

Éducation et socialisation

Les Cahiers du CERFEE

71 | 2024

Les injustices épistémiques en santé – Varia

Dossier

C'est pas dans la tête : les injustices épistémiques dans les soins aux personnes qui ont des troubles psychiques

AUDREY LINDER AND ÉMILIE BOVET

<https://doi.org/10.4000/edso.27115>

Abstracts

Français English

Comme le montre une récente revue de littérature, la surmortalité des personnes en souffrance psychique s'explique notamment par leur moindre accès aux soins somatiques (Gandré et al., 2022). Dans cette perspective, cet article explore les injustices de témoignage vécues par les personnes en souffrance psychique et leurs répercussions sur leur prise en charge somatique, à travers l'analyse de récits de personnes qui ont des troubles psychiques, de soignant-es en psychiatrie et d'étudiant-es en soins infirmiers. Il propose également un dispositif pour amener les (futur-es) soignant-es à questionner leurs propres pratiques à l'aune de récits relatifs à des injustices de témoignage subies par des personnes qui ont des troubles psychiques. Il offre enfin l'opportunité de réfléchir aux manières d'aborder cette thématique dans les formations pré- et post-graduées en santé afin d'améliorer la prise en charge des personnes concernées par cette problématique.

A recent review of the literature has shown that one of the reasons for excess mortality among people with mental disorders is less access to somatic care (Gandré et al., 2022). This article explores the testimonial injustices by people living with mental health problems and their repercussions on their somatic care, through analyzing the accounts of people affected by mental disorders, psychiatric caregivers and nursing students. It also proposes a device to bring (future) caregivers to question their own practices regarding the testimonial injustices experienced by people with mental disorders. Finally, it is an opportunity to think about addressing this theme in pre- and post-graduate healthcare training to improve the cares of people concerned by this issue.

Index terms

Mots-clés : Injustices épistémiques, injustices de témoignage, psychiatrie, santé mentale, récits en première personne, formation pré- et post-graduée

Keywords: Epistemic injustice, testimonial injustice, psychiatry, mental health, first-person accounts, pre- and post-graduate training

Full text

Introduction

- 1 La notion d'injustices épistémiques met en évidence que l'appartenance à des groupes minorisés rend l'accès, la production et la reconnaissance des savoirs plus difficiles (Godrie et Dos Santos, 2017). Cette notion apparaît à la croisée de divers champs de recherche – en particulier ceux des épistémologies féministes et postcoloniales¹ – et va de pair avec une critique de « l'objectivité » au travers des notions de savoirs situés et de positionnalité des chercheurs et chercheuses. Ainsi, les savoirs issus de groupes minorisés – que ce soient les savoirs des femmes (Haraway, 1988; Harding, 1992; Smith, 1990), les savoirs trans (Beaubatie, 2023b, 2023a), ou encore les savoirs produits dans d'autres régions que le « monde occidental » (Larcher, 2023; Piron, 2018), pour n'en citer que quelques-uns – amènent à considérer la « réalité » avec davantage de complexité, puisqu'ils mettent en lumière des facettes de cette réalité qui demeurent invisibles aux yeux des groupes dominants.
- 2 La reconnaissance des savoirs – individuels et collectifs – des personnes qui ont des troubles psychiques a toujours été et est encore particulièrement difficile, allant de la disqualification pure et simple à la réappropriation, qui va (souvent) de pair avec une dépolitisation (Dormeau, 2021; Linder, 2023; Russo, 2023; Russo et Beresford, 2015). Dans le présent article, nous nous intéressons aux injustices épistémiques vécues dans le milieu des soins par les personnes qui ont des troubles psychiques. Pour ce faire, nous mobilisons un type particulier d'injustice épistémique, à savoir les injustices de témoignage, définies par Fricker (2007) comme un niveau de crédibilité dévalorisé apporté à la parole d'une personne en raison de préjugés. Plus précisément, nous nous intéressons aux conséquences des injustices de témoignage vécues par les personnes qui ont des troubles psychiques sur la prise en charge de problématiques somatiques.
- 3 Une récente revue de la littérature a souligné l'ampleur de la surmortalité des personnes qui ont un trouble psychique, tous diagnostics confondus : une « réduction de l'espérance de vie à 15 ans », des « taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause principale de décès » ou encore « un taux de mortalité prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans, quadruplé » (Gandré *et al.*, 2022, p. 614). Les autrices de cette revue constatent que les « facteurs liés aux conditions de vie » des personnes qui ont un trouble psychique au long cours ne sont pas suffisants pour expliquer cette surmortalité et qu'il est nécessaire de s'intéresser au « rôle joué par le système de santé », l'accès aux soins somatiques en France étant moindre chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère (Gandré *et al.*, 2022, p. 616).
- 4 Sur la base de témoignages récoltés sur Twitter de personnes qui ont des troubles psychiques, d'ateliers participatifs avec des soignant-es en psychiatrie de Suisse romande et de récits de stage par des étudiant-es en soins infirmiers à Lausanne, nous analysons les effets des injustices de témoignage sur la santé somatique des personnes qui ont des troubles psychiques. Nous proposons également des réflexions sur les manières d'aborder ces questions dans les formations pré- et post-graduées des soignant-es afin d'œuvrer à la réduction des injustices de témoignage et, par là-même, à une meilleure prise en charge somatique des personnes qui ont des troubles

psychiques.

