patient de garder un lien harmonieux.



Le secret professionnel et le partage de l'information sont également des sources de tension, comme en témoigne l'Exemple 25, issu de la première « séance de restitution » :

*Exemple 25 : Secret professionnel et partage des informations*

- Prisca ce qui est souvent compliqué c'est qu'on a souvent plusieurs personnes dans les mêmes- enfin dans un même groupe on suit plusieurs personnes différentes, et on voit leurs familles aussi, qui savent que d'autres personnes vont pas bien ou sont suivies par le DCPHM etc. et puis on peut être pris à parti par rapport à ça, euh : en disant- voilà c'est pas facile de de rester euh :
- Maxime oh c'est extrêmement compliqué, parce que ça peut être un outil aussi de, blocage de l'information, euh là si vous vous souvenez, il y a X qui a été licencié depuis hein, mais qui instrumentait toujours le secret professionnel, en disant « on peut pas donner les noms », on peut dire « y a un patient x qui est sous mesure de contrainte, mais on peut pas vous dire son nom » alors c'était un petit peu difficile d'aller intervenir si on y a toujours ce blocage, en disant « ah, mais si vous vous mêlez de ça va : » donc, on- c'est parfois UTILISE, le secret pour, bloquer la situation d'information.

Cet exemple montre que les règles sont toujours sujettes à interprétation et à négociation : si deux équipes ou membres d'équipes suivant le même patient utilisent une règle de manière différente, il peut arriver que toute possibilité d'intervention soit bloquée. Dans le cas cité par Maxime, le médecin met en place ce que Dejours (1998) appellerait « grève du zèle » en appliquant à la lettre les principes de confidentialité et de secret pour empêcher la collaboration.

#### *4.5.3.4 Discussion*

##### *Comment les professionnels définissent-ils leur rôle et leur mission ?*

La définition du rôle et de la mission du DCPHM se fait sur deux axes, celui de la recherche et celui de l'intervention. Du côté de la recherche, les membres de l'équipe se définissent comme une équipe innovante qui mène des recherches inédites, poussée qu'elle est par la particularité de leurs patients. Ils se fixent comme but de développer une « approche psychiatrique moderne », nécessitant patience et nouvelles sources de financement.

Du côté de la pratique, on constate que l'équipe, de par sa fonction de liaison, occupe une place particulière dans l'arène la plaçant parfois dans une position de témoin pouvant mener les autres équipes à la considérer comme exerçant une mission de contrôle. Lorsque confrontés à des situations contraires à la loi, des

questions éthiques fondant l'identité des professionnels apparaissent : que doit-on faire lorsqu'on découvre une situation de contrainte ? Faut-il aider l'équipe ou la dénoncer ? Doit-on prendre position contre l'avis d'un patient si sa vie est en danger (cf. Exemple 24) ?

#### **4.6 Conclusion**

Le but de ce chapitre était, au travers de l'analyse de réunions d'équipe, de comprendre comment les professionnels du DCPHM se présentent, se définissent et définissent leur identité. En empruntant des outils théoriques à la psychodynamique du travail et à la clinique de l'activité, j'ai saisi ces définitions dans leurs dimensions collectives, en cherchant à comprendre comment les professionnels procèdent à un réajustement permanent de leurs outils aux pratiques réelles et quelles sont les règles de métier à l'œuvre. En effet, ces réunions peuvent être comprises, pour reprendre les termes de Clot (2010) comme un espace de controverse dans lequel les professionnels créent des débats sur la qualité de leur travail.

La méthode développée pour procéder à cette analyse (point 4.4) a permis de mettre en évidence les thèmes discutés par l'équipe et de les regrouper en différentes sous-catégories (Tableau 8: Catégories et sous-catégories d'analyse). À partir de là, j'ai montré comment le fait que les membres de l'équipe soulèvent des inadéquations entre les patients et les outils professionnels (Exemple 5: Inadéquation entre outil et patients) est une manière de prendre position par rapport à d'autres équipes par contraste avec ce qui se fait au DCPHM. Cette prise de position se fait en mobilisant des règles, en mettant en mot des valeurs et des principes éthiques (Exemple 4: « je trouve ça effroyable »). C'est également une manière d'argumenter la nécessité de créer de nouveaux outils et donc d'accéder à des financements permettant de développer de nouvelles recherches (Exemple 18 : « Monter en puissance dans notre potentiel de réalisation »).

**Les résultats de ce chapitre peuvent être résumés en deux principaux axes :**

- En définissant les patients et le handicap mental (leur objet), les professionnels se définissent eux-mêmes et se positionnent comme allant à

contre-courant de la médecine et de la recherche, qui ont tendance, selon eux, à délaisser cette catégorie de patients et de se désintéresser des problématiques qui lui sont liées. **Ils se créent alors une identité d'équipe définie comme innovante, atypique et la plus légitime pour intervenir auprès des personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques.**

- **Les définitions produites par les professionnels dans les réunions d'équipe peuvent entrer en contradiction**, et soumettre les professionnels à des doubles contraintes: par exemple, définir les patients comme étant des patients atypiques, mais être contraints d'utiliser des outils définis comme destinés à des patients plus « classiques ». Leurs rôles eux-mêmes entrent en contradiction: par exemple, les professionnels peuvent être placés dans un rôle de garants de la loi (de par la fonction de liaison qu'ils exercent) qui entre en contradiction avec le rôle de clinicien et donc les mettre face à des dilemmes éthiques. **Ces contradictions se révèlent être des sources de construction d'identité**, puisqu'elles mènent les professionnels à se positionner, par exemple en opposition à des outils, et donc en opposition aux autres professionnels y ayant recours.

La notion de contradiction mérite d'être plus amplement théorisée et analysée. Je le ferai dans le chapitre suivant, en m'appuyant sur des transcriptions de colloques dans lesquels les professionnels rendent compte de cas de patients.

## **5 CHAPITRE 5 : DES OBSTACLES A LA REALISATION DU TRAVAIL EN RESEAU. UNE ANALYSE DISCURSIVE DES MANIFESTATIONS DE CONTRADICTIONS SYSTEMIQUES DANS LES COLLOQUES HEBDOMADAIRES**

L'objectif de ce chapitre est d'étudier les comptes rendus que les professionnels font de leur travail dans les colloques hebdomadaires, qui sont un lieu dans lequel ils expriment les difficultés, les doutes et les questionnements rencontrés au quotidien, que je désignerai ici sous le terme général d' « obstacle ».

**L'hypothèse de ce chapitre est que les obstacles constituent une source de développement d'équipe et que leur analyse apporte un éclairage original sur la collaboration professionnelle puisqu'elle permet d'appréhender la manière dont les participants les construisent dans l'interaction et comment ils élaborent des idées et des solutions pour y faire face.**

Je commencerai ce chapitre en expliquant comment la théorie de l'activité historico-culturelle m'a permis de problématiser mon objet d'étude et en quoi elle est une ressource précieuse pour penser la collaboration professionnelle, notamment grâce à la notion de « contradictions systémiques » (point 5.1). De cet éclairage théorique découleront la problématique et les questions de recherches, orientées vers l'analyse de ces contradictions et de leurs conséquences en matière d'apprentissage professionnel (point 5.2). Dans le point 5.3, j'exposerai la démarche de constitution du corpus. Je donnerai d'abord une description générale du déroulement des colloques hebdomadaires, puis expliquerai selon quels critères j'ai procédé à leur découpage et à la sélection d'extraits. Le point 5.4 vise à rendre compte de la méthode d'analyse que j'ai mise au point pour identifier les obstacles, les catégoriser et en analyser les effets sur l'interaction entre les professionnels prenant part aux colloques. Les résultats seront développés dans le point 5.5 : je commencerai par une description approfondie des différents obstacles identifiés et de la manière dont ils sont exprimés par les participants (point 5.5.1) ; puis je présenterai les différentes contradictions systémiques que

ces obstacles révèlent (point 5.5.2), ce qui mènera à une réflexion sur les difficultés rencontrées par les membres de l'équipe dans leur pratique professionnelle (point 5.5.3); je montrerai ensuite comment les obstacles sont traités lors des colloques (point 5.5.4), avant de développer une analyse approfondie de deux extraits (points 5.5.5 et 5.5.7); enfin, je développerai une réflexion sur ce que nous apprennent ces résultats en terme de changement et d'apprentissage professionnel (point 5.6).

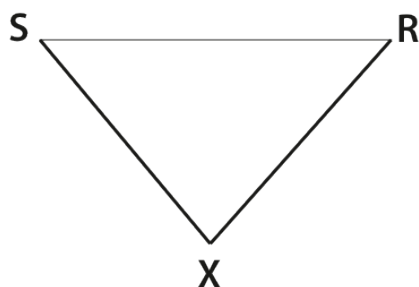
La problématique de ce chapitre s'ancre dans la théorie de l'activité historico-culturelle telle que développée au CRADLE (Center for Research in Activity, Development and Learning), centre de recherche dirigé par le professeur Yrjö Engeström à l'Université de Helsinki. Avant d'en expliquer les principaux concepts et leur pertinence pour l'analyse de la collaboration professionnelle, un bref détour sur son développement historique me permettra d'en souligner l'originalité et la richesse.

## **5.1 La théorie de l'activité historico-culturelle**

### **5.1.1 De l'action individuelle aux systèmes d'activité**

L'origine de la théorie de l'activité historico-culturelle remonte à Lev Vygotski (1978) qui chercha à surpasser la dichotomie cartésienne société-individu dans l'analyse de l'activité humaine. Lecteur de Marx, il s'inspira du concept de matérialisme dialectique pour développer l'idée selon laquelle les êtres humains ne sont pas que le résultat de l'évolution des espèces: ils produisent et transforment la culture. Révolutionnaire dans le contexte de la psychologie de la Russie du début du XX<sup>e</sup> siècle, cette idée implique que comprendre l'action individuelle ne peut se faire sans un changement d'unité d'analyse, centrée non plus sur le couple « stimulus-réponse », mais sur l'action médiatisée par des artefacts culturels, ou en d'autres termes, sur le trio « stimulus-médiation culturelle-réponse » :

Figure 12: Représentation de l'action humaine. La réponse (R) à un stimulus (S) est médiatisée par un artefact (X)



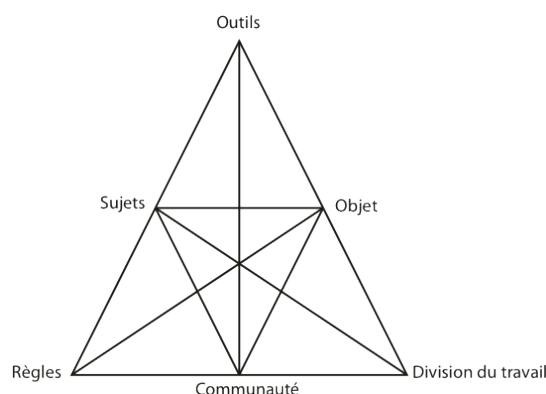
La deuxième génération de la théorie de l'activité historico-culturelle est attribuée aux travaux de A.N. Leontiev (1978). Reprochant à Vygotski de ne se centrer que sur l'action individuelle, il proposa un modèle permettant de rendre compte de l'activité collective. La distinction opérée entre action et activité suppose une organisation hiérarchique entre les opérations (orientées par le conditionnement des individus), les actions (orientées par des buts à court terme) et les activités (orientées par des « motifs »<sup>20</sup> d'une communauté s'inscrivant dans le long terme). L'activité, nouvelle unité d'analyse, a ceci de particulier qu'elle ne peut être étudiée sans prendre en compte les objets vers lesquels elle est orientée.

Dans son ouvrage de 1987, *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*, Yrjö Engeström pose les bases de ce qui est actuellement considéré comme la troisième génération de la théorie de l'activité historico-culturelle. L'unité d'analyse n'est plus la communauté, mais le système d'activité (ou l'interaction entre différents systèmes d'activités), qu'il modélise comme un triangle comportant six pôles interdépendants :

---

<sup>20</sup> « Motivation » dans le texte en anglais (Leontiev, 1978)

Figure 13 : Le triangle d'activité selon Engeström (1978)



Le sujet désigne un individu ou un groupe d'individus. L'objet est la « matière première » donnant son sens au système et orientant l'activité. Les outils, ou artefacts représentent les médiations entre le sujet et l'objet. La communauté désigne le groupe partageant un même objet général, alors que la division du travail renvoie au partage des tâches de la communauté. Pour finir, les règles désignent les contraintes orientant l'action et les interactions. La base du triangle fonctionne comme un iceberg : la communauté, la division du travail et les règles constituent des médiations sociales moins visibles, mais fortement ancrées.

Bien que permettant d'examiner les relations entre chacun des pôles, il ne faut pas perdre de vue que l'unité d'analyse est bien le triangle dans son ensemble. Ainsi, cette modélisation a pour intérêt de rendre compte du fait que l'activité est constituée d'une structure de médiation complexe, et pour citer Engeström : « A conceptual model of the activity system is particularly useful when one wants to make sense of systemic factors behind seemingly individual and accidental disturbances, and innovations occurring in the daily practice of workplace » (2008b, p. 27).

### 5.1.2 Le modèle de Yrjö Engeström et son application actuelle

L'outil principal développé par ce modèle est la méthode du « Change Laboratory » (Engeström, 2007, 2011 ; Sannino, 2011 ; Sannino & Sutter, 2011, Virkkunen & Newnham, 2013) qui vise à créer des situations permettant le développement de nouvelles pratiques professionnelles, notamment en plaçant les praticiens dans des situations de confrontation et d'analyse de leur système

d'activité. Son champ d'application couvre des domaines aussi variés que les soins médicaux, l'éducation, l'artisanat, ou encore les nouvelles technologies.

La théorie de l'activité historico-culturelle est fondamentalement orientée vers le changement : elle s'intéresse à la manière dont les individus transforment leur système, développent de nouvelles compétences et font des apprentissages tout au long de leur vie. Un de ses outils les plus pertinents est l'analyse des contradictions systémiques.

### **5.1.3 L'analyse des contradictions systémiques**

Un des points centraux de la théorie de l'activité historico-culturelle est que l'activité est fondamentalement définie et dirigée par son objet, qui lui donne un but. L'objet doit être compris comme un matériau jamais totalement défini et en perpétuelle construction par les acteurs de l'activité. Il est une mosaïque de voix, de positionnements et porte en lui des contradictions. Ces contradictions sont source de changement et de développement (Engeström, 2008 ; Ilyenkov, 1977), d'où l'importance de leur analyse. Avec la méthode du « Change Laboratory », les chercheurs créent des situations permettant aux praticiens de verbaliser ces contradictions et de développer des moyens de les résoudre. Bien que n'adoptant pas cette méthode pour ma propre recherche, je suis en mesure de repérer dans mes données des manifestations discursives de ces contradictions et d'analyser l'effet de ces manifestations dans les interactions au sein des colloques.

Dans leur article de 2011 « Discursive manifestations of contradictions in organizational change effort. A methodological framework », Engeström et Sannino mettent en garde le lecteur contre une confusion classique : la notion de « contradiction » n'est pas synonyme de « tension », de « paradoxe » ou encore de « conflit ». Il s'agit d'un concept philosophique puisant ses racines dans le marxisme (Marx, 1867/1990) et référant à la contradiction primaire du système capitaliste résidant entre la valeur d'échange et la valeur d'usage. Dans le contexte de l'analyse des pratiques professionnelles, les contradictions sont à comprendre comme se situant entre les différents pôles d'un système d'activité (ou de



plusieurs systèmes d'activité interdépendants) et résultant de leur évolution historique.

L'accumulation de contradictions systémiques dans l'activité a pour conséquence que les acteurs du système en produisent des manifestations discursives (Engeström & Sannino, 2011). Elles sont de différents types :

- *Conflits* : qui apparaissent lorsqu'un ou des individus perçoivent des divergences ou des interférences entre leur action et l'action d'autres individus. Ils peuvent prendre la forme de résistance, désaccord ou encore de critique. Les compromis, la soumission à la majorité ou à l'autorité sont décrits par les auteurs comme des moyens typiques de résoudre les conflits.
- *Conflits critiques* : lorsque les conflits sont aggravés au point de placer l'individu qui l'exprime dans une situation de paralysie ou de doutes internes. Ils sont souvent formulés de manière émotionnelle, sous la forme de descriptions morales ou à l'aide de métaphores. Afin de les résoudre, l'individu procède à une négociation d'un nouveau sens de la situation ou à la recherche d'une nouvelle signification personnelle.
- *Dilemmes* : la notion renvoie aux travaux de Billig et al. (1988) pour qui les dilemmes sont des situations dans lesquelles les acteurs sont amenés à trancher un problème moral ou à faire un choix entre différentes solutions toutes considérées comme insatisfaisantes. Les expressions de dilemme sont repérables dans le discours, car elles comportent de nombreuses marques d'hésitations. Elles débouchent rarement sur une résolution et donnent en général lieu à des dénis ou reformulations.
- *Doubles liens* : issu des travaux de Gregory Bateson (1972), le concept de double lien réfère à des situations dans lesquelles l'individu reçoit deux messages contradictoires, sans possibilité de métacommuniquer sur cette contradiction. L'expression de doubles liens se manifeste par des questions rhétoriques reflétant l'impossibilité d'agir (« qu'est-ce qu'on peut y faire ? »). Engeström et Sannino (2011) notent que dans

l'élaboration des doubles liens, on observe couramment le passage du « je » au « nous », leur résolution ne pouvant se faire de manière individuelle et nécessitant une action collective

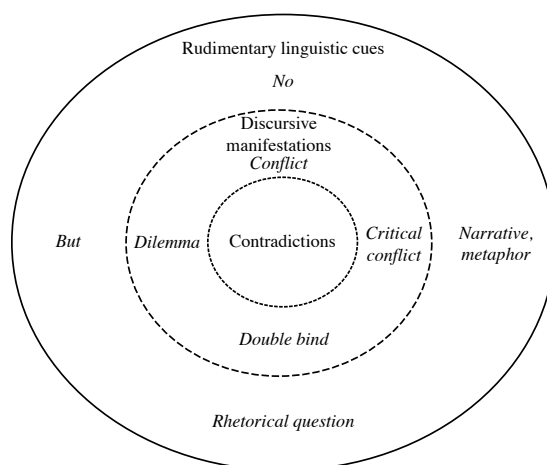
Le Tableau 9 résume les formes de manifestations discursives et les expressions leur étant liées.

Tableau 9: "Type of discursive manifestations of contradictions" (Engeström & Sannino, 2011, p. 375)

| Manifestation     | Features   | Linguistic cues  |
|-------------------|--|--|
| Double bind       | Facing pressing and equally unacceptable alternatives in an activity system:<br>Resolution: practical transformation (going beyond words)              | "we", "us", "we must", "we have to"<br>pressing rhetorical questions, expressions of helplessness<br>"let us do that", "we will make it" |
| Critical conflict | Facing contradictory motives in social interaction, feeling violated or guilty<br>Resolution: finding new personal sense and negotiating a new meaning | Personal, emotional, moral accounts<br>narrative structure, vivid metaphors<br>"I now realize that[...]"                                 |
| Conflict          | Arguing, criticizing<br>Resolution: finding a compromise, submitting to authority or majority  | "no", "I disagree", "this is not true"<br>"yes", "this I can accept"   |
| Dilemma           | Expression or exchange of incompatible evaluations<br>Resolution: denial, reformulation  | "on the one hand[...] on the other hand";<br>"yes, but"<br>"I didn't mean that", "I actually meant"                                      |

C'est à ces manifestations que le chercheur peut avoir accès, par le biais d'identification d'indices linguistiques. La Figure 14, reprise de l'article de Engeström et Sannino (2011), résume l'organisation des différents éléments permettant d'accéder aux contradictions.

Figure 14 : "Methodological onion for analyzing contradictions in discourse data" (Engeström & Sannino, 2011, p. 375)



#### 5.1.4 Implications pour l'analyse de l'apprentissage et du développement

Les contradictions systémiques mènent les individus à construire de nouvelles modalités d'activité, ou pour le dire en des termes propres à la théorie de l'activité, à « apprendre ce qui n'est pas encore là ». Cette formule renvoie à la notion de « expansive learning » (Dochy, Engeström, Sannino, & van Meeuwen, 2011 ; Engeström, Rantavuori, & Kerosuo, 2013) définie comme une modalité d'apprentissage collectif et inspirée par le concept vygotkien de zone de développement proximal que Engeström transpose au système d'activité de la manière suivante : « The distance between the present everyday actions of the individuals and the historically new form of the societal activity that can be collectively generated as a solution to the double bind potentially embedded in everyday actions ». (1987, p.174)

La possibilité de construire de nouvelles modalités d'activité implique que les individus ont les moyens collectifs de changer l'ordre établi. Cette idée réfère au concept d'agentivité (agency) désignant des types d'actions ayant un potentiel de transformation (résistance, critique) et qui conçoit les individus non pas comme des « sujets », mais des « agents »<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Dans ce cadre théorique, l' « agent » est à comprendre comme un acteur doué d' « agentivité » et exerçant donc des transformations de son contexte par son activité.

## **5.2 Questions de recherche**

L'analyse développée dans ce chapitre vise à saisir les contradictions systémiques à l'œuvre dans le travail des professionnels du DCPHM ainsi que leurs conséquences en terme de changement et d'apprentissage.

La première étape de cette analyse consiste à adapter la méthode développée par Engeström et Sannino à mes données. Dans le point 5.4, je montre comment j'ai procédé pour identifier des manifestations discursives de contradiction qui sont des signes de la présence d'« obstacles », c'est à dire de difficultés, questionnements et doutes exprimés dans les colloques hebdomadaires.

La seconde étape consiste à analyser les obstacles repérés en cherchant à répondre aux questions de recherches suivantes :

1. Quels sont les objets de ces différents obstacles ?
2. De quelle manière sont-ils exprimés (sous la forme d'un conflit, d'un conflit critique, d'un dilemme ou d'un double lien) ?
3. Quels pôles du système d'activités entrent en contradiction pour donner lieu à chacun de ces obstacles ?
4. Que nous apprennent-ils sur les difficultés que rencontrent les professionnels ?
5. Comment ces obstacles sont-ils traités par les participants ?
6. Quelles sont les implications de ces obstacles et de leur traitement en matière de changement et d'apprentissage professionnel ?

## **5.3 Constitution du corpus : les colloques hebdomadaires**

Le corpus est constitué des vidéos des colloques hebdomadaires de l'équipe. Pour rappel, j'ai filmé ces réunions d'avril 2010 à juin 2011, d'abord chaque semaine, puis de manière de plus en plus espacée, récoltant ainsi un total de vingt-deux réunions d'environ cinquante minutes chacune (voir Tableau 1: Résumé des données, p. 39).

### **5.3.1 Préparation des données**

Au fur et à mesure de la constitution de ce corpus, j'ai pris soin de répertorier chacune des vidéos en indiquant les informations suivantes : le nom du fichier vidéo, le nom du fichier audio correspondant, la durée du fichier, la date d'enregistrement, les pseudonymes des personnes présentes, le nom du fichier de mes notes manuscrites prises pendant la réunion, la structure générale de la réunion (la plupart du temps annoncée par l'ordre du jour) ainsi qu'un résumé des principaux thèmes abordés. Ces deux derniers points m'ont permis d'identifier les activités routinisées de ces colloques hebdomadaires (par exemple, le fait que la question de l'hospitalisation des différents patients suivis par le DCPHM était toujours la première abordée lors des réunions) et les thèmes récurrents, et d'en faire une description générale qui oriente le premier traitement des données.

### **5.3.2 Description générale et premier traitement des données**

Les colloques ont lieu le lundi matin à 8h30 et constituent donc la première activité de la semaine. La durée de chaque colloque est d'environ cinquante minutes et chaque professionnel est tenu d'y participer, à moins qu'il ne doive intervenir pour le cas d'un suivi qu'il n'avait aucune possibilité de planifier à un autre moment. Les professionnels sont assis autour d'une table ovale ; la plupart boivent du thé ou du café, et parfois quelqu'un apporte des croissants. Il ne semble pas y avoir de places attribuées. À tour de rôle une personne tient le « cahier de liaison » dans lequel est pris le procès-verbal, et préside ainsi la séance. L'ordre du jour est structuré de cette manière : les membres de l'équipe commencent par parler des hospitalisations de leurs patients, puis des nouvelles demandes de suivi que d'autres institutions leur ont adressées. Ils passent ensuite en revue les différentes situations de cas nécessitant une discussion et finissent par le point « divers ». Une fois par mois, priorité est donnée à la « file active », activité pendant laquelle les professionnels passent en revue les différents patients qu'ils suivent dans le canton de Vaud.

Un premier traitement de ces données a consisté à importer les vidéos dans le logiciel d'analyse de données qualitatives Nvivo, à les visionner et à indiquer les

moments où apparaissent les différentes activités prévues par l'ordre du jour. Cela m'a permis d'avoir une vision globale de l'organisation de ces réunions, de comprendre la place de chacune de ces activités (combien ? combien de temps ?) puis d'en faire une description plus approfondie en choisissant celles que je retiendrai pour l'analyse. J'ai ainsi répertorié 98 extraits dont : 18 extraits « hospitalisations », 27 extraits « demande », 30 extraits « situations cliniques », 18 extraits « points divers » et 5 extraits « file active ».

#### *5.3.2.1 Les hospitalisations*

Chacun indique si les patients dont il est garant ont été ou sont actuellement hospitalisés dans une structure médico-psychiatrique, ou l'étaient lors du dernier colloque, mais ne le sont plus. De manière systématique, la personne présidant la séance donne le nom de chacun des hôpitaux psychiatriques du canton de Vaud et prend note des indications que lui fournissent ses collègues. Généralement, les professionnels énumèrent des cas sans donner plus d'informations que les nom, prénom et lieu d'hospitalisation.

Néanmoins, il arrive que dans certaines situations, les professionnels prennent le temps de donner plus d'informations sur un patient et élaborent une discussion à son sujet. C'est le cas lorsqu'un patient n'est pas connu du reste de l'équipe, lorsqu'un des professionnels demande explicitement un complément d'information au sujet du patient, ou alors lorsque des indices permettent de classer la situation comme une situation qui pose problème (par exemple : des soupirs, un ton ironique, des verbalisations « c'est une situation catastrophique »). J'ai traité ces cas différemment du reste de la séquence dans laquelle ils s'inscrivent les ai considéré comme une sous-séquence nommée « situations d'hospitalisation ».

#### *5.3.2.2 Les demandes*

Il s'agit du moment pendant lequel chaque professionnel fait part à ses collègues des demandes d'intervention qui lui ont été adressées par des acteurs externes. Différents termes sont utilisés pour en parler : « nouveaux cas », « nouvelles demandes » ou encore « nouvelles situations ». Dans certains cas, la demande en

tant que telle semble aller de soi et ne suscite donc pas beaucoup de questions ou discussions, mais dans d'autres cas, la demande semble poser problème, que ce soit en terme de légitimité de la prise en charge, de stratégie à adopter, ou de moyens à mettre à disposition.

Le plus souvent, la discussion est explicitement annoncée par la personne qui préside la séance (« nous allons maintenant passer aux nouvelles demandes »). Toutefois, dans quelques cas, elle ne l'est pas, mais sa position dans la séquence et d'autres indices (thématiques en particulier) permettent de considérer que l'activité mise en place par l'équipe répond aux critères d'une nouvelle demande (par exemple, au point « Situations cliniques » de l'ordre du jour, ils commencent par parler d'une demande qui vient d'être adressée à l'équipe).

#### *5.3.2.3 Les situations cliniques*

Lorsque le suivi d'un patient pose problème ou soulève des questions, la personne responsable du suivi a la possibilité d'en parler lors du colloque hebdomadaire. Cela mène fréquemment à des discussions plus longues et plus élaborées que pour les autres points de l'ordre du jour.

Ces situations cliniques sont annoncées par l'équipe par les termes : « situations cliniques », « situations à discuter », « situations compliquées », « situations difficiles », « situations exposées ».

#### *5.3.2.4 Le point « divers »*

À la fin de la réunion, chacun peut faire des annonces et soulever des questions qui n'entrent pas dans les points de l'ordre du jour.

#### *5.3.2.5 La file active*

Une fois par mois, le colloque est consacré à passer en revue la « file active » qui est constituée de tous les patients que les professionnels du DCPHM suivent de manière plus ou moins régulière. Il n'y a pas de discussion sur les différents patients, le but étant de faire la liste, le plus rapidement possible, des cas qui constituent la cohorte de patients suivis par l'équipe.

### 5.3.2.6 Résumé des séquences et des extraits

Le Tableau 10 résume le nombre, le type et la durée des extraits répertoriés.

Tableau 10: Types d'extraits, nombre et durée des extraits répertoriés

| Type d'extrait |                              | Extraits N | N vidéos | Durée [min-max]  | Durée totale |
|----------------|------------------------------|------------|----------|------------------|--------------|
| 1              | Hospitalisations             | 18         | 18       | 1min20-27min45   | 3h 17        |
| 1a             | Situations d'hospitalisation | 19         | 12       | 50 sec – 13 min  | 1h55         |
| 2              | Demandes                     | 27         | 15       | 52 sec – 37 min  | 4h07         |
| 3              | Situations cliniques         | 30         | 15       | 1min30 – 37min   | 7 h          |
| 4              | Points divers                | 18         | 14       | 1min25 – 22min15 | 2h30 min     |
| 5              | File active                  | 5          | 5        | 7min30 – 47min15 | 2h18 min     |
| <b>Total</b>   |                              | 117        |          |                  | 21h07        |

**Légende :** Type d'extrait= de quel type d'extrait est-il question ? N= nombre d'extraits de chaque type. N vidéos = nombre de vidéos dans lesquelles apparaissent ces extraits. Durée [min-max]=quelle est la durée minimum et la durée maximum des extraits ? Durée totale = durée totale des extraits.

Ainsi, sur vingt-et-une heures et sept minutes de vidéos de colloques, on constate que plus de trois heures sont consacrées à passer en revue des cas d'hospitalisation (1) et que sur ces trois heures, moins de deux heures se fait sous la forme de discussions élaborées (1a). L'activité qui prend le plus de temps concerne les discussions sur des situations cliniques, puis sur de nouvelles demandes. La séquence « file active » a un statut particulier, car elle n'est abordée qu'une fois par mois. Néanmoins, elle représente deux heures et trente minutes sur les vingt-et-une heures de colloques. Quant au point divers, il représente un total de plus de deux heures.

### 5.3.3 Extraits retenus pour la transcription

Après cette première description de ces colloques, j'ai procédé à une deuxième sélection d'extraits en écartant tous les extraits relatifs aux séquences « file active » et « divers ». La première, en effet, ne constitue qu'une énumération de noms de patients pour laquelle aucune discussion n'est mise œuvre. La seconde, quant à elle, comporte des points intéressants en terme d'organisation de l'équipe,



mais les discussions ne concernent pas directement des cas de patients. Quant à la séquence « hospitalisations », je n'en ai gardé que les extraits de la sous-séquence « situations d'hospitalisation » (1a) puisque c'est dans cette dernière qu'ont lieu des discussions concernant les cas de patients hospitalisés.

Tableau 11: Présentation des extraits retenus pour la transcription

| Type d'extrait |                              | N  | N vidéos | Durée [min-max] | Durée totale |
|----------------|------------------------------|----|----------|-----------------|--------------|
| 1a             | Situations d'hospitalisation | 19 | 12       | 50 sec – 13 min | 1h55 min     |
| 2              | Demandes                     | 27 | 15       | 2 min – 18 min  | 4h07         |
| 3              | Situations cliniques         | 30 | 15       | 1min – 12min    | 7 h          |
| <b>Total</b>   |                              | 76 | 42       |                 | 13 h 02      |

**Légende** : Type d'extrait= de quelle séquence est-il question ? N= nombre d'extraits. N vidéos = nombre de vidéos dans lesquelles apparaissent ces extraits. Durée [min-max]=quelle est la durée minimum et la durée maximum des extraits répertoriés? Durée totale = durée totale des extraits.

La teneur de la discussion à l'œuvre dans ces extraits peut varier : elle peut être un moment pendant lequel les professionnels font le point sur une situation (ils partagent des informations avec le reste de l'équipe), mais elle peut également être un moment de recherche de solution en équipe pour des situations qui posent problème.

### 5.3.4 Extraits retenus pour l'analyse

La transcription<sup>22</sup> a permis d'affiner la sélection des extraits retenus pour l'analyse. J'ai choisi de ne garder que les extraits comportant des discussions élaborées et de supprimer ceux ne constituant que des « points d'information » et ne nécessitant pas d'interaction entre les différents participants à la réunion (par exemple, un professionnel indique qu'il a reçu une demande d'évaluation d'un patient de la part d'un établissement socioéducatif et se contente d'informer l'équipe qu'il va s'y rendre la semaine suivante). J'ai également supprimé les extraits dont la qualité sonore était trop mauvaise (due principalement aux

<sup>22</sup> Voir Annexe 3 : Conventions de transcription

interférences des téléphones portables des professionnels avec les micros). Ces deux critères m'ont menée à supprimer vingt extraits.

Le Tableau 12 présente les extraits retenus après ce travail de préparation et de sélection des données :

Tableau 12 : Extraits retenus pour l'analyse

| Type d'extrait |                              | N  | Durée totale |
|----------------|------------------------------|----|--------------|
| 1a             | Situations d'hospitalisation | 11 | 1h26         |
| 2              | Demandes                     | 18 | 2h10         |
| 3              | Situations cliniques         | 15 | 3h00         |
| <b>Total</b>   |                              | 54 | 6h36         |

*Légende* : Type d'extrait= de quel type d'extrait est-il question ? N= nombre d'extraits de chaque type. Durée totale = durée totale des extraits.

#### 5.4 Méthode d'analyse des données

La méthode d'analyse vise à saisir les contradictions systémiques telles que définies dans le point 5.1.3 et pour laquelle Engeström et Sannino (2011) proposent des outils très riches. Néanmoins, leurs recherches sont axées sur des dispositifs d'intervention, dans lesquels les participants sont incités à commenter les difficultés qu'ils rencontrent dans leur quotidien professionnel et à explorer des solutions pour les résoudre. Les indices linguistiques présentés par les auteurs pour accéder aux manifestations discursives de contradiction sont donc fortement liés à ce contexte d'énonciation qui invite les locuteurs à produire des énoncés métacommunicationnels (« je ne suis pas d'accord », « d'un côté... mais d'un autre »).

De plus, il est impossible de dresser une liste d'indices qui soit exhaustive et transposable à d'autres données : chaque contexte a ses implicites, son genre professionnel, et c'est pourquoi il est nécessaire d'adapter la méthode au contexte.

Une lecture approfondie et répétée des données ainsi qu'une bonne connaissance du terrain m'ont permis de dresser une liste des indices permettant de repérer les extraits présentant des obstacles (point 5.4.1). Après avoir rendu compte de ces

indices, j'expliquerai comment ces différents obstacles ont été catégorisés (point 5.4.2).

Tous les obstacles ne subissent pas le même traitement : ils peuvent être juste évoqués, donner lieu à un développement ou une élaboration, ou encore à une résolution. Afin d'analyser l'effet des obstacles sur le cours de l'interaction, j'ai donc dressé une liste d'indices permettant d'identifier les extraits liés au traitement de ces obstacles (point 5.4.3).

Ces indices n'ont pas de valeur en soi : ils ne prennent leur sens que dans leur contexte d'énonciation, c'est pourquoi j'ai renoncé à procéder à une recherche automatique.

#### **5.4.1 Identification des obstacles**

Quatre catégories d'indices ont été construites pour repérer les obstacles. Il s'agit d'indices non verbaux et paraverbaux, d'indices discursifs, d'indices métacommunicatifs et d'indices lexicaux.

##### *5.4.1.1 Les indices non verbaux et paraverbaux*

Différents indices non verbaux et paraverbaux indiquent la présence d'une rupture dans l'interaction verbale:

- Les rires
- Les expressions de surprise (« ah bon? »)
- Les hésitations (le marqueur « euh », les auto interruptions, les longues pauses)
- L'accentuation de mots (« Parce qu'il a épuisé TOUS les foyers classiques »)

##### *5.4.1.2 Les indices discursifs*

Indiquant une opposition entre différents points de vue :

- Les marqueurs d'opposition (« quelque chose du trouble bipolaire, *mais*

toujours plutôt sur le versant maniaque »).

- Le discours rapporté qui met en scène une opposition des points de vue entre les différents énonciateurs (« moi je lui disais (...) et il me répondait (...) »)

Indiquant une mise à distance de l'énoncé (Kerbrat-Orecchioni, 1992) :

- Les indices de présence d'un thème sensible tels que les modalisations (« assez », « un peu », « pas très claire à définir »), et les minimisations (« non, mais c'est pas vraiment sérieux hein »).
- Les « il » et « on » génériques (« il y a eu des menaces de mort à mon égard »).

#### 5.4.1.3 *Les indices métacommunicatifs*

Indiquant un empêchement d'agir :

- Les questions rhétoriques (« est-ce vraiment notre rôle de décider cela ? »).
- Les énoncés faisant état d'une impossibilité d'action (« je ne sais plus quoi faire »).
- La concentration de questions sur la manière dont il convient d'agir et de communiquer avec la patiente et son entourage (« est-ce qu'il faudrait qu'on en avise la patiente ? » « est-ce qu'il faut que la patiente soit au courant de ça ? »).

Indiquant une prise en charge énonciative

- Les marqueurs de positionnement (« moi je trouve qu'ils exagèrent »)
- Les commentaires (« puis il est retourné à l'hôpital, comme on l'avait prévu »)

#### 5.4.1.4 *Les indices lexicaux*

Les indices explicites de la présence d'un obstacle :

- La connaissance du terrain (par exemple « il a été hospitalisé cinq fois »,

sachant qu'une des missions du DCPHM est d'éviter les hospitalisations).

- Les énoncés décrivant explicitement un obstacle (« donc ça pose la question des mesures de contrainte »).

Les indices indiquant une rupture discursive :

- Les métaphores (« tout le monde se casse un peu les dents sur la question du diagnostic de ce monsieur »).
- Les changements de registres lexicaux impliquant un décalage avec le genre des colloques (« Il *traîne* toujours à l'hôpital ? »).
- L'ironie (« le patient ça va, c'est surtout les éducateurs qui nous font du souci »).

#### **5.4.2 Catégorisation des obstacles**

Une fois les obstacles identifiés, je les ai classés en fonction de leur objet, en répondant à la question « qu'est-ce qui fait obstacle ? ». L'obstacle peut par exemple porter sur le diagnostic du patient, sur sa prise en charge ou encore sur le partage de l'arène par les professionnels.

L'étape suivante a consisté à catégoriser ces obstacles selon qu'ils sont exprimés sous forme de conflit, de conflit critique, de dilemme, ou de double lien.

La dernière étape a été d'identifier de quelle contradiction systémique l'obstacle est le symptôme. Par exemple, les attentes d'une équipe A par rapport à la prise en charge d'un patient peuvent être en contradiction avec les attentes d'une équipe B, et placer le DCPHM dans une situation de dilemme.

#### 5.4.2.1 Exemple de repérage et de catégorisation d'un obstacle

L'exemple suivant, tiré d'un extrait « situations d'hospitalisation », illustre la manière dont est appliquée cette méthode d'analyse. À la demande de Manu, le nouveau chef d'équipe, Prisca présente le cas de cette patiente hospitalisée et commence par évoquer son anamnèse :

*Exemple 26 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca « euh c'est une jeune femme avec un handicap mental léger : qui a un trouble de personnalité *assez* massif, *un peu* de type borderline, qui a une psychopathologie *pas très claire à définir*, *tout le monde se casse un peu les dents sur la question du diagnostic pour cette dame*, euh : elle a : *quelque chose* du trouble bipolaire, *mais* toujours *plutôt* sur le versant maniaque »

Dans cet exemple, l'obstacle a été identifié grâce aux indices suivants : les modalisations employées (« assez », « un peu », « pas très claire à définir », « quelque chose », « plutôt »), la présence d'une métaphore exprimant une tension (« tout le monde se casse un peu les dents sur la question du diagnostic de cette dame») et d'un marqueur d'opposition (« quelque chose du trouble bipolaire, *mais* toujours plutôt sur le versant maniaque »).

Ces indicateurs révèlent un obstacle, à savoir le diagnostic de la patiente. Il se manifeste sous la forme d'un conflit, qui témoigne d'une contradiction entre les catégories nosographiques (les outils) et l'observation d'un cas réel (la patiente en tant qu'objet de l'activité).

