



HAL
open science

Qui prend soin du réseau? ESSAI D'ACTUALISATION DU PARADIGME DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTÉ MENTALE FRANÇAIS

Héloïse Haliday

► **To cite this version:**

Héloïse Haliday. Qui prend soin du réseau? ESSAI D'ACTUALISATION DU PARADIGME DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE MENTALE FRANÇAIS. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, A paraître, 10.1016/j.amp.2019.09.010 . hal-02387862

HAL Id: hal-02387862

<https://hal.science/hal-02387862>

Submitted on 30 Nov 2019

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

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

**QUI PREND SOIN DU RESEAU ? ESSAI D'ACTUALISATION DU PARADIGME DE
LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE
MENTALE FRANÇAIS**

Héloïse Haliday¹

¹ Héloïse Haliday, 41 avenue Georges Pompidou, 92300 Levallois-Perret, 0663273302, heloise.haliday@gmail.com.

Résumé :

Dans un contexte où la psychiatrie et plus largement le champ de la santé mentale semblent peiner à prendre soin de ceux qui y travaillent, nous souhaitons proposer une réactualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle (P.I.) à l'aune des expériences, des pratiques et des discours des professionnels d'aujourd'hui.

A l'aide d'une méthodologie qualitative, nous avons comparé les résultats d'une étude de documents portant sur les écrits des principaux auteurs de la P.I. des années 50 à 80 et les conclusions d'une enquête de terrain menée dans quatorze institutions sanitaires et médico-sociales au sein desquelles nous avons rencontré 85 professionnels lors d'entretiens semi-dirigés enregistrés, retranscrits et anonymisés.

Notre recherche montre que la situation du monde de la santé français crée des opportunités et des risques pour la pérennité de la P.I. : préoccupation grandissante pour la Qualité de Vie au Travail de soignants en difficulté dans leurs services et absence de modèle *ad hoc* en santé mentale pour penser le travail d'équipe, mais aussi influence du paradigme de la désinstitutionalisation en psychiatrie et rejet de toute approche revendiquant sa dimension « institutionnelle ».

Après avoir thématiqué le corpus de la P.I. en huit concepts opératoires ou « opérateurs » : distinction statut/rôle/fonction, coefficient thérapeutique de la vie quotidienne, « faire avec » comme mode relationnel principal, fonction de décision partagée et agie en réunion, liberté de circulation, fonction d'accueil, principe hippocratique de « ne pas suraliéner » et greffe d'ouvert, nous démontrons, extraits d'entretiens et de journaux de bords à l'appui, que chacun de ces opérateurs travaille encore fortement le champ de la santé mentale. Nous proposons par conséquent de redonner à la P.I. sa place de théorie de la pratique du travail d'équipe en

psychiatrie et, plus encore, d'étendre ses conceptions aux liens inter-institutionnels afin d'analyser et de contribuer à leur développement dans les territoires français.

Mots-clés : psychothérapie institutionnelle ; santé mentale ; institution ; psychiatrie ; travail en équipe.

English summary : “Who cares for the network ? A tentative actualization of the institutional psychotherapy paradigm in the French mental health system”.

In this paper, we wish to actualize the French institutional psychotherapy (I.P.) paradigm in the light of the practices and discourses of today’s mental health professionals. Indeed, though I.P. started in 1952 as a sociology-inspired theory of practice in mental health institutions, it soon became an interdisciplinary theory and method for pluriprofessionnal teams working with people suffering from mental illnesses, using psychoanalytic, political, sociological, phenomenological and mathematical concepts to create an original corpus. Our research unfolds in two different types of results : first, from a document analysis we conducted on the writings of the major authors of the I.P. movement from the 50’s to the 80’s, eight « operational concepts » or « operators » emerged, which aim to answer the main ethical questions relating to everyday practice with people suffering from mental health disorders. These operators are underlying principles of the organization of care and teamwork : 1°) distinguishing between status, role and function ; 2°) considering daily life as having a therapeutic coefficient ; 3°) doing things together as the prime relationship structure between users and carers ; 4°) considering decision-making as a collective function enacted during pluriprofessional meetings ; 5°) freedom of circulation ; 6°) welcoming the singularity of patients ; 7°) trying not to further alienate them ; 8°) and finally “grafting openness” as a way to prevent the withdrawal of patients from their peers, and the withdrawal of the institutions away from the community.

Our second corpus has been gathered through a field study we conducted in fourteen sanitary and medicosocial institutions, in which we interviewed 85 mental health professionals. We transcribed, anonymized and analyzed the semi-directed interviews and

compared them to the eight « operators » of the I.P. movement which emerged from our document analysis.

Our research first showed the current situation of the French mental health field has created a series of risks and opportunities for the sustainability of the I.P. paradigm, most notably a growing concern for workers' Quality of Working Life, the influence of the deinstitutionalization paradigm, and the defiance surrounding the term « institution » itself, despite its rich and plural meaning.

Our main results, however, relate to the degree to which the operators are still relevant and useful today. We found most of the operators still represent important questions and problems mental health professionals deal with in their day-to-day practice with people suffering from mental health issues, be it the flattening of hierarchies within teams, the use of day-to-day activities as a means for therapy, the creation of clubs and common projects, the need for team meetings and shared decision-making, the growing respect for freedom of circulation as a constitutional right, the need to welcome users as they are, the questioning of professional ideals of care and recovery or the maintaining of partnerships between different institutions. We therefore affirm the use of the I.P. paradigm could help professionals reflect on their practices and empower themselves.

Keywords : milieu therapy ; hospitals, psychiatric ; mental health ; community health services ; patient care team.

Objectifs

La recherche que je vais vous présenter est modeste, car il s'agit des résultats d'une thèse de doctorat de psychologie que j'ai soutenu en janvier dernier à Paris-VII. C'est à l'occasion de ce travail que j'ai rencontré le Dr Petitjean, car à ma demande il m'avait ouvert les portes d'Ainay-le-Château pour que j'y rencontre les professionnels avec qui il travaillait. C'est cette fois sur son invitation que je communique aujourd'hui, et outre le plaisir que j'en tire, me trouver là devant vous est aussi un honneur.

L'hypothèse testée par mon travail part d'un constat : les professionnels de la santé mentale, secteurs sanitaire et médicosocial confondus, semblent se poser au quotidien les mêmes questions que celles dont témoignaient dans leurs textes les principaux architectes de la réforme psychiatrique française des années 50 et 60 - je pense ici aux interventions faites dans le groupe de Sèvres [11], ou encore aux réunions du GTPSI [1 ; 9] et quelques années plus tard, aux débats du *Livre blanc de la psychiatrie* [4]. Hiérarchie, quotidienneté, travail d'équipe, réunions, ouverture des portes, liens avec la ville... Je m'attendais à ce que tous ces termes passent, dans les entretiens que je conduisais, au second plan par rapport aux récits des nombreux changements qui sont intervenus dans le monde de la santé mentale ces vingt dernières années. Mais tels des invariants du travail clinique avec des personnes souffrant de troubles psychiques, ces notions, et avec elles un cortège de questions éthiques, revenaient sans cesse dans les discours des soignants de tous métiers que j'interviewais. J'ai donc formulé cette hypothèse : si les *questions* sont les mêmes, malgré les décennies qui séparent les professionnels d'aujourd'hui de leurs prédécesseurs de la réforme psychiatrique française, dans quelle mesure les préceptes du courant de la psychothérapie institutionnelle, courant historiquement complémentaire du secteur psychiatrique, pourraient-ils encore offrir des *réponses* à même de guider et d'analyser le travail pluriprofessionnel en santé mentale ?

Matériel et méthode

Il est nécessaire que je précise dès maintenant ce que j'entends par le terme de « psychothérapie institutionnelle ». Ce vocable né en 1952 [6] est en effet souvent pris pour un monolithe, représentatif d'*un* mouvement dont l'unique interprétation admise s'incarnerait dans *une* clinique, privée de surcroît, ce qui permet à ceux que la psychothérapie institutionnelle ne convainc pas sous cette forme d'affirmer qu'elle est par essence hospitalo-centriste, ou encore que ses principes sont inadaptés au secteur public. Je pense au contraire que l'on peut concevoir ce mouvement comme une boîte à outils, une théorie interdisciplinaire et une boussole pratique pour le travail pluriprofessionnel avec des sujets en souffrance psychique. C'est tout l'enjeu de la communication que je fais aujourd'hui que de m'essayer devant vous à cette démonstration, enjeu peut-être d'autant plus d'actualité que l'hôpital public redécouvre en ce moment-même - soixante ans après une bande d'irréductibles psychiatres - qu'il faut prendre soin de l'institution pour bien soigner les malades². Je dis volontairement institution car si dans l'anglais courant le terme *institution* signifie « hôpital », le vocabulaire anglais ancien et le vocabulaire français considèrent l'institution non comme la chose instituée mais comme un processus vivant et dynamique. L'hôpital est un établissement avec des missions ; l'institution permet de parler des réseaux d'échanges qui s'y développent pour mener ces missions à bien [7].