#### 5.4.3 Identification des extraits liés au traitement des obstacles

Trois catégories d'indices ont été construites pour repérer les passages liés au traitement des obstacles : les indices discursifs, les indices métacommunicatifs et les indices lexicaux.

##### 5.4.3.1 Les indices discursifs

- Les marqueurs de concession (« et puis », « finalement », « quand même »), indiquant la recherche d'un compromis.
- Les marqueurs d'opposition (« oui, *mais* c'est déjà interne à eux, c'est-à-

dire, euh l'équipe ne veut pas de ce bonhomme »), indiquant que le locuteur ne prend pas en charge l'obstacle tel qu'énoncé précédemment.

- Les déontiques (« *il faut* quand même qu'ils posent leurs conditions ») indiquant une recherche de résolution de l'obstacle.

#### 5.4.3.2 Les indices métacommunicatifs

- Les marqueurs de positionnement (« *moi je pense* que c'est juste qu'il faut les rencontrer, faire le point régulièrement »),
- Les commentaires (« c'est pas si mal en fait »).
- Les questions (« Qu'est-ce que vous proposez ? », « Est-ce qu'elle a une pression de la part de l'entourage, de la famille pour institutionnaliser ce monsieur ? »), indiquant la recherche de solutions ou de recadrage de la situation.

#### 5.4.3.3 Les indices lexicaux

- Les énoncés annonçant explicitement une tentative de résolution de l'obstacle « il y a des foyers plus adéquats pour ce, pour ce jeune homme, tout simplement ».
- Les généralisations (« mais ça, ça peut pas marcher ça *de manière générale* euh, enfin je sais pas *de votre expérience* une équipe n'adhère pas à un projet »), permettant de se décentrer du cas particulier faisant obstacle.

Les procédés de convocation d'un tiers (patient, professionnel, etc.)

- Marqueur de comparaison (« c'est un peu comme le cas de... »).
- Le discours rapporté : convoquent la voix d'autrui comme ressource (« Vendredi quelqu'un disait *dans le fond les parents : si ils peuvent être rassurés ils arrivent à faire le deuil de cette relation* »).

## 5.5 De la mise en mot des obstacles au développement de l'activité

Je montrerai maintenant quels sont les objets de ces différents obstacles, de quelle manière ils sont exprimés (point 5.5.1) et de quelles contradictions ils résultent

(point 5.5.2). Puis je développerai la question de l'implication en matière de difficultés professionnelles (point 5.5.3). Nous verrons dans les points 5.5.4, 5.5.5 et 5.5.7 comment les obstacles sont traités par les participants, et quelles en sont les implications en matière d'apprentissage professionnel (point 5.6).

### 5.5.1 Les obstacles : objets et formes d'expression

Ce point a pour but de répondre aux première et deuxième questions de recherche : « Quels sont les objets de ces différents obstacles ? », « De quelle manière sont-ils exprimés (sous la forme d'un conflit, d'un conflit critique, d'un dilemme ou d'un double lien) » ?

J'ai classé les obstacles identifiés en onze catégories correspondant aux objets de ces obstacles. Le Tableau 13 en présente la distribution en fonction de la forme sous laquelle ils sont exprimés.

Tableau 13: Distribution des obstacles identifiés dans les extraits analysés

| Obstacle                      |                        | Conflit   | Conflit critique | Dilemme   | Double lien | Total      | %          |
|-------------------------------|------------------------|-----------|------------------|-----------|-------------|------------|------------|
| Dispositif de prise en charge |                        | 12        | 1                | 3         |             | 16         | 19         |
| Diagnostic                    |                        | 13        |                  |           |             | 13         | 15         |
| Demande                       |                        | 7         | 1                | 1         | 1           | 10         | 12         |
| Placement                     |                        | 8         | 1                | 1         | 1           | 11         | 13         |
| Partage de l'arène            |                        | 8         |                  | 3         |             | 11         | 13         |
| Organisation du travail       |                        | 7         | 5                | 1         |             | 13         | 15         |
| Outils de prise en charge     | Mesures de contraintes |           |                  | 1         |             | 1          | 1          |
|                               | Hospitalisation        | 2         |                  | 1         |             | 3          | 3,5        |
|                               | Médication             | 2         |                  |           |             | 2          | 2,5        |
|                               | Tests / évaluations    | 2         | 1                | 1         |             | 4          | 5          |
| Patient                       |                        | 1         |                  |           |             | 1          | 1          |
| <b>Total</b>                  |                        | <b>62</b> | <b>9</b>         | <b>12</b> | <b>2</b>    | <b>85</b>  | <b>100</b> |
| <b>%</b>                      |                        | <b>73</b> | <b>10,5</b>      | <b>14</b> | <b>2,5</b>  | <b>100</b> |            |

La forme d'expression la plus commune des obstacles est le conflit (73%), suivi du dilemme (14%), du conflit critique (10,5%), et enfin du double lien (2,5%).

Dans les sous-points suivants, j'explique et exemplifie chacun des objets de ces



obstacles. Afin de simplifier la lecture, j'ai regroupé les objets « mesures de contraintes », « hospitalisation », « médication » et « tests/évaluation » sous le même sous-point « Les outils de prise en charge ».

#### 5.5.1.1 *Le dispositif de prise en charge*

L'obstacle le plus fréquemment rencontré porte sur le dispositif de prise en charge du patient (19%). Le terme « dispositif » désigne les différentes solutions, méthodes, habitudes et moyens mis au service de la prise en charge du patient. Par exemple, que mettre en place comme moyens de communication pour un patient présentant des troubles autistiques dont les capacités langagières sont restreintes ?

Sur les seize obstacles identifiés portant sur le dispositif de prise en charge, douze sont exprimés sous la forme d'un conflit, trois sous la forme d'un dilemme, et un sous la forme d'un conflit critique.

Différentes perceptions du handicap liées à différentes théories peuvent mener à des solutions parfois divergentes, comme c'est le cas par exemple dans l'extrait suivant qui présente une situation de dilemme :

*Exemple 27 : 2010\_06\_28\_2, 33-37*

Ayant pour mission d'apporter son soutien à l'intégration d'un nouveau patient dans un établissement socio-éducatif, Eloi est amené à aider l'équipe éducative à adapter le dispositif de prise en charge. Les parents du patient étant opposés à toute forme de communication non verbale, et les éducateurs désirant mettre en place un programme de pictogrammes aidant à la communication non verbale, Eloi se retrouve face à un dilemme :

33. Eloi [donc euh] c'était des questions qui sentaient le piège euh, donc en disant « qu'est-ce qu'on met comme cadre pour ce jeune homme autiste », euh, mais finalement quand même la discussion permettait de dire « trouver un juste milieu entre euh »
34. Elisa hum hum,
35. Eloi mais une autre question piège euh, / c'est euh :: qu'est-ce qu'on met en place comme communication euh : pour quelqu'un d'autiste euh, en considérant que les parents sont CONTRE, tout ce qui n'est pas une communication§
36. Marc §[visuelle]
37. Eloi [normale], verbale, donc eux sont contre, tout le reste.

### 5.5.1.2 *Le diagnostic*

Tous les obstacles ayant pour objet le diagnostic (15%) sont exprimés sous la forme de conflits. Si le diagnostic peut être considéré comme un outil permettant l'échange et la communication entre les différents systèmes d'activité impliqués dans la prise en charge d'un patient, il peut également être source d'obstacle. C'est le cas par exemple lorsque les membres d'une équipe contestent ou remettent en question le diagnostic posé par une autre équipe (par exemple : « C'est une femme borderline, enfin, selon les dires de Monsieur Y. »), ou encore lorsqu'un écart est révélé entre les mesures de tests et échelles objectivantes (WAIS, DSM) et les observations du patient : « Il a un trouble bipolaire pas très bipolaire », « il a un trouble de la personnalité massif, un peu de type borderline ».

### 5.5.1.3 *La demande*

Dix obstacles portent sur l'objet « demande » (12%). Lorsqu'une demande d'intervention est adressée à un membre du DCPHM, celui-ci la présente lors du colloque hebdomadaire. Elle est parfois approuvée par l'ensemble de l'équipe sans qu'aucune discussion ne soit développée. D'autres fois, elle est soumise à interprétation, négociation, contestation. Il est délicat de chercher à saisir les mécanismes menant à ces différents cas de figure : les discussions sont chargées d'implicites liés à des connaissances préalables qu'ont les membres de l'équipe sur les professionnels à l'origine de ces demandes et qui orientent probablement ces mécanismes. Néanmoins, la méthode d'analyse permet d'identifier les moments où la demande est traitée comme un obstacle par les membres de l'équipe.

On relève ainsi sept conflits, un conflit critique, un dilemme et un double lien. L'obstacle peut porter sur le contenu de la demande. Par exemple, les membres du DCPHM peuvent refuser d'entrer en matière lorsqu'ils estiment qu'une situation ne relève pas de leur champ de compétence. Le conflit peut aussi porter sur la forme de la demande. C'est le cas lorsqu'ils estiment par exemple que la demande a été formulée de manière trop floue ou parcellaire, ou qu'elle n'a pas été formulée selon le protocole établi entre leur équipe et l'équipe à l'origine de la demande :

Exemple 28 : 2010\_12\_13\_1, 40-47

40. Eloi ouais puis c'est dangereux parce que, ils font une demande, pour évaluer [le le :]  
41. Prisca [c'est ça,] moi je fais pas :  
42. Eloi l'accompagnement, je pense qu'il faut déjà clarifier que : c'est de leur responsabilité, si ils pensent qu'ils sont pas le lieu adapté, et non pas qu'ils nous prennent, qu'ils nous instrumentalisent. tout le monde hein, y compris Docteur Savary, et y compris le chef de secteur hein,  
43. Prisca c'est-à-dire que maintenant ça se sait que si il y a : le DCPHM dans la course, on peut appuyer des demandes de soutien supplémentaires, mais maintenant ils font appel à nous, dans cet objectif-là,  
44. Manu chaque fois qu'il y a une <dotation, blindée>  
45. Prisca §ils nous font intervenir§  
46. Manu §ils nous font intervenir-  
47. Prisca mais en fait on nous demande pas réellement d'intervenir, on nous demande d'appuyer, plus exactement, sous un faux prétexte d'intervention.

#### 5.5.1.4 Le placement

Les obstacles liés au placement du patient sont au nombre de onze (13%), parmi lesquels huit sont exprimés sous la forme de conflits, un sous la forme de conflits critiques, un sous la forme d'un dilemme et un sous la forme d'un double lien.

Le DCPHM intervient pour des patients se situant à l'interface de la prise en charge psychiatrique et socio-éducative. Une des missions du DCPHM est d'aider ces patients à trouver des solutions de prise en charge et de lieu de vie, ou, pour reprendre le lexique courant lors des colloques, des solutions de « placement ». Cette mission peut placer les professionnels du DCPHM dans une posture de « négociateur » face à différents acteurs (représentants d'établissements, familles) qui sont en désaccord sur les solutions de placement envisagées ; il peut également les confronter à des situations insolubles (« donc ça c'est le genre de situations, de patients qu'on arrive à placer nul part, ... »). Dans les deux cas, ce type d'obstacles constitue un bon exemple de travail empêché (Clot, 2008), puisqu'il confronte la mission et le rôle du DCPHM à des situations réelles pour lesquelles n'existe aucune solution. Dans l'Exemple 29, Elisa rend compte d'une intervention dans laquelle elle collabore avec un réseau de professionnels pour une situation de placement du patient dans un établissement socio-éducatif :

Exemple 29 : 2011\_06\_27\_2, 2

- Elisa « on travaille au corps (rire) Noé et sa maman pour que le le le le projet, euh avec ((nom de l'établissement)) qui aide, c'est-à-dire qu'on a, débuté, par, une matinée par semaine, d'intégration aussi un- d'un, atelier, suite à un bilan, ça a été augmenté euh : deux matinées, par semaine, / au niveau de l'organisation c'est un taxi bénévole qui

vient chercher Noé, et puis qui le ramène à la maison à une heure, euh :: là il s'avère que de plus en plus la maman se glisse un peu dans l'organisation donc au lieu que ce soit le taxi qui fasse les aller-retour, c'est la maman, donc ce qui énerve un peu Noé parce qu'il a envie de, s'émanciper aussi. »

L'obstacle dont il est question consiste en un conflit entre le réseau de professionnels et la mère du patient quant au mode d'organisation de ce placement. Elisa se place en alliée du réseau (« on travaille au corps Noé et sa maman ») dans la négociation du processus de placement.

#### *5.5.1.5 Le partage de l'arène*

La collaboration entre différentes équipes de professionnels de la psychiatrie et du handicap mental va de pair avec les définitions des rôles, des missions et des domaines d'activité de chacune de ses équipes, dessinant des frontières symboliques entre elles. Ces frontières sont des enjeux de lutte et de positionnement qui se manifestent au travers des obstacles en lien avec partage de l'arène professionnelle :

*Exemple 30 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca « et puis là euh, étant donné du fait qu'il avait un retard mental, euh l'unité B est venue nous chercher, nous on a fait de la résistance (rire) parce qu'on trouvait que c'était plutôt pour eux que pour nous »

Huit conflits et trois dilemmes portant sur le partage de l'arène professionnelle (13%) ont été relevés dans les extraits analysés.

#### *5.5.1.6 Organisation du travail*

Par « organisation du travail », je désigne la manière dont sont organisées la prise en charge des patients et la collaboration entre professionnels (réunions d'équipe, réunions de réseaux, répartitions des tâches au sein des équipes, gestion de l'information). Les obstacles en lien avec l'organisation du travail (15%) (sept conflits, cinq conflits critiques et un dilemme) se manifestent par des commentaires ou des jugements émis par les membres du DCPHM sur les autres équipes :

*Exemple 31 : 2011\_06\_20\_2, 29*

Prisca « l'absence de représentant légal pose un problème, et puis euh : et puis le fait que personne ne, n'assume un vrai case management du suivi avec des conditions claires et un programme clair, pose un problème à mon sens »

L'exemple suivant met en scène une situation dans laquelle deux patients d'un même établissement sont suivis par le DCPHM. La responsable éducative de l'établissement a fait circuler de manière officieuse des informations sur la relation amoureuse qu'entretiennent ces deux patients. Pauline exprime alors ses difficultés face à la gestion de cette situation :

*Exemple 32 : 2010\_06\_21\_4, 69*

Pauline « mais du coup moi je suis un petit peu, enfin- je suis un peu mal prise dans cette situation, est-ce que, vu, vu qu'on sait est-ce qu'il faudrait qu'on MENTIONNE à Vivien qu'on est au courant que Anabel est suivie aussi chez nous ? »

#### *5.5.1.7 Les outils de prise en charge*

Certains outils de prise en charge traditionnellement utilisés dans le champ de la psychiatrie et du handicap mental ont également été identifiés comme faisant obstacle. Je définis les outils de prise en charge comme des instruments permettant d'avoir un effet sur le patient, de le définir ou d'orienter son comportement.

- Les mesures de contrainte (1%). Il s'agit de mesures privant un patient de sa liberté de mouvement. En 2006, un règlement fondé sur la LAIH<sup>23</sup> et ayant pour but d'interdire les mesures de contraintes dans les établissements socio-éducatifs vaudois voit le jour, menant ainsi l'arène de la prise en charge des personnes en situation de handicap à réorganiser ses pratiques. J'ai relevé un obstacle sous forme de dilemme.
- L'hospitalisation (3,5%). Hospitaliser un patient est une solution ponctuelle qui n'est envisagée que lorsqu'aucune autre ressource de prise en charge ne fonctionne plus (par exemple, dans des situations de crise). Ceci suscite parfois des interrogations éthiques chez les

---

<sup>23</sup> Loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées.

professionnels ou des conflits entre les différents acteurs concernés, comme en témoigne l'exemple suivant : « Il a été hospitalisé il y a quelques mois, euh : suite à un comportement violent, troubles du comportement, et la mère après trois jours l'a repris. » (2010\_09\_27\_3, 1, Maéva). Deux conflits et un dilemme portant sur l'hospitalisation ont été relevés.

- La médication, ou prescription médicamenteuse, est également un outil pouvant faire obstacle dans la prise en charge de patients (2,5%). Elle peut par exemple être l'occasion de révéler des différences théoriques entre les professionnels (un médecin anthroposophe n'aura probablement pas les mêmes « habitudes » de prescription qu'un médecin plus « classique »). Elle peut encore rencontrer la résistance de certains patients peu compliants. Deux conflits portant sur la médication ont été relevés.
- Les tests, ou évaluations cognitives (5%). Permettant d'établir le diagnostic du patient, qui guidera son orientation dans l'arène de prise en charge (par exemple, ce n'est qu'avec un quotient intellectuel de 70 ou moins qu'un patient est considéré comme « handicapé » par l'Assurance Invalidité), les tests et évaluations cognitives sont des outils qui, tout comme la médication, peuvent se heurter à la résistance des patients : « Et il est venu me voir en disant, *j'espère que je vais mieux réussir les tests cette fois-ci*, donc sous-entendu, *j'espère que je vais rater ma WAIS pour avoir un QI en dessous de 70 pour pouvoir aller à l'Esplanade* <sup>24</sup> » (2010\_09\_27\_5, 10, Prisca). Pour cette catégorie d'obstacles, on relève deux conflits, un conflit critique et un dilemme.

#### 5.5.1.8 Le patient

Je n'ai identifié qu'un obstacle, sous forme de conflit, dont l'objet est le patient. Je développerai ce cas particulier dans le point 5.5.5.

---

<sup>24</sup> Etablissement socio-éducatif prenant en charge des personnes en situation de handicap mental.

### 5.5.2 Les contradictions systémiques

Dans ce point, je présente les résultats répondant à la troisième question de recherche « Quels pôles du système d'activité entrent en contradiction pour donner lieu à chacun de ces obstacles ? »

La méthode consisté à relever pour chaque obstacle les éléments du système qui entraient en contradiction<sup>25</sup>, et à les classer en six catégories :

- **Les contradictions entre le DCPHM et un autre système d'activité** (n=33). C'est le cas lorsqu'un locuteur parle en tant membre du DCPHM ou au nom des membres du DCPHM à propos d'un obstacle les opposant à une autre équipe ou à un autre acteur.
- **Les contradictions entre deux systèmes d'activité extérieurs au DCPHM**, mettant le DCPHM dans une position de tiers (n=19), comme cela peut être le cas lorsque les parents d'un patient s'opposent à des mesures mises en place par le foyer de résidence de leur enfant.
- **Les contradictions entre un professionnel du DCPHM et un autre système d'activité** (n=14). C'est le cas lorsqu'un locuteur parle en tant qu'individu, et non en tant que membre du DCPHM, à propos d'un obstacle les opposant à une autre équipe ou à un autre acteur.
- **Les contradictions impliquant des outils** (n=13), par exemple entre les outils de définition d'un diagnostic et le patient en tant que cas particulier.
- **Les contradictions impliquant des règles** (n=4), par exemple la règle « ne pas appliquer de mesures de contraintes » peut entrer en contradiction avec la mise en place d'un dispositif nécessitant de restreindre les mouvements d'un patient.
- **Les contradictions entre deux professionnels du DCPHM** (n=2), qui peuvent par exemple entrer en conflit quant à la définition qu'ils ont d'un patient.

---

<sup>25</sup> Voir Annexe 4 : Distribution des obstacles et de leurs résolutions par extrait

### 5.5.3 Obstacles et difficultés rencontrées au quotidien

Je développerai maintenant une réflexion répondant à la quatrième question de recherche « Que nous apprennent-ils [les obstacles] sur les difficultés que rencontrent les professionnels ? »

J'ai identifié onze catégories d'obstacles qui permettent d'apporter un éclairage sur les difficultés que rencontrent les participants aux colloques dans leur quotidien professionnel. Les résultats présentés dans le point (5.5.1) montrent que la plupart des obstacles ont pour enjeu la répartition matérielle et symbolique de l'arène professionnelle et l'utilisation des outils permettant aux acteurs de l'arène de communiquer entre eux.

**Le dispositif de prise en charge** ne va pas de soi et requiert une négociation entre les différents acteurs concernés, impliquant des questions de gestion du territoire et des frontières – comme savoir qui a la légitimité pour prescrire un programme d'aide à la communication pour le patient.

Poser un **diagnostic**, tout comme définir un dispositif de prise en charge, soulève des enjeux de territoire et des questions telles que : qui a les compétences de définir le diagnostic d'un patient se situant à l'interface de différents systèmes d'activité ? Quelles en seront les conséquences sur le parcours du patient et sur les professionnels chargés de sa prise en charge ?

En discutant et négociant la **demande**, les membres du DCPHM discutent et négocient par là même leur rôle et leur mission, ainsi que les règles de collaboration. En cela, ils occupent une place de premier ordre pour fixer ou modifier les pratiques à l'œuvre dans leur arène professionnelle.

En ce qui concerne la question du **placement**, la position du DCPHM peut placer les professionnels du DCPHM dans une posture de « négociateur » face à différents acteurs étant en désaccord quant aux solutions de placement envisagées.



Le **partage de l'arène professionnelle** peut constituer un obstacle témoignant de la difficulté pour les professionnels de définir les frontières et les territoires d'intervention.

Les obstacles en lien avec **l'organisation du travail** révèlent la perméabilité des frontières entre les différents systèmes d'activité. En effet, les extraits analysés montrent que si jugements et commentaires il y a, c'est bien parce que la manière qu'a une équipe d'organiser son travail a des impacts directs sur le travail des autres équipes.

Bien que permettant idéalement de faciliter la collaboration entre les différents professionnels du réseau, les **outils de prise en charge** (point 5.5.1.7) constituent des objets pouvant également être source d'obstacle, puisque dans ces outils se matérialisent des conflits éthiques et idéologiques.

Pour finir, il est intéressant de constater qu'un seul obstacle a pour objet le **patient** en tant qu'acteur.

#### **5.5.4 Le traitement des obstacles**

Les points 5.5.4, 5.5.5 et 5.5.7 ont pour but de répondre à la cinquième question de recherche « Comment ces obstacles sont-ils traités par les participants » ?

Sur les huitante-cinq obstacles identifiés, soixante-quatre donnent lieu à un traitement par les participants. Ils ont été regroupés en huit catégories dont le Tableau 14 présente la distribution en fonction des types d'obstacles rencontrés.

Tableau 14: Fréquence des types d'obstacle et leur traitement selon leur traitement

|   |  | Types d'obstacle |                  |         |             |
|---|--|------------------|------------------|---------|-------------|
|   |  | Conflit          | Conflit critique | Dilemme | Double lien |
| T<br>r<br>a<br>i<br>t<br>e<br>m<br>e<br>n<br>t<br><br>d<br>e<br><br>l<br>o<br>b<br>s<br>t<br>a<br>c<br>l<br>e | Prescrire une solution                 | 7                | 1                | 5       | 1           |
|   | Explorer des pistes                    | 2                |                  | 1       |             |
|   | Mise en scène d'un discours virtuel    | 2                | 1                | 3       |             |
|   | Vers la résolution de l'obstacle       | 1                | 1                | 1       |             |
|   | Des outils au service de l'interaction | 2                |                  |         | 1           |
|   | Formuler un compromis                  | 3                |                  | 1       |             |
|   | Processus de catégorisation            |                  |                  |         |             |
|   | Catégorisation de l'équipe             | 3                | 2                | 1       |             |
|   | Catégorisation du patient              | 6                |                  | 2       |             |
|   | Négociation de l'obstacle              |                  |                  |         |             |
|   | Rejet de l'obstacle                    | 3                | 1                | 1       |             |
|   | Minimisation de l'obstacle             | 1                | 1                |         |             |

Dans les points suivants, je développe et exemplifie ces différents types de traitement.

#### 5.5.4.1 Prescrire une solution

Rendre compte d'obstacles a souvent pour effet la formulation par d'autres membres de l'équipe d'une solution à adopter, sous forme de prescription. Ces prescriptions sont accompagnées de modalisations, comme c'est le cas dans l'Exemple 33, tiré d'un extrait dans lequel Prisca rend compte d'un conflit entre les parents d'une patiente et les éducateurs du foyer dans lequel elle réside, et ayant pour objet le dispositif de prise en charge : suite à une amélioration de l'état de la patiente, les parents souhaitent modifier considérablement son dispositif de prise en charge, et ceci contre l'avis des professionnels.

Exemple 33 : 2010\_09\_27\_2, 108-110

108. Prisca je dirais ce qui manque c'est de faire, maintenant ce qu'il y aurait vraiment besoin, c'est un suivi de ses parents quelque part, en lien avec la situation de leur fille, et puis euh, peut-être que là il y aurait Ilan à remettre dans la course, et puis à : à vraiment que peut-être lui pilote aussi un peu ça,
109. Manu oui, / et puis ça rejoint un peu la question de : de, de Maéva tout à l'heure, c'est, dans le fond MAINTENANT que la situation va un peu mieux, faudrait pas ALLÉGER la prise en charge de, de cette personne, mais plutôt essayer de diminuer la mesure de contrainte chimique,
110. Prisca c'est ça, donc ça c'est l'idée, donc la prise en charge il est pas question de, de l'alléger.

La forte présence de modalisations (ce qu'il y *aurait* vraiment besoin, *peut-être*, il y *aurait* Ilan à remettre dans la course, que *peut-être* lui pilote aussi *un peu* ça) peut être expliquée par le fait que formuler une prescription agit comme un ordre et risque ainsi de mettre en danger l'interaction des membres de l'équipe. Elle correspondrait donc à un besoin de préserver les faces des interlocuteurs (Goffman, 1974 ; Kerbrat-Orecchioni, 1992). Elle est aussi le résultat d'un choix entre différentes solutions possibles menant à faire alliance avec certains acteurs plutôt que d'autres. Dans l'exemple ci-dessus, l'équipe prend le parti des professionnels au détriment des parents de la patiente.

#### 5.5.4.2 Explorer des pistes

Une des manières de réagir à un obstacle peut également consister à explorer différentes solutions possibles. L'exemple suivant est tiré d'un extrait dans lequel Pauline et Malo formulent un conflit relatif au diagnostic d'un patient pour le suivi duquel ils ont récemment été sollicités : ils remettent en question le diagnostic tel que formulé dans le dossier du patient, en argumentant que leurs observations les mènent à d'autres conclusions. S'ensuivent différentes propositions des participants, non pas sous forme de prescription, mais sous forme d'exploration de différentes solutions possibles :

Exemple 34 : 2010\_12\_13\_2, 48-50

48. Prisca mais est-ce qu'il faudrait pas même : une évaluation plus approfondie que juste une évaluation euh, cognitive' //
49. Manu réévaluer les sources, un bilan complément psychologique'
50. Prisca non, moi je me posais la question si c'était pas quelqu'un qui, qui devait plutôt faire une de ces grosses évaluations plutôt à l'unité B. qui ferait, évaluation ergothérapeutique, qu'est-ce qu'il peut faire euh : quelles sont les activités de la vie quotidienne qu'il peut suivre.

### 5.5.4.3 *Mise en scène d'un discours virtuel*

Lorsqu'une solution à un obstacle est recherchée par l'équipe, il arrive fréquemment qu'elle soit élaborée à l'aide de la mise en scène d'un discours virtuel, c'est-à-dire que le locuteur se projette dans une interaction future en imaginant un discours permettant potentiellement de résoudre l'obstacle.

L'exemple suivant est tiré d'un extrait dans lequel Pauline expose un cas de conflit critique, puis de dilemme ayant pour objet l'organisation du travail : lors d'une intervention dans un établissement socio-éducatif, elle reçoit des informations de l'équipe éducative concernant la relation entre le patient suivi par Pauline et une autre patiente du même établissement. Le patient en question ne lui ayant pas parlé de cette relation, Pauline est empruntée, car elle ne sait que faire de ces informations. Eloi propose donc une solution, d'abord sous forme de prescription, puis de mise en scène d'un discours virtuel :

*Exemple 35 : 2010\_06\_21\_4, 85-94*

85. Eloi ouais, mais, peut-être, peut-être moi, ce que je vois là c'est que :: euh, donc à- à lui, il faut lui rappeler, que euh, ça reste confidentiel,
86. Pauline oui ça : ça lui, ça c'est la première chose à lui,
87. Eloi et puis la deuxième chose c'est à l'équipe, si ils vous transmettent des informations, moi je leur poserais la question, euh « pourquoi vous nous transmettez cette information, et qu'est-ce que vous attendez de moi »,
88. Pauline hum hum,
89. Eloi parce que sinon, ils vous mettent dans une position pas possible,
90. Pauline ouais,
91. Eloi euh : d'où la discussion maintenant,
92. Pauline ouais,
93. Eloi euh : et puis euh : pour aller GENTIMENT, il se profilerait quelque chose à un moment donné, au niveau de XX tout en faisant très gaffe à l'aspect confidentialité, de dire à l'équipe « mais vous vous rendez compte qu'en nous disant ça »-
94. Pauline non, mais madame Dufrêne m'a dit clairement que, que elle, je pense que de manière implicite elle attend qu'on RÉPARE un peu le couple, Vivien Anabel,

### 5.5.4.4 *Vers la résolution de l'obstacle*

Bien que ce cas de figure soit plutôt rare, certains obstacles sont suivis d'une résolution. Il s'agit d'énoncés dans lesquels un des participants déclare mettre en place une action permettant de surmonter l'obstacle. Dans l'exemple suivant, Prisca est appelée par une équipe d'un hôpital psychiatrique pour faire une évaluation cognitive d'un patient. De son côté, le patient en question déclare à Prisca qu'il compte bien « rater » son test de quotient intellectuel :

*Exemple 36 : 2010\_09\_27\_5, 33*

Prisca            en même temps à ce moment-là je dis que le patient est pas collaborant et puis je rends pas de résultat

#### *5.5.4.5 Des outils au service de l'interaction*

Certains outils professionnels peuvent être détournés de leur fonction première et utilisés comme des médiateurs au service de l'interaction, lorsque cette dernière est fragilisée par un obstacle. L'exemple suivant est tiré d'un extrait dans lequel un conflit oppose le DCPHM à l'équipe formulant la demande. Cette équipe souhaite que les professionnels du DCPHM interviennent d'urgence, ce qui ne correspond pas à leur manière de faire. Prisca gère cette situation en faisant appel à deux outils, les agendas et les colloques :

*Exemple 37 : 2010\_06\_28\_1, 15*

Prisca            donc moi je lui ai dit qu'on n'arriverait sans doute pas : à intervenir aussi rapidement du fait qu'on a tous des agendas qui étaient très pleins, mais que j'en parlerais aujourd'hui au colloque euh en en précisant en précisant l'urgence et puis qu'on fera au mieux, mais que c'était certainement pas possible

Les outils sont utilisés ici comme des médiateurs entre les différents acteurs. Dans cet exemple, ils permettent à Prisca de ne pas assumer personnellement la responsabilité de ne pas pouvoir intervenir et de refuser la demande de l'autre équipe de manière délicate.

#### *5.5.4.6 Formuler un compromis*

Formuler un compromis peut être une des manières de résoudre une situation faisant obstacle.

L'exemple suivant est tiré d'un extrait ayant pour obstacle le partage de l'arène professionnelle, exprimé par un conflit entre le DCPHM et l'unité B. , chacune des équipes estimant que le suivi du patient devait être pris en charge par l'autre équipe :

*Exemple 38 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca            et puis là euh, étant donné du fait qu'il avait un retard mental, euh l'unité B. est venue nous chercher, nous on a fait de la résistance (rire) parce qu'on trouvait que c'était plutôt pour eux que pour nous. Et puis, euh, finalement la situation restant, plus d'une

année à l'hôpital ici à l'hôpital psychiatrique, donc ce qui est très rare, on est quand même entré dans la course, avec un placement à l'Esplanade

Cet exemple illustre comment la locutrice formule un compromis entre la position initiale de l'équipe (« on trouvait que c'était plutôt un cas pour eux que pour nous ») et la demande de l'unité B. Il sera développé de manière plus approfondie dans le point 5.5.5.

Les compromis sont des processus centraux au travail de collaboration et de prise en charge, car ils permettent un ajustement entre les règles, les valeurs et les cas particuliers.

#### *5.5.4.7 Processus de catégorisation*

La confrontation à un obstacle peut mener les membres de l'équipe à entrer dans des discussions dans lesquelles les processus de catégorisation des autres sont particulièrement prégnants. Je me base ici sur la définition que donne Edwards de la catégorisation :

« Categorization is something we do, in talk, in order to accomplish social actions (persuasions, blamings, denials, refutations, accusations). » (1991, p. 517)

L'intérêt de cette définition est qu'elle considère le langage comme une forme d'action qui est orientée vers un but et comporte une dimension morale (persuader, accuser, réfuter, etc.). Je montrerai maintenant comment s'opère la catégorisation des autres professionnels, puis du patient.

### **Catégorisation de l'autre équipe**

Dans l'extrait 2010\_11\_29\_1, un conflit critique ayant pour objet le dispositif de prise en charge de la patiente oppose Prisca et l'Esplanade. L'exemple suivant illustre la catégorisation qui en résulte :

*Exemple 39 : 2010\_11\_29\_17-18*

17. Manu      donc il y a vraiment des problèmes avec ce groupe. ou bien si ils ont des situations particulièrement difficiles'
18. Prisca    MAIS NON ::: ils ont des situations extrêmement contrastées, c'est ça le problème de ce groupe, euh, ils ont des personnes très âgées, délirantes, grabataires, puis LaFleur j'ai dit- alors j'ai dit, je lui ai dit « elle souffre d'un, d'un contraste » il a dit « qu'est-ce

que vous voulez, c'est le genre de susucres qu'on donne aux éducateurs pour qu'ils puissent faire de l'éducatif », ben on voit ce que ça donne. //

Manu demande à Prisca de clarifier la nature du problème de cette équipe. Sa question oriente d'emblée vers une catégorisation impliquant un jugement moral : est-ce un groupe créant des problèmes ou est-ce un groupe ayant le mérite de prendre en charge des patients difficiles ? (« *il y a vraiment des problèmes avec ce groupe* ou bien si *ils ont des situations particulièrement difficiles'* »). La réponse de Prisca suggère que le problème ce groupe est dû à la mauvaise organisation du travail puisqu'il accueille des cas trop « contrastés » (« ils ont des situations extrêmement contrastées, c'est ça le problème de ce groupe, euh, ils ont des personnes très âgées, délirantes, grabataires »). Elle appuie cela en rapportant une discussion qu'elle a eue avec le psychiatre de l'institution (« je lui ai dit *elle souffre d'un, d'un contraste* il a dit *qu'est-ce que vous voulez, c'est le genre de susucres qu'on donne aux éducateurs pour qu'ils puissent faire de l'éducatif* »).

### **Catégorisation du patient**

L'extrait duquel est tiré l'exemple suivant tourne autour d'un conflit ayant pour objet le dispositif de prise en charge. Le conflit oppose tour à tour : la famille et l'établissement, la patiente et l'établissement, le médecin de la patiente et l'établissement. Puis un conflit ayant pour objet l'organisation du travail se dessine, opposant le DCPHM et l'établissement. Suite à cela, Prisca recentre la discussion sur le diagnostic de la patiente, menant l'équipe à catégoriser la patiente.

*Exemple 40 : 2011\_06\_20\_2, 70-76*

70. Prisca elle n'a pas de retard mental hein, cette dame.  
71. Manu ouais justement, elle a plus cyclothymie ou autre chose,  
72. Ilan [elle a plus un trouble anxieux]  
73. Prisca [elle a, elle a,] elle a un certificat, elle a un CFC en : en comptabilité quelque chose comme ça,  
74. Manu on dit Asperger, mais c'est peut-être simplement une schizophrène,  
75. Prisca elle a elle a, elle a vraiment : elle est clairement, entre les deux. elle a vraiment des traits qui appartiennent au : là elle a des traits franchement Asperger, mais une symptomatologie psychotique bien nette aussi, enfin je sais pas ce que tu en penses toi qui connais bien les patients schizophrènes est-ce qu'elle est typique d'un patient schizophrène, ou il y a quelque chose en plus'  
76. Ianis il y a quelque chose en plus. notamment dans dans son investissement au contact, mais euh c'est vrai que pour le reste dans sa production de symptômes euh, ça ça ressemble tout à fait à ce qu'on trouve à l'hôpital,

Prisca commence par remettre en question le diagnostic de la patiente (« Elle a pas de retard mental »). Puis Manu et Illan, proposent des alternatives au diagnostic *retard mental* : « elle a plus cyclothymie », « elle a plus un trouble anxieux ». Prisca appuie alors son hypothèse avec l'information suivante : « elle a un CFC<sup>26</sup> », suggérant que la patiente a les capacités intellectuelles suffisantes pour obtenir un certificat professionnel. Manu apporte alors une autre hypothèse « on dit Asperger, mais c'est peut-être simplement une schizophrène », à laquelle Prisca adhère « elle est clairement, entre les deux ». L'exemple se termine par un échange entre Prisca et Ianis qui comparent la patiente à d'autres patients dits « schizophrènes typiques », la plaçant dans une nouvelle catégorie diagnostic, et remettant en question son « retard mental ».

#### 5.5.4.8 *Négociation de l'obstacle*

Il peut également arriver que les membres de l'équipe ne valident pas l'obstacle tel qu'énoncé par un de leurs collègues. C'est le cas dans l'exemple suivant, dans lequel l'obstacle est soumis à une négociation en deux étapes : le rejet de l'obstacle et sa minimisation.

#### **Rejet de l'obstacle**

Dans l'extrait 2010\_08\_30\_5, un conflit critique ayant pour objet l'organisation du travail (interne au DCPHM) oppose Manu à Inès. Inès n'apprécie pas que Manu la présente comme « la spécialiste de l'autisme » et prétend ne pas avoir plus de compétence en la matière que ses collègues. S'ensuit une discussion dans laquelle Prisca, suivie de Manu et Ilan, rejette l'obstacle tel que formulé par Inès :

*Exemple 41 : 2010\_08\_30\_5, 18-25*

18. Prisca    mais je crois que tu es un peu modeste quand même-  
19. Manu    PEUT-ÊTRE (rire)  
20. Prisca    (rire) t'as quand même de l'expérience et de x  
21. Manu    enfin vous avez quand même de l'expérience sur l'autisme que tout le monde n'a pas, (regarde Inès) /  
22. Prisca    OUI.  
23. Manu    (en regardant Prisca avec un grand sourire) oui'  
24. Prisca    personne n'a travaillé huit ans avec des autistes,

---

<sup>26</sup> Certificat Fédéral de Capacité



25. Ilan (en regardant Inès) bon, peut-être que t'es pas au courant, je vais je vais pas te (rire) enfin, au moment de ton embauche c'était aussi pour développer au sein du DCPHM cette approche-là.

### **Minimisation de l'obstacle**

Suite à ce rejet, Manu minimise l'obstacle :

*Exemple 42 : 2010\_08\_30\_5, 32-34*

32. Manu mais bon, Monsieur Widmer il avait pas dit des choses extraordinaires, il avait juste relevé qu'on avait- [qu'on A des spécificités]  
33. Ilan [on A des compétences]  
34. Manu des compétences, euh : DIVERSIFIÉES au sein de l'équipe hein, les éducateurs, les spécialistes, les gens qui ont travaillé spécialement sur l'autisme, des médecins : les psychologues.

Afin d'avoir une compréhension plus dynamique de l'articulation des obstacles et de leur traitement, je présenterai maintenant l'analyse de deux extraits complets. J'ai choisi le premier cas (Madame Saudan) parce qu'il concerne une patiente souvent mentionnée dans les réunions d'équipe. Le second cas (Monsieur Claver) présente la particularité de mettre en scène un même obstacle exprimé de différentes manières tout au long de l'extrait.

#### **5.5.5 Analyse approfondie d'un extrait : le cas de Madame Saudan**

Cet extrait, qui rend compte du cas de Madame Saudan, dure trois minutes et est issu d'une « situation d'hospitalisation ». Il est initié par Prisca qui demande à Manu, le nouveau chef d'équipe, s'il souhaite qu'elle fasse un résumé des situations de patients hospitalisés. Cet extrait a la particularité de se référer à une situation qui n'est pas nouvelle et qui est restituée par Prisca uniquement. Il n'y a pas de recherche de solution directe, mais l'extrait met en scène différents obstacles relatifs au suivi de cette patiente. Prisca explique les difficultés liées à la prise en charge de cette patiente dont le diagnostic semble compliqué à poser et dont aucun établissement ne semble réussir à assumer la prise en charge. Elle évoque ensuite la collaboration entre le DCPHM et l'Esplanade pour ce suivi. Elle mentionne devoir rédiger un « rapport d'incident », la patiente l'ayant menacée de mort par téléphone lors d'une période de « décompensation ».