J'ai donc proposé, pour répondre à ma question de départ, de croiser deux corpus de données afin de les comparer en fonction d'une grille d'analyse créée pour l'occasion.

Le premier corpus, qui a servi à construire la grille d'analyse de mon travail de thèse, est constitué d'un ensemble d'œuvres retranscrites ou écrites par les promoteurs d'une psychothérapie institutionnelle référée à l'expérience de l'hôpital de Saint-Alban en Lozère, non-hostile à la psychanalyse lacanienne et assumant une conception politisée du travail en institution. L'analyse thématique séquenciée [13] que j'ai faite de ce corpus m'a permis de le

² Référence faite à la Stratégie Nationale de Santé « Prendre soin de ceux qui nous soignent », lancée en décembre 2016 par Marisol Touraine, alors Ministre de la Santé.

fragmenter en huit thèmes que j'ai appelés, en usant de la même terminologie que mes auteurs de référence, des concepts opératoires ou « opérateurs », dont la particularité est d'avoir une prise directe sur la pratique. Je vous les cite ici avec un vocabulaire contemporain ; chacun incarne une question et donne des pistes pour estimer l'ambiance des services et le travail fait par les équipes :

1 – Pratiquer une gymnastique mentale entre son statut, sa fonction et ses divers rôles dans les relations interpersonnelles, afin de travailler à partir d'une hiérarchie fonctionnelle et de prendre la mesure des effets de l'entraide entre personnes soignées,

2 - Prendre en considération le « coefficient thérapeutique » [12] de chacun des actes de la vie quotidienne, contribuant à redonner leur place aux professionnels souvent écartés du travail d'équipe comme les ASH et les secrétaires, mais aussi aux patients,

3 - Orchestrer l'« être avec » et le « faire ensemble » comme modes relationnels principaux entre soignants et soignés, par l'organisation de projets collectifs auxquels chacun est libre de contribuer,

4 - Faire de la décision une fonction exercée par ce collectif dans les temps de réunions, ce qui concerne tout autant les réunions soignants-soignés, que les relations entre soignants,

5 - Laisser, autant que possible, une liberté de circulation géographique qui permette à chaque patient de se réintégrer dans des relations avec ceux qu'il rencontre chemin faisant,

6 – Considérer l'accueil comme une fonction différenciée de l'admission et qui se répartit sur l'ensemble du collectif soignants-soignés,

7 - Soutenir une réflexivité chez les soignants afin qu'ils n'aliènent pas les usagers dans leurs propres émotions et idéaux,

8 - Et finalement, « greffer de l'ouvert » : ouverture psychique des personnes soignées sur le groupe et l'extérieur tout d'abord ; ouverture des institutions sur la cité, ensuite.

Ces opérateurs ne font pas système ni ne prétendent à l'exhaustivité, mais ils me sont apparus comme les « axiomes de base » [14] de la psychothérapie institutionnelle telle que pensée et promue par ses auteurs principaux.

Mon deuxième corpus de données a quant à lui été rassemblé par emprunt à la sociologie de sa méthode d'enquête de terrain ethnographique [3]. J'ai ainsi procédé à des observations participantes, pendant une semaine à chaque fois, dans 14 institutions sanitaires et médico-sociales situées dans des villes différentes, sélectionnés au moyen d'une étude de l'IRDES [5] portant sur l'hétérogénéité de l'offre en matière de santé mentale sur le territoire français. J'ai conduit avec les professionnels de ces 14 structures un total de 85 entretiens semi-dirigés que j'ai intégralement retranscrits et soumis à une analyse thématique hypothético-déductive, afin de déterminer la mesure dans laquelle les huit opérateurs de la psychothérapie institutionnelle étaient encore pertinents pour analyser le travail d'équipe en santé mentale. Ma grille d'entretien était bien entendu différente de ma grille d'analyse, afin de limiter les risques de biais.