Le premier obstacle de cet extrait a pour objet le diagnostic :

*Exemple 43 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca c'est une jeune femme avec un handicap mental léger : qui a un trouble de personnalité assez massif, un peu de type borderline, qui a une psychopathologie pas très claire à définir, tout le monde se casse un peu les dents sur la question du diagnostic pour cette dame, euh : il a : quelque chose du trouble bipolaire, mais toujours plutôt sur le versant maniaque

La présence de modalisations (*assez massif, pas très claire, quelque chose* du trouble bipolaire, *plutôt* sur le versant maniaque), d'une métaphore (tout le monde *se casse un peu les dents*) et d'un marqueur d'opposition (*mais* toujours plutôt sur le versant maniaque), ainsi que de la mise en mots employée pour référer à la patiente (*cette dame*) sont autant d'indices d'une rupture dans le discours de la locutrice permettant de repérer un conflit entre les outils nosographiques et l'observation clinique de la patiente.

Le deuxième obstacle a pour objet le placement de la patiente. C'est le marqueur d'opposition, *mais* qui permet d'inférer un conflit entre les ressources de l'arène et la patiente.

*Exemple 44 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca et puis euh :: donc elle a fait un long circuit en : en service psychiatrique, euh : ordinaire, elle a fait un peu tous les foyers dont elle a été renvoyée, mais elle a seulement 32 ans,

Le partage de l'arène professionnelle est l'objet du troisième obstacle, repéré par la présence d'une métaphore suivie d'une rire (*on a fait de la résistance*) :

*Exemple 45 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca et puis là euh, étant donné du fait qu'elle avait un retard mental, euh l'unité B. est venu nous chercher, nous on a fait de la résistance (rire) parce qu'on trouvait que c'était plutôt pour eux que pour nous,

L'utilisation de cette métaphore indique en effet la présence d'un conflit entre les attentes du DCPHM et celles de l'unité B. Ce conflit donnera lieu à la formulation d'un compromis :

*Exemple 46 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca et puis, euh, finalement la situation restant, plus d'une année à l'hôpital ici à l'hôpital psychiatrique, donc ce qui est très rare, on est quand même entré dans la course, avec un placement à l'Esplanade, où il a fallu faire un peu du forcing euh, mais, euh on est

quand même resté sur le fait qu'on : EUX restaient dans la course, avec, euh moi en soutien principal.

Il y a ici un va et vient entre la justification du compromis (le suivi est catégorisé comme sortant de la norme : *ce qui est très rare*) et l'obstacle (mise en mot imagée : *il a fallu faire du forcing*), puis à nouveau un marqueur de concession indiquant la recherche de compromis (*quand même*).

Dans l'exemple suivant, Prisca indique explicitement la présence d'un conflit entre les prescriptions des professionnels et la volonté de la patiente, et dont l'objet est la médication.

*Exemple 47 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca euh : elle a : elle a commencé à avoir des troubles du comportement, elle prend plus sa médication de Athymil à laquelle elle est très fortement opposée, euh elle a fait de la provocation,

L'extrait suivant a la particularité de comporter à la fois des indices de la présence d'un conflit et des indices de sa gestion :

*Exemple 48 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca d'ailleurs il faut que je fasse un rapport d'incident, parce qu'elle a- il y a eu des menaces, par téléphone, (rire) des menaces de mort à mon égard,

Prisca rapporte une situation sur laquelle elle doit rédiger un rapport d'incident, la patiente l'ayant menacée de mort. Elle l'énonce en procédant à une mise à distance de l'obstacle à l'aide de modalisation (*d'ailleurs*) et d'un pronom générique et une formulation indirecte (*il y a eu des menaces à mon égard*).

L'objet de cet obstacle est la patiente qui crée un conflit entre Prisca et l'organisation du travail (dans ce genre de situation, il faut rédiger un rapport). Deux facettes de l'identité de la locutrice entrent en dialogue : Prisca en tant que personne (victime des menaces de la patiente) et en tant que professionnelle (devant avoir recours à l'outil « rapport d'incident »). Le passage suivant l'illustre bien : le changement de prise en charge énonciative (passage du « je » au « on-nous ») montre en effet qu'elle rédigera ce rapport en tant que membre d'une équipe et qu'il s'agit donc bien d'un acte inscrit dans le fonctionnement organisationnel.

*Exemple 49 : 2010\_05\_17\_1, 5*

Prisca non, mais c'est pas très sérieux hein, mais on va quand même faire un rapport d'incident, elle était complètement accélérée puis complètement décompensée

Le marqueur de concession *quand même* indique la présence d'un compromis lui permettant de gérer le conflit. Il s'ensuit une description de la patiente (*elle était complètement accélérée complètement décompensée*) minimisant davantage l'obstacle en déresponsabilisant la patiente, ce qui baisse la tension relative à son acte envers Prisca.

L'extrait se termine par une définition de la patiente qui, selon Prisca, est quelqu'un qui vit des situations stressantes et angoissantes :

*Exemple 50 : 2010\_05\_17\_1, 13*

Prisca parce que elle a connu que des ruptures jusqu'à maintenant, donc c'est aussi très : stressant pour elle et angoissant de : puis le problème c'est que quand elle est sous Athymil elle va mieux, mais euh, là elle s'effondre, sous quelque chose de très dépressif, parce que sa situation est difficile. elle a des parents monstrueux :

La catégorisation de la patiente se construit en plusieurs étapes, en fonction des obstacles que Prisca évoque au cours de l'extrait. Le Tableau 15 en fournit un résumé :

*Tableau 15: Résumé des différentes étapes de catégorisation de la patiente*

|   |  |
|---|--|
| Introduction de l'extrait   | Elle a un trouble de personnalité assez massif, un peu de type borderline<br>Elle a une psychopathologie pas très claire à définir<br>Elle a quelque chose du trouble bipolaire  |
| Introduction de l'obstacle « placement »                          | Elle a seulement 32 ans  |
| Introduction de l'obstacle « partage de l'arène professionnelle » | Elle a un retard mental<br>C'est plutôt un cas pour eux que pour nous  |
| Introduction de l'obstacle « patiente »                           | Elle a commencé à avoir des troubles du comportement<br>Elle a fait de la provocation<br>Elle était complètement accélérée puis complètement décompensée   |
| Conclusion de l'extrait   | Elle a connu que des ruptures jusqu'à maintenant<br>Quand elle est sous Athymil elle va mieux<br>Elle s'effondre sous quelque chose de très dépressif<br>Elle a une situation difficile<br>Elle a des parents monstrueux |

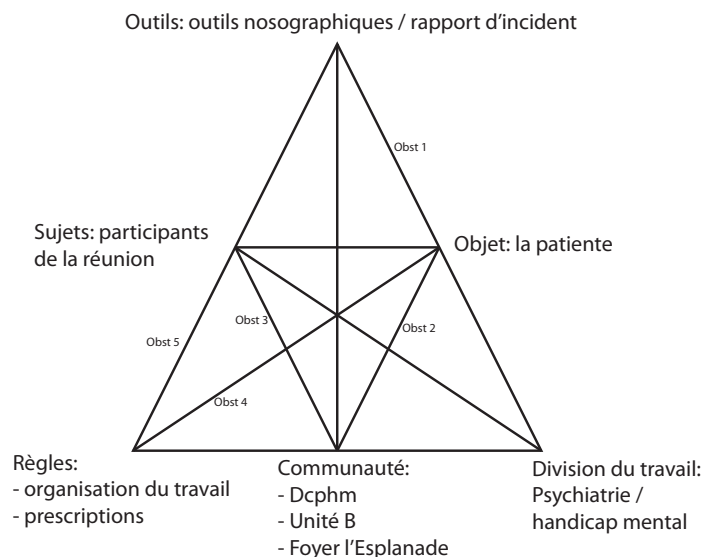
Ce résumé montre que la catégorisation de la patiente est orientée en fonction des buts de l'activité et agit comme une ressource discursive permettant la mise en mot des obstacles et de leur gestion.

### **5.5.6 Synthèse**

Dans l'extrait présenté, l'équipe s'engage dans une activité ayant pour objet une patiente, Madame Saudan. Le repérage de différents obstacles venant ponctuer cette activité permet de décomposer cette activité générale en différentes activités ciblées autour d'objets plus spécifiques que sont le diagnostic, le placement de la patiente, le partage de l'arène professionnelle, la médication et l'organisation du

travail. La Figure 15 modélise l'état du système d'activité lors de la discussion dont il est question dans cet extrait :

Figure 15 : Modélisation du système d'activité lors de la discussion de l'extrait 2010\_05\_17\_1



Légende : Obst1 = diagnostic / Obst 2 = placement / Obst 3 = partage de l'arène / Obst 4 = médication / Obst 5 = patiente

Ainsi l'analyse de ces obstacles révèle l'aspect dynamique du système : chacun de ses pôles peut devenir l'objet d'un obstacle (par exemple, la patiente qui est l'objet du système d'activité devient l'objet du cinquième obstacle). Elle révèle également des contradictions entre différents pôles du système d'activité ainsi que la manière dont ces contradictions sont médiatisées par d'autres pôles : par exemple, le troisième obstacle, ayant pour objet le partage de l'arène, révèle une contradiction entre les sujets du système et la communauté, qui est médiatisée par l'organisation du travail, l'objet de l'activité, etc.

Ces contradictions produites par le système génèrent des nouvelles activités, les traitements d'obstacles. Dans le cas de Madame Saudan, il s'agit de :

- La formulation de compromis
- La négociation de l'identité de la locutrice
- Le processus de catégorisation de la patiente

### 5.5.7 Analyse approfondie d'un extrait : le cas de Monsieur Claver

Cet extrait est issu d'une « situation clinique » de seize minutes. Le patient dont il est question, Vivien Claver, est suivi par Pauline (qui rapporte la situation) et Marc. Lors de leur dernière intervention, la responsable éducative du foyer dans lequel réside Monsieur Claver leur a révélé des informations confidentielles sur le patient, concernant sa situation familiale et sa relation avec Anabel, une patiente également suivie par le DCPHM. La discussion rapportée dans cet extrait concerne la gestion de ces informations, comme c'est le cas dans l'extrait suivant, dans lequel Pauline commence à évoquer les « secrets » liés à cette situation :

*Exemple 51 : 2010\_06\_21\_4,13*

Pauline et puis : euh ses parents en fait c'est pas / ses vrais parents, mais euh en tout cas ça lui il est pas au courant, et puis pour lui c'est ses (...) donc il y a beaucoup beaucoup de secrets autour de de cette situation, et puis moi j'étais un petit peu embêtée parce que voilà, donc euh, c'est : le le copain d'une patiente à Elisa et Maéva, et puis :

Ce premier obstacle révèle une contradiction entre les informations fournies par la responsable éducative et les informations à disposition des membres du DCPHM. Il est exprimé sous la forme d'un conflit ayant pour objet l'organisation du travail.

Le deuxième obstacle concerne le diagnostic du patient et met en scène un conflit entre les catégories nosographiques de la narcolepsie et la manière dont la maladie se manifeste chez ce patient :

*Exemple 52 : 2010\_06\_21\_4, 27-32*

27. Marc mais, ce qui m'étonne, c'est concernant ces crises de cataplexie euh si ce : ressemblent à la vraie narcolepsie, c'est que survient, à l'instant même, quand je suis en train de lui poser la question sur la description des ateliers§
28. Pauline §ouais§
29. Marc §du matin, hein / c'est une coïncidence,
30. Manu hum hum,
31. Marc peut-être, mais A L' INSTANT MEME quand on parle il commence à devenir cataplexique.
32. Maéva ça le stresse

Marc fait référence à la maladie du patient en opposant ce qu'il qualifie de « vraie narcolepsie » aux singulières manifestations de la maladie chez ce patient. Cet obstacle donnera lieu à une catégorisation du patient par Pauline, par le biais du discours rapporté de Madame Dufrêne. Les éléments mobilisés dans ce processus

de catégorisation sont une référence à l'état du patient « il va pas bien », à sa maladie « est-ce que ça serait lié aux crises ? » et à la relation avec sa copine.

*Exemple 53 : 2010\_06\_21\_4, 35*

Pauline et madame Dufrière me disait bon mercredi, que ces derniers temps que mercre- que lundi aussi il allait pas bien, donc le lundi, après qu'on l'ait vu, parce que ces derniers temps il va pas bien parce que : est-ce que ça serait lié aux crises, mais aussi, lié à, sa relation avec sa copine,

Les troisième, quatrième et cinquième obstacles identifiés ont pour objet l'organisation du travail et plus précisément la gestion des informations, comme dans le premier obstacle. Je les traite séparément, car ils se manifestent de manière différente :

D'abord sous forme d'un conflit entre les informations données par le patient et celles données par Madame Dufrière :

*Exemple 54 : 2010\_06\_21\_4, 35*

Pauline il nous a dit qu'il avait une copine, mais il est pas du tout rentré dans les détails, mais on sait, moi je sais que c'est, une patiente à Elisa et Maéva parce que c'est madame Dufrière qui me l'a glissé entre deux portes, mais du coup voilà c'est des, c'est des informations qu'on a sans que le patient nous en ait parlé,

Suit un conflit critique, dont les indices sont les hésitations, les auto-interruptions, les marqueurs d'oppositions, ainsi que le commentaire « c'est un peu délicat » :

*Exemple 55 : 2010\_06\_21\_4, 41*

Pauline euh : on est en train de de de enfin- on est au début du suivi avec lui, on est en train de faire alliance avec lui, donc c'est des choses qu'il aborde pas, et en même temps à côté de ça on a un flux d'info comme ça qui nous arrive, et, moi je- enfin, c'est un peu délicat de faire avec sans qu'il euh sans qu'il nous en parle,

Et enfin, d'un dilemme dans lequel s'opposent les notions de secret professionnel et de loyauté envers le patient :

*Exemple 56 : 2010\_06\_21\_4, 69-84*

69. Pauline mais du coup moi je suis un petit peu, enfin- je suis un peu mal prise dans cette situation, est-ce que, vu, vu qu'on sait est-ce qu'il faudrait qu'on MENTIONNE à Vivien que on est au courant que Anabel est suivie aussi chez nous ? est-ce qu'il faudrait qu'on lui dise ? où au niveau- [enfin, au niveau des informations]

70. Elisa [(en grimaçant) non ::]



71. Pauline mais il faudrait quand même pas du tout, mais dans ce cas là, parce que il nous a pas du tout mentionné ça, parce qu'il nous a dit qu'il avait des copains qui étaient suivis aussi ici hein, mais-
72. Elisa mais elle elle a jamais dit que lui il était suivi hein, ici§
73. Pauline §voilà, c'est ça§
74. Elisa §si elle, elle dit, elle aimerait bien qu'il soit suivi, qu'il trouve aussi quelqu'un à qui parler, pour elle ça serait important. mais donc l'un et l'autre ne se communiquent pas.
75. Marc pour moi c'est assez clair que ça c'est une violation du secret professionnel.
76. Elisa [absolument]
77. Pauline [c'est ça, c'est ça]
78. Eloi [exactement]
79. Marc le fait de di ::re, à un patient que : qu'elle est suivi par :§
80. Elisa §ça on peut pas,
81. Eloi ouais, MAIS-
82. Pauline mais en même temps, au niveau du secret professionnel- enfin au niveau de l'alliance avec la personne, on A des informations,
83. Eloi ouais-
84. Pauline ET on les transmet pas à lui,

Ce dernier extrait débute par l'expression d'une impossibilité d'action « je suis un peu mal prise dans cette situation » (69) et la recherche de solution au dilemme « est-ce qu'il faudrait qu'on MENTIONNE à Vivien que on est au courant que Anabel est suivie aussi chez nous ? est-ce qu'il faudrait qu'on lui dise ? » (69). Puis il est ponctué de chevauchements et d'auto-interruptions, indiquant un engagement actif des participants dans le traitement de cet obstacle.

Dans les tours de parole suivants, Eloi recadre le problème et propose des pistes de solutions au dilemme en mettant en scène un discours virtuel :

*Exemple 57 : 2010\_06\_21\_4, 85-93*

85. Eloi ouais, mais, peut-être, peut-être moi, ce que je vois là c'est que :: euh, donc à- à elle, il faut lui rappeler, que euh, ça reste confidentiel,
86. Pauline oui ça : ça elle,
87. Eloi ça c'est la première chose à elle, et puis la deuxième chose c'est à l'équipe, si ils vous transmettent des informations, moi je leur poserais la question, euh « pourquoi vous nous transmettez cette information, et qu'est-ce que vous attendez de moi »,
88. Pauline hum hum,
89. Eloi parce que sinon, ils vous mettent dans une position pas possible,
90. Pauline ouais,
91. Eloi euh : d'où la discussion maintenant,
92. Pauline ouais,
93. Eloi euh : et puis euh : pour aller GENTIMENT, il se profilerait quelque chose à un moment donné, au niveau de XX tout en faisant très gaffe à l'aspect confidentialité, de dire à l'équipe « mais vous vous rendez compte qu'en nous disant ça »

Ces interventions auront pour effet la mise en mot par Pauline d'un nouveau conflit, portant cette fois sur le partage de l'arène professionnelle et opposant les

attentes du DCPHM à celles de la responsable éducative du foyer de résidence de la patiente :

*Exemple 58 : 2010\_06\_21\_4, 94-97*

94. Pauline non mais madame Dufrêne m'a dit clairement que, que elle, je pense que de manière implicite elle attend qu'on RÉPARE un peu le couple, Vivien Anabel, parce qu'elle a- ça lui fait beaucoup de peine : de voir- de les voir pas bien, et puis elle craint que ils se séparent /donc elle c'est sa crainte, ça elle me l'a dit.
95. Marc mais c'est vrai que cette responsable, de foyer, elle est dans une attente TROP x [de manière GÉNÉRALE]
96. Pauline [oui, ouais]
97. Marc pour la situation de cette patiente elle voulait qu'on résout TOUT déjà, le problème de la maman, le problème de la patiente, le problème du père, c'est x,

Ce sixième obstacle a la particularité de fonctionner également comme une manière de gérer les troisièmes, quatrième et cinquième obstacles, puisqu'il permet de considérer que les attentes de la responsable éducative sont à l'origine de ces obstacles.

Il s'ensuit une proposition de solution par Manu qui met en scène un discours virtuel illustrant son propos :

*Exemple 59 : 2010\_06\_21\_4, 102-108*

102. Manu il faudrait peut-être les inciter xxx à communiquer- à dire à l'autre que xx ou je sais pas, /
103. Pauline hum hum /
104. Manu qu'il y ait pas [trahison du secret médical]
105. Maéva [que c'est EUX qui disent]
106. Manu qu'ils puissent simplement eux chacun le formuler à l'autre, « ben voilà moi aussi je suis suivi par le DCPHM » et puis : ça permettrait de jeter les bases d'une future euh, prise en charge du couple je sais pas, mais disons discussion du couple,
107. Pauline hum hum
108. Manu parce que ça serait le comble qu'on puisse pas faire quelque chose pour eux deux parce que : [alors que vous avez deux équipes à deux endroits,]

Cette proposition de solution mène à un nouveau projet de prise en charge visant à prendre en charge le couple.

Le septième obstacle de cet extrait a pour objet le dispositif de prise en charge et se manifeste par un conflit entre la mère du patient et les professionnels du DCPHM et du foyer :

*Exemple 60 : 2010\_06\_21\_4, 131-132*

131. Marc autre chose, c'est qu'il existe, en tout cas de la part de la mère de la personne dont on s'occupe, un un refus CATÉGORIQUE et majeur, (Pauline acquiesce pendant tout cet

énoncé) et on risque de poser une bombe atomique si on ren- si on rentrait, maintenant dans cette idée X je crois qu'on a déjà passablement de choses à travailler individuellement, en individuel, x, on est entré TOUT RÉCEMMENT [en tout cas pour cette situation, c'est le tout début de l'alliance]

132. Pauline [et puis, et puis préciser que,] c'est la première fois que la mère accepte que son fils voit seul, un un médecin enfin, voilà qu'il soit suivi seul, quand il était suivi à la policlinique (*nom de la policlinique*), la mère était constamment présente,

Marc explique à l'aide d'une métaphore (« on risque de poser une bombe atomique » (131)) que l'alliance avec la famille de ce patient est encore récente et qu'il serait prématuré de mettre en place des nouvelles modalités de prise en charge (à savoir, la prise en charge du couple).

Cet obstacle mène Eloi, Pauline et Manu à formuler une définition de leur rôle dans cette situation de prise en charge :

*Exemple 61 : 2010\_06\_21\_4, 133-139*

133. Eloi mais ça, ça c'est une bonne situation pour la distinction entre la, le le le, ce qui se fait avec le patient xx dans le handicap mental avec l'environnement§

134. Pauline §c'est ça§

135. Eloi §et la notion de de de parents, représentants légaux, euh,

136. Pauline et puis nous détenteurs d'informations, qu'on, transmet pas au patient, parce que dans la, dans psychia- enfin, dans les suivis traditionnels, on est censé avoir une certaine transparence, et puis alors là du coup, NOUS on crée ENCORE, des secrets de polichinelle en gros,

137. Manu vous savez que rien que la discussion là, on est déjà, on est déjà hors, enfin on (rire) viole le secret médical,

138. Pauline ben ouais,

139. Manu (rire), mais :

Leur rôle devient alors l'objet du huitième et dernier obstacle résultant d'une contradiction entre la réalité de la situation (qui pourrait susciter une violation du secret professionnel) et les règles et valeurs propres à la profession médicale (le secret médical). C'est l'incarnation de ces règles dans le contexte précis pose problème et qui place les professionnels dans une situation de dilemme, et ceci d'autant plus que la question de secret médical ne semble pas poser problème pour l'autre équipe

L'ensemble de l'extrait analysé se termine par une série de résolutions formulées par Manu (« on va pas se créer des barrières inutiles » (147) ; « on doit quand même pouvoir collaborer AU SEIN du DCPHM » (151)) ainsi qu'une prescription sous forme de mise en scène d'un discours virtuel:

147. Manu on va quand même pas se créer des barrières inutiles hein, il y a déjà assez de problèmes avec les familles : ou :
148. Pauline ouais,
149. Manu avec le : donc faut pas non plus qu'on se crée un gros gros problème avec ce problème de : de secret :
150. Pauline ouais,
151. Manu de : on doit quand même pouvoir collaborer AU SEIN du DCPHM, [si on suit deux patients (rire)]
152. Eloi [ah oui] parce qu'on a plusieurs situations hein comme ça,
153. Manu oui, je peux [imaginer que ça arrive]
154. Maéva [il faudrait peut-être qu'on leur-]di :re au réseau, qu'on doive dire au réseau « écoutez, nous on fonctionne comme ça, on travaille comme ça, »
155. Manu oui on a quand même besoin d'échanger, ça n'empêche pas qu'on puisse respecter l'intimité§
156. Pauline §OUI§

### 5.5.8 Synthèse

L'analyse de cet extrait a permis d'identifier huit obstacles portant sur cinq objets différents : l'organisation du travail, le diagnostic du patient, le partage de l'arène professionnelle, le dispositif de prise en charge et le rôle de l'équipe.

L'obstacle ayant pour objet l'organisation du travail a tout particulièrement attiré mon attention puisqu'il est exprimé par Pauline d'abord sous la forme d'un conflit, puis d'un conflit critique et enfin d'un dilemme. Cette évolution montre que la locutrice met en scène l'obstacle et ses conséquences de différentes manières :

- L'exprimant sous la forme d'un conflit, elle commence par mentionner quelles sont les différentes sources d'informations (« c'est Madame Dufrêne qui m'a glissé ça entre deux portes », « c'est des informations qu'on a sans que le patient nous en ait parlé »).
- L'exprimant sous la forme d'un conflit critique, elle donne l'implication pratique de cet obstacle sur la prise en charge (« on est en train de faire alliance avec lui ») et formule une évaluation sur la situation (« c'est un peu délicat »).
- L'exprimant sous la forme d'un dilemme, elle fait ressortir que l'enjeu principal de cet extrait est la mise en tension de deux règles : l'application du secret professionnel, et la loyauté de Pauline et de Marc envers le patient.

C'est la possibilité qu'a Pauline d'exprimer ce conflit critique et ce dilemme qui mènera Eloi à redéfinir l'obstacle, ce qui permettra de le traiter sous un angle différent : l'objet de l'activité n'est plus « la gestion des informations » par les membres du DCPHM, mais la négociation des rôles avec l'autre équipe (« parce que sinon, ils vous mettent dans une position pas possible »).

Cela mène Pauline à porter un discours sur les intentions de Madame Dufrêne « Je pense que de manière implicite elle attend qu'on RÉPARE un peu le couple Vivien Anabel ». Ces intentions prêtées à la responsable éducative ont pour conséquence de mener Eloi, Pauline et Manu à élaborer une définition de leur rôle. Il est particulièrement intéressant de souligner que cette définition se fait en se référant aux différents acteurs de la situation de manière à pouvoir être généralisée à d'autres situations : « C'est une bonne situation pour... », « la notion de parents ... » « nous détenteurs d'information », « au patient ».

La résolution finale, construite par Manu, Pauline, Eloi et Maéva, a ceci de particulier qu'elle est issue des obstacles rencontrés dans cette situation particulière et généralisée à l'anticipation de futurs éventuels obstacles similaires.

## **5.6 Penser « ce qui n'est pas encore là »**

Dans ce dernier point, j'aborderai la sixième question de recherche « Quelles sont les implications de ces obstacles et de leur traitement en termes de changement et d'apprentissage professionnel ? »

Bien que la mise en place de solutions ne soit pas observable dans le discours des participants et que l'apprentissage ne soit pas mesurable, il est possible de saisir et d'analyser des mécanismes discursifs permettant d'explorer des nouvelles manières de faire qui peuvent avoir des impacts sur le fonctionnement de l'équipe ainsi que sur l'arène professionnelle (Grossen, Zittoun & Ros, 2012). En témoignent les différents traitements des obstacles identifiés au point 5.5.4.

Les deux extraits présentés aux points 5.5.5 et 5.5.7 mettent en lumière la manière dont ces traitements s'articulent. Dans l'exemple « Vivien Claver », on voit comment le même obstacle (la gestion des informations), exprimé de différentes

manières au long de l'extrait, mène les participants à mettre en place différents traitements du patient, en redéfinissant l'obstacle, en catégorisant les autres professionnels impliqués et en généralisant la situation à d'autres futures éventuelles situations du même type. L'extrait « Madame Saudan » offre un bon exemple de l'articulation entre la mise en mot des obstacles, la catégorisation de la patiente et la mise en place de compromis.

Ces deux exemples montrent comment la mise en mot des obstacles mène les professionnels à se projeter dans l'avenir grâce à différents procédés :

- en généralisant la situation discutée à d'autres futures éventuelles situations similaires ;
- en prescrivant des solutions et en explorant des pistes d'interventions ;
- en simulant du discours rapporté et en l'ancrant dans de futures situations

Ces exemples montrent aussi que les obstacles s'inscrivent dans une temporalité passée, présente et future. Déclinés au passé, ils peuvent constituer des ressources pour penser les obstacles présents ou futurs. Les obstacles présents peuvent être projetés dans d'éventuels similaires futurs obstacles, ce qui permettra soit d'anticiper ces futurs obstacles, soit de résoudre les obstacles présents. L'activité présente est en quelque sorte guidée par le souvenir et l'anticipation des obstacles passés et futurs.

Ainsi, en discutant de cas particuliers faisant obstacle à la réalisation de leur travail, les professionnels opèrent des généralisations, modifient leurs objets d'activité et créent des ressources permettant de penser et d'anticiper « ce qui n'est pas encore là ».

## **5.7 Conclusion**

La démarche de ce chapitre a consisté à questionner la collaboration professionnelle en analysant le discours construit par les membres du DCPHM, dans le cadre de colloques hebdomadaires. Les comptes rendus qui y sont produits sont constitués d'indices verbaux, paraverbaux, discursifs,

métacommunicatifs et lexicaux permettant d'identifier des obstacles rencontrés dans le quotidien professionnel des membres de l'équipe.

M'inspirant des travaux de Engeström et Sannino (2011) sur l'analyse des manifestations de contradictions systémiques que j'ai adaptée au contexte de ma recherche, j'ai développé une méthode d'analyse qui m'a permis de rendre compte de la manière dont les obstacles sont construits dans l'interaction entre professionnels, mais également comment ils les traitent et élaborent des idées et des solutions pour y faire face. Pour finir, je me suis intéressée à l'impact de ce traitement en terme de changement et d'apprentissage professionnel.

**La plupart des obstacles identifiés et analysés ont pour objet l'organisation de l'arène professionnelle et l'utilisation des outils permettant aux acteurs de cette dernière de communiquer entre eux** (tels que les diagnostics). J'ai montré que ces obstacles sont construits de différentes manières dans l'interaction verbale (par exemple, le traitement d'un obstacle peut engendrer l'évocation d'un autre obstacle, certains obstacles mentionnés par un participant peuvent ne pas donner lieu à un traitement, et donc de ne pas être considérés comme importants par les autres participants), et qu'ils sont contextualisés dans l'organisation du système (par exemple, ce n'est jamais le diagnostic en soi qui pose problème, mais bien le diagnostic par rapport aux ressources de l'arène ou par rapport aux ressources d'un établissement).

Dans cette analyse, je me suis centrée exclusivement sur la mise en mot du travail par une équipe, tout en m'intéressant à la manière dont les autres professionnels sont convoqués dans le discours des participants de la réunion. Ainsi :

- une forte concentration d'expressions de conflit témoigne de la possibilité pour les professionnels de verbaliser ce qu'ils perçoivent des divergences et interférences entre leurs actions et celles des autres acteurs de l'arène ;
- l'analyse montre que la plupart des contradictions résultent de la rencontre entre le DCPHM et d'autres systèmes d'activité, et que très peu de contradictions apparaissent entre les éléments du système

DCPHM (ou du moins, très peu sont exprimées par les professionnels).

La théorie de l'activité historico-culturelle permet de penser la manière dont les acteurs d'un système mettent en place des formes d'apprentissage collectif qui mènent à de nouvelles activités (*expansive Learning* (Engeström, 2008)). **En analysant les différentes manières qu'ont les membres de l'équipe de traiter les obstacles lors des colloques, j'ai pu relever certains mécanismes menant à ces formes d'apprentissage, de changement et de développement professionnels** tels que :

- la généralisation de cas particuliers et leur projection dans des situations futures grâce à des ressources discursives, comme la mise en scène de discours virtuel ;
- la formulation de compromis, permettant la négociation et la remise en question des règles ;
- la négociation de l'identité des patients et des professionnels.

Ce travail a permis de montrer que la collaboration professionnelle et de réseau ne dépend pas de l'existence de « bons outils » ou de « bons protocoles de collaboration ». En effet, j'ai pu montrer que des outils censés permettre une meilleure collaboration entre les différents professionnels dans certains cas peuvent également être des sources d'obstacles dans d'autres. Les difficultés liées à la collaboration ne peuvent donc être comprises qu'en les resituant dans le système d'activité dans lequel elles s'inscrivent.

Je formulerai maintenant quatre limites qui me conduiront au chapitre suivant.

La première limite concerne **le contexte de production** des données analysées. J'ai déjà noté dans le point 5.5.1.3 qu'il n'est pas toujours aisé de saisir les implicites liés aux connaissances préalables qu'ont les membres de l'équipe des thèmes traités. Je n'ai eu accès, pour les cas analysés dans ce chapitre, qu'aux discussions prenant place dans les colloques et donc formatées par le cadre de ces derniers (peu de temps à disposition, multitude de cas différents à traiter). De plus, je n'ai eu accès qu'à la mise en mots des professionnels du DCPHM.



La deuxième limite relève de mon analyse de la construction des **patients en tant qu'objets d'activité**. Au point 5.5.1.8, je note la chose suivante : « Il est intéressant de constater qu'un seul obstacle a pour objet le patient en tant qu'acteur ». Cela ne signifie en aucun cas que les professionnels ne s'intéressent pas à leurs patients, ou que ces derniers ne sont jamais source de difficultés, de doutes ou de questions. Cela résulte de la manière dont j'ai découpé les différentes activités en cours dans les colloques : je me suis intéressée au discours produit sur les patients par le biais de leur diagnostic ou encore de leur intégration dans des lieux de vie.

La troisième limite touche à la question du partage de **l'arène professionnelle et des frontières entre systèmes d'activité**, dont résulte, je l'ai montré au point 5.5.1.5, un des obstacles les plus fréquemment exprimés lors des colloques. Si définir des frontières et des territoires d'intervention clairs peut correspondre à un besoin des professionnels, il convient d'être attentif de ne pas réifier ces frontières et territoires : en effet, les frontières de l'arène et des systèmes d'activité sont mobiles et changent selon l'activité ou les activités en cours. Elles sont construites et reconstruites dans les interactions entre acteurs de cette arène et de ces systèmes. L'étude de cas que je présenterai dans le chapitre suivant permettra de mieux saisir cela.

Enfin, la quatrième limite, en lien avec le grain d'analyse choisi pour ce chapitre, touche à la **place donnée à l'activité argumentative**. J'ai pris le parti de montrer la diversité des obstacles rencontrés et de leurs traitements possibles, sans entrer plus en détail sur la manière dont ils sont construits comme objets d'activité et mis en scène pour autrui. Ainsi, l'activité rhétorique et argumentative n'a pas été traitée, ou presque : j'ai montré dans le point 5.5.4.7 que les processus discursifs de catégorisation pouvaient être une piste intéressante à explorer pour comprendre la dynamique de construction des objets d'activité. Cette piste, je me propose de l'approfondir dans le chapitre suivant

## **6 CHAPITRE 6 : LA PATIENTE, LES AUTRES ET NOUS. ANALYSE CROISEE D'ENTRETIENS ET DE REUNIONS DE RESEAU. PROCESSUS DE CATEGORISATION ET CONSTRUCTION DU CAS « ELKO »**

Le chapitre 5 visait à étudier la collaboration professionnelle au travers du discours construit par les professionnels du DCPHM (Dispositif de Collaboration Psychiatrie Handicap Mental) lors de leur colloque hebdomadaire. Les données utilisées présentaient l'intérêt d'accéder à une multitude de cas mettant en scène différents patients et professionnels. Elles ont permis de montrer quels types d'obstacles pouvaient être rencontrés par les professionnels et quels types de traitements étaient mis en place. Cependant, le contexte et les particularités de chacune de ces situations n'ont pas été développés. En effet, une étude plus approfondie de chacun de ces obstacles n'aurait pas été possible, en raison du manque de données à disposition. C'est pourquoi ce nouveau chapitre se propose d'entrer plus en détail dans l'étude d'un cas particulier, documenté par des entretiens et des vidéos de réunions de réseau, dans une démarche complémentaire au chapitre 5.

Le cas en question concerne une patiente portant le nom d'emprunt de Leena Elko. Suivie par le DCPHM depuis plusieurs années, elle est connue par différents professionnels de l'équipe. Elle réside actuellement dans un foyer qui porte le nom d'emprunt « les Ficus ».

Outre la question des limites imposées par le type de données constituant le sous-corpus, j'ai soulevé dans la conclusion du chapitre précédent différentes limites en lien avec le cadre théorique utilisé et touchant aux questions :

- Du processus de construction du patient comme objet d'activité ;
- de la place accordée à l'activité argumentative pour comprendre la construction et le traitement des obstacles ;
- du partage de l'arène professionnelle et des frontières entre systèmes d'activité ;

Afin de pallier ces limites, je me référerai dans ce chapitre à un cadre théorique permettant d'étudier ces différentes questions de manière complémentaire à la théorie de l'activité historico-culturelle : l'approche discursive appliquée au phénomène de catégorisation.

**Mon hypothèse est que cette approche permettra de mettre en évidence l'interdépendance entre la construction de la patiente comme objet d'activité, la gestion des obstacles et la construction des frontières entre systèmes d'activités.**

Le cadre théorique de ce chapitre sera présenté dans le point 6.1. Dans le point 6.2, je présenterai les données constituant le sous-corpus analysé. Complexes et variées, toutes n'ont pas la même place dans ce chapitre, certaines n'apportant que des éléments d'information, d'autres étant soumises à des analyses fines. Je donnerai ensuite plus de précisions sur la patiente, son parcours institutionnel et les différents acteurs impliqués dans son suivi (point 6.3). Afin de respecter l'anonymat de ces personnes, je resterai très générale sur la description des lieux et des caractéristiques personnelles, et changerai certains faits et événements pour les rendre méconnaissables. La problématique et les questions de recherches seront développées dans le point 6.4 et la méthode fera l'objet du point 6.5. Dans le point 6.6, je présenterai la première partie du traitement des données, répondant à la première question de recherche, alors que dans le point 6.7 seront développés les résultats répondant aux deuxième, troisième et quatrième questions de recherche.

## **6.1 Une approche discursive appliquée au phénomène de catégorisation**

Bien que reprenant des outils propres à la théorie de l'activité historico-culturelle, la méthode d'analyse développée dans ce chapitre sera construite à l'aide d'éléments empruntés à l'approche discursive. J'exposerai d'abord brièvement les différents champs dans lesquels l'étude de catégorisation, de manière générale, a été développée (point 6.1.1) avant d'en venir plus précisément aux outils

conceptuels permettant de saisir les processus de collaboration de manière discursive (point 6.1.2).

### **6.1.1 La catégorisation : à la rencontre de différents champs**

De nombreux champs de recherche se sont intéressés à la manière dont les individus catégorisent leur environnement. Ces champs découlent de différentes postures épistémologiques offrant des conceptions du langage et de la cognition variées et parfois divergentes. La posture que j'adopterai est celle de la psychologie socio-culturelle, qui propose une approche des processus de catégorisation différente des champs de la psychologie sociale « classique » et de la cognition sociale.

Dans le champ de la psychologie sociale « classique », la notion de catégorisation est principalement utilisée pour étudier la formation de stéréotypes et de préjugés à l'aide de méthodes expérimentales (voir par exemple : Allport, 1958 ; Hamilton, 1979 ; Lakoff, 1987 ; Rosch 1978 ; Tajfel, 1959 ; Taylor, 1981). La définition que propose Tajfel (1974) de la catégorisation repose sur le présupposé selon lequel c'est le sujet qui, en fonction du sens qu'il donne à son environnement, classe les personnes et les choses dans des catégories préconstruites :

« Ordering of the social environment in terms of social categories, that is of groupings of persons in a manner that is meaningful to that subject » (p. 69)

Dans le champ de la cognition sociale, Cantor, Mischel et Schwartz (1982) définissent la catégorisation comme une qualité cognitive permettant de classer le monde et de le rendre intelligible et cohérent :

« [Categorization is a]fundamental quality of cognition, which allows structure and give coherence to our general knowledge about people and the social world ». (p. 34)

C'est pour ma part la définition que donne Edwards (1991) qui guidera ma réflexion :

« Categorization is something we do, in talk, in order to accomplish social actions (persuasions, blamings, denials, refutations, accusations).» (p. 517)

S'inscrivant dans le champ de la psychologie discursive (Billig, 1985, 1987 ; Conrad & Potter, 2000 ; Potter & Wetherell, 1987), Edwards souligne par cette définition l'importance du langage (« talk »), de l'action (« something we do ») orientée vers un but (« in order to accomplish »), but qui n'est pas neutre, mais comporte une dimension hautement morale (persuader, accuser, réfuter, etc.). Les catégories permettent d'exprimer différents points de vue et remplissent des fonctions interactionnelles. En cela, le langage est considéré comme une forme d'action qui a des répercussions sur la réalité sociale.

S'inspirant des travaux et concepts développés en ethnométhodologie et en analyse des conversations (Garfinkel, 2007 ; Hester & Eglin, 1997 ; Sacks, 1992), la psychologie socio-culturelle (Choo, Austin, & Renshaw, 2007; Hjørne, 2005 ; Hjørne & Säljö, 2014 ; Mäkitalo, 2002, 2013, 2014 ; Renshaw, Choo & Emerald, 2014 ; Säljö & Hjørne, 2009) a développé un domaine de recherche dont l'intérêt est l'analyse des discours institutionnels et des pratiques sociales. Le langage est considéré ici comme une forme d'action et les catégories, loin de n'être que descriptives, sont considérées comme orientant notre regard et notre action sur le monde (Hjørne & Säljö, 2004).