Je savais que ces opérateurs tels que je les avais dégagés auraient besoin d'être modifiés au contact des réalités de terrain diverses qui composent le paysage de la santé mentale français, mais le simple fait de les retrouver, même sous une forme quelque peu différente, ouvre à mon sens la possibilité d'une réactualisation de la psychothérapie institutionnelle qui va à l'encontre de sa relégation aux archives de la psychiatrie française. La révision des opérateurs que j'ai conduite à partir des discours et des pratiques des professionnels de terrain, tous métiers confondus, constitue donc le cœur de mes résultats de recherche.

Résultats

La distinction statut, rôle et fonction est toujours très pertinente dans le champ de la santé mentale. Elle se présente majoritairement sous la forme d'une interrogation de la rigidité hiérarchique encore sensible dans de nombreuses structures sanitaires et médico-sociales, mais aussi de la place encore prégnante de la figure du psychiatre dans les équipes. Portée par de nombreuses catégories professionnelles là où elle relevait majoritairement, dans les années 60, des discours de ces seuls psychiatres, la remise en cause de la hiérarchie s'appuie toujours sur la légitimité de l'action des professionnels au quotidien, qui nourrit leurs revendications en faveur d'une meilleure reconnaissance des responsabilités et par conséquent des compétences propres à chacun dans son corps de métier.

La mise en exergue du quotidien peut cependant parfois constituer un piège : dans un organigramme classique, seuls des soignants avec un niveau de diplôme faible ou intermédiaire seront affectés et accepteront de se plier aux tâches ingrates du quotidien [2 ; 10]. Dans leur activité, ce n'est pourtant pas *stricto sensu* du fait qu'ils contribuent à l'hygiène qu'ils gagnent une meilleure connaissance du patient, mais grâce au type de relation qu'ils peuvent alors développer avec la personne. Pour autant, précisément parce que ces professionnels ne bénéficient pas du rayonnement de leurs diplômes, leur parole ne trouvera pas toujours le même écho que celle de collègues ayant fait des études plus longues, car l'art relationnel qu'ils déploient dans le soin est en grande part *informel* et difficile à nommer.

Le quotidien fait donc l'objet d'une certaine ambivalence, entre facteur de légitimité de l'action et de délégitimation de la parole, mais il est encore largement reconnu comme un creuset relationnel à même de construire les bases d'une vie nouvelle à l'extérieur. Deux phénomènes paraissent toutefois, dans le système actuel, relativement nouveaux : celui du glissement de la gestion de la vie quotidienne le long d'un spectre professionnel qui s'est

étendu au fur et à mesure des créations de nouveaux diplômés et métiers, tout d'abord ; celui, ensuite, de l'émergence de la réhabilitation et de son modèle de transférabilité des compétences acquises dans les services jusque dans une vie quotidienne considérée comme réelle pour autant qu'elle est dénuée de toute présence professionnelle.

Les disparités sont déjà plus importantes au sujet du « faire avec » et du « faire ensemble ». Si ces modes relationnels étaient loin d'être majoritaires dans l'ensemble des structures que j'ai visitées, j'ai tout de même pu en observer des traces partout, indiquant que la tendance à constituer des ensembles et des projets communs est toujours au travail et qu'ainsi la création d'associations soignants-soignés de loi 1901, type Club, est certes la forme la plus aboutie de ces embryons de collectif, mais pas la seule – j'écarte ici les GEM qui n'ont pas vocation à réunir usagers et professionnels. A la difficulté de certains malades d'être avec les autres, qui rend nécessaire de telles organisations collectives, vient toutefois répondre une difficulté pour les professionnels lorsqu'ils y participent de maintenir ces projets vivants au prix de leur temps personnel.

La fonction de décision partagée est elle aussi à comprendre avec quelques remaniements. Les professionnels que j'ai rencontrés avaient conscience que la pluriprofessionnalité est une nécessité clinique et organisationnelle. Ils allaient parfois loin dans la description fine de tous les préalables à une action à plusieurs qui ne soit pas qu'une superposition d'éléments hétéroclites. Le sentiment de collégialité doit ainsi être conçu comme le fruit d'un travail psychique spécifique que l'équipe doit fournir. Pour toute institution, et contrairement à ce que l'on suppose habituellement, la tenue de réunions n'est donc pas une conséquence de l'existence de l'équipe. Son caractère crucial tient au fait que c'est en réunion que l'équipe peut restaurer son sentiment de faire équipe, d'être un ensemble. La réunion était par conséquent toujours au centre des attentions sur mes terrains, même lorsqu'il s'agissait avant tout de déplorer qu'elle n'ait plus lieu. Toute réunion n'est pas

intrinsèquement bonne, mais elle n'en est pas moins une chance supplémentaire de partager des façons de faire et des représentations du soin, et plus encore d'élaborer les affects parfois violents qui traversent les soignants aux prises avec des situations de crise. Encore faut-il, et mes interviewés me l'ont beaucoup dit, disposer de suffisamment de temps et n'être pas trop empêchés par des outils informatiques parfois lents ou inadéquats.

La liberté de circulation est en revanche un concept opératoire en chantier, entre injonctions au respect des droits de l'homme et législation supplémentaire sur la contrainte aux soins. La réalité de l'organisation des soins est venue directement réinterroger les fantasmes des soignants sur la dangerosité des patients, fantasmes qui sont alimentés par l'épée de Damoclès que constitue la peur d'être accusés de faute professionnelle et de défaut de surveillance. Ainsi les soignants sont-ils tiraillés entre leurs valeurs et le nécessaire respect des droits constitutionnels des usagers d'un côté, de l'autre l'adaptation quotidienne à la clinique des sujets accueillis ou, plus prosaïquement, aux difficultés matérielles et humaines des services et des territoires.

Le traitement réservé à l'accueil est quant à lui moins celui d'un profond remaniement au regard d'un changement de l'environnement que celui d'un gain de précision concernant ce que la P.I. avait isolé comme étant une véritable fonction institutionnelle. La différence entre accueil et admission subsiste encore chez les professionnels, car l'accueil est souvent conçu comme la transformation d'une admission par la force des choses en un vecteur de soins et de continuité de la relation thérapeutique. La fonction d'accueil semble faire intervenir de nombreuses positions subjectives chez les soignants : tolérance à la folie parfois, mais surtout disponibilité et adaptation face à un sujet dont on reconnaît et valorise de plus en plus l'expérience singulière. De nombreux professionnels attribuaient toutefois surtout à l'échec thérapeutique et à la non-demande de leur avoir réellement permis d'accueillir des personnes dont s'imposait la radicale altérité.

Etonnamment, si les professionnels n'employaient plus le vocabulaire à connotation marxiste de l'aliénation sociale, ceux-ci continuaient à mettre en avant la vigilance et la réflexivité qu'exigeait l'exercice quotidien de leur métier afin, pour reprendre l'expression d'Hippocrate, de « ne pas nuire ». Les équipes en difficulté sont capables de reconnaître le caractère chronique de leur fonctionnement, tout comme les professionnels peuvent avoir une conscience plus ou moins aiguë d'entretenir avec leur pratique un rapport opératoire similaire à celui de certains patients avec leur propre vie. Afin de préciser en quoi consiste pour les professionnels d'aujourd'hui ce que la P.I. avait jadis appelé l'aliénation, j'ai proposé de distinguer le poids des affects, requérant de mettre en branle une sorte de fonction collective de portage émotionnel, et celui des représentations, qui nécessite de remettre en question les idéaux de chacun sur ce qu'est une vie bonne ou un retour réussi dans la communauté.

Cette communauté est, sans surprise et bien plus qu'au temps de la psychothérapie institutionnelle, considérée comme le lieu de la « vraie vie ». Cela est dû aux immenses progrès faits en matière de réintégration effective et heureuse de certains usagers dans la cité, malgré la stigmatisation encore présente ; cela dénie, en revanche, l'importance de la prise en compte de la vie libidinale qui irrigue toutes les structures de soins et d'accompagnement, des formes les plus intenses aux formes les plus légères de prise en charge. L'extérieur est devenu l'enjeu principal de ce que la P.I. appelait la greffe d'ouvert, ce qui explique qu'à l'heure de la multiplication des CLSM et de l'apparition d'une logique de « responsabilité populationnelle » en soins somatiques qui imite nos réseaux de santé mentale, le partenariat relève encore d'une question (« *comment faire ?* ») plutôt que d'une évidence.

Discussion et conclusion

Avant de vous proposer une conclusion, je tiens à revenir sur les principales limites de mon travail. La première concerne mon positionnement de clinicienne marquée par la psychothérapie institutionnelle, et donc idéologiquement non-neutre. Comment garantir que

ce n'est pas le fait d'échanger avec moi qui a teinté les discours des professionnels ? Comment prouver l'impartialité de ma démonstration et l'objectivité de mes descriptions ? Je peux avancer la méthode avec laquelle j'ai travaillé, détailler ma grille d'entretiens, ouvrir à l'observateur extérieur mes pages de retranscriptions anonymisées, montrer les journaux de bords de mes terrains, mais il restera toujours, il est vrai, une part de subjectivité dans ce travail, toute rationalisée qu'elle a été.