### **6.1.2 Des outils conceptuels au service de l'analyse**

Enrichie par l'ethnométhodologie, la Conversation Analysis et la psychologie discursive, la psychologie socio-culturelle offre des outils conceptuels très riches pour le développement de mes questions de recherche et l'analyse de mes données. Le premier de ces outils est désigné par Billig (1985) comme le « couple catégorisation-particularisation » (point 6.1.2.1). Le deuxième emprunté à l'analyse de la conversation (CA) concerne la notion de « accountability », et le dernier renvoie à la notion de « membership categorisation » (point 6.1.2.2).

### 6.1.2.1 *Catégorisation et particularisation*

Dans un article de 1985, Michael Billig propose une relecture dialogique des grands objets de la psychologie sociale dite « classique » (Allport, 1958, cité par Billig, 1985 ; Tajfel, 1959, cité par Billig, 1985), tels que les phénomènes de préjugés et tolérance. Pour Allport, les préjugés sont liés à une caractéristique essentielle de la cognition humaine : former des généralisations, des catégories, des concepts qui permettent de simplifier le monde et donc de l'appréhender, mais qui, ce faisant, produisent des distorsions. Les préjugés constitueraient donc un phénomène habituel, découlant de notre nature humaine produisant en permanence des catégories. Billig qualifie de « fatalisme théorique » cette idée selon laquelle tant que nous pensons, nous produisons des préjugés. Il adopte alors une perspective rhétorique consistant à chercher pour chaque processus psychologique, son contraire. Ainsi, la catégorisation ne peut être comprise sans étudier le phénomène inverse et complémentaire qu'est la particularisation :

« If categorization refers to the process by which a particular stimulus is placed in a general category, or grouped with other stimuli, then particularization refers to the process by which particular stimulus is distinguish from a general category or from other stimuli ». (Billig, 1985, p. 82).

Selon Billig, la dynamique entre catégorisation et particularisation remplit une fonction rhétorique et permet d'accéder à la dimension argumentative de la pensée humaine. Ainsi, dans les interactions, on peut observer un dialogue entre particularisation et catégorisation, la catégorie ne pouvant être traitée indépendamment d'un cas particulier, et le cas particulier ne pouvant être traité indépendamment d'une catégorie.

### 6.1.2.2 *Accountability et membership catégorisation*

Le concept d'« accounting » est issu de l'ethnométhodologie et de l'analyse des conversations (Garfinkel, 1967, cité par Hall, Sarangi et Slembrouck, 1999 ; Hall, Slembrouck et Sarangi, 2006). Il a par la suite été élaboré dans des recherches sur les interactions en milieu institutionnel mettant en jeu des interactions entre professionnels et non-professionnels (voir par exemple Mäkitalo, 2003, 2006). Il

désigne la manière dont sont présentés, expliqués et justifiés des cas ou des situations. Les « accounts »<sup>27</sup> sont de nature argumentative puisque choisir une manière parmi d'autres de « rendre compte » est une prise de position.

Lorsque des professionnels parlent d'un patient, d'un cas, ils parlent d'une personne complexe qui s'inscrit dans différentes sphères d'expériences (Zittoun, 2013), qui a différents rôles, que l'on peut mettre en mots de différentes manières. Ils peuvent par exemple parler du cas en tant que patient, qu'adolescent, que personne porteuse d'un handicap, etc. Selon la catégorie qu'ils choisissent pour se référer au patient, ils feront appel à des « membership categorization » différents. Ce concept, développé par Sacks (1992), désigne les ressources qui sont utilisées par les participants à une interaction et consistent en une collection de catégories, d'attributs et d'actions attendues.

J'ai montré dans le chapitre précédent, avec le cas de Madame Saudan, les étapes de la catégorisation de la patiente. Cet exemple illustre bien comment différents éléments sont sélectionnés pour parler de la patiente en fonction de l'évolution de l'activité et quels en sont les effets potentiels sur l'interaction. Au début de l'extrait, la patiente était décrite à l'aide d'un lexique psychiatrique (« elle a un trouble de la personnalité assez massif »). À la fin de l'extrait, après avoir évoqué l'épisode pendant lequel la patiente avait proféré des menaces de mort à l'encontre de Prisca, on observait un changement de lexique et une description de la patiente comme quelqu'un vivant « des situations difficiles » et ayant « des parents monstrueux » (cf. Tableau 15: Résumé des différentes étapes de catégorisation de la patiente, p. 158). Cette catégorisation de la patiente avait eu pour effet de réduire la responsabilité de ses actes, mais également la charge émotionnelle de la situation.

---

<sup>27</sup> Les terme « account » pourrait au mieux être traduit par « compte rendu ». Néanmoins, avec la traduction française nous perdons l'idée de « responsabilité » et de « justification », ainsi que la vision dynamique entre la production de l' « account » et la réponse de l'autre.

### 6.1.2.3 Étudier les processus de catégorisation : enjeux théoriques et pratiques

Avant d'exposer plus précisément la manière dont j'ai appliqué ces outils à mon travail d'analyse, je rapporterai différentes recherches fournissant des exemples très parlants des enjeux théoriques et pratiques de l'étude de la catégorisation.

La première est issue d'une recherche de Mäkitalo (2003), développant la question suivante : que faisons-nous des catégories dans la vie quotidienne et quel en est l'impact sur nos vies ? Il s'agit d'une recherche réalisée dans un office de conseil et de placement en Suède et pour laquelle des enregistrements d'entretiens entre les demandeurs d'emploi et les conseillers ont été réalisés. Le but recherché par la personne s'adressant à un conseiller est de se réinsérer dans le monde du travail en obtenant un appui financier dont l'octroi est décidé par l'office. Selon Mäkitalo, ce changement implique une négociation de son identité, impliquant un changement du statut « sans emploi » à « employé ». Par une analyse fine du discours portant sur le cas d'un homme demandant des fonds pour débiter une compagnie de taxi, Mäkitalo montre le déroulement de cette négociation. Le travail du candidat dans cette interaction est de prouver qu'il peut prétendre recevoir une telle aide. En d'autres termes, il doit se présenter, rendre compte de sa situation (« to account ») de manière à ce que son cas particulier corresponde à la catégorie générale « admissible » ou « recevable pour un financement » par l'institution. Il va donc mettre en évidence ses compétences et connaissances afin de se faire reconnaître comme un cas entrant dans la catégorie qui permet de recevoir un financement. La conseillère rend compte de la situation du point de vue de l'institution et ainsi explique à son interlocuteur que ses compétences ne sont pas suffisantes. Ce faisant, elle redéfinit la situation.

Par des entretiens réalisés avec des psychologues de différents services de consultation pour enfants et adolescents, Grossen, Florez et Lauvergeon (2014) étudient les discours que des psychologues tiennent sur leurs pratiques de passation de tests psychologiques. Elles montrent que le discours des psychologues repose sur un système de catégorisations complexes des personnes testées (des enfants et adolescents), qui oriente leur décision de faire passer un test ou, plus généralement, de s'écarter des pratiques de passation prescrites.



Elles constatent également un décalage entre les consignes prescrites dans les manuels de ces tests et l'adaptation qu'en font les professionnels dans leurs pratiques réelles, en fonction des particularités de chaque personne.

Un diagnostic permet parfois de faire accéder une personne à des ressources supplémentaires, notamment lorsqu'un décalage existe entre une situation problématique et les solutions à disposition. C'est ce que montrent Hjörne et Säljö (2004, 2014b) dans une recherche visant à comprendre comment l'école catégorise des enfants qui, pour une raison ou une autre, ont des difficultés à s'adapter aux normes et attentes de l'institution. Ils rendent compte de la manière dont des catégories sont introduites dans les pratiques institutionnelles comme ressources pour prendre des décisions. Ils prennent l'exemple du trouble déficitaire de l'attention (ADHD) qui constitue une catégorie nosographique fonctionnant à la fois comme un fait social et une ressource utilisée activement par l'institution scolaire pour résoudre des problèmes. Selon les auteurs, ce trouble témoigne de la manière dont les catégories institutionnelles et les pratiques visant à rendre compte de problèmes jouent un rôle décisif dans la manière dont les acteurs (professionnels et parents) interprètent ce qui se passe à l'école, et la manière dont seront mis en place des processus permettant de faire un diagnostic d'ADHD.

Ces trois exemples rendent compte de différents enjeux théoriques et pratiques de l'étude des processus de catégorisation. Ils montrent que les catégories agissent comme des médiations, des ressources discursives, permettant de créer du sens, d'orienter les prises de décision et les pratiques. Ils permettent également de saisir le lien entre les catégories que nous utilisons et la manière dont nous percevons le monde : les discours ne font pas que décrire le monde, ils rendent visibles des phénomènes.

## **6.2 Constitution du corpus**

Le but de cette étude de cas est d'analyser une situation concrète de collaboration entre le DCPHM et les différents acteurs impliqués dans le suivi d'une patiente. Dans le chapitre 1, j'ai fait état des critères qui m'ont conduite à étudier la

situation de Madame Elko et ai insisté sur les aspects relationnels liés à ce choix : l'équipe m'avait proposé d'étudier ce cas, car il était perçu par les professionnels du DCPHM comme une situation « harmonieuse » dans laquelle aucun conflit n'était perçu ni avec les autres professionnels ni avec la patiente et sa famille. C'est en ayant connaissance de cette situation que j'ai construit la méthode et le sous-corpus sur lequel est basé ce chapitre. J'en rendrai compte étape par étape en expliquant plus en détail les différents types de données que j'ai construites, et dont le Tableau 16 donne un aperçu général.

Tableau 16: Résumé des données

| Type de données <sup>28</sup> | Qui ?  | Nombre | Durée (minutes) |
|-------------------------------|--|--------|-----------------|
| Entretiens « informatifs »    | Maxime (médecin DCPHM) / Eloi (éducateur DCPHM)                                | 2      | 126             |
| Courriers électroniques       | Tous les intervenants du suivi   | 167    |                 |
| Réunion « d'accompagnement »  | Maxime (DCPHM) / Igor (DCPHM) / parents de la patiente                         | 1      | 34              |
| Réunions de réseau            | Équipe éducative du foyer « les Ficus », Eloi (DCPHM) / parents de la patiente | 2      | 129.9           |
| Entretiens de clarification   | Eloi (DCPHM) / Boris (foyer « les Ficus ») / parents de la patiente            | 3      | 137             |

Le Tableau 17 quant à lui donne un aperçu plus spécifique des différents locuteurs de l'étude de cas et de leur fonction :

<sup>28</sup> Les fichiers audio et vidéo ont été transcrits selon les normes figurant dans l'Annexe 3 : Conventions de transcription

Tableau 17: Locuteurs de l'étude de cas et leur fonction

| Locuteur      | Fonction   |
|---------------|--|
| Maxime        | Médecin DCPHM  |
| Eloi          | Educateur DCPHM  |
| Igor          | Infirmier anciennement au DCPHM, mais continuant à intervenir ponctuellement pour le suivi de Leena Elko |
| Boris         | Educateur au foyer « les Ficus »   |
| Madame Elko   | Mère de la patiente  |
| Monsieur Elko | Père de la patiente  |
| Infirmière    | Une infirmière du foyer « les Ficus »  |

### 6.2.1 Les entretiens « informatifs »

Madame Elko étant une patiente suivie depuis de nombreuses années par le DCPHM, plusieurs professionnels ont été impliqués dans son suivi. Afin d'obtenir des informations sur la patiente et sur le foyer « les Ficus », j'ai conduit deux entretiens à but informatif. Le premier a été réalisé avec Maxime qui était engagé dans ce suivi depuis ses débuts et était donc la personne la plus à même de me fournir des informations longitudinales. Le second a été réalisé avec Eloi, personne la plus impliquée dans le suivi au moment de mon travail de terrain.

Ces deux entretiens ont été menés de manière semi-directive. J'ai guidé les deux personnes interrogées dans la production d'un récit centré sur trois axes : le parcours de la patiente, le déroulement chronologique de l'implication du DCPHM dans le suivi de la patiente, la collaboration actuelle avec le foyer. Cela m'a permis, d'une part d'obtenir des informations factuelles sur la patiente, son parcours et son foyer de vie, d'autre part, d'accéder à la manière dont cette situation de collaboration était mise en mots par deux représentants du DCPHM.

### **6.2.2 Les courriers électroniques**

Suite à ces entretiens, j'ai pu avoir accès à l'ensemble des courriers électroniques échangés entre la famille de la patiente, les professionnels du DCPHM, les professionnels du foyer « les Ficus » et les représentants de différentes associations et organes de politiques sociales ayant été ou étant impliqués dans le suivi.

Ces cent soixante-sept courriers électroniques et leurs pièces jointes ont constitué une riche source d'informations. J'ai pu ainsi dresser la liste exhaustive de tous les intervenants liés au suivi de Madame Elko, mais également me faire une idée plus précise de la manière dont le réseau de prise en charge a été organisé, grâce à des éléments tels que le déroulement chronologique du suivi et la planification d'un dispositif de prise en charge au foyer. J'ai pu également relever des thèmes sur lesquels je souhaitais obtenir plus d'information, notamment en lien avec l'expression de griefs par certains acteurs ou le récit de certains incidents survenus tout au long du suivi de la patiente.

### **6.2.3 Une réunion d'accompagnement**

Une fois ce travail de prise de connaissance du cas effectué, j'ai filmé une réunion se déroulant au DCPHM et à laquelle deux membres du DCPHM (Maxime et Igor), ainsi que les parents de la patiente ont pris part.

Différents thèmes ont été abordés : l'état général de la patiente, sa médication, les difficultés rencontrées au domicile des parents et au foyer « les Ficus ».

Maxime m'avait expliqué lors de l'entretien « informatif » que le but de cette réunion était d'« accompagner » les parents et de leur donner un espace pour exprimer leurs préoccupations. Quelques années auparavant, ces rencontres étaient mensuelles, mais la situation ayant évolué de manière satisfaisante pour les différents acteurs, la fréquence a été réduite à trois réunions par année.

#### **6.2.4 Les réunions de réseau**

Les réunions de réseau se déroulent au foyer « les Ficus » et rassemblent l'équipe éducative, Eloi en tant que représentant du DCPHM, ainsi que les parents de la patiente. La fréquence n'est pas définie précisément, les différents acteurs se réunissant en fonction des besoins et de l'évolution de la patiente. Deux de ces réunions ont été filmées, l'une par moi et l'autre par Eloi, à trois mois d'intervalle.

Dans la première réunion, les différents participants échangent leurs impressions sur l'état de la patiente et rapportent certaines difficultés rencontrées dans son accompagnement. L'expression de ces difficultés est l'occasion d'échanger des manières de faire pour gérer les crises et tensions de Madame Elko. Elle permet également aux professionnels de prendre acte des démarches entreprises par les parents.

Comme dans la réunion d'accompagnement, ma première impression de ces interactions a été que tous les participants semblaient en accord avec les thèmes abordés et que peu d'obstacles au sens défini dans le chapitre 4 pouvaient être identifiés. J'ai cependant relevé un événement particulièrement intéressant (nommé par la suite « épisode 1 ») qui contredit ma première impression. Suite à une discussion portant sur la considérable amélioration de la patiente depuis son intégration dans le foyer et soulignant qu'une meilleure compréhension de ses troubles a mené à de meilleures méthodes de prise en charge, la mère de la patiente se réfère à la manière qu'« on » a eu de se comporter avec sa fille quelques années auparavant en déclarant : « Je pense qu'on a fait tout faux ». Une discussion de trois minutes s'ensuivra, dans laquelle Eloi, suivi par les autres professionnels, répondra à l'assertion de la mère.

Dans la seconde réunion, la discussion se centre sur l'évocation de situations dans lesquelles la patiente semble éprouver des tensions. Les participants rapportent des moments où le comportement de Madame Elko a été particulièrement difficile à gérer et expliquent comment ils ont procédé pour l'accompagner de la manière la plus adéquate. Le père de la patiente évoque alors un incident survenu au domicile parental, incident lors duquel sa fille s'est montrée particulièrement

agitée, et en soumet une interprétation aux autres participants : sa fille s'était probablement sentie moins en sécurité, car aucun professionnel n'était présent pour l'encadrer ; elle aurait donc paniqué. Exprimant leur désaccord, Eloi et Boris donnent tour à tour leur interprétation de cet incident. Ce moment au cours duquel les différents participants confrontent leur interprétation sera soumis à une analyse dans la suite de ce chapitre. Je le nommerai par la suite « épisode 2 ».

### **6.2.5 Les entretiens de clarification**

Suite à l'enregistrement de ces réunions, j'ai conduit trois entretiens supplémentaires, comportant différents buts :

- N'ayant au préalable interrogé que des membres du DCPHM, je souhaitais également obtenir des informations sur le parcours de la patiente et l'histoire de la collaboration relative à son suivi par le DCPHM.
- Certains éléments observés dans les réunions manquaient de clarté au vu de ma position extérieure et je souhaitais obtenir des précisions des personnes impliquées.
- Afin de comprendre le sens que les acteurs donnent à leurs échanges, j'estimais important de leur demander de commenter eux-mêmes les moments de cette réunion que je souhaitais analyser en profondeur, à savoir les « épisode 1 » et « épisode 2 » mentionnés au point 6.2.4 (p. 182).

Le premier entretien a été réalisé avec Eloi et s'est déroulé comme suit : dans un premier temps, je lui montrai tour à tour les deux extraits vidéo de trois minutes « épisode 1 » et « épisode 2 » et lui donnai comme consigne d'arrêter la vidéo lorsqu'il estimait important d'apporter un commentaire au déroulement de l'épisode. Dans un second temps, je lui posai des questions précises concernant les deux épisodes et les réunions en général.

Le deuxième entretien a été réalisé avec Boris. Je lui posai d'abord des questions visant à obtenir sa version du récit relatif au parcours de la patiente et de la collaboration, et de pouvoir la croiser avec celle de Eloi. Puis je procédai de la même manière qu'avec Eloi, en lui demandant de commenter l'« épisode 1 » et l'« épisode 2 ».

Le troisième et dernier entretien de clarification a été mené avec les parents de la patiente. Pour des raisons éthiques, j'ai décidé de ne pas leur montrer les extraits de vidéo. Les extraits que j'avais montrés à Eloi et Boris étaient en effet chargés d'émotion, raison pour laquelle il me semblait inadéquat de les montrer aux parents. Je me contentai de leur demander de me raconter le parcours de leur fille et les rencontres avec les différents professionnels engagés dans sa prise en charge.

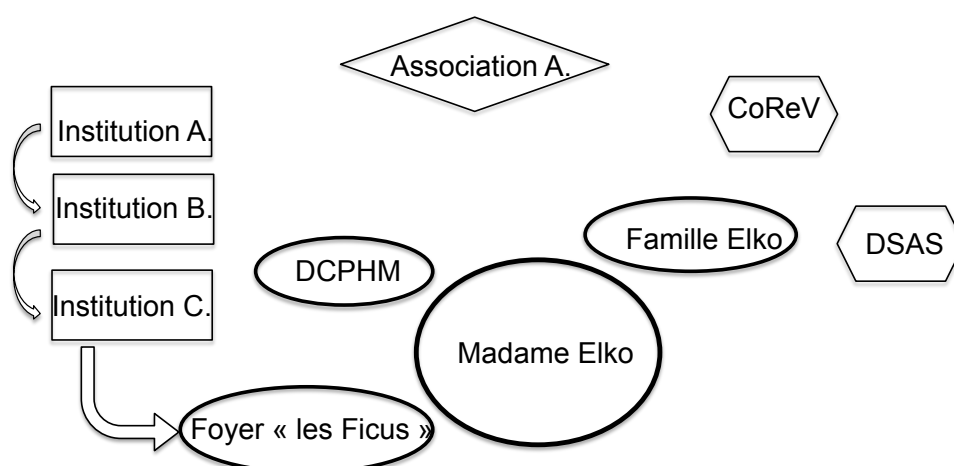
### **6.2.6 Préparation et premier traitement des données**

Le son des fichiers audio et vidéo a été transcrit et répertorié dans une grille Excel. Les courriers électroniques et leurs pièces jointes ont également été répertoriés dans une grille Excel. Pour des raisons de confidentialité, j'ai changé les histoires et les récits relatifs à la patiente. Je ne pourrai malheureusement pas montrer autant d'extraits que dans le chapitre 4 sans courir le risque que le cas soit reconnu. C'est pourquoi beaucoup d'éléments seront rendus sous forme de synthèse.

### **6.3 Le parcours institutionnel de la patiente**

La patiente au centre de cette étude de cas porte le nom d'emprunt « Leena Elko ». De nombreux acteurs sont à prendre en compte afin de saisir la complexité de sa prise en charge et du réseau de collaboration mis en place pour cette personne. La Figure 16 résume cette situation.

Figure 16 : Le réseau de prise en charge de Madame Elko



*Abréviations : DCPHM= Dispositif Collaboration Psychiatrie Handicap Mental / CoRev = Comité de Révision des mesures de contraintes / DSAS = Département de la Santé et de l'Action Sociale / SPAS = Service de Prévoyance et d'Aide Sociale*

J'ai placé au centre du schéma la patiente et les trois groupes d'acteurs les plus actifs dans son suivi au moment de la construction de mon corpus : le DCPHM, la famille de la patiente et son lieu de vie, le foyer « les Ficus ». Les rectangles représentent les institutions (A, B, et C) dans lesquelles la patiente a vécu avant d'être intégrée au foyer « les Ficus ». Le losange représente une association (Association A) qui a été active dans l'accompagnement de Madame Elko jusqu'à son arrivée au foyer « les Ficus ». Les hexagones représentent les organes de politiques sociales et d'autorités vaudoises ayant eu une influence sur le parcours de la patiente.

Afin de mieux comprendre comment chacun des acteurs est impliqué dans ce cas, on reviendra brièvement sur l'histoire de la prise en charge de cette patiente. Au début des années 2000, Madame Elko, alors adolescente, réside dans l'institution A depuis quelques années. Au dire des personnes interrogées dans le cadre de mon étude (voir point 0, p. 179), tout se déroule de manière satisfaisante jusqu'au moment où la patiente commence à développer des troubles psychiatriques<sup>29</sup> auxquels l'équipe éducative ne parvient pas à faire face. L'institution fait appel au DCPHM pour que celui-ci les aide à trouver une solution. Il est alors convenu de la

<sup>29</sup> Pour des raisons de confidentialité, je vais rester très générale en parlant de « troubles psychiatriques ».



transférer dans l'institution B. Mais la situation devint de plus en plus compliquée, tant pour l'état de la patiente que pour les relations entre les professionnels de l'institution d'un côté, la famille et le DCPHM de l'autre. Témoins des mesures de contraintes auxquelles leur fille est soumise, les parents de Madame Elko dénoncent les pratiques de l'institution B auprès des autorités vaudoises. L'intervention conjointe du CoRev (Comité de révision des mesures de contraintes), du DCPHM et des parents permet à la patiente d'être placée dans une institution psychiatrique (institution C). Au cours de ce placement qui ne devait être que provisoire, les parents de la patiente, l'Association A et le DCPHM travaillent ensemble à la recherche d'un lieu de vie permanent. Le foyer « les Ficus » travaillant avec le DCPHM depuis quelques années déjà accepte d'accueillir la patiente, sous certaines conditions : son arrivée doit être soigneusement préparée et réfléchie, et des moyens financiers supplémentaires doivent être accordés par le DSAS (Département de la Santé et de l'Action Sociale) afin de renforcer l'équipe éducative. À la fin de l'année 2009, Madame Elko peut enfin être accueillie dans son nouveau lieu de vie.

#### **6.4 Problématique et questions de recherche**

Si j'ai déjà présenté les différentes données constituant ce sous-corpus, il me paraît néanmoins nécessaire d'insister sur le fait que ces données ont été construites au sein de trois différentes activités (les entretiens informatifs, les réunions et les entretiens de clarification) qui mènent les acteurs à produire des discours différents, répondant à des consignes différentes et ne s'adressant pas toujours au même destinataire. Cette variété de discours et le croisement de ces différentes données me permettront, j'en fais l'hypothèse, de saisir de nouveaux mécanismes à l'œuvre dans la collaboration professionnelle, permettant de répondre aux limites soulevées dans la conclusion du chapitre précédent.

##### **6.4.1 La patiente comme objet d'activité**

Revenons pour commencer sur l'objet central de l'étude de cas : la patiente. Comme je l'ai dit, j'ai demandé à chaque personne interrogée de produire un récit chronologique sur l'histoire de la patiente et ai également pu accéder à des

discussions centrées sur le cas de Madame Elko dans le cadre des réunions d'accompagnement et de réseau. J'ai également été témoin de moments où les différents acteurs présents dans une réunion, semblant ne pas être d'accord sur l'interprétation d'un comportement de la patiente, comparent et opposent leurs observations et hypothèses. Cela m'a amenée à m'interroger sur la catégorisation de la patiente et sur la construction de la patiente en tant qu'objet d'activité.

**Ma première question est la suivante :** quelle catégorisation les différents acteurs opèrent-ils de la patiente ?

#### **6.4.2 Effet de la catégorisation sur les interactions**

La catégorisation, telle que définie dans le cadre théorique auquel je me réfère dans ce chapitre, est considérée comme orientée vers un but et remplissant des fonctions morales. Or, on peut postuler que les différents acteurs participant à la construction de la patiente comme objet d'activité et donc à sa catégorisation n'ont pas nécessairement les mêmes buts et les mêmes positionnements moraux. Ainsi, le processus de catégorisation de la patiente peut potentiellement avoir des effets dangereux sur l'interaction entre les différents acteurs.

**Ma deuxième question est la suivante :** quels sont les effets de cette catégorisation sur les interactions entre professionnels et entre parents et professionnels ?

#### **6.4.3 Elaboration d'obstacles et effets sur l'interaction**

J'ai montré précédemment que les obstacles rencontrés dans la pratique des professionnels et rapportés dans les colloques hebdomadaires sont des occasions de mobiliser l'équipe à la résolution collective de tâches et d'explorer des solutions. Ces obstacles sont essentiels à la réalisation du travail puisque, selon la théorie, ils permettent de développer de nouvelles activités. J'ai également montré que ces obstacles résultent de contradictions opposant différents pôles du système d'activité ou différents systèmes d'activité les uns aux autres. Le chapitre précédent permettait d'accéder à une variété de situations, parfois ouvertement conflictuelles, et dont la discussion se faisait au sein de l'équipe du DCPHM. Dans

ce chapitre, j'ai accès à une situation présentée comme harmonieuse et impliquant des acteurs externes à l'équipe du DCPHM. Dès lors, il convient de se demander si les obstacles et leurs résolutions y occuperont la même place.

**Ma troisième question est alors la suivante :** qu'advient-il des obstacles évoqués dans une telle situation de collaboration ? Sont-ils élaborés ou ignorés ? Quels sont les effets de leur élaboration éventuelle sur l'interaction entre les participants ?

#### **6.4.4 Construction et négociation des frontières**

Les résultats du chapitre précédent montrent que le partage de l'arène professionnelle est un enjeu majeur dans le travail de collaboration et qu'il engendre de nombreux obstacles. Pour reprendre les termes propres à la théorie de l'activité historico-culturelle, la collaboration met en jeu des activités menant à des contradictions impliquant les pôles « communauté » et « division du travail » : la rencontre de différents systèmes implique que ces pôles entrent en dialogue avec les objets d'activités, les sujets, les règles et les outils à disposition des professionnels. Comment dès lors analyser la dynamique de ce dialogue ?

**Ma quatrième question** est donc la suivante : comment les acteurs construisent-ils et négocient-ils les frontières entre systèmes d'activité dans la situation de collaboration étudiée ici ?

### **6.5 Méthode d'analyse**

L'analyse s'articulera en deux parties :

La première partie (point 6.6), visera à répondre à la première question de recherche : *quelle catégorisation les différents acteurs opèrent-ils de la patiente ?* J'analyserai le récit que chacune des personnes interrogées fait de Madame Elko, en suivant l'ordre chronologique de la réalisation des différents entretiens d'information et de clarification (Maxime, Eloi, Boris, les parents de la patiente). Pour cela, j'ai construit une grille me permettant de repérer:

- les descriptions faites de la patiente et le mode de référence à ses caractéristiques ou à ses actes, ceci dans le but de comprendre quels aspects de la patiente les différents locuteurs rendent visibles (par exemple « elle prenait le bus seule », indiquant un certain niveau d'autonomie);
- le passage d'un genre de discours à une autre : par exemple, les moments où les locuteurs passent d'un genre médical à un genre quotidien. Cette analyse permettra de mettre en évidence la multitude de facettes constituant l'identité de la patiente (la patiente souffrant d'un handicap mental, la patiente aimant faire des activités manuelles, etc.) ;
- la formulation d'énoncés contrastés (par exemple, dire « elle a un retard mental » et quelques énoncés plus loin « elle est très débrouille ») ;
- les passages du cas particulier de la patiente à sa généralisation à d'autres cas, permettant de saisir comment les différents locuteurs l'inscrivent dans des catégories existantes (par exemple « on voit bien que s'ils sont bien accompagnés, la violence disparaît ») ;
- les références aux autres institutions et professionnels (l'institution A, les professionnels de l'institution B, etc.), ainsi que les références à des pratiques passées (« elle était enfermée dans sa chambre toute la journée ») mettant en perspective les pratiques actuelles.

Cette grille me permettra de rendre compte du discours que chacun des locuteurs produit sur la patiente, ainsi que sur ses parents et les professionnels en charge de son suivi, en analysant comment les différentes catégories dialoguent entre elles. Pour cette raison, la fréquence des occurrences de chaque catégorie n'est pas mentionnée, mais je montrerai comment le récit de chaque personne interrogée produit un processus de catégorisation construisant le cas. Isoler les différentes catégories ne me paraît en effet pas pertinent. Reprenons l'exemple suivant : en parlant de l'évolution de la patiente depuis son intégration en tant que résidente du foyer « les Ficus », Maxime déclare « on voit bien que s'ils sont bien accompagnés, la violence disparaît ». Que nous apprend cet énoncé sur la construction du cas ?

- Le « ils », utilisé en parlant de la patiente, indique que le locuteur produit une catégorie générale constituée de patients similaires à Madame Elko.
- L'énoncé indique que la patiente est catégorisée comme une personne qui a été violente par le passé, mais ne l'est plus.
- L'énoncé nous apprend également que les professionnels actuels sont catégorisés comme des professionnels compétents (ils accompagnent bien les patients) contrairement aux professionnels précédents.

Dans la deuxième partie (point 6.7) j'analyserai l'épisode 1 et l'épisode 2, afin de répondre aux deuxième, troisième et quatrième questions de recherches. J'utiliserai pour cela des outils de la théorie de l'activité historico-culturelle et de l'approche discursive de la catégorisation. Pour chaque épisode, je procéderai en quatre étapes :

- Je commencerai par examiner le contexte de la réunion dans laquelle l'épisode prend place. En effet, une description approfondie de cette situation d'interaction permet de mieux comprendre les éléments déclencheurs menant à l'épisode.
- J'analyserai ensuite l'épisode, en reprenant les outils d'analyse développés dans le chapitre précédent afin d'y repérer des obstacles et leur traitement.
- Enfin, j'analyserai la manière dont ces obstacles sont discutés dans les entretiens de clarification.
- Dans la synthèse de chacun de ces épisodes, je montrerai comment catégorisation et obstacle entrent en dialogue (par exemple, comment la catégorisation de la patiente peut mener à des contradictions, ou alors comment la catégorisation évolue avec le traitement de l'obstacle)

## **6.6 Processus de catégorisation : la patiente comme objet d'activité**

Cette partie vise à répondre à la première question de recherche : *quelle catégorisation les différents acteurs opèrent-ils de la patiente ?*

### 6.6.1 Quatre récits croisés

Je rendrai ici compte des récits qu'ont produits les différents acteurs interrogés sur Madame Elko et son parcours. La restitution se fera en suivant la chronologie de la réalisation des entretiens : je commencerai par le récit de Maxime (point 6.6.1.1), puis d'Eloi (point 6.6.1.2), de Boris (point 6.6.1.3), et finirai par le récit conjointement produit par le père et la mère de Madame Elko (point 6.6.1.4), avant d'apporter une synthèse au point 6.6.1.5.

#### 6.6.1.1 *Le récit de Maxime dans l'entretien informatif*

« Il faut que vous sachiez, je sais pas ce que vous savez de, de l'histoire, en principe bon on se repose pas dessus, mais il faut que vous sachiez un maximum de choses ». C'est avec cette introduction que Maxime ouvre son récit narrant le parcours de Madame Elko. À l'aide d'un vocabulaire médical, il commence par citer les différents handicaps et troubles de la patiente. Mais très vite, il bascule dans un récit de type anecdotique : en contraste avec ce qu'il vient de dire, il évoque le fait que pendant son enfance, la patiente prenait les transports publics seule (« ça montre quand même une autonomie assez bonne »), était capable de faire de l'humour avec des amis de la famille, indiquant ainsi qu'elle « avait encore des compétences relationnelles, et intellectuelles assez élaborées » et qu'elle « était passablement débrouille ».

« ET PUIS, brusquement », poursuit Maxime, « elle a commencé à régresser dans ses compétences ». Revenant à un vocabulaire médical, il décrit les différents troubles comportementaux et communicationnels que la patiente développe à l'âge de l'adolescence, puis explique que l'institution A dans laquelle Madame Elko résidait à l'époque décida de ne plus la prendre en charge, car « les gens en avaient la trouille ». Elle déménagea alors dans l'institution B. « C'était infernal », commente Maxime, « tout comme dans l'institution A., ils en avaient peur », « c'est pas racontable les difficultés ». En parlant des professionnels de l'institution B, il thématise les difficultés liées à la collaboration qu'il décrit comme « des rapports extrêmement divergents et conflictuels ». À cela, il oppose les relations avec les parents de la patiente qu'il qualifie de très « cordiales » et « amicales », et me

rapporte, en guise d'illustration, un épisode dans lequel ces derniers ont invité quelques membres du DCPHM à un pique-nique à la campagne. Il complète cela en commentant : « Il faut les soutenir les parents, c'est intolérable pour les parents cette histoire ».

Maxime m'explique ensuite que c'est en arrivant au foyer « Les Ficus » que Madame Elko a enfin pu bénéficier d'une prise en charge adéquate qui eut pour effet de réduire ses troubles comportementaux. Opérant une généralisation de la situation de la patiente, il commente :

*Exemple 63*

36. Maxime « ça on voit que si les gens sont mal encadrés, et accompagnés, sur le plan socio-éducatif, euh ben, ils ont des comportements perturbés, potentiellement violents qui font peur à tout le monde, si ils sont bien accompagnés, la violence disparaît ».

*6.6.1.2 Le récit d'Eloi dans l'entretien informatif*

« Elle a vraiment une histoire terrible », me confie Eloi en initiant son récit du parcours de Madame Elko. Dans une description de la patiente, il explique qu'elle vit des moments de « perte de contrôle » et de « désarroi », moments qu'il interprète comme étant liés à de l'incompréhension, de la pression, ou encore du stress ressentis par la patiente. Ces moments de perte de contrôle ont pour conséquence de donner lieu à des « passages à l'acte », c'est-à-dire à des actes d'agressivité. Et Eloi de préciser : « C'est pas quelqu'un de violent, c'est pas quelqu'un qui veut du mal, mais vraiment perte de contrôle », « dans la perte de contrôle, le coup part », « si t'es trop proche d'elle tu reçois le coup ».

Suite à cette description et à propos des professionnels ayant pris en charge Madame Elko par le passé, Eloi interprète : « C'était difficile pour les professionnels antérieurs », « c'est comme si ils comprenaient pas ce qui se passait ». Il simule alors un discours rapporté mettant en scène la réaction des professionnels antérieurs face aux comportements de la patiente : « Ils disaient : *elle m'en veut [...] est-ce qu'elle fait exprès pour nous embêter ?* ». Pour ces raisons, toujours selon Eloi, s'est mis en place graduellement un dispositif de contention « comme si c'était un monstre ».

Après avoir donné quelques éléments descriptifs qui mettent en scène les bonnes compétences sociales de la patiente (« elle s'exprime bien », « elle présente bien », « elle a une bonne compréhension ») et portent sur ses troubles psychiatriques (dont je tairai ici les détails pour des raisons de confidentialité), Eloi explique que les conditions de prise en charge dispensées par le passé ont eu pour effet de faire régresser les compétences de la patiente.

Parlant du foyer « les Ficus », il insiste d'abord sur la bonne collaboration développée avec le DCPHM et la confiance que l'équipe éducative lui a inspirée, puis sur les « progrès » de la patiente et sa « reprise évolutive ». Il conclut en expliquant que si des « passages à l'acte » ont quelquefois encore eu lieu (à savoir, des actes d'agressivité de la patiente), ils ont été rares et étaient dus à des « erreurs » (l'éducateur ayant mal géré le programme de la journée et ainsi provoqué du stress chez Madame Elko). Néanmoins, ces erreurs ont toujours été comprises par l'équipe du foyer « les Ficus » et leurs pratiques soumises à des réajustements, menant ainsi Eloi à la qualifier d' « excellente équipe ».

### *6.6.1.3 Le récit de Boris dans l'entretien de clarification*

« Elle a un parcours très lourd et très douloureux », commence par me dire Boris. Il continue son introduction en expliquant que les informations médicales à disposition concernant le passé de la patiente sont très parcellaires, probablement à dessein, le but étant de ne pas effrayer les professionnels susceptibles de prendre en charge la patiente à l'avenir, car « les gens ont toujours peur avec des résidents comme ça ».

Concernant son parcours et son évolution entre l'enfance et l'adolescence, Boris procède de la même manière que Maxime : il commence par souligner les compétences de la patiente dans son enfance (elle prenait les transports publics toute seule), compétences qu'il explique par le fait qu'elle bénéficiait d'un accompagnement éducatif adéquat. C'est suite à son intégration dans l'institution B, dans laquelle l'encadrement n'était pas adapté et l'amenait à être isolée que la patiente a régressé et développé des comportements agressifs. Et de généraliser :



« Il y a toujours des dynamiques difficilement contrôlables quand ils [les patients] sont seuls ».

Par rapport aux professionnels de l'institution B, Boris se positionne de cette manière : « Peut-être qu'ils font du super boulot, peut-être pas, j'en sais rien », et continue « le retour que j'ai n'est pas très positif ». Face à l'isolement de la patiente, il recentre son discours sur les moyens à disposition de l'équipe : « C'étaient les seuls moyens qu'ils avaient à l'époque ».

Boris raconte également tout le travail de préparation et l'arrivée de Madame Elko au foyer « les Ficus », dont voici un extrait :

*Exemple 64*

13. Boris      Donc, on s'est mis, autour de la table, toutes ces personnes plus la famille, plus l'Association A, pour préparer cette arrivée, et on a travaillé neuf mois, ça c'est un chiffre qui me qui me touche, parce que c'est comme si on avait accouché cette arrivée de Leena, et puis c'est vrai que neuf mois c'est long, mais que, elle les a mérités ces neuf mois, de travail pour être accueillie, donc euh, mise en place d'un programme, une modification structurelle au foyer, on a créé un espace que pour elle

Je tenais à citer cet extrait dans lequel Boris, tout en montrant le travail réalisé pour accueillir la patiente, adopte un certain positionnement face à la prise en charge éducative et les valeurs qu'il incarne : les acteurs concernés se sont « mis autour d'une table », ce qui montre l'importance du travail collaboratif, et ils ont pris du temps. Outre la charge symbolique qu'il accorde à ces neuf mois de travail (« comme si on avait accouché cette arrivée »), il précise que la patiente « méritait » cet investissement. Plus loin dans l'entretien, il explicitera le fait que prendre en charge des personnes en souffrance et demandant un encadrement compliqué est une question de « devoir », mais pas à n'importe quelle condition : « C'est notre devoir, SI on a les conditions pour ».

En guise de conclusion, Boris revient sur l'état actuel de la patiente en expliquant qu'elle se porte bien mieux « malgré les difficultés, malgré les hauts et le bas et tout ce qui appartient à Leena ». Quant aux comportements d'agressivité, il commente : « Episode d'agressivité il y a en a eu un, mais c'était une question de mauvaise personne au mauvais endroit ». Pendant qu'il m'explique en détail comment s'est déroulé cet épisode, il se lève pour mimer la scène et ajoute : « Ça a

été le seul geste, je sais pas s'il est appelé violent, mais incontrôlable ». Et d'interpréter : « Elle peut avoir de la tension qui monte, de l'angoisse, de l'instabilité [...] quand elle est dans des situations comme ça, elle essaie de contrôler [...] même si elle est pas bien elle essaie de contrôler ça. »

#### *6.6.1.4 Le récit des parents de la patiente dans l'entretien de clarification*

Bien que mentionnant quelquefois que leur fille est heureuse et s'épanouit, les parents ne parlent quasiment pas de l'état de Leena, mais axent leur récit sur leurs liens avec les professionnels rencontrés tout au long du suivi de leur fille dans les différentes institutions. Lorsqu'ils mentionnent les épisodes d'agressivité (« bien entendu il y avait ces moments d'agressivité », « elle a lancé un ou deux trucs »), ils se centrent sur le fait que l'équipe éducative du foyer « les Ficus » a une attitude différente de celle de l'institution B : « Si il y a un moment d'agressivité ils savent comment gérer » ou encore, « ils se focalisent pas uniquement là-dessus, sur les petits problèmes qu'il y aurait, ils regardent l'ensemble, l'évolution ». Et d'ajouter : « c'est des gens formidables », « ils sont très naturels », « ils font pas toute une histoire ». À propos du DCPHM, ils déclarent qu'il y a « toujours eu une bonne entente », et que « on a eu une chance extraordinaire d'être soutenus par eux », rapportant également des échanges illustrant leur disponibilité, tels que : « S'il y a n'importe quoi vous appelez ».

Lorsqu'ils parlent de l'institution B, les parents se positionnent en alliés du DCPHM : « On était sur la même longueur d'onde vis-à-vis de l'institution B » avant de critiquer ce qu'ils perçoivent comme un manque de capacité : « ils [les éducateurs de l'institution B] ont pas été capables de gérer », « ils sont pas été capables, ils ont pas voulu faire, ça on sait pas », « même s'ils avaient voulu créer un nouveau dispositif, ils ont pas été capables », « il s'est avéré que ça a foiré, car ils étaient pas capables ». Mais au-delà de ce qui est dit explicitement, la comparaison entre l'institution B et le foyer « les Ficus » est très éclairante : « A la différence d'autres institutions ils [« les Ficus »] sont contents d'avoir contact [...] avant c'était faut qu'on se mêle de nos affaires ». De la même manière, un retour sur l'institution A permet d'adresser une critique à l'institution B : « Ils

[l'institution A] ont eu l'honnêteté de dire qu'ils arrivaient plus », « ils ont eu le courage de dire *on pourra pas continuer* »

#### 6.6.1.5 Synthèse des récits croisés

En parlant du parcours de la patiente, les différents acteurs engagés dans le suivi de Madame Elko mobilisent différents genres discursifs œuvrant à la construction de son identité : en passant d'un genre médical à un genre quotidien, en référant à des anecdotes et en rapportant le discours d'autrui, les locuteurs mettent en scène la patiente et font d'elle un objet d'activité. Ils la définissent dans un récit ponctué de marqueurs de transition (« et puis », « et puis, brusquement ») créant des tensions narratives et opérant des contrastes entre le passé et le présent, mais également entre différentes facettes de son identité : elle présentait des « troubles du comportement », mais elle était « débrouille », puis elle commença à « régresser dans ses compétences ». La catégorisation de la patiente s'opère également par la négative (« c'est pas quelqu'un de violent ») et par des références à ses actes (« le coup part », « tu reçois le coup »). Les différentes personnes interrogées font également appel à un lexique permettant de définir la patiente comme une personne non violente : lorsqu'elle agit de manière agressive, on parle de « perte de contrôle », de « désarroi » ou encore de « passage à l'acte ».

Cette catégorisation s'inscrit dans un processus bien plus large : il implique une catégorisation des acteurs étant intervenus par le passé et de ceux agissant dans le présent. À maintes reprises, les personnes interrogées expriment l'idée selon laquelle les professionnels antérieurs avaient de la difficulté à prendre en charge la patiente, car ils la craignaient, conséquence de leur incompréhension des ses comportements. La mise en scène d'un discours rapporté virtuel est un outil discursif très puissant dans ce contexte, puisqu'il permet une validation de l'interprétation qui est faite des intentions des autres (« ils disaient : *elle m'en veut [...] est-ce qu'elle fait exprès pour nous embêter ?* »). Cette interprétation contient un jugement opposant les professionnels antérieurs aux professionnels actuellement en charge de la patiente, et dont les compétences sont valorisées, comme le montre cet exemple de généralisation énoncée par Maxime : « Ça on voit que si les gens sont mal encadrés, et accompagnés, sur le plan socio-éducatif, euh

ben, ils ont des comportements perturbés, potentiellement violents qui font peur à tout le monde, si ils sont bien accompagnés, la violence disparaît ».

Le Tableau 18 résume les catégorisations de la patiente produites par chaque locuteur (ou groupe de locuteurs dans le cas des parents de la patiente) avant l'institution B, pendant l'institution B et au foyer « les Ficus ».

Tableau 18: Catégorisation de la patiente par les différents locuteurs

| Quand ?             | Maxime  | Eloi   | Boris   | Parents |
|---------------------|---|--|---|---------|
| Avant institution B | « Assez bonne autonomie »<br>Capable de faire de l'humour<br>« Avait encore des compétences relationnelles et intellectuelles assez élaborées »<br>Était passablement débrouille<br>« A commencé à régresser dans ses compétences » |  | « Elle prenait les transports publics toute seule »   |         |
| Institution B       | « C'était infernal »<br>« C'est pas racontable les difficultés »  | Les conditions de prise en charge l'on faite<br>« régresser sans ses compétences »   | Régression de la patiente<br>Elle développe des<br>« comportements agressifs »                                |         |
| Les Ficus           | Réduction des troubles comportementaux  | La patiente a « fait des progrès »<br>On assiste à une « reprise évolutive<br>Si des « passages à l'acte » ont quelquefois encore eu lieu [à savoir, des actes d'agressivité de la patiente], ils ont été rares et étaient dus à des « erreurs »<br>« Elle s'exprime | Elle se porte mieux « malgré les difficultés, malgré les hauts et le bas et tout ce qui appartient à Leena ». |         |

|            |   |   |   |  |
|------------|---|---|---|--|
|            |   | bien »<br>« Elle présente bien »<br>« Elle a une bonne compréhension »        |   |  |
| Conclusion | « Si ils sont bien accompagnés, la violence disparaît » | « C'est pas quelqu'un de violent »<br>« C'est pas quelqu'un qui veut du mal » | « Il y a toujours des dynamiques difficilement contrôlables quand ils [les patients] sont seuls » |  |

Maxime insiste sur l'évolution de la patiente ayant d'abord passé par une phase de régression, puis ayant vécu des difficultés « pas racontables », avant de retrouver une stabilité lors de son intégration au foyer « les Ficus ». Il en arrive à la conclusion que « s'ils [les patients] sont bien accompagnés, la violence disparaît ». Ils produit ainsi une généralisation du parcours de Madame Elko le met en lien avec le type d'accompagnement professionnel dont elle bénéficie.

Il est intéressant de noter qu'Eloi (du DCPHM) ne parle pas de la patiente avant son intégration dans l'institution B. Insistant sur les progrès de la patiente depuis son arrivée au foyer « les Ficus », il explique ses moments de « perte de contrôle » en faisant des interprétations (ils sont liés à du stress ou de l'incompréhension), et en mettant à distance ses actes (« le coup part », « tu reçois le coup »), la catégorisant ainsi comme une personne « non violente » et « qui ne veut pas du mal ». Le Tableau 19 résume cette dimension morale de la catégorisation de la patiente par Eloi.

Tableau 19: Eloi, dimension morale de la catégorisation la patiente

| Description  | Interprétation  | Mise à distance des actes de Mme Elko   | Conclusion  |
|--|---|---|---|
| Moments de « perte de contrôle », de « désarrois » | Ces moments sont liés à de l'incompréhension, de la pression, du stress | « Dans la perte de contrôle, le coup part »<br>« Si t'es trop proche, tu reçois le coup » | « C'est pas quelqu'un de violent »<br>« C'est pas quelqu'un qui veut du mal » |

Tout comme Eloi, Boris catégorise la patiente en en construisant une figure morale. Le Tableau 20 résume ce processus.

Tableau 20: Boris, dimension morale du discours sur la patiente

| Description                                 | Interprétation   | Mise à distance des actes de la patiente  | Conclusion   |
|---|--|---|--|
| « Episode d'agressivité il y a en a eu un » | « Elle peut avoir de la tension qui monte, de l'angoisse, de l'instabilité [...] quand elle est dans des situations comme ça, elle essaie de contrôler [...] même si elle est pas bien elle essaie de contrôler ça » | « Ca a été le seul geste, je sais pas s'il est appelé violent, mais incontrôlable » | « C'était une question de mauvaise personne au mauvais endroit » |

Il est remarquable de constater que les parents de Leena n'ont pas produit de catégorisation de leur fille. Ils ont en effet centré leur récit du parcours de leur fille sur les professionnels l'ayant pris en charge (cf. Tableau 21).

Le Tableau 21 résume les catégorisations des professionnels et de parents produites par chaque locuteur (ou groupe de locuteurs dans le cas des parents de la patiente) avant l'institution B, pendant l'institution B et au foyer « les Ficus ».

Tableau 21: Catégorisation des professionnels et des parents par les différents locuteurs

| Quand               | Maxime  | Eloi   | Boris  | Parents  |
|---------------------|---|--|--|--|
| Avant institution B | « les gens en avaient la trouille »   |  |  | « Ils [l'institution A] ont eu l'honnêteté de dire qu'ils arrivaient plus »<br>« Ils ont eu le courage de dire on pourra pas continuer »   |
| Institution B       | « Ils en avaient peur »   | « C'était difficile pour les professionnels antérieurs »<br>« C'est comme si ils comprenaient pas ce qui se passait ».<br>« Ils disaient : elle m'en veut [...] est-ce qu'elle fait exprès pour nous embêter ? »<br>Ils ont mis en place un dispositif de contention<br>« comme si c'était un monstre ». | « Peut-être qu'ils font du super boulot, peut-être pas, j'en sais rien »<br>« Le retour que j'ai n'est pas très positif »<br>Face à l'isolement de la patiente :<br>« c'étaient les seuls moyens qu'ils avaient à l'époque » | « Ils ont pas été capables de gérer »<br>« Ils sont pas été capables, ils ont pas voulu faire, ça on sait pas »<br>« Même s'ils avaient voulu créer un nouveau dispositif, ils ont pas été capables »  |
| Les Ficus           | « s'ils sont bien accompagnés, la violence disparaît » → donc ce sont de bons accompagnants | Ils ont fait des erreurs, les ont comprises, ont réajusté leurs pratiques.<br>C'est une « excellente équipe »  | La patiente « méritait » cet investissement (la mise en place d'un dispositif...)<br>« C'est notre devoir, SI on a les conditions pour » (à propos de la prise en charge de personnes demandant un accompagnement complexe)  | « Si il y a un moment d'agressivité ils savent comment gérer »<br>« Ils se focalisent pas uniquement là-dessus, sur les petits problèmes qu'il y aurait, ils regardent l'ensemble, l'évolution »<br>« C'est des gens formidables »<br>« Ils sont très naturels »<br>« Ils font pas toute une |

|         |   |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|
|         |   |  |  | histoire »<br>« À la différence d'autres institutions ils sont contents d'avoir contact [...] avant c'était faut qu'on se mêle de nos affaires »   |
| DCPHM   |   |  |  | Il y a « toujours eu une bonne entente »<br><br>« On a eu une chance extraordinaire d'être soutenus par eux »<br><br>« On [parents + DCPHM] était sur la même longueur d'onde vis-à-vis de l'institution B » |
| Parents | Relations très « cordiales » et « amicales »<br><br>« Il faut les soutenir les parents »<br><br>« C'est intolérable pour les parents cette histoire » |  |  |  |

Si les professionnels ayant suivi la patiente dans le passé ou la suivant actuellement ne sont pas directement mentionnés par Maxime, ils le sont indirectement lorsqu'il parle de Leena (« les gens en avaient la trouille », lors de la généralisation « Si ils sont bien accompagnés, la violence disparaît »). Lorsqu'il parle des parents de la patiente, Maxime insiste sur les bonnes relations qu'ils entretiennent, ainsi que sur le rôle des professionnels face à la situation des parents (« Il faut les soutenir les parents », « c'est intolérable pour les parents cette histoire »).

Pour parler des professionnels de l'institution B, Eloi produit des inférences expliquant les problèmes de prise en charge (« C'était difficile... », « ...ils



comprenaient pas... », « ils disaient : elle m'en veut... », « comme si c'était un monstre »). De manière contrastée, il explique que l'équipe du foyer « les Ficus » est « excellente » et que si les professionnels ont parfois commis des erreurs, ils ont su les réajuster.

Le discours produit par Boris sur les professionnels de l'institution B et sur les professionnels du foyer « les Ficus » (dont il fait partie) révèle d'un positionnement en tant que professionnel : si le suivi dans l'institution B n'était pas adéquat, c'est parce que les moyens n'étaient pas suffisants ; le devoir de prise en charge (que la patiente « méritait ») ne peut être accompli que si les conditions matérielles le permettent.

Selon les parents, les professionnels de l'institution A ont fait preuve de « courage » en se déclarant incapables de prendre en charge leur fille. Ils opposent ce « courage » à la mauvaise gestion de l'institution B, son incapacité et son manque de volonté. Puis, ce sont les professionnels du foyer « les Ficus » qui sont catégorisés comme des gens à la fois efficaces (« ils savent comment gérer ») et accessibles (« ils sont naturels », « ils sont contents d'avoir du contact »).

L'analyse de ces entretiens a permis d'exposer différents discours portant sur la patiente, ses parents, les professionnels en charge de son suivi et qui peuvent être synthétisés de cette manière :

- La patiente est catégorisée en fonction d'une dimension temporelle en opposant sa situation avant le foyer « les Ficus » à sa situation actuelle : elle a fait des « progrès », ses « comportements agressifs » ont disparu, etc.
- La patiente est catégorisée dans une dimension morale : c'est quelqu'un qui « mérite » un bon accompagnement, ce n'est pas « quelqu'un de violent » ou « qui veut du mal », etc.
- La responsabilité morale des professionnels est également mobilisée: c'est la bonne prise en charge actuelle qui a permis à la patiente de réduire ses comportements perturbés, alors que les professionnels précédents n'avaient pas été « capables » de lui proposer un cadre adéquat ni n'avaient eu le « courage » de confesser leur incapacité. Il est également question du

« devoir » des professionnels de s'engager dans ce genre de prise en charge, pour autant que les moyens matériels leur soient accordés.

Quel effet cette manière de catégoriser la patiente a-t-elle sur les interactions entre les acteurs en charge de son suivi ?

## **6.7 Processus de catégorisation, obstacles et construction des frontières**

Dans cette partie, j'analyserai les épisodes 1 et 2. Cette analyse vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quels sont les effets de cette catégorisation sur les interactions entre professionnels et entre parents et professionnels ?
- Qu'advient-il des obstacles évoqués dans une telle situation de collaboration ? Sont-ils élaborés ou ignorés ? Quels sont les effets de leur élaboration éventuelle sur l'interaction entre les participants ?
- Comment les acteurs construisent-ils et négocient-ils les frontières entre systèmes d'activité dans la situation de collaboration étudiée ici ?

### **6.7.1 L'épisode 1 : « on a fait tout faux »**

J'expliquerai d'abord le déroulement de la réunion de réseau dans lequel prend place l'épisode 1 (point 6.7.1.1). Je décrirai ensuite l'épisode en soi (point 6.7.1.2) et analyserai son traitement dans l'interaction entre les participants de la réunion. Puis je rendrai compte de ce qu'en disent Eloi et Boris dans les entretiens de clarification (points 6.7.1.3 et 6.7.1.4), avant de synthétiser l'analyse de cet épisode (point 6.7.1.5).

#### *6.7.1.1 En amont de l'épisode 1*

L'épisode 1 est issu de la première réunion de réseau, dans laquelle Boris commence par donner son impression de l'état de la patiente. Il la décrit comme allant « globalement très bien », comme étant « très éveillée », « à l'écoute » et produisant « un discours cohérent ». Il illustre ses propos par une anecdote tirée d'une conversation qu'il a eue avec elle à propos d'une petite table qu'elle avait

construite dans un atelier bricolage : « *Oui tu te rappelles pas ? J'ai fait une table que j'ai vendue au chalet* ». Ce contexte étant posé, il poursuit en expliquant que la patiente présente néanmoins des « tensions », se manifestant principalement au moment des repas. Pour ce faire, il utilise un procédé de mise à distance « elle a des tensions », suivie d'une généralisation « ce qui appartient à tout le monde », puis fait un lien avec l'ambiance générale du foyer « c'est un foyer un peu particulier, c'est un peu une concentration de tensions ».

Boris explique que suite à ces tensions, l'équipe a pris deux décisions : modifier la médication de la patiente et la faire manger seule avec un éducateur, sans les autres résidents. Suit un passage durant lequel Boris et Eloi discutent des modalités de la seconde décision (manger seul) et la justifient : « Moi je le vois comme une adaptation à un moment où peut-être elle est plus vulnérable », « elle est sensible à qui est là, qui part », « passer dans un petit groupe a pu régler ses impulsivités ». Un autre éducateur du foyer « les Ficus » s'adresse alors à la mère de Leena pour lui préciser qu'il lui a lui-même posé la question et qu'elle a répondu qu'elle préférerait manger seule : « Ça correspond aussi à quelque chose que elle, elle a besoin ».

Suite à cela, les participants, parents et éducateurs, parlent des nombreuses stratégies qui ont été trouvées afin de gérer les moments de tensions que peut vivre la patiente, principalement au moment des repas. La mère poursuit en expliquant que d'après elle, ce qui a changé maintenant, c'est que « la peur a disparu » : « On était toujours un peu crispé parce qu'on savait pas comment ça allait finir » « on savait pas si elle allait exploser [...] ça maintenant on arrive à gérer [...] on a pris un petit peu je sais pas si c'est une habitude ou savoir comment faire. » Boris explique que ce qui a changé également, c'est que tout le monde essaie de « lui faire passer le message » qu'elle a le droit de ne pas être bien : « On veut pas empêcher ça. On peut pas d'ailleurs. » Et la mère de généraliser « non, comme tout le monde ».

### 6.7.1.2 Déroulement de l'épisode 1

Suite à cette discussion qui met en scène le fait que les pratiques de prise en charge de Madame Elko ont changé et que sa situation s'en est améliorée, la mère exprime l'opinion suivante à propos de la manière d'agir envers sa fille dans le passé : « Je pense qu'on a fait tout faux » (219).

#### Exemple 65

219. Mère [je pense qu'on a fait tout faux]  
220. Boris [puis c'est vrai en fait quoi c'est très :]  
221. Eloi ((à l'intention de la mère)), mais non :  
222. Infirmière [c'est-à-dire']  
223. Mère [mais si bien sûr] / eh bien eh bien de parce que c'est vrai que ça énervait un peu tout le monde, et puis on avait tendance à lui dire « ben écoute tu vas un moment te calmer sur ton lit, »  
224. Eloi hum hum  
225. Infirmière hum hum  
226. Mère HA, parce que c'est vrai que : / les médecins qu'on a vus AU DÉPART, quand elle était petite, psychologues et autres euh // à part me dire « madame »- une fois, à part me dire « madame est-ce que vous avez déjà pris votre enfant dans les bras » euh : HA on ne m'a jamais donné d'explication hein,  
227. Eloi c'est terrible§  
228. Educ2 §ouais§

Cet extrait est chargé de marques discursives qui peuvent être le signe de la présence d'un thème sensible (Linell & Bredmar, 1996) : les chevauchements (tours de parole 219-220, 222-223), la négation formulée par Eloi (tour de parole 221) la demande de précisions de l'infirmière (tour de parole 222), le commentaire d'Eloi (« c'est terrible ») ainsi que les indices non transcrits tels que le ton embarrassé des différents participants. En cela, il s'inscrit en rupture avec le reste de la réunion et peut être catégorisé comme un obstacle. Cet exemple révèle ainsi un type d'obstacle que je n'avais pas pu identifier dans le chapitre précédent : il s'agit d'un conflit critique ayant pour objet le mode de prise en charge de la patiente. Ce qui est en jeu ici, c'est une contradiction entre deux systèmes d'activité, le premier s'inscrivant dans le passé, le second dans le présent.

Dans les tours de paroles suivants, le père tente de minimiser l'obstacle (« ça fait longtemps », rire) :

*Exemple 66*

235. Père    ça ça fait longtemps.  
236. Mère    mais ça fait très longtemps (le père rit), mais enfin- c'est vrai que, euh on savait pas,

La mère commence par s'aligner sur cette minimisation en reprenant ce que dit le père et en ajoutant : « C'est vrai que, euh on savait pas », puis relance l'obstacle : « Oh je veux dire on a pas mal trinqué c'est pas ce que je veux dire, mais enfin ON A fait faux ». Puis elle insiste encore en disant qu'ils ont fait le contraire de ce qui se fait maintenant en terme de prise en charge. Ce qu'on observe ici, c'est une négociation de la valeur morale de leur action passée, opposant leur souffrance « on a pas mal trinqué » à ce qu'elle qualifie d'erreur « on a fait faux ».

En réaction à ce qui précède, Eloi opère un recadrage de la situation :

*Exemple 67*

249. Eloi    des hypothèses euh : de comportement hein, c'est-à-dire « elle fait exprès », ça ça ça, ça mène toute une autre manière§  
250. Père    §ouais§  
251. Eloi    §de faire, que de dire, « voilà là à ce moment-là elle perd le contrôle, elle arrive pas à gérer » elle a moins de de de soutien,  
252. Mère    ouais.

À l'aide de deux formes de discours rapporté, le premier attribué aux acteurs ayant pris en charge la patiente par le passé (249), le second aux acteurs prenant en charge la patiente actuellement (251), Eloi oppose deux sortes d'interprétations, opérant ainsi une redéfinition de l'obstacle : ce n'est plus le mode de prise en charge, le faire (« on a *fait* tout faux ») qui est l'objet ici, mais les hypothèses, la manière de penser la patiente. Le père commente alors le cheminement que lui et la mère ont parcouru depuis leur rencontre avec le DCPHM en déclarant : « On est un petit peu entré dans les rails, aussi en disant *voilà : ça c'est peut-être mieux de faire comme ça*, en disant ça veut pas dire que c'était faux, mais bon bref ».

Malgré ce recadrage, la mère continue à évoquer le passé en déclarant : « Non je pense que Leena a beaucoup souffert », « elle a pas été comprise », « elle était mal comprise quoi ». Le père enchaine alors de la manière suivante :

*Exemple 68*

285. Père    mais c'est vrai que : avant, y a disons peut-être cinq ans, dix ans, cinq ans, même pas, c'est vrai qu'on l'acceptait plus difficilement,  
286. Mère    ah oui, non parce qu'on était très-  
287. Père    « t'as qu'à être bien » quoi (rire), ça voulait dire, en fait, un petit peu / euh tandis que là, après on la comprend, puis puis on travaille là-dessus, puis voilà, et puis puis elle est mieux, elle est mieux et puis tout le monde, tout le monde est mieux en fait, parce que après c'est un cercle euh,  
288. Eloi    ouais ouais, tout à fait.

Ce faisant, il confirme ce que dit la mère (« c'est vrai que »), tout en modalisant ses propos à l'aide d'une litote (« on [les parents] l'acceptait plus difficilement ») et en changeant ainsi la charge de leur responsabilité morale face à la prise en charge passée.

L'extrait suivant illustre la manière dont s'opère le cadrage du problème discuté :

*Exemple 69*

291. Mère    mais c'était grave hein  
292. Eloi    les dégâts sont terribles  
293. Père    c'étaient aussi des professionnels, mais différents quoi, (rire)  
294. Eloi    il y avait d'autres euh, références.  
295. Père    il y avait d'autres références, voilà,

La mère commence par émettre un jugement (« c'était grave ») qui sera reformulé par Eloi sous la forme d'une reprise généralisante (« les dégâts sont terribles »). Puis le père centre la discussion sur les professionnels précédents en les qualifiant de « différents », ce qui, dans le contexte, peut être compris comme un euphémisme exprimant un jugement. Eloi enchaîne avec une formulation indirecte « il y avait d'autres références », opérant ainsi une redéfinition des professionnels en question qui manquaient de « bonnes » références pour agir de manière adéquate.

En guise de conclusion, le père propose de « regarder vers l'avenir », de penser à tout ce qui va mieux même s'il y a parfois des moments « qui ne sont pas évidents », ou comme l'ajoute la mère « des moments où elle ira moins bien ». Et le père de conclure : « Mais comme vous lui dites, euh comme vous dites ou Boris vous-même, elle a le droit aussi- finalement, c'est VRAI, elle a le droit d'être pas bien ».

### 6.7.1.3 L'entretien de clarification avec Eloi

En visionnant l'extrait vidéo, Eloi commente « c'est horrible ». Puis il m'explique que la discussion tourne autour d'un sujet « très difficile », « délicat », mais qui peut être abordé, car les différents professionnels ont su « créer un climat de confiance », ce qui n'était pas le cas « dans le passé ». Il ajoute d'un air enthousiaste que les parents participent et ont la place pour exprimer « leur lourd vécu ». Selon lui, ils ont la capacité de « voir les besoins » de Madame Elko, et il commente : « Euh, euh, c'est c'est si tous les parents pouvaient parler comme ça pour euh, pour certains des des des enfants qui en ont besoin euh », « ils sont super adéquats ».

Afin de mieux comprendre ce qu'il veut dire, je lui demande ce qu'il y a de différent par rapport aux parents d'une autre patiente dont il m'avait parlé à l'occasion d'une rencontre antérieure. Il m'explique alors que les parents de cette autre patiente n'ont pas encore « fait le deuil » de la situation de leur fille et ont encore un chemin à parcourir afin de l'accepter telle qu'elle est.

Dans la suite de l'entretien, Eloi insiste sur le fait que lors de son arrivée au foyer « les Ficus », un diagnostic plus précis a permis de mieux interpréter les moments pendant lesquels la patiente « perd ses nerfs », ainsi que de mieux comprendre ses comportements socialement inadaptés. Cette meilleure compréhension du « pourquoi » permettrait selon lui de savoir « comment » faire avec la patiente. Ce sont donc les « modèles de référence » et les « modèles explicatifs » dont disposent les professionnels ayant pris en charge la patiente depuis son départ de l'institution B qui ont permis de créer un bon cadre de prise en charge. Puis il complète ainsi :

#### Exemple 70

149. Eloi le MÊME comportement avec euh une INTERPRÉTATION du type *elle fait exprès*, OU euh une hypothèse de compréhension, *elle ne va pas bien, elle perd le contrôle*, amène, totalement une suite différente. Et cette équipe elle est très bonne pour euh, pour euh, pour pas avoir d'interprétation *elle fait exprès*

#### 6.7.1.4 L'entretien de clarification avec Boris

En regardant l'extrait vidéo, Boris m'explique que le message qu'il essaie de faire passer aux parents de Madame Elko est que leur fille est « comme elle est » et que personne ne va la changer, que le travail le plus adéquat à réaliser est de la comprendre le mieux possible afin de lui permettre de « rester elle-même », de ne pas se sentir jugée, ni « obligée à faire des choses qu'elle pourra jamais faire ».

Je lui demande comment il comprend cet énoncé du père de la patiente : « On a été remis dans les rails ». Afin d'interpréter cet énoncé, Boris catégorise les parents de Madame Elko comme « une famille perdue, dans la souffrance la plus totale ». Il enchaine avec une comparaison à sa propre situation : « Moi j'ai quatre enfants, et puis je pourrais pas imaginer que un de mes enfants passe ses journées enfermés dans une pièce » (en référence à la situation de Madame Elko lors de son séjour dans l'institution B). Et de conclure :

##### Exemple 71

97. Boris     et puis je pense que quand on est dans une souffrance comme ça on perd un peu, euh on perd des repères, on perd, on sait plus quoi faire, donc peut-être *remettre dans les rails*, moi je l'interprète *on nous a remis, tout va bien, il faut continuer dans cette direction* moi je l'interprète un peu comme ça.

Boris commente ensuite la remarque de la mère de la patiente « on m'a jamais donné d'explication » en s'interrogeant : « Pour moi c'est ça la grosse question est-ce qu'il FAUT expliquer, est-ce qu'il faut expliquer et comment on va expliquer », car selon lui, devoir expliquer à tout prix comporte le risque d'opter pour une « mauvaise explication », ayant des conséquences potentiellement destructrices pour la patiente et sa famille.

#### 6.7.1.5 Synthèse de l'épisode 1

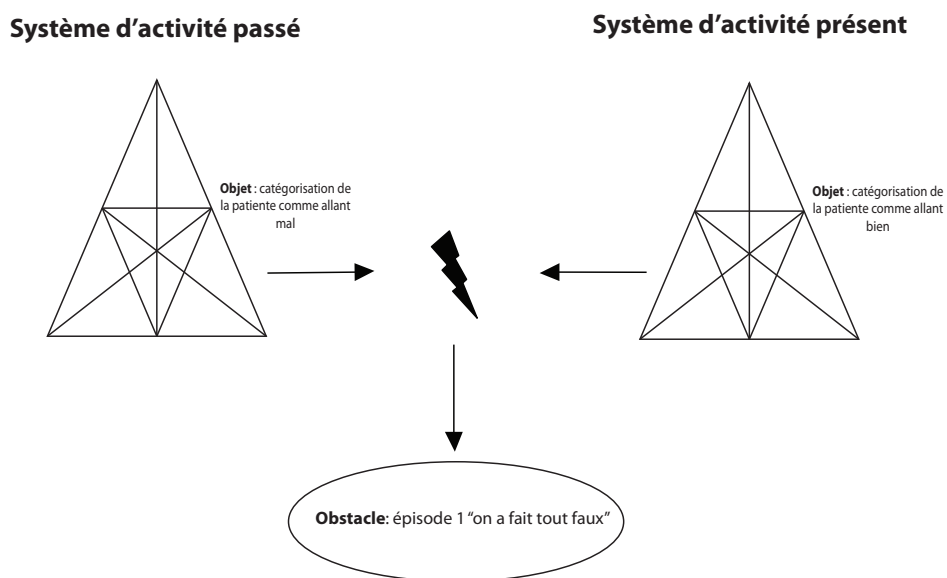
L'épisode 1 prend place dans un contexte dans lequel la patiente et sa prise en charge dans le présent sont catégorisées en contraste à la patiente et sa prise en charge dans le passé. Madame Elko va mieux, son cadre de vie lui permet désormais de s'épanouir et ses « comportements perturbés » ont nettement diminué. Cette catégorisation, déjà relevée dans le point 6.6, peut avoir des conséquences potentiellement sensibles pour l'interaction entre les



professionnels et les parents de la patiente : mon interprétation est qu'elle remet en cause les compétences des parents avant le début du suivi par le DCPHM et le foyer « les Ficus ».

C'est donc une contradiction entre le système d'activité passé et présent qui est en jeu ici, donnant lieu à l'épisode 1, qui peut être analysé comme un obstacle tel que défini dans le chapitre précédent. La Figure 17 résume cette contradiction :

Figure 17: Contradiction entre système d'activité passé et système d'activité présent



Cet obstacle est traité de deux manières:

- La mère négocie la valeur morale des actions passées en opposant des jugements tels que « on a pas mal trinqué », mais « on a fait faux ».
- Eloi opère un recadrage de l'obstacle, et en ce faisant, il diminue la charge morale pesant sur les parents : les hypothèses disponibles par le passé permettant d'expliquer le comportement de Madame Elko n'étaient pas adéquates (« elle fait exprès »). Ainsi, les parents avaient une bonne raison de mal interpréter les comportements de leur fille.

Interroger Eloi et Boris dans les entretiens de clarification m'a permis de mettre en évidence les mécanismes opérant dans la réunion de réseau et de comprendre

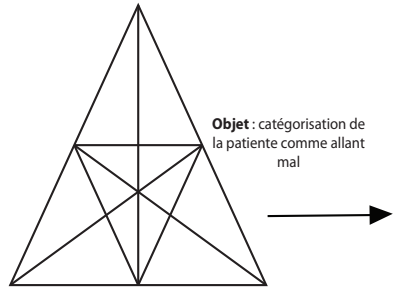
que ce recadrage est issu de plusieurs règles à l'œuvre dans la prise en charge de Madame Elko :

- La patiente a le droit « de ne pas être bien ». Cette règle est d'ailleurs déjà formulée par Boris lors de la réunion « On veut pas empêcher ça [le fait de ne pas aller bien]. On peut pas d'ailleurs. » et validée par la mère « non, comme tout le monde », puis par le père « « mais comme vous lui dites, euh comme vous dites ou Boris vous-même, elle a le droit aussi- finalement, c'est VRAI, elle a le droit d'être pas bien ».
- Il ne faut pas chercher à tout prix à expliquer le comportement de la patiente (ce genre de démarche menant au risque d'opter pour une « mauvaise explication »).
- En conséquence, il faut accepter la patiente « comme elle est », on ne veut pas et on ne peut pas la changer.

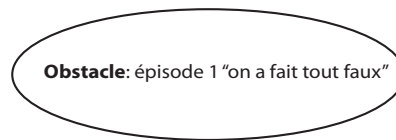
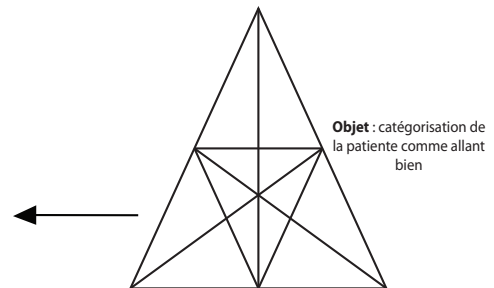
La Figure 18 illustre le recadrage opéré par Eloi :

Figure 18: Recadrage de la situation par Eloi

### Système d'activité passé

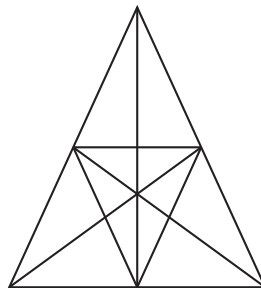


### Système d'activité présent



Recadrage de l'obstacle

**Outil**: hypothèse pour comprendre les comportement de la patiente



**Règles**: accepter la patiente comme elle est, la patiente a le droit de "ne pas être bien"

## 6.7.2 L'épisode 2 : « avec les professionnels, elle a la béquille »

Cet épisode est discuté lors de la seconde réunion de réseau. Comme pour l'épisode 1, je commencerai par situer le contexte dans lequel il prend place (point 6.7.2.1), avant d'en analyser le déroulement (point 6.7.2.2), de rendre compte des clarifications apportées par Eloi et Boris dans leurs entretiens respectifs (points 6.7.2.3 et 6.7.2.4), et d'apporter une synthèse (point 6.7.2.5).

### 6.7.2.1 En amont de l'épisode 2

Au début de la réunion, Boris propose de faire un résumé d'une situation vécue par Madame Elko et ses parents quelques semaines auparavant, afin que tous les participants de la réunion en soient informés : lors d'un séjour au domicile parental, la patiente a manifesté des tensions importantes et était très agitée, ce qui a conduit les parents à téléphoner aux éducateurs du foyer « les Ficus » afin de leur proposer d'abrégier son séjour.

Suite à cette introduction, la mère prend la parole pour insister sur le fait que lors de cet incident, sa fille n'a pas manifesté d' « agressivité », mais de la « détresse » :

#### Exemple 72

27. Mère     juste une petite parenthèse, quand elle a eu ces épisodes, il y avait pas du tout du tout de de, d'agressivité hein, c'était plutôt un peu de détresse chez elle,  
28. Père     de tension, [détresse tension]  
29. Mère     [de détresse chez elle et de] tensions terribles, mais pas du tout de : [à aucun moment on a senti]  
30. Père     [à aucun moment], mais on sentait que elle: elle devait, que c'était très très fort pour elle et puis qu'elle devait essayer de contrôler, mais pas agressif,

Cet exemple montre que la catégorisation de la patiente que j'ai évoquée au point 6.6 suit la même logique dans cette réunion. La mère contribue à la construction morale de sa fille en produisant l'inférence suivante : que ce que l'on pourrait interpréter comme de l'agressivité est en fait dû à un sentiment de détresse.

Puis le père rend compte de la manière dont il a géré ce moment : il a proposé à sa fille de faire une sieste, puis est allé se promener avec elle et a appelé le foyer pour prévenir qu'elle rentrerait un peu plus tôt que prévu. Pendant ce compte rendu, Eloi l'interrompt afin de demander des précisions, menant le père à détailler son

récit : combien de temps est-elle restée dans sa chambre ? Était-ce le repas de midi ? Combien de personnes étaient-elles présentes ?

La mère exprime ensuite son inquiétude : est-il possible que Leena se soit sentie en situation d'échec ? À cela, Eloi répond en questionnant les parents sur leur propre ressenti par rapport à ce moment, menant à cette réponse :

*Exemple 73*

104. Mère BEN, [personnellement j'étais] surtout  
105. Père [non : euh :]  
106. Mère un peu malheureuse pour [elle quoi,]  
107. Père [ouais, ouais]  
108. Mère parce que j'ai vu que c'était vraiment très très difficile pour elle:  
109. Père mais on sentait qu'il n'y avait pas d'agressivité chez elle en fait [c'était :]  
110. Mère [non non, mais :]  
111. Père c'était à l'intérieur, [que c'est que c'était dur à gérer,]  
112. Mère [et là c'était très très fort,]

Eloi donne alors son interprétation de la situation : même si cette situation a été difficile pour tout le monde, il n'est pas sûr que l'expérience a été négative pour la patiente. Selon lui, il y a probablement une « charge émotionnelle due au fait d'être en famille », mais pas une expérience négative en soi. Puis il commente :

*Exemple 74*

179. Eloi maintenant, enfin c'est c'est, je vous le dis, même si vous le s :: peut-être que vous le savez déjà, mais c'est remarquable comme vous avez fait

valorisant la manière dont les parents ont géré ce moment de tension de leur fille.  
Et Boris d'ajouter :

*Exemple 75*

197. Boris mais et puis c'est c'est exactement ce qu'on fait ici quand elle est pas bien, on lui propose sa chambre, on la laisse tranquille dans sa chambre

### 6.7.2.2 Déroulement de l'épisode 2

C'est alors que le père formule une interprétation sur le comportement de la patiente, interprétation qui mène les participants à formuler des hypothèses sur les moments de tension et d'agitation de Madame Elko :

#### Exemple 76

217. Père je me disais, quand elle a ces moments, où où où elle a de la peine à gérer, où il semble que, que voilà c'est plus fort qu'elle, est-ce qu'elle se sent plus, euh, entre guillemets en SÉCURITÉ, en sécurité, quand il y a des gens, quand il y a des- enfin ses éducateurs, quand y a les PERSONNES xx qu'elle a l'habitude, les profe- entre guillemets, d'accord, professionnels, quand elle est à la maison, c'est un totalement autre environnement, elle sait que ben, les profe- c'est pas le milieu, (en riant) entre guillemets, professionnel hein, et puis qu'elle paniquerait peut-être plus, je sais pas, (marmonne quelque chose)

Eloi exprime son désaccord :

#### Exemple 77

218. Eloi euh : je le formulerais que, euh euh « je parle plus facilement avec des gens étrangers qu'avec ma famille ».

Mais le père reformule son interprétation, sans prendre en compte celle d'Eloi :

#### Exemple 78

241. Père [mais] je dirais que quand elle est avec les : que professionnels ou milieu étranger, euh, elle sent peut-être, elle sent peut-être consciemment ou inconsciemment, qu'elle a la béquille, d'accord, au cas où, qui a les qu'il y a là des gens qui ont l'habitude, qui hein,

La mère propose alors une troisième hypothèse:

#### Exemple 79

245. Mère mais je pense que c'est surtout que, elle pense peut-être qu'elle nous fait de la peine/ je pense / c'est [peut-être ça

En suite, Eloi procède à une reformulation (250) puis à la formulation d'un conseil (252) :

#### Exemple 80

250. Eloi il y a la question de la culpabilité euh : [elle se sent coupable,]  
251. Mère [je pense peut-être], quand même,  
252. Eloi c'est pour ça que, le le le la la stratégie vraiment hein à part la charge émotionnelle hein évidemment, mais la la stratégie c'est vraiment de dire euh « effectivement, je vois que tu vas pas bien, c'est pas grave »

Il est intéressant de noter que « elle pense peut-être qu'elle nous fait de la peine » devient « elle se sent coupable » dans la reformulation d'Eloi, ce qui lui permettra de formuler un conseil sur la stratégie à adopter.