La deuxième limite de mes résultats est relative à ma grille d'analyse. Je n'ai en effet que fort peu mentionné les aspects matériels et concrets des pratiques - budgets, informatisation et protocoles – dans mon travail, même en ayant conscience de l'impact de ces réalités de terrain sur le quotidien des structures. Cette concentration sur l'un des aspects de mon objet est un effet de l'analyse thématique : dans mon manuscrit, je n'ai tu ni le nécessaire processus de réduction du matériel en fonction de ma question de recherche ni mon sentiment, parfois, d'avoir gagné en précision ce que je perdais en exhaustivité.

La troisième limite de ma thèse concerne le champ de la santé mentale lui-même. Le passage de la psychiatrie à la santé mentale n'a contribué ni à sa clarification ni à sa simplification. Ce qu'on appelle la santé mentale est aujourd'hui un vaste ensemble, éclaté en de nombreux organisations, réseaux et groupements dont la multitude des liens et des connexions est presque impossible à représenter même à l'échelle d'un simple département, tant la dynamique partenariale évolue dans un territoire donné au gré des mutations idéologiques, sociales et professionnelles.

Il me paraît toutefois possible, en ouverture de ce travail, de faire un pari sur l'avenir. Jean Garrabé concevait en effet déjà dans une communication proposée devant votre société en 1987 qu'il devrait exister une « psychothérapie trans-institutionnelle » [8] car les ruptures de parcours, disait-il alors, seraient la plus grande difficulté du système de soins à venir. Son texte était visionnaire ; en termes scientifiques, il posait également les jalons nécessaires à

l'éclosion d'un champ d'études interdisciplinaires en sciences humaines et sociales destinées à comprendre la logique collégiale de réseau. Emprunter aux opérateurs de la psychothérapie institutionnelle leur pertinence pour le travail des équipes en santé mentale pourrait devenir un précieux moyen de reterritorialisation des savoirs organisationnels historiques des professionnels soignants.

Je clos ainsi cette présentation, en espérant qu'elle vous aura convaincus qu'explorer cette voie prometteuse et enthousiasmante qu'est la réactualisation du référentiel de la psychothérapie institutionnelle en santé mentale est une entreprise dans laquelle il vaut aujourd'hui la peine de s'engager.

Conflits d'intérêts : aucun.

Bibliographie

- 1 - Aprill O. Une avant-garde psychiatrique: le moment GTPSI (1960-1966). Paris: EPEL; 2013. 208 p. (Des sources).
- 2 - Arborio A-M. Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sci Soc Sante*. 1995;13(3):93–126.
- 3 - Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques. Paris: La Découverte; 2017.
- 4 - Bonnafé L, Andrau R, Chaigneau H, Pariente M. Thérapeutique institutionnelle. In: Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Privat. Toulouse; 1965. p. 209–24.

- 5 - Coldefy M, Le Neindre C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France: d'une vision segmentée à une approche systémique [Internet]. 2014. Available from: <http://documentation.fhp.fr/documents/20588R.pdf>
- 6 - Daumézon G, Koechlin P. La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Ann Port Psychiatr* [Internet]. 1952;4(4):271–312. Available from: <http://ceepi.org/la-psychotherapie-institutionnelle-francaise-contemporaine-05234>
- 7 - Delion P. Qu'est-ce que la psychothérapie institutionnelle? Conversation avec Yasuo Miwaki. Editions d'une. 2018. 54 p.
- 8 - Garrabé J. Peut-on parler d'une psychothérapie trans-institutionnelle? *Ann Med Psychol (Paris)*. 1987;145(8):717.
- 9 - GTPSI. L'établissement psychiatrique comme ensemble signifiant. Editions d'une. Paris; 2014. 113 p.
- 10 - Lhuilier D. Le « sale boulot ». *Travailler*. 2005;2(14):73–98.
- 11 - Oury J. La participation de l'infirmier à la psychothérapie. *Inf Psychiatr*. 1958;54(5):405–15.
- 12 - Oury J. La Décision. Séminaire de Sainte-Anne, 1985-1986. Cour-Cheverny: Institutions; 2015. 310 p.
- 13 - Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2015.
- 14 - Roulot D. Paysages de l'impossible: clinique des psychoses. Nîmes: Ed. Champ social; 2006.