Boris initie alors une quatrième hypothèse:

*Exemple 81*

265. Boris    moi j'ajouterais l'environnement, euh : chez vous à la maison elle vient euh : toutes les six semaines environ [...] donc c'est un environnement qu'elle connaît, mais un peu [...] et puis ici elle connaît

Tout comme l'épisode 1, la manière dont l'épisode 2 est énoncé répond aux critères de repérage des obstacles tels que définis dans le chapitre précédent :

- les modalisations de l'Exemple 76 « je me disais », « il semble que », « entre guillemets » (à trois reprises), « peut-être », « je sais pas », les auto-interruptions, le rire ;
- le marqueur d'opposition au début de l'Exemple 78 « mais », puis les modalisations « je dirais », « peut-être » ;
- le marqueur d'opposition de l'Exemple 79 « mais », suivi de modalisations « je pense que », « peut-être », « je pense », « c'est peut-être ça ».
- la modalisation et le marqueur d'opposition dans l'Exemple 80 « je pense peut-être », « quand même ».

Cet obstacle a pour objet l'interprétation du comportement de Madame Elko et se manifeste par un conflit mettant en scène une contradiction entre l'hypothèse des parents et celle d'Eloi.

Dans l'épisode 2, l'obstacle ne fera pas l'objet d'un traitement et les participants changent de sujet. Les entretiens de clarification permettront cependant de compléter cette analyse en saisissant les enjeux de cette contradiction.

### *6.7.2.3 L'entretien de clarification avec Eloi*

Dans l'entretien de clarification avec Eloi, je commence par montrer l'extrait dans lequel le père donne son interprétation du comportement de Madame Elko. Eloi

arrête la vidéo et commente en me donnant une hypothèse similaire à celle qu'il avait donnée aux parents de la patiente lors de la réunion de réseau :

*Exemple 82*

173. Eloi en fait, pour moi la grande différence, c'est la composante émotionnelle, c'est clairement ça. euh ::: c'est pas uniquement l'environnement, c'est pas uniquement les stratégies, c'est pas uniquement du savoir-faire, c'est pas uniquement du savoir, mais là c'est vraiment la composante émotionnelle.

Puis il appuie son hypothèse en généralisant à « n'importe quels parents » et leur enfant :

*Exemple 83*

175. Eloi ils savent, en tout cas moi je travaille au corps, euh :::, eux, n'importe quels parents pour dire, que, euh, c'est quand même leur enfant, euh :, eux l'aiment, lui il les aime, il le montre d'une manière peut-être totalement bizarre, mais quand il y a des moments chauds à domicile, c'est CETTE composante émotionnelle§

Selon lui, il est important d'identifier cette « composante émotionnelle » afin de ne pas minimiser le savoir-faire des parents : « Le grand danger, c'est de, alors dire *les éducateurs SAVENT FAIRE, et les parents savent pas* ». Il argumente ensuite ce point de vue par une généralisation issue de son expérience professionnelle :

*Exemple 84*

193. Eloi effectivement que, combien d'éducateurs j'ai entendu dire euh :: euh : « il savait que vous alliez venir euh, il a cassé ça avant que vous veniez » /  
194. Moi hum.  
195. Eloi DONC ça veut dire que il est pas content que vous veniez puis il veut pas vous voir,  
196. Moi hum hum  
197. Eloi moi je dis « mais non' on n'en sait rien, ça peut aussi dire qu'il est qu'il est content » de de les voir et puis xx parce que il est impatient et puis il est frustré, oui bien, la décharge qui commence à monter, puis voilà comment il l'exprime,

Selon Eloi, les parents de Madame Elko « n'arrivent pas à comprendre » son hypothèse relative à la charge émotionnelle, ce qu'il exprime ainsi :

*Exemple 85*

199. Eloi c'est difficile pour les parents d'entendre ça (rires) ((j'arrête la vidéo))  
200. Moi de de- qu'est-ce qui est difficile ?  
201. Eloi sur l'aspect émotionnel,  
202. Moi ouais'  
203. Eloi il veut revenir quand même euh : (parle en rigolant)  
204. Moi ouais,  
205. Eloi ils arrivent PAS, comprendre ce que je dis,  
206. Moi ouais,  
207. Eloi ils entendent, mais ils arrivent pas,



208. Moi ouais,  
209. Eloi c'est voilà, c'est pas : la charge émotionnelle je veux dire / ben qui est la LEUR,

Plus loin, lorsque le père déclare « ils sont habitués les professionnels », Eloi arrête la vidéo et m'explique que selon lui « il ne faut pas accepter » ce genre d'hypothèse, car cela reviendrait à accepter le point de vue selon lequel les professionnels savent « mieux faire » que les parents, alors que chacun est doté de compétences et savoir-faire spécifiques.

#### *6.7.2.4 L'entretien de clarification avec Boris*

Après avoir visionné l'extrait, Boris reformule son hypothèse concernant le comportement de Madame Elko. Selon lui, bien que les différents acteurs (famille et professionnels) aient les mêmes consignes concernant la prise en charge de la patiente, l'attitude des parents ne sera jamais la même que celle des éducateurs, « parce que c'est pas le même rôle, c'est pas le même territoire ». Il est donc tout à fait normal que la patiente réagisse de manière différente. Lorsque je lui demande de commenter l'interprétation de la mère (« elle a peur de nous faire de la peine »), Boris évoque la culpabilité des parents, induite par les professionnels ayant pris en charge la patiente par le passé :

#### *Exemple 86*

108. Boris moi je pense pas que c'est ça, je pense que c'est, ils ont été tellement culpabilisés ces parents, qu'ils doivent eux aussi culpabiliser, parce que ils les ont habitués à se culpabiliser, puis c'est pas du tout ça, moi je pense pas que Leena euh, euh, sent que « oulala là ils sont, maintenant si je vais pas bien ils savent pas quoi faire parce que c'est mes parents », je pense que les parents savent toujours quoi faire avec leurs enfants parce que c'est instinctif, il y a un truc, et puis c'est, probablement, mais c'est mon interprétation là, le résultat de cette euh : collaboration avec des médecins un peu douteux

Les parents éprouvent le besoin de trouver la raison pour laquelle leur fille n'est pas bien au lieu de l'accepter comme elle est, ajoute-t-il. Il lie cela au discours des professionnels ayant pris en charge la patiente par le passé. Ce que Boris déplore,

c'est que les parents ont été tellement culpabilisés par le passé qu'ils se sentent forcément responsables lorsque Leena va mal :

*Exemple 87*

108. Boris    ça c'est vraiment pour moi, l'héritage de quelque chose qu'on a collé aux parents euh « vous avez été des mauvais parents, donc si elle va pas bien ben c'est à cause de vous »

Lorsque je lui demande s'il pense que les parents adhèrent à son hypothèse, Boris me répond :

*Exemple 88*

118. Boris    mais c'est ce que je disais avant, c'est des restes de qu'on leur a fait croire pendant, j'imagine pendant un long temps, et puis ils sont tellement culpabilisés que, qu'ils continuent, / après euh : moi, heureusement mes enfants ne sont pas dans la situation de Leena, donc je ne sais pas comment je réagis, MOI, mais : si on regarde les réactions d'autres parents, je pense que c'est quelque chose de extrêmement difficile de lâcher, et de dire « Leena, est comme ça, on va l'accepter comme ça, c'est la faute à personne elle est comme ça » je pense que, que un parent a tendance à, déjà à essayer de s'expliquer, et puis peut-être que ils arrivent pas à s'expliquer, parce que c'est pas possible donc euh on culpabilise et puis on arrive pas à faire le deuil de ça,

Comme Eloi, Boris semble chercher à comprendre pourquoi les parents n'adhèrent pas à son hypothèse, en les catégorisant comme victimes de la prise en charge antérieure.

#### *6.7.2.5 Synthèse de l'épisode 2*

En amont de l'épisode 2, Eloi recadre l'activité discursive des parents à deux reprises :

- lorsque le père raconte le moment de tension que Leena a vécu à domicile, Eloi intervient pour lui demander des précisions (combien de temps cela a duré ? qui était là ? etc.) ;
- lorsque la mère fait une inférence sur ce qu'a pu ressentir Leena lors de ce moment de tension, Eloi l'interrompt en demandant aux parents ce que eux ont ressenti.

Eloi et Boris font des compliments aux parents sur la manière dont ils ont géré ce moment : Eloi déclare « c'est remarquable comme vous avez fait », et Boris : « c'est exactement ce qu'on fait ici quand elle est pas bien ».

Bien que Boris et Eloi prétendent que les parents ont des compétences égales aux professionnels, leurs actes montrent quelque chose de différent: en recadrant leur activité discursive, et en émettant un jugement (même positif), ils révèlent une asymétrie des rôles dans la prise en charge de la patiente.

L'épisode 2 met en scène un obstacle ayant pour objet l'interprétation du comportement de Madame Elko. Différentes hypothèses sont mobilisées, créant ainsi une contradiction entre professionnels et parents.

Néanmoins, l'obstacle résultant de cette contradiction n'est pas élaboré. Après analyse des entretiens de clarification, mon hypothèse est que cette contradiction en cache une autre plus profonde, et qui ne se manifeste pas dans le discours de participants lors de la réunion. En effet, dans les entretiens de clarification, Eloi et Boris sont amenés à chercher à comprendre pourquoi les parents n'adhèrent pas à leur hypothèse et ce faisant, les catégorisant comme victimes de la prise en charge antérieure : ce seraient les professionnels auxquels ils ont été confrontés qui ont induit de la culpabilité chez eux, les menant à endosser la responsabilité des tensions que manifeste leur fille. Ce constat m'a permis de relever qu'il y a ici une contradiction systémique qui n'est pas mise en mots par les participants : d'un côté, une des règles professionnelles se dessinant dans les interactions concernant l'épisode 2 est « ne pas minimiser les compétences des parents » ; mais de l'autre, les parents sont catégorisés comme étant victimes de leur culpabilité et ne pouvant donc pas construire des hypothèses valables permettant de comprendre le comportement de leur fille.

## **6.8 DISCUSSION**

Je reprendrai maintenant les questions de recherche énoncées au point 6.4, et les discuter une à une.

### **6.8.1 La patiente comme objet d'activité : catégorisation et positionnement moraux**

Un des points centraux de la théorie de l'activité historico-culturelle est que l'activité est fondamentalement définie et dirigée par son objet, qui lui donne un

but. L'objet doit être compris comme un matériau jamais totalement défini et en perpétuelle construction par les acteurs du système. La première question de recherche de ce chapitre visait à comprendre, en analysant les processus de catégorisation à l'œuvre dans les entretiens, l'activité discursive des acteurs du système dans la construction d'un objet d'activité, à savoir la patiente : *quelle catégorisation les différents acteurs opèrent-ils de la patiente ?*

L'analyse développée a permis de montrer que l'activité de catégorisation de la patiente est orientée vers deux principales actions : construire une figure morale de la patiente en la catégorisant comme « n'étant pas agressive » (point 6.8.1.1), rendre compte de son évolution entre la prise en charge passée et présente (point 6.8.1.2).

#### *6.8.1.1 « C'est pas de l'agressivité » : Construction morale de la patiente*

Les thèmes de la violence et de l'agressivité sont très présents dans le discours des différents acteurs, lesquels font référence à des épisodes dans lesquels la patiente a manifesté des actes socialement répréhensibles (par exemple : a cassé la mâchoire d'une éducatrice, a donné un coup de poing à un infirmier). La manière dont ces actes sont présentés (par exemple, à l'aide de procédés de mise à distance « le coup part »), mais également de référer au contexte de prise en charge dans lequel ils sont survenus (par exemple : « elle était mal encadrée ») ont pour effet de minimiser la responsabilité de la patiente et de faire d'elle une figure moralement et socialement acceptable.

Parents et professionnels produisent des interprétations pour justifier ses comportements et proposent des explications partagées que l'on peut schématiser de cette manière :

- La patiente ressent de l'angoisse, du stress (souvent expliqués par un « mauvais encadrement » ou une « petite erreur professionnelle »).
- Il y a « perte de contrôle ».
- Il y a « passage à l'acte » : « Le coup part » (Il n'est pas dirigé).
- Conclusion : « c'est pas de l'agressivité, c'est du désarroi ».

### 6.8.1.2 *Evolution de la patiente : avant et maintenant*

Proposer une catégorisation morale de la patiente mène les professionnels et les parents à prendre position face à ses comportements et à la manière de la prendre en charge. Un thème récurrent dans les différents échanges analysés est « l'acceptation de la patiente telle qu'elle est », et l'idée selon laquelle cette dernière « a le droit de ne pas être bien ». Cette prise de position se fait par contraste avec les pratiques passées, avant son intégration au foyer « les Ficus », qui sont décrites comme culpabilisantes et cherchant à contraindre la patiente à se comporter d'une manière irréaliste.

Définir la patiente comme non agressive et prendre position sur la manière de la prendre en charge conduit les différents acteurs à expliquer les causes de l'évolution positive de la patiente en mobilisant l'idée selon laquelle les professionnels précédents n'avaient pas les « bons schémas explicatifs » pour la comprendre, d'où la « mauvaise prise en charge ».

### **6.8.2 Effets de la catégorisation sur les interactions**

La deuxième question de recherche était la suivante : *Quels sont les effets de cette catégorisation sur les interactions entre professionnels et entre parents et professionnels*

Catégoriser Madame Elko en la situant dans sa prise en charge passée et présente, en insistant sur son évolution positive, implique que la prise en charge passée n'était pas adéquate et que les compétences des parents dans l'accompagnement de leur fille par le passé n'étaient pas appropriées (épisode 1 « on a fait faux »).

Cette catégorisation met ainsi en danger l'interaction entre les parents et les professionnels, et peut produire des obstacles. Voyons maintenant ce que ces obstacles et leur traitement éventuel nous apprennent.

### **6.8.3 Les obstacles et leur traitement : construction de règles et de rôles**

La troisième question de recherche était la suivante : *Qu'advient-il des obstacles évoqués dans une telle situation de collaboration ? Sont-ils élaborés ou ignorés ?*

*Quels sont les effets de leur élaboration éventuelle sur l'interaction entre les participants ?*

Cette situation de collaboration m'ayant été présentée comme « idéale », je n'excluais pas la possibilité que les obstacles rencontrés puissent être ignorés dans le but de maintenir l'harmonie de la communication entre les différents participants. Une première lecture des données me fit remettre en question cette hypothèse et me mena à me centrer sur deux exemples d'obstacles (se manifestant dans les épisodes 1 et 2) afin d'en étudier finement l'émergence et l'élaboration.

Dans l'épisode 1, l'élaboration de l'obstacle (issu d'une contradiction entre le système de prise en charge passé et le système de prise en charge présent) mène les acteurs à revaloriser leurs compétences et à se positionner par rapport aux professionnels précédents, mais également à spécifier les règles à l'œuvre dans leur système d'activité (« accepter la patiente comme elle est », « ne pas essayer de la changer »).

Dans l'épisode 2, j'ai montré que le premier obstacle (issu d'une contradiction entre les hypothèses des parents et celles des professionnels quant aux raisons de l'agitation de Leena) n'est pas élaboré. Puis, l'analyse des entretiens de clarification m'a permis de comprendre que cette contradiction ne prenait son sens qu'en étant attentif à une autre contradiction, opposant la catégorisation des parents faite par les professionnels (« trop culpabilisés pour élaborer des hypothèses valables ») et une des règles à l'œuvre dans le systèmes d'activité, à savoir, considérer les parents comme ayant des compétences égales aux professionnels.

Ainsi l'analyse de ces obstacles permet de faire ressortir la dynamique entre :

- Les règles de prise en charge
- Les catégories utilisées pour décrire la patiente
- Les catégories utilisées pour décrire les parents de la patiente
- La manière de se positionner par rapport aux professionnels en charge du suivi passé.

Ces obstacles sont également des occasions pour les parents et les professionnels d'échanger des interprétations, des conseils et des solutions pour faire face à des moments compliqués et délicats de l'accompagnement de la patiente. L'analyse discursive de ces moments permet cependant de montrer que ces « échanges » ne sont pas symétriques. En effet, parents et professionnels ne disposent pas des mêmes ressources : lorsqu'ils expriment leur opinion, les parents parlent de leur cas particulier et utilisent beaucoup de procédés discursifs qui ont pour effet de modaliser leurs assertions et même de minimiser le poids de leurs arguments (les conditionnels et l'utilisation de l'expression « entre guillemets » par exemple). À l'inverse, les professionnels ont la possibilité, lorsqu'ils parlent de la patiente en tant que cas particulier, de généraliser leur propos en faisant référence à des exemples considérés comme similaires et issus de leur pratique professionnelle. De plus, les rôles de chacun sont construits et réifiés dans ces moments d'interaction : ce sont les professionnels qui recadrent les activités discursives et qui ont la légitimité de commenter les actions des parents.

#### **6.8.4 Construction et négociation de frontières : un dialogue entre passé et présent**

La quatrième question était : *comment les acteurs construisent-ils et négocient-ils les frontières entre systèmes d'activité dans la situation de collaboration étudiée ici ?*

La catégorisation de la patiente va de pair avec une autocatégorisation des locuteurs qui se positionnent par rapport à d'autres acteurs de l'arène professionnelle, notamment en énonçant des règles de prise en charge (par exemple : « on ne peut pas changer la patiente »), en justifiant et en valorisant les pratiques actuelles, créant des frontières symboliques, tant spatiales que temporelles, avec d'autres systèmes d'activité. C'est donc un ensemble de catégories (membership categorization) qui est mobilisé dans la construction de la patiente et allant de pair avec une construction discursive du système d'activité présent dans un dialogue avec les systèmes d'activités passés.

Le Tableau 22 résume ce dialogue :

Tableau 22: Dialogue entre le passé et le présent

| Système d'activité passé                                    | Système d'activité présent   |
|---|--|
| « Eux »   | « Nous »   |
| « Mauvais schémas explicatifs » et « mauvaises références » | « Bons schémas explicatifs » et « bonnes références »                          |
| La patiente faisait peur aux professionnels                 | La peur a disparu  |
| « Mauvaise prise en charge »                                | « Bonne prise en charge »  |
| « Dégâts psychologiques pour la patiente et son entourage » | « Reprise évolutive de la patiente et apaisement de son entourage »            |
| Non-acceptation de la patiente « telle qu'elle est ».       | « Leena a le droit de ne pas être bien » « il faut l'accepter comme elle est » |

## 6.9 Conclusion

À la différence du chapitre précédent, dans lequel j'ai développé une analyse n'entrant pas en détail dans le contexte des situations présentées lors des colloques, ce chapitre a permis une immersion dans un cas documenté au travers de données variées, impliquant des acteurs d'horizons divers. La constitution du corpus a été centrée à la fois sur les récits produits sur la patiente et sa prise en charge au travers d'entretiens, et sur l'observation de situations d'interactions dans le cadre de différentes réunions.

Quatre axes de questions ont guidé la problématique de ce chapitre : (1) la catégorisation de la patiente et sa construction en tant qu'objet d'activité ; (2) l'effet de cette catégorisation sur les interactions entre parents et professionnels en charge de son suivi ; (3) l'élaboration d'obstacles et leurs effets sur l'interaction entre parents et professionnels ; (4) la construction et négociation des frontières du système d'activité.

En optant pour une analyse discursive des processus de catégorisation, j'ai complété les outils développés dans le chapitre précédent, empruntés à la théorie de l'activité historico-culturelle. Cela m'a permis de mieux saisir comment le cas d'une patiente est construit en tant qu'objet d'activité, et donc à fournir un



élément manquant dans l'analyse des colloques hebdomadaires. Cela m'a également permis de donner une plus grande place à l'analyse de l'activité en tant qu'activité discursive.

L'analyse a montré que la catégorisation de la patiente est orientée vers deux principales actions :

- **La construire comme une figure morale socialement acceptable**, en la catégorisant comme « n'étant pas agressive » et en minimisant sa responsabilité face à ses actes.
- **Opposer la prise en charge passée et présente**, avec l'idée que la prise en charge dont la patiente a bénéficié par le passé n'était pas adéquate, contrairement à ce qui a été mis en place dès l'intervention du DCPHM.

Pour le dire en d'autres termes, la catégorisation de la patiente est un processus qui **crée une frontière entre les acteurs de ce suivi et les acteurs du suivi passé**. Cette catégorisation et la création de frontières qui en découle – et permettant une différenciation avec les autres professionnels de l'arène – peut avoir des répercussions négatives sur la cohésion du système impliquant les professionnels des deux équipes et les parents de la patiente. En effet, elles produisent une **mise en danger de l'interaction entre parents et professionnels** puisqu'elle a pour conséquence de mener les parents à considérer que leurs compétences dans l'accompagnement de leur fille par le passé n'étaient pas appropriées.

Cette analyse a également permis de relever des **sources d'asymétrie entre les parents et les professionnels** :

- La première source de cette asymétrie réside dans le fait que les professionnels disposent des **ressources discursives** les plus à même de faire passer leur point de vue dans des situations d'argumentation.
- La seconde source de cette asymétrie est que la catégorisation de la patiente va de pair avec une **catégorisation des parents comme des victimes** de la prise en charge antérieure et comme trop culpabilisés pour élaborer des hypothèses valables quant aux comportements de leur fille.

Cette catégorisation entre en contradiction avec une des règles professionnelles à l'œuvre dans ce système : considérer les parents et les professionnels comme ayant des compétences égales.

## CONCLUSION

Cette conclusion se fera en deux parties : je commencerai par donner une synthèse des différents chapitres du travail, puis je discuterai les résultats généraux en les confrontant aux hypothèses formulées dans le premier chapitre.

### 1. Synthèse des chapitres

Après avoir défini mon objet d'étude et exposé mon cadre théorique, plusieurs raisons m'ont poussée à poursuivre la rédaction de ce travail en décrivant les différentes étapes de mon implication sur mon terrain de recherche (« Chapitre 2 : Récit d'un travail de terrain : Entre construction d'une relation et construction d'un corpus »). Premièrement, j'avais à cœur de rendre compte du processus complexe qu'est la construction d'une relation entre une observatrice, moi, et des personnes observées, les professionnels du DCPHM. Ce processus implique des négociations et des réajustements constants qui ont façonné à la fois mon corpus de données et mon rôle de chercheuse. Deuxièmement, je voulais permettre au lecteur une immersion, au travers de mon récit, dans l'univers de ma recherche, afin de lui donner un premier aperçu du contexte général duquel étaient issues les données analysées. Adoptant une approche compréhensive, j'estimais essentielle la démarche descriptive qui a été présente dans tous les chapitres. Enfin, cela a permis une mise en abyme du thème principal de ce travail : la collaboration professionnelle. En effet, en étudiant ce thème, j'ai moi-même été impliquée dans un processus collaboratif pour lequel je manquais probablement d'outils analytiques me permettant d'en saisir les enjeux. L'exemple le plus emblématique est la manière dont l'objet de recherche a été construit lors de la rédaction du protocole soumis à la commission d'éthique : il a été façonné par une autocensure (fortement encouragée par le responsable du DCPHM, mais contre laquelle je n'ai aucunement argumenté) consistant à ne pas impliquer les patients dans la recherche et de ne tenir compte que de la parole des professionnels et d'un nombre tout à fait limité de représentants légaux, à savoir un couple de parents. **Ce point est essentiel pour comprendre le contexte dans lequel a pris forme cette recherche et témoigne d'une asymétrie en matière de visibilité et de droit à la parole des différents acteurs de l'arène.**

La partie analytique de ce travail a été organisée en partant de l'unité la plus générale (le DCPHM, son histoire, son organisation) à la plus particulière (la construction discursive d'une patiente, Madame Elko). J'en fournirai une synthèse générale.

**Le chapitre 3** (« Le dispositif de collaboration psychiatrie handicap mental (DCPHM) : histoire et organisation ») est construit en deux parties. Dans la première, j'ai donné une description – grâce à mes observations et échanges avec l'équipe, mais également à des documents collectés sur le site internet du CHUV ou au DCPHM – des spécificités des patients dans le suivi desquels le dispositif est impliqué et de l'évolution historique de l'arène psychiatrique et socio-éducative ayant mené à sa création. Je me suis ensuite centrée sur les missions du DCPHM et sur l'organisation interne de l'équipe. Puis, une seconde partie, se voulant moins descriptive et plus analytique, s'est intéressée à la manière dont les membres et les représentants de l'équipe se présentent à l'extérieur à l'aide de documents officiels. J'ai donc cherché à comprendre à qui ils s'adressent, quel est leur contenu (à savoir les problèmes et préoccupations qu'ils soulèvent), sous quelle forme ces contenus sont mobilisés, ce que cela nous apprend sur l'image que l'équipe souhaite montrer d'elle. La présentation que l'équipe fait d'elle-même au travers de ses documents peut être comprise comme un processus rhétorique visant à souligner un écart entre ce qu'elle définit comme les missions qui lui incombent (agir sur le plan de la clinique, de la recherche et de l'enseignement) et les moyens qu'elle se voit allouer pour les accomplir (étant sur sollicitée sur le plan clinique, ses effectifs ne lui permettent pas d'être aussi performante qu'elle le souhaiterait dans le domaine de la recherche et de l'enseignement). Ce genre d'écart peut être compris, pour reprendre les termes de Clot (2008), comme un empêchement du travail, et a été développé plus en détail dans le chapitre 5.

Outre qu'il fournit une description du contexte dans lequel l'équipe agit et qu'il relève cet écart entre pratiques idéales et pratiques réelles, **ce chapitre a permis de montrer que ces documents produits par l'équipe dépassent la stricte fonction informative, mais construisent un objet de travail, un positionnement et une identité d'équipe.**

**Le chapitre 4** (« Définition et présentation de soi. Penser le travail collectivement au sein de réunions d'équipe ») poursuit cette idée : je me suis également intéressée à la définition de l'équipe, mais en m'appuyant sur un autre genre de corpus et en faisant référence à la psychodynamique du travail ainsi qu'à la clinique de l'activité afin d'en guider l'analyse. Le fil conducteur de ce chapitre était de comprendre comment les professionnels du DCPHM définissent leur identité, et ce en rendant compte du discours produit par ces derniers dans des réunions d'équipe (les « séminaires », les « présentations de cas » et les « séances de restitution »).

Afin de saisir cette définition identitaire, j'ai cherché à comprendre quelles définitions des outils professionnels, des patients et de la mission du DCPHM étaient produites, ces trois aspects du travail de l'équipe étant intimement liés. J'ai également cherché à comprendre comment les définitions des outils professionnels, des patients et des missions de l'équipe dialoguent les uns avec les autres. Ma conclusion est que les définitions peuvent à la fois être complémentaires et cohérentes (définir les patients comme étant des patients atypiques, et se définir soi-même comme étant une équipe atypique) et être révélatrices et créatrices de contradictions (définir les patients comme étant des patients atypiques, mais être contraints d'utiliser des outils définis comme destinés à des patients plus « classiques »). Ces contradictions se révèlent être source de construction d'identité, menant les professionnels à se positionner en opposition à ces outils, et donc en opposition aux autres professionnels y ayant recours.

Les patients sont définis par les membres de l'équipe comme appartenant à une catégorie (les patients en situation de handicap mental) exclue de l'intérêt de la médecine et de la recherche. Qui plus est, cette catégorie est elle-même incluse dans une catégorie plus atypique : les patients en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques. On voit ainsi se dessiner une des dimensions de l'identité de l'équipe qui, prenant en charge cette catégorie de patients, se présente elle-même comme équipe atypique.

**Définir une identité d'équipe est donc un processus systémique impliquant la prise en compte de différents éléments dont dépend le travail (les outils, les règles, les enjeux économiques, pour ne citer qu'eux) et consiste à se positionner dans l'arène professionnelle en opposition aux autres équipes.**

**Le chapitre 5** (« Des obstacles à la réalisation du travail en réseau. Une analyse discursive des manifestations de contradictions systémiques dans les colloques hebdomadaires ») a fourni une analyse des comptes rendus que les professionnels font de leur travail dans les colloques hebdomadaires. En effet, ces colloques sont des lieux idéaux pour explorer les contradictions qui commencent à se dessiner dans le chapitre précédent : c'est dans ces réunions d'équipe que sont abordés les difficultés, les problèmes et les doutes que chacun rencontre dans sa pratique. Autant de situations que j'ai désignées sous le terme d' « obstacles » et dont j'ai fait l'hypothèse que leur analyse discursive permettrait une réflexion sur des questions d'apprentissage professionnel et des questions en lien avec la créativité et la capacité d'innover. Ces questions, je les ai mises en perspective grâce à la théorie de l'activité historico-culturelle, qui permet également un éclairage sur la notion de contradiction que j'ai abordée de manière plutôt spontanée dans le chapitre précédent.

L'analyse de ces obstacles et de leurs traitements a permis de relever des mécanismes discursifs visant à explorer des solutions et de nouvelles manières de faire qui ont un impact sur le fonctionnement de l'équipe, voire même de l'arène professionnelle. Elle a également permis de réfléchir aux formes d'apprentissage collectif que les professionnels mettent en place lorsqu'ils traitent les obstacles dans leurs colloques. Les mécanismes que j'ai relevés menant à ces formes d'apprentissage collectif concernent par exemple la généralisation de cas particuliers et leur projection dans des situations futures grâce à des ressources discursives, comme la mise en scène de discours virtuel, permettant de penser et d'anticiper « ce qui n'est pas encore là », ou encore la formulation de compromis, permettant la négociation et la remise en question des règles (point 5.6). Ainsi, ce chapitre a montré que **les obstacles constituent une source de développement d'équipe et que leur analyse apporte un éclairage original sur la**

**collaboration professionnelle puisqu'elle permet d'appréhender la manière dont les participants les construisent dans l'interaction et comment ils élaborent des idées et des solutions pour y faire face.**

**Dans le chapitre 6** (« La patiente, les autres et nous. Analyse croisée d'entretiens et de réunions de réseau. Processus de catégorisation et construction du cas « Elko ») je suis entrée plus en détail dans le cas d'une patiente, Leena Elko, résidant au foyer « les Ficus ». Si le chapitre 5 a permis de montrer la diversité des obstacles rencontrés par les membres du DCPHM et d'interpréter ainsi les difficultés rencontrées quotidiennement par les membres de l'équipe, le chapitre 6 a proposé une étude plus approfondie de certains obstacles, notamment en s'intéressant de près à l'activité discursive menant à la construction du cas et au traitement. Ce chapitre a également permis d'aborder certaines questions laissées en suspens dans le chapitre 5, à savoir, les processus de construction des patients comme objets d'activité et la question du partage de l'arène professionnelle et des frontières entre systèmes d'activité.

Il ressort de cette analyse que la catégorisation de la patiente est orientée vers deux principales actions :

- Une figure morale, socialement acceptable en est construite en la catégorisant comme « n'étant pas agressive », en minimisant sa responsabilité face à ses actes. Cela va de pair avec des interprétations partagées qu'ont les professionnels et les parents des comportements de la patiente, construits par des inférences qu'ils font à partir de l'observation de ses comportements (il y a des « passages à l'acte » d'agressivité parce qu'elle ressent de l'angoisse et « perd le contrôle »)
- Un compte rendu de son évolution entre la prise en charge passée et présente. Ce qui est le plus souvent mobilisé, ce sont les explications permettant de donner sens au comportement de la patiente, avec l'idée selon laquelle dans la prise en charge antérieure, les explications n'étaient pas adéquates, et donc la patiente n'était pas prise en charge de manière satisfaisante.

**Ce chapitre a permis de mettre en évidence l'interdépendance entre la construction de la patiente comme objet d'activité, la gestion des obstacles et la construction des frontières entre systèmes d'activités.**

## **2. Discussion**

Pour rappel, la question générale de laquelle les différentes analyses ont découlé était de savoir *comment saisir, comprendre et développer la collaboration interprofessionnelle en partant de cas concrets de travail sur le terrain et en rendant compte de la complexité de l'arène professionnelle caractérisée par des tensions entre les différentes institutions en jeu*. Elle a donné lieu à trois hypothèses que je vais à présent discuter.

### **2.1 Positionnement dans l'arène et construction identitaire**

**La première hypothèse de ce travail était que collaborer conduit à un processus bidirectionnel menant les professionnels à renforcer une identité collective tout en se distinguant d'autres acteurs.**

Cette hypothèse a pu être validée puisque les analyses ont montré trois grands mouvements de positionnement de l'équipe :

- L'équipe construit son identité en définissant son objet de travail, c'est-à-dire ses patients, les personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques. Les analyses mènent à deux principaux constats. Le premier est que cette catégorie de patients ne va pas de soi et qu'un travail rhétorique est produit pour la faire exister et ainsi légitimer les interventions de l'équipe. Le second est que cette catégorie de patients est présentée par l'équipe du DCPHM comme n'étant pas comprise par les autres acteurs, comme étant ignorée dans l'arène professionnelle.
- L'équipe construit son identité contre les autres : elle critique les méthodes et les outils des autres, et légitime ainsi sa manière de faire, créant des frontières symboliques entre ses pratiques et les pratiques des autres.
- Le DCPHM construit une posture légitimant sa présence en se positionnant comme étant central et ayant les compétences et les règles professionnelles



les plus à même de prendre en charge les personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques.

Ces résultats sont autant d'arguments contre certaines postures prescriptives suggérant que pour que la collaboration se réalise, il est nécessaire de définir des objets, des identités communes et des frontières d'activité claires et précises : on voit au contraire que les objets d'activités se construisent dans l'interaction, et qu'au travers de cette construction les professionnels se différencient des autres, créent des frontières et se construisent une place dans l'arène. Quand bien même il serait possible de définir de manière explicite et définitive objets, identités et frontières, la question resterait de savoir à qui incombe cette mission: serait-elle réalisée conjointement et symétriquement entre les différents acteurs de l'arène ? La tâche paraît ambitieuse. Les analyses réalisées dans ce travail ont en effet montré que des asymétries se dessinaient au gré des interactions entre les différents participants de l'arène ou du système (selon le grain d'analyse adopté) et qu'un des effets de la collaboration interprofessionnelle est de se placer en tant que détenteur des informations et de la connaissance.

## **2.2 Réflexion sur les contradictions et les obstacles**

**La deuxième hypothèse de ce travail était que la collaboration interprofessionnelle est une activité complexe qui est dirigée vers un objet (le patient) qui est porteur de contradictions et engendre des obstacles. Ces obstacles sont inhérents au travail et sont même la condition nécessaire pour que les professionnels développent leur activité.**

L'analyse développée dans le cinquième chapitre a permis de valider cette hypothèse : Les obstacles, que d'aucuns pourraient considérer comme des « barrières » à la collaboration, je les ai théorisés et catégorisés comme des éléments centraux de cette dernière, et même nécessaires à son développement, ceci en m'inspirant des travaux de Clot (2008), Kostulski (2010) et Engeström (2011) qui, chacun dans leur posture théorique, montrent que c'est en étant attentifs aux contradictions auxquelles ils sont soumis, que les travailleurs ont la possibilité d'analyser et développer leur activité. On peut même comprendre les

obstacles comme découlant des inattendus du travail. Leur expression mène les acteurs à innover et à changer leurs pratiques. Je l'ai montré dans le chapitre 5, c'est dans la manière dont les membres de l'équipe traitent les obstacles et dans leurs tentatives de résoudre les contradictions que l'on peut déceler des processus menant à la création de solutions, à l'exploration de pistes, mais également à la modification de l'activité, par exemple en recatégorisant les patients, et donc en modifiant leur identité. L'analyse de ces microprocessus s'avère donc précieuse pour comprendre comment l'activité est progressivement soumise à des changements ayant non seulement un impact dans l'ici et maintenant de la discussion, mais dans la prise en charge des patients, ainsi que dans la manière dont l'arène professionnelle est soumise à une perpétuelle construction et reconstruction.

Si les contradictions et les obstacles qui en résultent peuvent être des occasions de changement et d'innovation, faut-il qu'ils soient explicités ? Faut-il que les professionnels aient conscience des contradictions desquelles leur activité est l'objet ? L'étude de cas présentée dans le chapitre 6 offre une réflexion à ce sujet. J'ai montré que les contradictions rencontrées par les membres de l'équipe ne sont pas toutes verbalisées et ne permettent donc pas d'analyse discursive systématique de ses manifestations, comme cela a été développé dans le chapitre 5. C'est en ayant une bonne connaissance du terrain, en croisant les multiples données à ma disposition et en injectant une méthode propre à l'analyse discursive des catégorisations que j'ai pu relever des contradictions. Ces dernières, probablement inconscientes aux acteurs de la prise en charge, et donc non verbalisées comme des obstacles, révèlent pourtant des enjeux majeurs en terme de collaboration. En ce sens, et c'est sans doute une des limites de ce travail, il aurait été intéressant de confronter ce résultat aux professionnels et aux parents de la patiente, afin de susciter la discussion et l'élaboration. Ma posture était celle d'une observatrice extérieure, ce qui ne m'a pas permis de creuser plus avant les thèmes que l'équipe elle-même aurait voulu développer. Cela aurait demandé une participation très active des professionnels et un investissement en terme de temps non négligeable.

Ce qui précède montre que dans l'activité de travail, il y a toujours des imprévus et des aléas qui placent les professionnels devant des contradictions et des obstacles qui sont des occasions de développement. Cela semble être une tache aveugle dans la littérature sur la collaboration interprofessionnelle qui part du principe que tout peut (et devrait) être clarifié et explicité.

### **2.3 Catégorisation et construction de figures morales**

**La troisième et dernière hypothèse de ce travail était qu'en travaillant, les professionnels produisent une catégorisation du patient, qui va de pair avec une catégorisation de soi-même et des autres professionnels de l'arène. Ainsi, intervenir auprès du patient consiste à produire une activité discursive manifestant sa propre position dans l'arène.**

Le sixième chapitre valide cette hypothèse par une analyse des catégorisations apportant une réflexion sur l'aspect dynamique du système : les règles de prise en charge, les catégories utilisées pour décrire la patiente, les catégories utilisées pour décrire les parents de la patiente et la manière de se positionner par rapport aux autres professionnels de l'arène, ne peuvent être considérées de manière indépendante et participent toutes à la création et au maintien du système d'activité créant une rupture entre l'avant et le maintenant, entre « les autres » et « nous ».

Ceci nous apprend que collaborer ne consiste pas qu'à coordonner des objets, mais également à se positionner les uns contre les autres dans une arène professionnelle. Ce positionnement va de pair avec une construction morale des patients, mais également des équipes, construction légitimant l'activité de celui qui la produit.

### **2.4 Réflexions finales**

Tout au long de ce travail, je me suis efforcée de rester attentive à ne jamais adopter une démarche prescriptive ou un regard jugeant à l'endroit des pratiques que j'observais. Je me suis pour cela distanciée d'une certaine littérature mentionnée dans l'introduction (Bedwell, 2012 ; Collin, 2009 ; Longoria, 2005), en

optant pour la prise de risque de ne pas avoir à disposition une définition fermée de ce que devrait être la collaboration, et me suis laissé guider par une méthode à même d'accueillir la complexité des situations rencontrées et d'en démêler les aléas et les imprévus. Au lieu de généraliser des solutions toutes faites comme cela peut-être le cas lorsque l'on cherche à étudier le travail et à vouloir en rendre les acteurs plus performants, j'ai choisi de bien comprendre l'activité d'une équipe, évoluant avec ses règles, ses implicites, son fonctionnement. Néanmoins, cette équipe a été choisie, car elle est emblématique de l'évolution de l'arène vaudoise de prise en charge socio-éducative et psychiatrique et de par son rôle d'articulation se situe au centre de cette dernière.

Cette posture non interventionniste qui était la mienne, doublée de l'idée que la collaboration et le développement professionnels ne peuvent être prescrits, ne signifie en aucun cas que rien de peut être réalisé pour améliorer les conditions de travail et de prise en charge. Il faut pour cela avoir les bons outils de réflexion, adaptables à chaque terrain. Ce travail en fournit des pistes. Il donne une photographie d'une équipe et de son fonctionnement à un moment donné. Néanmoins, les processus que j'y observe sont des ressources pour penser le travail et la formation professionnelle de manière plus globale. A l'heure du coaching et des techniques managériales centrées sur les performances et les résultats individuels, il est primordial, tant pour l'efficacité de la prise en charge des patients que pour la santé mentale des professionnels, de penser l'activité de travail en des termes plus systémiques.

Les acteurs n'ont de loin pas toujours envie de travailler ensemble : c'est l'agencement de l'arène qui les mène à collaborer, les conduisant à dépendre les uns des autres qu'ils le veulent ou non. De plus, le travail de collaboration ne se réalise pas toujours dans l'ici et maintenant des rencontres entre individus : ne nombreuses instances régulent les activités quotidiennes (les prescriptions formulées par les organes de politiques sociales pour ne mentionner qu'elles) sans pour autant être physiquement présentes, et il est bien difficile pour ne pas dire impossible (voire même inutile ?) d'agir au quotidien en considérant l'ensemble des intervenants gravitant autour d'un patient suivi (Grosjean & Lacoste, 1999).

Pour ces raisons, je pense qu'il convient d'être d'une extrême prudence avec l'idée naïve selon laquelle pour que la collaboration se réalise de manière satisfaisante, il faut que les différents acteurs partagent des buts clairs, bien définis et partagés, qu'ils s'accordent sur des règles et des normes. Ces buts et ces normes pourraient être le fruit d'un processus de collaboration, construits de manière systémique dans l'interaction. Quant à la question de la symétrie, elle-même considérée par certains auteurs (voir par exemple Mattessich & Monsey, 1992) comme intrinsèque à une bonne définition de la collaboration, je dirais que l'on peut contester cette question à deux niveaux. La première concerne le niveau macrosocial, donc à l'échelle de l'arène. Les chapitres 3 et 4 ont permis de montrer que les membres du DCPHM se construisent une place centrale dans l'arène, se considérant comme les plus à même de prendre en charge les personnes en situation de handicap mental et souffrant de troubles psychiques. Difficile donc de concevoir une « bonne » symétrie entre les professionnels de l'équipe et les professionnels externes. Au niveau microsociale, c'est ce que j'ai développé dans le chapitre 6, on constate, grâce à l'analyse des interactions verbales entre les différents acteurs chargés du suivi de Madame Elko, que les professionnels et les parents n'occupent pas des places symétriques. J'ai en effet montré que les professionnels sont garants du cadre puisque ce sont eux qui se permettent les reformulations, les demandes de précisions, et qu'ils disposent de ressources discursives plus performantes dans le cadre des réunions au sein desquelles les discussions prennent place. Tout ce qui précède ne signifie par pour autant que la collaboration ne se réalise pas ! L'étude de cas développée dans le chapitre 6 montre même un exemple de réalisation d'un projet commun d'intégration d'une patiente dans un foyer ayant amélioré sa situation et celle de sa famille de manière remarquable. Je ne veux non plus en aucun cas insinuer que l'asymétrie entre les acteurs est une des conditions de la réalisation du travail collaboratif. Mon raisonnement est qu'il existe un décalage entre un discours normatif de ce que devrait être la collaboration, et sa réalisation en contexte. Néanmoins, je pense essentiel de rendre les professionnels attentifs à ces situations d'asymétrie, qui pourraient être des éléments d'explication des processus interactionnels vécus, et invisibles.

Un autre aspect qu'il serait à mon sens important de rendre visible aux professionnels, est que le travail de collaboration ne passe pas que par des rapports entre acteurs, mais également entre acteurs et outils, entre outils et objets de travail et entre acteurs et objets de travail. Je l'ai notamment souligné dans le troisième chapitre en m'intéressant à la définition que se donne l'équipe, et en montrant qu'elle ne peut être saisie sans comprendre les définitions qu'elle produit de ses outils, de ses objets de travail et des autres acteurs de la collaboration. Ces définitions sont à comprendre comme trois pôles d'un triangle : elles peuvent être harmonieuses ou entrer en tension, mais elles sont fondamentalement interdépendantes. Les objets étant toujours mouvants, les outils évoluant, et les autres acteurs changeants, l'identité d'une équipe n'est pas figée. Ainsi ses buts évolueront, ses missions pourront être remises en question et ses valeurs soumises à compromis. Dans le chapitre 6, j'ai montré que pour comprendre la construction de la patiente comme objet d'activité, il est important d'accéder à l'activité discursive et rhétorique, permettant de saisir les processus de catégorisations à l'œuvre. Les catégories, agissant comme des médiations permettant de guider l'action, ne sont pas neutres, mais comportent une forte dimension morale. Mais pourquoi cette construction morale de la patiente ? L'objet d'activité doit-il être moral et socialement acceptable ? Ces questions me semblent essentielles pour comprendre certains mécanismes à l'œuvre dans le travail de collaboration: ce dernier serait médiatisé par des catégories et des récits communs permettant de donner un sens à l'action. Ces mécanismes (systémiques, discursif et catégoriels) rendus visibles, je fais le pari que les possibilités pour les professionnels de verbaliser les contradictions et de les élaborer s'en trouveraient accrues, et que cela aurait un effet positif sur le développement de la créativité et l'innovation de solutions à des problèmes complexes.

## BIBLIOGRAPHIE

Abbey, E., & Valsiner, J. (2005). The making of somebody else: Diagnostic labels, educational practices, and meaning-making. *European Journal of School Psychology, 3*(1), 83-99.

Allport, G. W. (1958). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA : Perseus Books.

Anzieu, D. (1985). *Le moi peau*. Paris, France : Dunod.

Baker, C. (1997). Membership categorization and interview accounts. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (pp. 130-143). London, UK: Sage.

Baker, C. D. (2000). Locating culture in action: Membership categorisation in texts and talk In A. Lee & C. Poynton (Eds.), *Culture and text: Discourse and methodology in social research and cultural studies* (pp. 99-113). St Leonard, NSW: Allen and Unwin.

Bakhtine, M. (1978). *Esthétique et théorie du roman*. Paris, France : Gallimard.

Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris, France : Gallimard.

Barrett, R. (1988). Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry, 12*(3), 265-299. Doi : 10.1007/BF00051971

Barrett, R. (1998). *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson, France: Institut Synthélabo.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York, NY: Ballantine Books.

Bedwell, W., Wildman, J., DiazGranados, D., Salazar, M., Kramer, W., & Salas, E. (2012). Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. *Human Resources Management Review, 22*, 128-145. doi: 10.1016/j.hrmr.2011.11.007

Bertucci, M.-M. (2009). Place de la réflexivité dans les sciences humaines et sociales : quelques jalons. *Cahiers de sociolinguistique*, 14 (1), pp. 43-44.

Besson, M., Rentsch, D., Luthy, C., Cedraschi, C., Desmeules, J., Allaz, A.-F., Piguet, V. (2012). La multidisciplinarité, une réponse à la complexité. Exemples d'application en Suisse. *Douleur et Analgésie*, 25(4-5), 200-205. doi :10.1007/s11724-012-0310-z.

Billig, M. (1985). Prejudice, categorization and particularization: From a perceptual to a rhetorical approach. *European Journal of Social Psychology*, 15, 79-103. doi: 10.1002/ejsp.2420150107

Billig, M. (1987/1996). *Arguing and thinking*. Cambridge, MA : Cambridge University Press.

Billig, M., Condor, S., Edwards, D., Gane, M., Middleton, D., & Radley, A. (1988). *Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking*. London, UK : Sage.

Boden, D. (1995). Agendas and arrangements: Everyday negotiations in meetings. In A. Firth (Ed.), *The discourse of negotiation. Studies of language in the workplace* (pp. 83-99). Aalborg University, Denmark: Pergamon.

Boisot, M. (1972). Discipline et interdisciplinarité. In OCDE (Ed.), *L'Interdisciplinarité - Problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités* (pp. 90-97). Paris, France: OCDE.

Bolden, G. B. (2000). Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking. *Discourse Studies*, 2(4), 387-419. doi: 10.1177/1461445600002004001

Bordage, G., & Lemieux, M. (1991). Semantic structures and diagnostic thinking of experts and novices. *Academic Medicine*, 66(9), 70-S72.

Bournel Bosson, M. (2006). Analyse de l'activité et mouvements dialogiques dans le cadre de l'instruction au sosie. *Pratiques Psychologiques*, 12 (1), 31-43. Doi : 10.1016/j.prps.2006.01.003



Bournel Bosson, M. (2010). Analyse du travail et revitalisation du collectif. In Y. Clot & D. Lhuilier (Eds.), *Agir en clinique du travail*. (pp. 225-236). Toulouse, France: Eres.

Bournel Bosson, M. (2011). Rapports développementaux entre langage et activité. In B. Maggi (Ed.), *Interpréter l'agir: un défi théorique*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Brown, P. (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*(extra issue), 34-52.

Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible words*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cantor, M., Mischel, W. and Schwartz, W. (1982). Social knowledge : structure, content, use and abuse. In A.H. Hastorf & A.M. Isen (Eds.), *Cognitive social psychology* (pp. 33-72). New-York, NY : Elsevier.

Choo, J., Austin, H., & Renshaw, P. (2007). Reasoning with cultural categories in understanding student diversity. *International Journal of Educational Research*, 46(3-4), 229-239. doi:10.1016/j.ijer.2007.09.006

Cicourel, A. V. (1985). Raisonnement et diagnostic: le rôle du discours dans la compréhension clinique en médecine. *Actes de la Recherche en Sciences Sociale*, 60, 79-89.

Cicourel, A. V. (1987). Cognitive and organizational aspects of medical diagnostic reasoning. *Discourse Processes*, 10, 347-367.

Cicourel, A. V. (1995). Cognition sociale et niveaux d'expertise. La résolution de problèmes dans un centre de consultation pédiatrique. In I. Joseph (Ed.), *Métiers du public. Les compétences de l'agent et l'espace de l'utilisateur* (pp. 19-39). Paris, France: CNRS.

Cicourel, A. V. (2002). Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive. Paris, France: Seuil.

Clot, Y. (1997). Le problème de la catachrèse en psychologie du travail : un cadre d'analyse. *Le Travail Humain*, 60(2), 113-129.

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris, France: Presses Universitaires de France.

Clot, Y. (2000). La formation par l'analyse du travail: pour une troisième voie. In B. Maggi (Ed.), *Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation* (pp. 133-156). Paris, France: Presses Universitaires de France.

Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. *Education Permanente*, 146(1), 35-49.

Clot, Y. (2002). Clinique de l'activité et répétition. *Cliniques Méditerranéennes*, 66(2), 31-53.

Clot, Y. (2005). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail: l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue. In L. Filliettaz & J.-P. Bronckart (Eds.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications* (pp. 37-55). Louvain-La-Neuve, Belgique: Peeters.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, France : La Découverte.

Clot, Y., & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.

Clot, Y., & Lhuillier, D. (Eds.). (2010). *Agir en clinique du travail*. Toulouse, France: Eres.

Cole, M., & Engström, Y. (2007). Cultural-historical approaches to designing for development. In J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *The Cambridge handbook of socio-cultural psychology* (pp. 23-39). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Colleyn, J.-P. (1998). *Éléments d'anthropologie sociale et culturelle*. Bruxelles, Belgique : Editions de l'Université de Bruxelles.

Collin, A. (2009). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary collaboration: implications for vocational psychology. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 9(2), 101-110. doi : 10.1007/s10775-009-9155-2.

Conrad, P., & Potter, D. (2000). From hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.

Cru, D. (1987). Les règles du métier. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail* (pp. 29-51). Orsay, France: AOCIP.

Daniels, H., & Warmington, P. (2007). Analysing third generation activity systems: Labour-power, subject position and personal transformation. *Journal of Workplace Learning*, 19(6), 377-391. doi: 10.1108/13665620710777110

Davezies, P. (1991). *Éléments pour une clarification des fondements épistémologiques d'une science du travail*. Communication présentée au colloque national de la Société Française de Psychologie, Clermont Ferrand, France.

Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Education Permanente*, 116(3), 33-46.

Davezies, P. (2004). Les impasses du harcèlement moral. *Travailler*, 11, 83-90.

De La Haye, A.-M. (1998). *La catégorisation des personnes*. Grenoble, France: Presses Universitaires de Grenoble.

Dejours, C. (1990). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. In J.-F. Chanlat (Ed.), *L'individu dans l'organisation: les dimensions oubliées* (pp. 687-708). Québec : Presses de l'Université Laval.

- Dejours, C. (1993a). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. Communivation présentée au XXVIIème Congrès de la SELF (pp. 41-52). Lille, France : Futur Antérieur.
- Dejours, C. (1993b). Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel. *Education Permanente*, 116, 47-70.
- Dejours, C. (1995a). *Le facteur humain*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (1995b). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail? *Le Travail Humain*, 58(1), 1-16.
- Dejours, C. (1996). Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. In Y. Clot (Ed.), *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluridisciplinaire* (pp. 157-181). Toulouse, France: Octarès.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France*. Paris, France: Seuil.
- Dejours, C. (2005a). Nouvelles formes de servitude et suicide, *Travailler*, 13, 53-74.
- Dejours, C. (2005b). Ingéniosité et évaluation, *Psychiatrie Française*, 35(4), 128-147.
- Dejours, C. (2010). Subjectivity, work and action. *Critical Horizons* 7, 5–62. doi: 10.1163/156851606779308161
- Dejours, C. (Ed.). (1987). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Orsay, France: AOCIP.
- Dejours, C. & Deranty, J.-P. (2010). The centrality of work, *Critical Horizons*, 11(2), 167-180. doi:10.1558/crit.v11i2.167
- Dejours, C., & Bègue, F. (2009). *Suicide et travail: que faire?* Paris, France: Presses Universitaires de France
- Dejours, C., & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance, *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 1(13), 75-91. DOI : 10.3917/nrp.013.0075

Dejours, C., & Molinier, P. (1994). Le travail comme énigme. *Sociologie du Travail*, 36(Hs), 35-44.

Dochy, F., Engeström, Y., Sannino, A., & van Meeuwen, N. (2011). Interorganisational expansive learning at work. In F. Dochy, D. Gijbels, M. Segers, & P. Van den Bossche (Eds.), *Theories of learning for the workplace: Building blocks for training and professional development programs* (pp. 125–147). London, UK: Routledge.

Edwards, D. (1991). Categories are for talking. On the cognitive and discursive bases of categorisation. *Theory and Psychology*, 1(4), 515-542. doi: 10.1177/0959354391014007

Engeström, Y. (1987). Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki, Finland : Orienta-konsultit.

Engeström, Y. (2007). Putting activity theory to work: The Change Laboratory as an application of double stimulation. In H. Daniels, M. Cole, & J.V. Wertsch (Eds.), *The Cambridge companion to Vygotsky* (pp. 363–382). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Engeström, Y. (2008a). Disturbance management and masking in a television production team. In Y. Engeström (Ed.), *From team to knots. Activity-theoretical studies of collaboration and Learning at work* (pp. 22-47). Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Engeström, Y. (2008b). *From teams to knots. Studies of collaboration and learning at work*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Engeström, Y. (2011). From design experiments to formative interventions. *Theory & Psychology*, 21(5) , 598–628. doi: 10.1177/0959354311419252

Engeström, Y. and D. Middleton (1996). *Cognition and communication at work*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Engeström, Y., Pasanen, A., Toiviainen, H., & Haavisto, V. (2005). Expansive learning as collaborative concept formation at work. In K. Yamazumi, Y. Engeström & H. Daniels (Eds.), *New learning challenges: going beyond the industrial age system of school and work* (pp. 47-77). Osaka: Kansai University Press.

Engeström, Y., Rantavuori, J. & Kerosuo, H. (2013). Expansive learning in the library: Actions, cycles and instructional intentions. *Vocations and Learning*, 6, 81-106. doi: 10.1007/s12186-012-9089-6

Engeström, Y. & Sannino, A. (2011). Discursive manifestations of contradictions in organizational change efforts. *Journal of Organizational Change Management*, 24(3), 368-387. doi: 10.1108/09534811111132758

Finlay, M. (2000). Social categorizations, social comparisons and stigma: Presentations of self in people with learning difficulties. *British Journal of Social Psychology*, 39, 129-146.

Finlay, M., & Robertson, B. (1992). Ideal speech situation vs. particular pragmatics of situation: The microcosm of psychoanalytic discourse. *Semiotica*, 91(3/4), 199-272. doi: [10.1515/semi.1992.91.3-4.199](https://doi.org/10.1515/semi.1992.91.3-4.199)

Garfinkel, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris, France: Presses Universitaires de France. Edition originale 1967.

Gill, V. T., & Maynard, D. W. (1995). On "labeling" in actual interaction: Delivering and receiving diagnoses of developmental disabilities. *Social Problems*, 42(1), 11-37.

Girin, J., & Grosjean, M. (Eds.). (1996). *La transgression des règles au travail*. Paris, France: L'Harmattan.

Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris, France: Minuit.

Gottraux, M. (Ed.), (1990). *Collaboration dans les professions sociales*. Lausanne, Suisse : Edition de l'Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques.

Graham, J. R. & Barter, K. (1999). Collaboration: A social work practice method. *Families in society: The Journal of Contemporary Social Services*, 80(1), 6-13.

Grasset, F., Favrod, J., Giuliani, F., Pernier, S., Navarro Chafloque, M., & Besson, J. (2008). Handicap mental et psychiatrie. *Revue Médicale Suisse*, 171(4), 1-7. doi : 4(171), 1976-8, 1980-1

Grosjean, M. (2004a). From multi-participant talk to genuine polylogue. Shift change briefing sessions at the hospital. *Journal of Pragmatics*, 36(1), 25-52.

Grosjean, M. (2004b). Le mistigri de la négociation dans les services: Négociier entre objets, règles, personnes et instances. In M. Grosjean & L. Mondada (Eds.), *La négociation au travail*. Lyon, France: Presses Universitaires de Lyon.

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). Articulation et intelligence collective *Communication et intelligence collective* (pp. 165-204). Paris, France: Presses Universitaires de France.

Grosjean, M., & Mondada, L. (Eds.). (2004). *La négociation au travail*. Lyon, France: Presses Universitaires de Lyon.

Grosjean, M., Henry, J., Barcet, A., & Bonamy, J. (2004). La négociation constitutive et instituante. Les co-configurations du service en réseau de soins. *Négociations*, 2, 75-90.

Grossen, M., Florez, D., Lauvergeon, S. (2014). Dealing with clients' diversity in test situations: Client categorisations in psychologists' accounts of their practices. *International Journal of Educational Research*, 63, 15-25. doi:10.1016/j.ijer.2012.09.003.

Grossen, M., Zittoun, T., & Ros, J. (2012). Boundary crossing events and potential appropriation space in philosophy, literature and general knowledge. In E. Hjørne, G. van der Aalsvoort & G. de Abreu (Eds.), *Learning, social interaction and diversity – exploring school practices* (pp. 15-34). London, UK: Sense.

Hall, C., Sarangi, S., & Slembrouk, S. (1999). Speech representation and the categorisation of the client in social work discourse. *Text*, 19(4), 539-570.

Hall, C., Slembrouk, S., & Sarangi, S. (2006). Categorisation and accountability in professional texts and talk. *Language practices in social work. Categorisation and accountability in child welfare* (pp. 15-34). London, UK: Routledge.

Hamilton, D. L. (1979). A cognitive-attributonal analysis of stereotyping. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology. Vol.12*. New-York, NY: Academic Press.

Heath, C., & Luff, P. (1994). Activité distribuée et organisation de l'interaction. *Sociologie du Travail*, 4, 523-545.

Heckhausen, H. (1972). Discipline et interdisciplinarité. In OCDE (Ed.), *L'Interdisciplinarité - Problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités* (pp. 83-90). Paris, France: OCDE.

Henry, J., & Grosjean, M. (2004). La négociation au coeur du travail: l'exemple du travail en réseau. In M. Grosjean & L. Mondada (Eds.), *La négociation au travail* (pp. 219-238). Lyon, France: Presses Universitaires de Lyon /ARCI.

Hester, S., & Eglin, P. (1997). Membership categorization analysis: An introduction. In S. Hester & P. Eglin (Eds.), *Culture in action: Studies in membership categorization analysis* (pp. 1-23). Lanham, MD: International Institute for Ethnomethodology and University Press of America.

Hirata, H., & Kergoat, D. (1988). Rapports sociaux de sexe et psychopathologie du travail. In C. Dejours (Ed.), *Plaisir et souffrance dans le travail* (pp. 131-163). Orsay, France: AOCIP.

Hjörne, E. (2004). Excluding for inclusion? Negotiating school careers and identifies in pupil welfare settings in the Swedish school. Göteborg, Sweden: Acta Universitatis Gothenburgensis.



Hjörne, E. (2005). Negotiating the 'problem-child' in school: Child identity, parenting and institutional agendas. *Qualitative Social Work*, 4(4), 489-507. doi: 10.1177/1473325005058648

Hjörne, E., & Säljö, R. (2004a). The pupil welfare team as a discourse community: Accounting for school problems. *Linguistics and Education*, 15(4), 321-338.

Hjörne, E., & Säljö, R. (2004b). There is something about Julia: Symptoms, categories, and the process of invoking ADHD in the Swedish school: A case study. *Journal of Language, Identity and Education*, 3(1), 1-24.

Hjörne, E., & Säljö, R. (2014). Defining student diversity: categorizing and processes of marginalization in the Swedish schools. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19 (3), 5-15.

Hjörne, E. and R. Säljö (2014b). Representing diversity in education: Student identities in contexts of learning and instruction. *International Journal of Educational Research*, 63,1-4. doi: [dx.doi.org/10.1016/j.ijer.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.ijer.2012.10.001)

Ilienkov, E. (1977). *Dialectical logic: Essays on its history and theory*. Moscow, Russie: Progress Publishers.

Jayyusil, L. (1984). *Categorization and the moral order*. Boston, MA: Routledge & Paul Kegan.

Jones, A., (2006). Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 19-28. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00400.x

Kerbrat-Orecchioni, C. (1992). *Les interactions verbales* (vol. 2). Paris, France: Armand Colin.

Klein, J. T. (1990). *Interdisciplinarity: History, theory, and practice*. Detroit, MI: Wayne State University Press.

Kostulski, K. (2004). Co-analyse en autoconfrontations croisées et développement: une séquence sur la sécurité dans la formation à la conduite de trains. *Bulletin de Psychologie*, 57(1), 81-85.

Kostulski, K. (2010). Quelles connaissances pour l'action en clinique du travail? Une contribution à la question des rapports entre les actions de transformation et la production de connaissances en clinique de l'activité. In Y. Clot & D. Lhuilier (Eds.), *Agir en clinique du travail* (pp. 27-38). Toulouse, France: Erès

Kostulski, K. & Kloetzer, L. (2014). Controversy as a developmental tool in cross self-confrontation analysis. *Outlines-Critical Practice Studies*, 15(2), 54-73.

Lacoste, M. (2001). Peut-on travailler sans communiquer? In A. Borzeix & B. Fraenkel (Eds.), *Langage et travail* (pp. 21-53). Paris, France: CNRS.

Lakoff, G. (1987). *Women, fire and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Lattuca, L. R. (2003). Creating interdisciplinarity: Grounded definitions from college and university faculty. *History of Intellectual Culture*, 3(1), 1-20.

Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge, MA : Cambridge University Press.

Le Guillant, L. (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Toulouse, France : Erès

Le Guillant, L. (2006). *Le drame humain du travail. Essai de psychopathologie du travail*. Paris, France: Eres.

Leathard, A. (1997). Inter-professional developments in Britain : an overview. In: A. Leathard (Ed.). *Going Inter-Professional. Working together for Health and Welfare* (pp. 3-37). London, UK: Routledge.

Leathard, A. (Ed.). (1997). *Going inter-professional. Working together for health and welfare*. London, UK: Routledge.

Leontiev, A. N. (1978). *Activity, consciousness, and personality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Lewin, K. (1965). Une étude expérimentale du commandement et de la vie en groupe. In A. Lévy (Ed.), *Psychologie sociale: textes fondamentaux* (pp. 278-292). Paris, France : Dunod.

Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Toulouse, France : Erès.

Linell, P. & Bredmar, M. (1996). Reconstructing topical sensitivity: Aspects of face-work in talks between midwives and expectant mothers. *Research on Language and Social Interaction*, 29(4), 347-379.

Linell, P. & Fredin, E. (1995). Negotiating terms in social welfare office talk. In A. Firth (Ed.), *The discourse of negotiation. Studies of language in the workplace* (pp. 299–318). Oxford, UK: Pergamon.

Longoria, R. A. (2005). Is inter-organizational collaboration always a good thing? *Journal of Sociology and Social Welfare*, 32(3), 123–138.

Ludvigsen, S., Rasmussen, I., Krange, I., Moen, A. & Middleton, D. (2011). Intersercting trajectories of participation. Temporality and learning. In S. Ludvigsen, A. Lund, I. Rasmussen & R. Säljo (Eds.), *Learning across sites. New tools, infrastructures and practices* (pp. 105-121). Abingdon, UK: Routledge.

Mäkitalo, Å. (2002). Categorizing work: knowing, arguing, and social dilemmas in vocational guidance. Göteborg, ACTA : Universitatis Gothoburgensis.

Mäkitalo, Å. (2003). Accounting practices as situated knowing: Dilemmas and dynamics in institutional categorization. *Discourse Studies*, 5(4), 495–516. doi: 10.1177/14614456030054003

Mäkitalo, Å. (2006). Effort on display: unemployment and the interactional management of moral accountability. *Symbolic Interaction*, 29(4), 531-555. DOI: 10.1525/si.2006.29.4.531

Mäkitalo, Å. (2013) Learning to make a case in law school. Categorizing events and actions in legal discourse. *Psicologia Culturale* (3), 83-113.

Mäkitalo, Å. (2014). Categorisation. In C. Hall, K. Juhila, M. Matarese & C. van Nijnatten (Eds.), *Analysing social work communication: Discourse in practice* (pp. 25-43). London, UK: Routledge.

Mäkitalo, Å. & Säljö, R. (2002). Talk in institutional context and institutional context in talk: Categories as situated practices. *Text*, 22(1), 57-82.

Mäkitalo, Å. & Säljö, R. (2009). Contextualizing social dilemmas in institutional practices: Negotiating objects of activity in labor market organizations. In H. Daniels & K. Gutierrez (Eds.), *Learning and expanding with activity theory* (pp. 112-126). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Marx, K. (1867/1990). *Capital, Vol. 1*. London, UK : Penguin Books.

Måseide, P. (1983). Analytical aspects of clinical reasoning: A discussion of models for medical problem solving. In S. Fisher & A. D. Todd (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication* (pp. 241-265). Washington, DC: Center for Applied Linguistics.

Måseide, P. (2003). Medical talk and moral order: Social interaction and collaborative clinical work. *Text*, 23(3), 369-403.

Mattessich, P. W. & Monsey, B. R. (1992). Collaboration: What makes it work: A review of research littérature on factors influencing successful collaboration. St. Paul, MI: Amherst H. Wilder Foundation.

Mehan, H. (2001). The construction of a LD student. A case study in the politics of representation. In M. Wetherell, S. Taylor & S. J. Yates (Eds.), *Discourse theory and practice* (pp. 345-363). London, UK: Sage.

Mehan, H., Hertweck, A. & Meihls, J. L. (1986). *Handicapping the handicapped. Decision making in student's educational careers*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Mercer, J. (1974). *Labelling the mentally retarded*. Berkeley, CA: University of California Press.

Molinier, P. (1999). Prévenir la violence: l'invisibilité du travail des femmes. *Travailler*, 3, 73-86.

Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. *Les Cahiers du Genre*, 28, 49-70.

Molinier, P. (2012). Une enquête de psychodynamique du travail dans un département de recherche industrielle. Méthodologie, élaboration, résultats. *Bulletin de Psychologie*, 65(3), 217-225.

Molinier, P. & Dejours, C. (1997). Psychodynamique du travail et psychologie clinique du chômage. *Psychologie Française*, 42(3), 261-268.

Molinier, P. & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 129, 51-66.

Mondada, L. & Dubois, D. (1995). Construction des objets de discours et catégorisation: une approche des processus de référenciation. *TRANEL*, 23, 273-302.

Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E. M. & Day, M. (2007). Measuring interdisciplinary perceptions of collaboration on hospice teams. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(1), 49-53.

Palmade, G. (1977). *Interdisciplinarité et idéologies*. Paris, France: Anthropos.

Pietroni, P. (1997). Inter-professional teamwork: Its history and development in hospitals, general practice and community care (UK). In: A. Leathard (Ed.). *Going inter-professional. Working together for health and welfare* (pp. 77-89). London, UK: Routledge.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London, UK : Sage.

Renshaw, P., Choo, J. & Emerald, E. (2014). Diverse disability identities: The accomplishment of "Child with a disability" in everyday interaction between parents and teachers. *International Journal of Educational Research*, 63, 47-58. doi : 10.1016/j.ijer.2012.09.002

Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch & B. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization* (pp. 189-206) Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rosenthal, P. & Peccei, R. (2006). The social construction of clients by service agents in reformed welfare administration. *Human Relations*, 59(12), 1633-1658. doi : 10.1177/0018726706073194

Rossi, I. (2002). Réseaux de soins, réseaux de santé. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance. *Tsantsa*, 7, 12-21.

Rossi, I. (2014). Penser la diversité par les transitions de la santé mentale. *Alterstice*, 4(2), pp. 39-48

Santiago Delefosse M. (2015). The need for an "embodied socio-psychological" model of illness experience. In: Murray M. (ed.) *Critical Health Psychology* (pp.36-54). London, UK : Palgrave.

Sacks, H. (1992). *Lectures on conversation*. London, UK: Blackwell.

Sahlström, F. & Lindblad, S. (1998). Subtexts in the science classroom — An exploration of the social construction of science lessons and school careers. *Learning and Instruction*, 8(3), 195-214.

Säljö, R. & Hjörne, E. (2009). Symptoms, categories and the process of invoking labels. In H. Daniels, H. Lauder & J. Porter (Eds.). *Knowledge, values and educational policy: A critical perspective* (pp.153-172). London, UK : Routledge.

Sannino, A. (2011). Activity theory as an activist and interventionist theory. *Theory & Psychology*, 21(5), 571-597. doi: 10.1177/0959354311414969

- Sannino, A. & Sutter, B. (2011). Cultural-historical activity theory and interventionist methodology: Classical legacy and contemporary developments. *Theory & Psychology, 21*(5), 557-570. doi: 10.1177/0959354311414969
- Sannino, A. & Ellis, V. (2013). Learning and collective creativity. Activity-theoretical and sociocultural studies. New York, NY: Routledge.
- Schaller, M. (1991). Social categorization and the formation of group stereotypes: Further evidence for biased information processing in the perception of group-behavior correlations. *European Journal of Social Psychology, 21*, 25-35.
- Scheller, L. (2001). L'expérience du travail dans un cadre dialogique. *Travailler, 6*, 71-89.
- Schummer, J. (2004). Interdisciplinary issues in nanoscale research. In D. Baird, A. Nordmann, & J. Schummer (Eds.), *Discovering the nanoscale* (pp. 9-20). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.
- Slatin, C., Galizzi, M., Melillo, K. D., Mawn, B. & Phase In Healthcare Team. (2004). Conducting interdisciplinary research to promote healthy and safe employment in health care: Promises and pitfalls. *Public Health Reports, 119*(1), 60-72.
- Star, S. L. and J. R. Griesemer (1989). Institutional ecology, 'translation' and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley's Museum of vertebrate zoology, 1907-1939. *Social Studies of Science, 19*, 387-420.
- Strauss, A. (1992a). *Miroirs et masques*. Paris, France: A.-M. Métailié.
- Strauss, A. (1992b). *La trame de la négociation*. Paris, France: L'Harmattan.
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D. & Sabshin, M. (1964). *Psychiatric ideologies and institutions*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Tajfel, H. (1959). Quantitative judgment in social perception. *British Journal of Psychology, 50*, 16-29

Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information, 13*(2), 65-93.

Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Taylor, S. E. (1981). A categorization approach to stereotyping. In D.L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behaviour* (p. 83-104). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Virkkunen, J. & Newnham, D. S. (2013). *The Change Laboratory. A tool for collaborative development of work and education*. Rotterdam, Netherlands : Sense.

Vygotski, L. S. (1981). The instrumental method in psychology. In J. V. Wertsch (Ed.), *The concept of activity in Soviet psychology* (pp. 134-143). Armonk, New York, NY : M.E. Sharpe. (Edition originale, 1929).

Vygotski, L. S. (1997). *Pensée et langage* (F. Sève, trad.). Paris, France : La Dispute. (Edition originale, 1934).

Vygotski, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wertsch, J. V. (1991). *Voices of the mind: A socio-cultural approach to mediated action*. London, UK: Harvester Wheatsheaf.

Wiener, C. L. (1991). Arenas and careers: The complex interweaving of personal and organizational destiny. In D. R. Maines (Ed.), *Social organization and social process* (pp. 175-188). New-York, NY: Aldine de Gruyter.

Wood, D. J. & Gray, B. (1991). Toward a comprehensive theory of collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science, 27*(2), 139–162. doi: 10.1177/0021886391272001

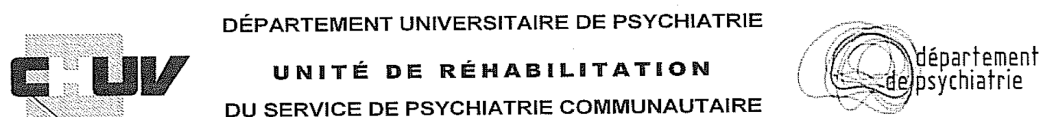
Zittoun, T. (2013). Modalités d'usages de connaissances et sphères d'expérience. In J.-P. Bernié & M. Brossard (Eds.), *Vygotski et l'école. Apports et limites d'un*



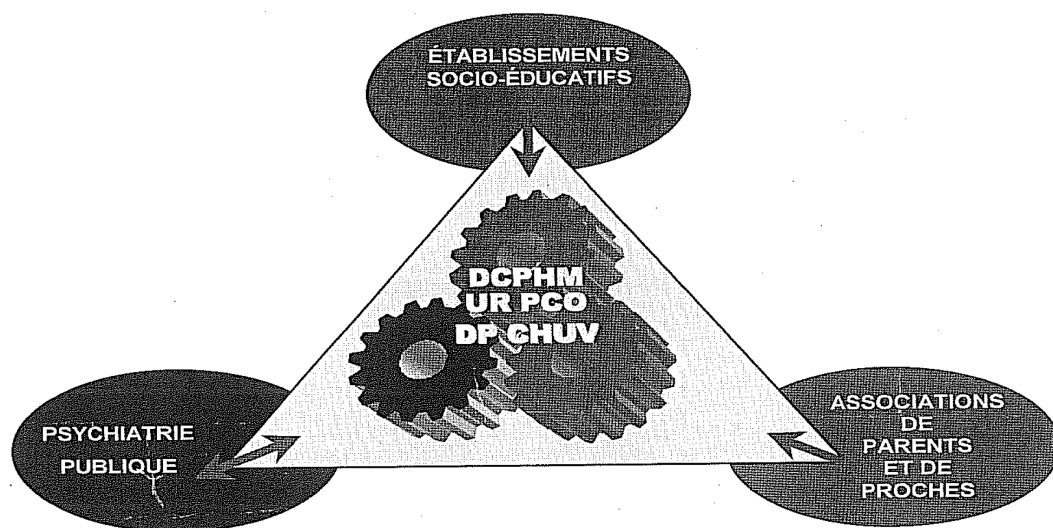
*modèle théorique pour penser l'éducation et la formation* (pp. 251 262). Pessac,  
France : Presses Universitaires de Bordeaux.

# ANNEXES

## Annexe 2 : documents officiels du chapitre 3



### Dispositif de collaboration entre la psychiatrie publique et le domaine du handicap mental **D C P H M**



#### ETAT DES LIEUX (août 2006)

|   | page |
|---|------|
| <b>Sommaire</b>                                       |      |
| I. Historique aboutissant à la création du DCPHM      | 2    |
| II. Renforcement du DCPHM en 2006                     | 4    |
| III. Mission du DCPHM renforcé                        | 4    |
| IV. Organigramme et fonctions du DCPHM renforcé       | 5    |
| V. Difficultés rencontrées dans la situation actuelle | 6    |
| VI. Problèmes à résoudre                              | 8    |
| VII. Proposition de solutions                         | 9    |

Document établi à l'intention du Directeur administratif du DP CHUV par le Dr F. Grasset, PD, MER, médecin-chef de l'Unité de réhabilitation (PCO DP CHUV), responsable du DCPHM, 15 août 2006

## I. HISTORIQUE ABOUTISSANT A LA CREATION DCPHM

### ➤ 1975 – 1980 :

Dans le contexte du processus de « **déshospitalisation des malades mentaux chroniques** », l'accueil à long terme de personnes souffrant d'un handicap mental grave dans des divisions hospitalières spécialisées fut remis en question, tant par la psychiatrie elle-même que par les associations de parents.

Au tournant des années 1970/1980, le Service de la Santé Publique a décidé de procéder à la **fermeture des unités hospitalières spécialisées dans le domaine du handicap mental situées dans le cadre de la clinique psychiatrique universitaire de Cery**. Il en résulta la disparition totale des moyens cantonaux d'hospitalisation spécialisée (capacité d'accueil 30 places : 15 H / 15 F).

Par conséquent, les éducateurs spécialisés qui travaillaient à Cery quittèrent cet hôpital. Dans ce contexte, il fut dès lors convenu que :

- La prise en charge des personnes souffrant d'un handicap mental grave est exclusivement attribuée à des institutions socio-éducatives spécialisées.
- Les admissions à l'hôpital psychiatrique de personnes souffrant d'un handicap mental sont strictement réservées au traitement spécifique momentané d'un trouble psychique aigu caractérisé, sur indication médicale particulière et à condition que le traitement nécessite impérativement une hospitalisation.
- Les hospitalisations en milieu psychiatrique des personnes handicapées mentales sont nécessairement de durée limitée, le retour dans l'établissement socio-éducatif doit être garanti pour la suite de la prise en charge, dès que le maintien en milieu hospitalier n'est plus absolument nécessaire.

### ➤ 1980 – 1990 :

En raison du caractère très restrictif de ces nouvelles dispositions, **les associations de parents de personnes handicapées mentales se plaignent du désintérêt de la psychiatrie pour le handicap mental en tant que tel et du manque de recherche scientifique à ce sujet**.

De leur côté, **les établissements socio-éducatifs se plaignent du manque de collaboration de la psychiatrie publique lors des épisodes critiques qui provoquent épisodiquement des troubles majeurs du comportement** au cours de l'évolution des personnes qui souffrent d'un handicap mental grave.

### ➤ 1990 – 2000 :

Au début des années 90, la direction des institutions psychiatriques des Hospices Cantonaux (HC) et le Service de prévoyance et d'aides sociales (SPAS) ont pris des mesures visant à résoudre le problème des relations entre la psychiatrie publique et les institutions socio-éducatives spécialisées dans le domaine du handicap mental.

Un « **groupe de référence - psychiatrie publique / handicap mental** », réunissant des représentants des institutions socio-éducatives spécialisées, des 4 secteurs psychiatriques et des associations de parents, fut créé.

Les travaux de ce groupe de référence eurent pour premier résultat l'élaboration d'une « **charte** » qui fut signée le 9 octobre 1996 par la cheffe de service du SPAS et par le directeur des institutions psychiatriques des HC (de l'époque). Encore en vigueur actuellement, cette charte instaure :

- Un « **groupe consultant interdisciplinaire : psychiatrie publique – handicap mental** » dans chaque secteur psychiatrique.

En principe, ces groupes consultants associent un référent du secteur psychiatrique à des représentants des institutions socio-éducatives et des associations de parents de personnes handicapées mentales.

Selon le cahier des charges qui leur est attribué par la charte, ces groupes consultants interviennent à la demande. Ils sont censés résoudre les problèmes qui leur sont soumis, en favorisant la collaboration des diverses institutions impliquées dans une situation difficile.

#### ➤ 2000 – 2002 :

En décembre 2001, le groupe de référence a constaté que d'importants problèmes subsistaient dans le secteur psychiatrique Centre, en ce qui concerne l'hospitalisation des personnes handicapées mentales dans le cadre de la clinique psychiatrique universitaire de Cery).

Or, contrairement aux autres secteurs psychiatriques du canton, le secteur Centre ne disposait pas d'un groupe consultant. La mission de combler cette lacune et de trouver des solutions au problème de la collaboration avec le domaine du handicap mental fut alors attribuée à l'Unité de réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire du DP CHUV.

- **Le groupe consultant du secteur Centre a été constitué au printemps 2002.**

Par ailleurs, dans le cadre du groupe de référence, un sous-groupe de travail a étudié le problème de « la prise en charge psychiatrique des personnes handicapées mentales » de manière approfondie.

Le 22.04.2002, ce groupe de travail a déposé un rapport dans lequel il formule un **projet de structure hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental pour des séjours de durée limitée.**

Ce projet associait la création d'une équipe pluridisciplinaire mobile à l'insertion d'un dispositif hospitalier de 8 lits, dans l'une des sections existantes de l'hôpital psychiatrique universitaire de Cery.

Cependant, une étude de faisabilité a montré que **ce projet était irréalisable tel que prévu par le groupe de travail**, cela en raison du fait qu'il ne tenait aucun compte des contraintes institutionnelles liées à la dotation en personnel soignant et au fonctionnement habituel de l'hôpital de Cery, d'une part, et qu'il ignorait également les contraintes architecturales de l'établissement hospitalier, d'autre part.

Dans ces conditions (et dans l'attente d'un éventuel nouveau projet réalisable), le groupe de travail a proposé de renoncer momentanément à la structure hospitalière spécialisée et de **créer une équipe pluridisciplinaire mobile en priorité.**

Le Professeur P. Guex, chef de département, a affirmé l'intention de la direction médicale et administrative du DP CHUV de répondre, autant que possible et sans plus attendre, aux attentes de collaboration formulées par les institutions socio-éducatives et les associations de parents de personnes handicapées mentales.

Par conséquent, malgré l'absence de crédit budgétaire spécifique, avec les modiques moyens que le DP CHUV a pu mettre à la disposition de l'UR :

- **le dispositif de collaboration psychiatrie-handicap mental (DCPHM) a été constitué en décembre 2002 dans le cadre de l'Unité de réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire.**

#### ➤ 2003 – 2005 :

Opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, le DCPHM a mis en oeuvre une équipe pluridisciplinaire mobile associant, à temps partiel, 1 médecin (0,1 EPT), 1 infirmier (0,6 EPT) et 1 psychologue (0,4 EPT).

#### ➤ Année 2006:

Dans le cadre des mesures découlant de l'enquête administrative au sujet des facteurs de risque de maltraitance dans les établissements socio-éducatifs,

- **les moyens du DCPHM ont été renforcés par l'attribution de personnel et de locaux.**

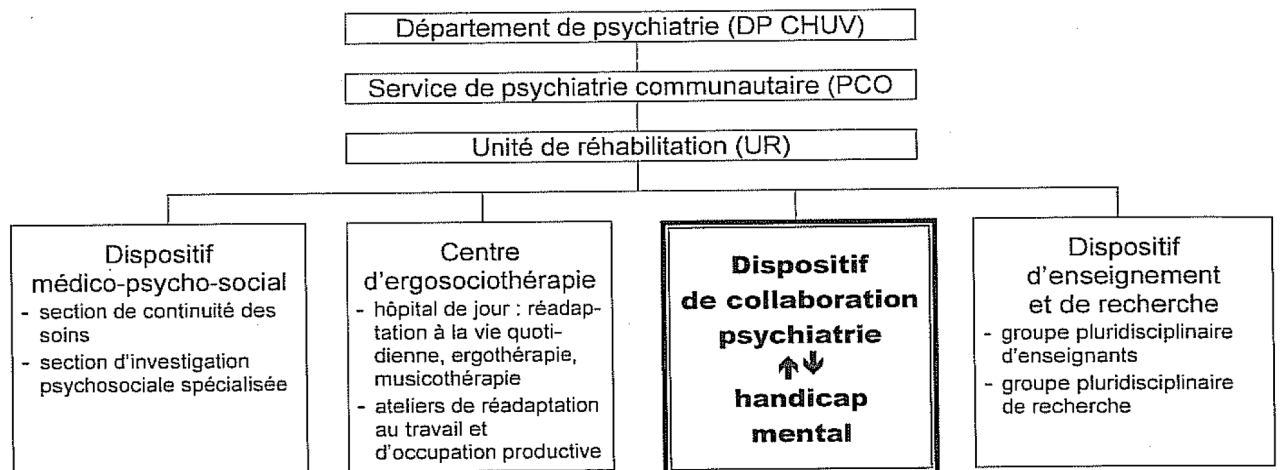
## II. RENFORCEMENT DU DCPHM EN 2006

| COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DU DCPHM               | EPT         |      |
|---|-------------|------|
|   | 2003 à 2005 | 2006 |
| Médecin (psychiatre et psychothérapeute)                          | 0,1         | 1,2  |
| Infirmier clinicien   | 0,6         | 1,6  |
| Psychologue clinicienne   | 0,4         | 0,4  |
| Educateur spécialisé  | 0           | 1,0  |
| Collaborateur responsable de l'administration et de la logistique | 0           | 0,5  |
| TOTAL   | 1,1         | 4,7  |

## III. MISSION DU DCPHM RENFORCE

- a. **Développer la collaboration entre la psychiatrie publique et le domaine socio-éducatif du handicap mental sur le plan cantonal :**
  - assurer les interventions de liaison entre les établissements socio-éducatifs et les hôpitaux des secteurs psychiatriques,
  - collaborer avec les centres de traitement psychiatrique ambulatoire des secteurs en contribuant à l'accompagnement médico-psycho-social des personnes handicapées mentales et de leurs familles,
  - encadrer l'activité des groupes consultants des secteurs,
  - collaborer avec le Médecin cantonal en ce qui concerne les problèmes médicaux relevant du Service de la santé publique dans le domaine du handicap mental,
  - collaborer avec la direction du Service de prévoyance et d'aides sociales en ce qui concerne la révision des pratiques socio-éducatives dans le cadre des institutions spécialisées.
- b. **Contribuer au développement de structures adaptées à l'hospitalisation de personnes handicapées mentales dans le cadre des hôpitaux des secteurs psychiatriques :**
  - pour obtenir les moyens de traiter efficacement les états de crises évolutives de personnes handicapées présentant un retard mental grave avec des troubles majeurs du comportement et de la communication,
  - pour obtenir les moyens d'effectuer des programmes d'investigation ou de traitement spécialisés qui ne peuvent être réalisés dans les institutions socio-éducatives.
- c. **Promouvoir l'enseignement et la recherche scientifique dans le domaine du handicap mental dans le cadre de la psychiatrie universitaire lausannoise :**
  - en collaboration avec les institutions universitaires psychiatriques genevoises ou étrangères qui disposent d'instituts de recherche dans le domaine du handicap mental.
- d. **Promouvoir la coordination et l'échange d'expériences entre les intervenants médicaux et paramédicaux qui pratiquent dans les diverses institutions socio-éducatives du canton :**
  - en organisant des rencontres interdisciplinaires de médecins (généralistes et psychiatres), psychologues et infirmiers cliniciens concernés par le domaine du handicap mental.
- e. **Promouvoir la collaboration avec les associations de parents et de proches des personnes handicapées mentales :**
  - en favorisant l'échange d'informations, la concertation et la participation en commun à des démarches orientées vers l'amélioration des moyens de soins et de prise en charge institutionnels des personnes handicapées mentales.

#### IV. ORGANIGRAMME ET FONCTIONS DU DCPHM RENFORCE



#### Composition de l'équipe pluridisciplinaire du DCPHM :

- Médecins :
  - Dr F. Grasset, médecin-chef
  - Dr M. Navarro, chef de clinique
- Psychologue
  - Mme D. Spagnoli
- Infirmiers
  - M. J. Favrod, ICS
  - M. S. Poissonnier
- Educateur
  - M. V. Fernandez
- Responsable de l'administration et de la logistique
  - M. A. Villar
- Collaborateurs de recherche
  - 2 psychologues stagiaires
  - 2 éducateurs stagiaires

| Activité dans le cadre du DCPHM – site de Cery   |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation ambulatoire spécialisée HM</li> <li>• Accompagnement psychiatrique de familles de personnes HM</li> <li>• Collaboration (consilium) avec les médecins généralistes ou les psychiatres intervenant en privé ou dans les établissements socio-éducatifs spécialisés pour des problèmes liés au HM</li> </ul> |  |
| Activité dans le cadre des établissements socio-éducatifs en « équipe pluridisciplinaire mobile »  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liaison entre l'hôpital psychiatrique et les établissements socio-éducatifs spécialisés, en cas d'hospitalisation</li> <li>• Collaboration thérapeutique et supervision d'interventions lors de situations critiques dans les établissements socio-éducatifs spécialisés</li> </ul>                                     |  |
| Activité d'experts ou de consultants   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration avec les services cantonaux de la santé publique (SSP) et de prévoyance et d'aides sociales (SPAS)</li> </ul>   |  |
| Activité scientifique  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de recherche dans le domaine du HM en collaboration avec le dispositif d'enseignement et de recherche de l'UR et avec le service des neurosciences du DP CHUV</li> </ul>  |  |
| Activité d'enseignement  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'enseignement dans le domaine du HM en collaboration avec le dispositif d'enseignement et de recherche de l'UR</li> </ul>  |  |

NB : L'engagement du chef de clinique de même que celui des collaborateurs de recherche sera effectif au début d'octobre 2006

## V. DIFFICULTES DANS LA SITUATION ACTUELLE

Jusqu'à fin 2005, pour les raisons précédemment évoquées dans l'historique de la création du DCPHM (cf. supra ch. I), on admettait par principe que :

- Les admissions à l'hôpital psychiatrique de personnes souffrant d'un handicap mental sont strictement réservées au traitement d'un trouble psychique aigu caractérisé, sur indication médicale précisant la nécessité d'une hospitalisation
- A condition que l'hospitalisation soit de durée limitée et que le retour dans l'établissement socio-éducatif de provenance soit garanti dès que le maintien en milieu hospitalier n'est plus nécessaire pour des raisons médicales

Le 1<sup>er</sup> janvier 2006, le règlement intitulé « Directives et Canevas de protocole – Institution spécialisée et mesure de contrainte » a été mis en application. Fondé sur la base légale de la LAIH, ce règlement stipule que :

- **Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard de personnes handicapées mentales est interdite dans le cadre des institutions socio-éducatives spécialisées.**
- **Une mesure de contrainte ne peut exceptionnellement être prescrite que si d'autres mesures moins restrictives ont échoué ou n'existent pas et si le comportement du résident présente un danger grave pour sa sécurité, sa santé ou sa vie ou celle d'autres personnes.** Elle doit respecter les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, d'autonomie, de dignité de la personne et de proportionnalité. **La durée de la mesure est strictement limitée.**
- **En cas de prolongation au-delà de la durée de 24 heures ou de répétition d'une mesure de contrainte,** des justifications doivent être inscrites dans le protocole qui sera transmis au médecin cantonal. Dans ces conditions, **les pratiques et protocoles thérapeutiques de l'hôpital psychiatrique sont appliqués et ses compétences sont requises.**

L'introduction de ce règlement pose de graves problèmes dans le cadre des établissements socio-éducatifs spécialisés dans le domaine du handicap mental, lesquels avaient l'habitude d'utiliser les mesures de contraintes visées pour maintenir les personnes handicapées mentales dans leur lieu de vie socio-éducatif lorsqu'il s'agit de surmonter diverses formes (occasionnelles, récurrentes ou persistantes) de troubles majeurs du comportement.

Depuis le début de l'année 2006, on assiste à une **sur-sollicitation des hôpitaux des 4 secteurs psychiatriques pour des hospitalisations de longue, voire très longue durée,**

- parce que **les établissements socio-éducatifs se déclarent dans l'incapacité de maîtriser des situations de crise évolutive** provoquant des troubles majeurs du comportement, notamment des comportements oppositionnels et auto- ou hétéro agressifs qui déstabilisent l'équilibre relationnel avec l'entourage socio-éducatif habituel ;
- dans ces conditions, le retour dans l'établissement socio-éducatif de provenance n'est plus garanti. Il en résulte que **des personnes présentant un lourd handicap, notamment sur le plan de la communication, en raison d'une arriération mentale sévère sont maintenues en milieu psychiatrique hospitalier, pour une durée indéterminée,** laquelle se prolonge tant que le retour dans un établissement socio-éducatif s'avère impossible.

### Difficultés rencontrées par le DCPHM dans ce contexte

- Les membres de l'équipe pluridisciplinaire du DCPHM sont sur-sollicités par les difficultés liées aux hospitalisations de personnes handicapées mentales présentant un retard mental grave avec troubles majeurs du comportement et de la communication.
- Trois membres de l'équipe pluridisciplinaire du DCPHM (le médecin-chef, l'infirmier ICS et l'éducateur) doivent consacrer beaucoup de temps et d'énergie à leur participation au comité de révision des pratiques socio-éducatives correspondant à une mesure de contrainte.

Cette surcharge absorbe l'activité des membres de l'équipe pluridisciplinaire au détriment des autres missions principales du DCPHM, à savoir :

- Consultation ambulatoire spécialisée pour les personnes handicapées mentales qui ne sont pas placées dans une institution socio-éducative et leur familles.
- Interventions thérapeutiques et supervision des équipes socio-éducatives à la demande des institutions spécialisées pour la prévention des épisodes critiques constituant un risque d'hospitalisation.
- Préparation des programmes de recherche scientifique et de pharmacovigilance dans le domaine du handicap mental (en collaboration avec l'équipe de la Professeure Schenk des neurosciences et avec l'Unité de psychopharmacologie clinique du Professeur Baumann).
- Préparation des programmes d'enseignement universitaire prégrade et de formation postgrade ou de formation permanente.
- Réorientation du fonctionnement des « groupes consultants des secteurs psychiatriques » en raison de leurs nouvelles attributions consécutives à la mise en application du règlement (fondé sur la LAIH) au sujet des mesures de contrainte.

En d'autres termes, **ce sont les fonctions cliniques du DCPHM sur le plan de la psychiatrie communautaire de même que ses fonctions universitaires qui sont compromises.**

| SYNTHESE DES DIFFICULTES          |   |
|-----------------------------------|---|
| Niveau logique                    | nature des difficultés  |
| <b>SUR LE PLAN CONTEXTUEL</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mise en pratique du règlement sur les mesures de contrainte a considérablement déstabilisé l'équilibre fonctionnel du réseau d'établissements socio-éducatifs (ESE) spécialisés dans le domaine du handicap mental (HM).</li> <li>→ <i>Des prises en charge de personne HM auparavant maintenues depuis longtemps dans les lieux socio-éducatifs sont considérées comme dépassant les possibilités ou les compétences des ESE.</i></li> </ul>   |
| <b>SUR LE PLAN INSTITUTIONNEL</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les hôpitaux psychiatriques doivent accepter des hospitalisations de longue durée de personnes HM gravement handicapées.</li> <li>→ <i>Ces hospitalisations ne sont pas compatibles avec le fonctionnement habituel des divisions hospitalières qui ne sont pas correctement équipées ni adéquatement dotées en ressources humaines pour cela.</i></li> <li>▪ Les ESE tardent voire refusent de reprendre les personnes HM gravement handicapées en arguant d'un manque de moyens voire de compétences.</li> <li>→ <i>Cette résistance au retour des personnes HM hospitalisées dans le lieu de vie socio-éducatif habituel crée une grande tension inter-institutionnelle, étant donné qu'elle bloque une partie de la capacité d'accueil des hôpitaux, notamment dans les chambres de soins intensifs, ce qui provoque souvent des difficultés importantes pour les admissions des patients psychiatriques habituels.</i></li> </ul> |
| <b>SUR LE PLAN CLINIQUE</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faute de ressources humaines et d'équipements adaptés les hospitalisations prolongées de personnes HM provoquent une régression sur le plan socio-éducatif.</li> <li>→ <i>Il y a donc un effet iatrogène qui aggrave l'évolution des personnes HM longuement hospitalisées et rend progressivement de plus en plus difficile leur retour dans les lieux de vie des ESE.</i></li> <li>▪ Les ESE sont encore très ancrés dans le clivage « santé / social et ils fonctionnent d'une manière et à un rythme qui est peu compatible avec le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques.</li> <li>→ <i>Il en résulte des grandes difficultés de liaison inter-institutionnelle.</i></li> <li>→ <i>L'équipe mobile du DCPHM tend à être instrumentée pour obtenir coûte que coûte des hospitalisations, puis le maintien à long terme des personnes HM problématiques à l'hôpital.</i></li> </ul>  |



| SYNTHESE DES DIFFICULTES – SUITE –     |   |
|--|---|
| Niveau logique                         | nature des difficultés  |
| <b>SUR LE PLAN ASSECUROLOGIQUE</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les assurances maladies contestent de plus en plus les indications et surtout la longueur des hospitalisations de personnes HM en milieu psychiatrique hospitalier.</li> <li>→ Il en résulte des démarches compliquées avec les médecins-conseils et un contentieux qui va en s'aggravant entre les assurances maladie et l'administration du DP CHUV.</li> </ul>  |
| <b>DANS LES RAPPORTS AVEC LE SPAS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'octroi du soutien socio-éducatif prévu pour suppléer au manque de ressources humaines adéquates des hôpitaux psychiatriques lors des hospitalisations n'est pas effectif en raison de difficultés de procédure et surtout de l'absence d'un pool d'éducateurs mobilisables pour cela.</li> <li>→ Il en résulte la nécessité de renforcer la dotation des équipes médico-soignantes par du personnel infirmier intérimaire, ce qui pose d'importants problèmes en aggravant la rotation et l'inexpérience des soignants encadrant les personnes HM hospitalisées.</li> </ul>  |
| <b>DANS LES RAPPORTS AVEC LE DCPHM</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La plus grande partie de la disponibilité des ressources humaines du DCPHM est absorbée par les problèmes liés aux hospitalisations problématiques en rapport avec l'application du règlement au sujet des mesures de contrainte.</li> <li>→ Il en résulte un manque de disponibilités pour les autres missions du DCPHM, soit le soutien aux familles et la consultation ambulatoire pour les personnes HM qui ne sont pas placées dans un ESE sur le plan résidentiel.</li> <li>→ De plus, la mise en oeuvre du DCPHM est considérablement perturbée sur le plan universitaire en ce qui concerne la recherche et l'enseignement.</li> </ul> |

## VI. PROBLEMES A RESOUDRE

### ➤ Surcharge des hôpitaux psychiatriques par des hospitalisations trop longues et inappropriées

| Hospitalisations de durée indéterminée pour troubles majeurs de la communication et du comportement non maîtrisables en milieu socio-éducatif |               |                                |                                 |
|---|---------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Nombre de patients HM   | Durée cumulée | Proportion de la durée cumulée |                                 |
|   |               | HP de Cery                     | HP de Nant, Prangins et Yverdon |
| 3   | 394 jours     | 83,6 %                         | 16,4 %                          |

En ce qui concerne les hospitalisations de durée indéterminée pour troubles majeurs de la communication et du comportement non maîtrisables en milieu socio-éducatif, la surcharge prédomine à l'hôpital de Cery qui assume actuellement la majeure partie des hospitalisations trop longues et inappropriées, dans la mesure où leur prolongement pour une durée indéterminée est uniquement dû au fait que, pour le moment, aucun des établissements spécialisés du canton ne se déclare apte à réinsérer les 3 patients en question dans un lieu de vie socio-éducatif.

| Hospitalisations de durée limitée pour troubles psychiques passagers à l'HP de Cery |                           |               |  |
|---|---------------------------|---------------|--|
| Nombre de patients HM   | Nombre d'hospitalisations | Durée cumulée | Durée cumulée du prolongement de 4 hospitalisations sans raison médicale, à cause de difficultés institutionnelles dans les établissements socio-éducatifs |
| 7   | 10                        | 143 jours     | <b>51 jours, soit le 64% de la durée cumulée des 4 hospitalisations en question</b>  |

La surcharge de l'hôpital de Cery est encore aggravée par la résistance des milieux socio-éducatifs lorsqu'il s'agit d'accepter le retour des patients dans leur lieu de vie habituel, à partir du moment où il n'y a plus de raison médicale de prolonger l'hospitalisation.

➤ **Carence d'équipement et de personnel spécialisé dans le domaine du handicap mental dans les hôpitaux psychiatriques**

- L'équipement des divisions de soins des 4 hôpitaux psychiatriques du canton n'est pas adapté à la prise en charge de personnes handicapées présentant des troubles majeurs de la communication et du comportement lié à une arriération mentale grave (HM sévère). Il en résulte que :
  - Les patients souffrant d'un HM sévère bloquent l'utilisation des chambres de soins intensifs au détriment des possibilités de traitement des patients psychiatriques adultes habituels.
  - Le manque de locaux spécialement adapté provoque d'importantes difficultés de cohabitation avec des patients psychiatriques adultes habituels, ce qui nécessite trop fréquemment l'isolement momentané des patients souffrant d'un HM sévère.
- Le personnel soignant des hôpitaux psychiatriques n'a généralement aucune formation à l'approche relationnelle de type socio-éducatif des patients souffrant d'un HM sévère. Il en résulte que :
  - Les patients souffrant d'un HM sévère qui restent longtemps en milieu hospitalier perdent les acquis que l'encadrement socio-éducatif antérieur avait permis d'obtenir dans les établissements spécialisés où ils résidaient avant l'hospitalisation.
  - Ce genre de régression aggrave les difficultés qui empêchent le retour de ces patients dans un lieu de vie institutionnel spécialisé.

➤ **Carence de moyens suffisamment adaptés aux troubles psychiques et aux troubles du comportement inhérents à l'arriération mentale grave dans les établissements socio-éducatifs**

- L'organisation et le fonctionnement des institutions socio-éducatives spécialisées sont insuffisamment adaptée à la confrontation aux troubles majeurs de la communication et du comportement qui caractérisent les crises évolutives épisodiques des résidents souffrant d'un HM sévère. Il en résulte :
  - Un manque de structures adaptées à la prise en charge de ces résidents dans des conditions qui permettent une approche interdisciplinaire globale du HM sévère, pour maîtriser autant que possible les facteurs de risque susceptibles d'induire des états de crise.
  - Une altération de l'équilibre relationnel avec l'entourage et une désadaptation progressive aux conditions d'existence dans le lieu de vie socio-éducatif lorsqu'un état de crise s'amorce, ce qui provoque une surdétermination des causes psychiatriques.
  - Une aggravation de l'évolution qui finit par imposer le recours au milieu hospitalier, en dépit du fait que l'équipement hospitalier est inapproprié.

## **VII. PROPOSITION DE SOLUTIONS**

- **Dans le cadre de la psychiatrie publique, il faudrait améliorer rapidement les possibilités d'hospitalisations de personnes souffrant d'un HM sévère et présentant un état de crise évolutive.** Dans cette perspective, à partir des moyens existants, on peut envisager la création

- **de pôles de compétence hospitalière HM sévère dans les 4 secteurs psychiatriques**

Dans les hôpitaux psychiatriques de Cery, Nant, Prangins et Yverdon, il s'agirait d'aménager et d'équiper de façon adéquate une portion de division de soins (de 2 ou 3 lits) qui serait attribuable en cas de besoin à l'hospitalisation de personnes handicapées mentales présentant un état de crise évolutive avec troubles majeurs de la communication et du comportement.

- **de pôles de compétence socio-éducative HM sévère dans les établissements spécialisés**

Dans les principales institutions spécialisées, pour limiter autant que possible la durée des hospitalisations en favorisant le retour dans un lieu de vie socio-éducatif, il s'agirait d'aménager et d'équiper de façon adéquate une structure qui serait dévolue à la prise en charge socio-éducatif de personnes handicapées mentales présentant un risque de crise évolutive avec troubles majeurs de la communication et du comportement.

- **d'un pool d'éducateurs spécialisés mobilisables en milieu hospitalier**

Il s'agirait ainsi de réunir les moyens d'attribuer rapidement un soutien socio-éducatif effectif aux équipes soignantes des pôles de compétence hospitalière, dès l'admission d'une personne souffrant d'un HM sévère, afin de limiter, voire d'éviter, la régression des acquis socio-éducatifs antérieurs à l'hospitalisation.

- Dans le cadre de la politique de santé mentale, il faudrait étudier les possibilités de financer dans les meilleurs délais possibles la création d'une

- **unité psychiatrique hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental**

Il est souhaitable que la conceptualisation et la création de ce dispositif s'inscrivent dans le cadre des développements futurs du DCPHM. Dans cette perspective, il est nécessaire que le projet

- se fonde sur une étude approfondie des besoins (épidémiologie clinique de la population à risque dans le cadre de l'ensemble des institutions socio-éducatives),
- soit dotée de locaux spécifiquement adaptés au traitement d'épisodes critiques caractérisés par des troubles majeurs de la communication et du comportement dans les cas de HM sévère,
- soit dotée de ressources humaines pluridisciplinaires d'un effectif suffisant pour assurer la maîtrise des troubles majeurs de la communication et du comportement en limitant les moyens de contention à des situations exceptionnelles,
- dispose d'un équipement qui tienne compte de la nécessité de développer les investigations spécialisées et la recherche scientifique dans le domaine du handicap mental,
- se situe dans des locaux offrant la possibilité d'effectuer aussi, le cas échéant, des hospitalisations pour des investigations spécialisées ou des ajustements de traitement médicamenteux, ainsi que des hospitalisations de jour, dans des cas moins graves que le HM sévère,
- permette des traitements de longue durée, mais tout de même exclusivement de durée limitée, afin d'éviter que la capacité d'accueil de l'unité hospitalière soit rapidement et longuement absorbée par le placement des personnes souffrant d'un handicap mental particulièrement grave que les institutions socio-éducatives refuseraient de reprendre en charge à terme.

| TYPE DE PROJET  | IMPORTANCE          | DEGRE D'URGENCE    | FAISABILITE  |
|---|---------------------|--------------------|--|
| Pôles de compétence hospitalière HM sévère  | Grande              | Elevé              | Moyenne à difficile en fonction des contraintes budgétaires, structurelles et architecturales des HP concernés |
| Pôles de compétence socio-éducative HM sévère dans les établissements spécialisés | Grande              | Elevé              | Dépend des ESE   |
| Pool d'éducateurs spécialisés mobilisables en milieu hospitalier                  | <u>Très grande*</u> | <u>Très élevé*</u> | Dépend du SPAS   |
| Unité psychiatrique hospitalière spécialisée dans le domaine du handicap mental   | Grande              | Moyen              | Dépend de la conceptualisation et de l'étude du projet ainsi que des possibilités de son financement           |

\* Pour toutes les raisons évoquées dans ce qui précède le besoin de soutien socio-éducatif spécialisé est impérieux en milieu hospitalier dans la situation actuelle.

### **Annexe 3 : Conventions de transcription**

#### **Chevauchements**

[ ] sont prononcés ensembles

et [[.....]] quand deux chevauchements sont proches l'un de l'autre, pour ne pas les confondre

À: il fait beau [aujourd'hui]

B: [oui] et pis toi qu'est-ce tu [[en penses]]

A : [[moi rien]] du tout

#### **Enchaînement très rapide entre deux locuteurs**

un § à la fin de L1

un § au début de L1

À: il fait beau aujourd'hui§

B: §c'est vrai

les deux tours de parole se suivent sans pause

Indique également lors d'un chevauchement lorsqu'il y a continuité entre la première partie de L1 et la deuxième partie de L1

#### **Rallongement de voyelles**

:

::: selon longueur du rallongement

Exemple: il fait beau::: (comprendre il fait [bôô])

(permet d'indiquer un ralentissement du débit)

**Arrêt brutal d'un mot ou d'un énoncé** (faux départ) ou interruption de L1 par L2

-

Exemple: il fait b- moche aujourd'hui

À il fait beau auj-

B: et tu pars quand?

### **Comportement non verbal. etc.**

(chuchotement)

(soupir)

(rire)

### **Commentaires du transcripteur**

(( ))

Exemple ((semble gêné)) ((ralentit nettement le débit))

### **Inaudible**

x: pour une syllabe

xx: pour deux syllabes

etc.

Quand longue séquence difficilement audible, une \* au début de la séquence et une \* à la fin avec indication (\* très inaudible\*)

### **Mot ou énoncé incertains**

<demain> si suivi de <devant>: devant est une alternative

### **Accentuation d'un mot ou d'une syllabe**

MAJUSCULES

### **Indication d'intonation**

' intonation montante (pas nécessairement une question)

, intonation descendante

. intonation descendante avec légère pause

(autrement dit: garder la ponctuation habituelle, sauf points d'exclamation)

### **Pauses**

/

//

(pause 15 secondes) quand longue pause

#### Annexe 4 : Distribution des obstacles et de leurs résolutions par extrait

| Extrait, pseudonyme patient           | Objet de l'obstacle     | Type d'obstacle    | Entre qui et qui / quoi et quoi ?                      | Traitement de l'obstacle               |
|---------------------------------------|-------------------------|--------------------|--|--|
| 2010_04_19_5, Elaine Beck             | Diagnostic              | Conflit            | DCPHM / Médecin patiente                               | Catégorisation de l'équipe             |
| 2010_05_17_1, Saudan                  | Diagnostic              | Conflit            | Élément nosographiques (outil) / cas réel (patient)    |  |
|                                       | Placement               | Conflit            | Organisation du travail / patient                      |  |
|                                       | Partage de l'arène      | Conflit            | DCPHM / UR   | compromis                              |
|                                       | Médication              | Conflit            | Professionnels / patient                               |  |
|                                       | Patient                 | Conflit (critique) | Prisca / organisation du travail                       | minimisation catégorisation du patient |
|                                       | Partage de l'arène      | Conflit            | DCPHM / L'Esplanade                                    |  |
| 2010_05_17_4, Fabrice Roth            | Diagnostic              | Conflit            | Élément nosographiques (outil) / cas réel (patient)    |  |
| 2010_06_14_1, Saudan                  | Diagnostic              | Conflit            | Élément nosographiques (outil) / cas réel (patient)    |  |
| 2010_06_14_3, Claudia Tisch           | Placement               | Double lien        | Maéva / Etablissement A                                | outil                                  |
| 2010_06_14_4, "une nouvelle personne" | Demande                 | Conflit            | Groupe A / DCPHM                                       | rejet de l'obstacle                    |
| 2010_06_21_4, Claver Anabel           | Organisation du travail | Conflit            | patiente / responsable éducative                       |  |
|                                       | Diagnostic              | Conflit            | Diagnostic existant (outil) / Diagnostic DCPHM (outil) |  |
|                                       | Organisation du travail | Conflit critique   | patiente / responsable éducative                       |  |
|                                       | Organisation du         | Dilemme            | Secret professionnel                                   | prescription                           |

|  |                                  |                     |   |   |
|--|----------------------------------|---------------------|---|---|
|  | travail                          |                     | (règles)/ loyauté<br>envers la patiente<br>(règles) | d'une solution<br>discours<br>rapporté simulé                 |
|  | Partage de l'arène               | Conflit             | DCPHM /<br>Etablissement B                          |   |
|  | Dispositif de prise<br>en charge | Conflit             | Mère / professionnels                               | Prescription<br>d'une solution<br>Discours<br>rapporté simulé |
| 2010_06_28_1,<br>Une dame                      | Demande                          | Conflit             | DCPHM /<br>Etablissement socio-<br>éducatif         | outil<br>prescription<br>d'une solution                       |
|  | Médication                       | Conflit             | DCPHM /<br>Etablissement socio-<br>éducatif         | rejet de<br>l'obstacle  |
| 2010_06_28_2<br>Loïc Crone /<br>monsieur Ramuz | Dispositif de prise<br>en charge | Dilemme             | Parents / DCPHM                                     | Prescription<br>d'une solution<br>Discours<br>rapporté simulé |
| 2010_07_05_2,<br>Elaine Beck                   | Diagnostic                       | Conflit             | Ilan / Marc   |   |
| 2010_07_12_1,<br>Serge Sontag                  | Demande                          | Conflit             | DCPHM /<br>Etablissement C                          | catégorisation<br>du patient                                  |
| 2010_08_30_1,<br>Monsieur Pasche               | Demande                          | Dilemme             | DCPHM /<br>Etablissement A                          | catégorisation<br>de l'équipe                                 |
| 2010_08_30_4,<br>Didier Chabrol                | Demande                          | Conflit             | DCPHM /<br>Etablissement D                          |   |
|  | Partage de l'arène               | Conflit             | DCPHM /<br>Etablissement D                          | Prescription de<br>solution                                   |
| 2010_08_30_5,<br>Stephane<br>Antonini          | Organisation du<br>travail       | Conflit<br>critique | Inès / Manu   | rejet de<br>l'obstacle<br>minimisation de<br>l'obstacle       |
|  | Organisation du<br>travail       | Conflit<br>critique | Inès / L'Esplanade                                  | Discours<br>rapporté simulé                                   |
| 2010_09_27_1,<br>Madame Marquis                | Dispositif de prise<br>en charge | Conflit             | DCPHM / Parents                                     |   |
|  | Diagnostic / tests               | Conflit<br>critique | DCPHM / Autre psy                                   |   |
|  | Dispositif de prise              | Dilemme             | Patiente / famille                                  | catégorisation  |

|                                      |                                  |                     |   |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------|---|--|
|                                      | en charge                        |                     |   | patient<br>discours<br>rapporté simulé<br>prescription de<br>solution<br>compromis |
| 2010_09_27_2,<br>Laura Masson        | Dispositif de prise<br>en charge | Conflit             | Parents /<br>Etablissement socio-<br>éducatif                               | prescription de<br>solution  |
| 2010_09_27_3,<br>Emile Vanier        | Hospitalisation                  | Conflit             | Mère / Groupe B   |  |
|                                      | Hospitalisation                  | dilemme             | Mère / Patient  |  |
|                                      | Diagnostic                       | Conflit             | Manque d'informations   |  |
| 2010_09_27_5,<br>Bauman              | Organisation du<br>travail       | Conflit             | Prisca / Cery   |  |
|                                      | Diagnostic                       | Conflit             | Elément<br>nosographiques (outil)<br>/ cas réel (patient)                   |  |
|                                      | Tests/ évaluation                | Conflit             | Prisca / patient  | catégorisation de<br>l'équipe  |
|                                      | Placement                        | Conflit             | DCPHM / L'Esplanade   | compromis  |
|                                      | Test/évaluations                 | Dilemme             | Outils mesures /cas<br>réel (patient)                                       | résolution   |
|                                      | Placement                        | Conflit             | Cery/L'Esplanade  |  |
|                                      | Partage de l'arène               | Dilemme             | Projets du DCPHM<br>(unité hospitalière) /<br>division du travail           |  |
| 2010_10_04_1,<br>Mireille Klun       | Dispositif de prise<br>en charge | Conflit             | DCPHM / L'Esplanade   |  |
|                                      | Organisation du<br>travail       | Conflit<br>critique | DCPHM / L'Esplanade   | Catégorisation<br>de l'équipe<br>résolution  |
| 2010_10_04_2,<br>Chappuis<br>Léonore | Dispositif de prise<br>en charge | Conflit             | Ophtalmologue /<br>généraliste  |  |
|                                      | Mesures de<br>contraintes        | Dilemme             | Règles (pas de<br>contention)/ cas réel<br>(patiente va toucher<br>son œil) | Catégorisation<br>du patient<br>rejet de<br>l'obstacle                             |



|                                |                               |                  |  |  |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|--|--|
|                                |                               |                  |  | prescription de solution                               |
| 2010_10_18_2, Jeff Ansel       | Placement                     | Conflit          | Parents / Groupe B                                     |  |
|                                | Organisation du travail       | Conflit          | Règles / cas réel (ce sont les enfants qui traduisent) |  |
|                                | Partage de l'arène            | Conflit          | DCPHM / Institution C.                                 |  |
|                                | Placement                     | Conflit          | DCPHM / Groupe B                                       |  |
|                                | Partage de l'arène            | Conflit          | Institution C. / parents                               |  |
|                                | Placement                     | Conflit          | DCPHM / Groupe A                                       |  |
|                                | Placement                     | Conflit          | DCPHM / Groupe A                                       |  |
| 2010_10_18_3, Justine Chauvin  | Tests, évaluations cognitives | Conflit          | Outils mesures /cas réel (patient)                     |  |
| 2010_11_08_2, Saudan           | Dispositif de prise en charge | Conflit          | Prisca / L'Esplanade                                   | Rejet de l'obstacle                                    |
|                                | Hospitalisation               | Conflit          | Prisca / L'Esplanade                                   | compromis  |
|                                | Placement                     | Dilemme          | Etablissement A / Prisca                               | prescription de solution                               |
|                                | Placement                     | Conflit critique | Etablissement A / Prisca                               | prescription de solution<br>catégorisation de l'équipe |
| 2010_11_29_1, Sabine Renou     | Dispositif de prise en charge | Conflit critique | Prisca / L'Esplanade                                   |  |
|                                | Dispositif de prise en charge | Conflit          | Patiente / L'Esplanade                                 |  |
|                                | Organisation du travail       | Conflit          | Réseau / Prisca  |  |
| 2010_11_29_3, Monsieur Pelat   | Partage de l'arène            | Conflit          | Elisa / mère du patient                                |  |
| 2010_12_13_1, Prisca Graz      | Demande                       | Conflit critique | DCPHM / Groupe B                                       |  |
| 2010_12_13_2, Constantin Bloch | Diagnostic                    | Conflit          | Diagnostic existant (outil)/ Diagnostic DCPHM (outil)  | Exploration<br>Catégorisation du patient               |
|                                | Partage de l'arène            | Conflit          | Division du travail de (organisation de                |  |

|                                |                               |                  |   |   |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|---|---|
|                                |                               |                  | l'arène en secteurs) / demande (outil)                          |   |
|                                | Dispositif de prise en charge | Dilemme          | Famille / DCPHM   | Exploration   |
|                                | Partage de l'arène            | Dilemme          | Demande (outil) / division du travail (répartition des acteurs) |   |
| 2010_12_13_4, Françoise Veder  | Dispositif de prise en charge | Conflit          | Famille / DCPHM   |   |
|                                | Demande                       | Double lien      | Famille / DCPHM   | prescription  |
|                                | Demande                       | Conflit          | Doctoresse / DCPHM  |   |
| 2011_01_17_2, Monsieur Billy   | Partage de l'arène            | Dilemme          | DCPHM/réseau  |   |
| 2011_02_28_2, Franck Huguenin  | Organisation du travail       | Conflit          | Elisa / réseau  |   |
| 2011_02_28_3, Monsieur Monnier | Diagnostic                    | Conflit          | Diagnostic existant (outil)/ Diagnostic DCPHM (outil)           | Catégorisation du patient   |
| 2011_02_28_4, Monsieur Aubry   | Organisation du travail       | Conflit          | DCPHM / Equipe éducative  | Catégorisation de la patiente<br>Prescription<br>Catégorisation de l'équipe |
| 2011_04_04_1, Christiane Weiss | Diagnostic                    | Conflit          | Pauline / Monsieur Sapin  |   |
|                                | Demande                       | Conflit          | DCPHM / Lilas   |   |
| 2011_04_04_2, Alexandre Durans | Organisation du travail       | Conflit critique | DCPHM / L'Esplanade   |   |
|                                | Demande                       | Conflit          | DCPHM / L'Esplanade   | prescription de solution  |
| 2011_04_04_3, Madame Mayor     | Diagnostic                    | Conflit          | Gaspard / Groupe B  | prescription de solution  |
| 2011_06_20_2, Carine Follet    | Diagnostic                    | Conflit          | Elément nosographiques (outil) / cas réel (patient)             |   |
|                                | Dispositif de prise en charge | Conflit          | Famille / réseau  |   |

|                           |                               |         |                         |  |
|---------------------------|-------------------------------|---------|-------------------------|--|
|                           | Dispositif de prise en charge | Conflit | Patiente / réseau       | Discours rapporté simulé               |
|                           | Dispositif de prise en charge | Conflit | Dr Rochat / L'Esplanade | exploration                            |
|                           | Organisation du travail       | Conflit | DCPHM / L'Esplanade     | catégorisation de la patiente<br>outil |
| 2011_06_27_2,<br>Noé Paco | Placement                     | Conflit | Mère / Réseau           |  |
|                           | Dispositif de prise en charge | Conflit | Mère / Réseau           | résolution                             |