Démarche d'enquête : récolter des données complémentaires

- 5 En 2020, D. Moreau, A. Linder et E. Bovet ont mené une réflexion commune sur le traitement de la parole des personnes ayant des troubles psychiques dans le cadre du blog participatif « la Villa Réflexive »². Ces réflexions se sont prolongées par la mise en place d'ateliers avec des professionnel·les de la psychiatrie sur cette thématique. En prévision de ces ateliers, un appel a été lancé sur Twitter, invitant à nous faire parvenir « des récits de situations dans lesquelles vous n'avez pas été cru-es par le personnel soignant [...] ou vos proches, et où cela a eu des conséquences néfastes » (Fig. 1). En quelques jours, vingt-deux récits écrits ont été recueillis³. Les diagnostics les plus fréquemment évoqués par les personnes qui témoignent sont les troubles anxieux, diverses formes de dépression, les troubles bipolaires et les troubles du spectre de l'autisme ; sont également mentionnés la psychose, la schizophrénie, l'entente de voix, les troubles de la personnalité borderline, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles du déficit de l'attention et la polytoxicomanie. Cela donne à penser que les injustices épistémiques concernent potentiellement toute personne ayant des troubles psychiques, et non pas uniquement celles qui sont à risque de tenir des « propos délirants ».



Audrey Linder
@AudreyLinder



➔ Avis aux personnes qui vivent avec des troubles psychiques

Je cherche des récits de situations dans lesquelles vous n'avez pas été cru-es par le personnel soignant (psychiatres, psychologue, infirmier-es) ou vos proches et où cela a eu des conséquences néfastes.



8:53 AM · 23 mars 2022

📊 Voir les statistiques des Tweets

51 Retweets 4 citations 43 J'aime 8 Bookmarks

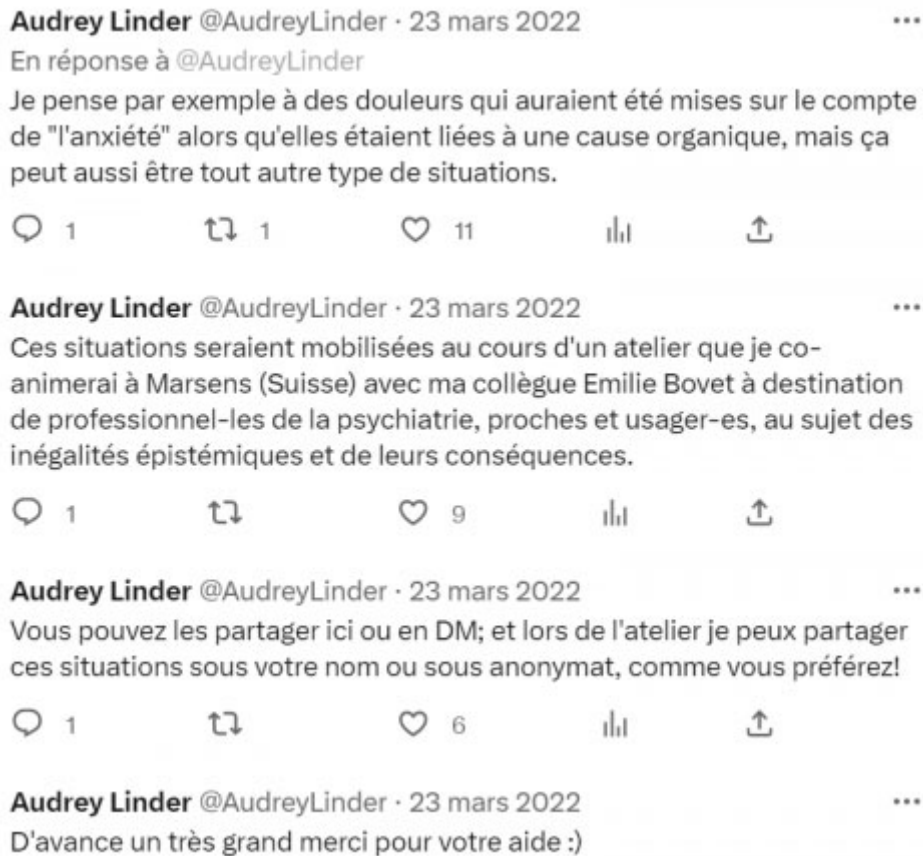


Figure 1 : appel à témoignages sur Twitter

- 6 Quatre témoignages ont été sélectionnés pour être travaillés lors d'une journée sur l'éthique à l'hôpital psychiatrique de Marsens (Fribourg). Durant deux ateliers successifs réunissant une trentaine de professionnel-les (infirmier-es, psychiatres, aides-soignant-es, psychologues), nous avons introduit la thématique des inégalités épistémiques avant de proposer un travail de groupe autour des témoignages. Notre volonté était d'amener les soignant-es à identifier leurs propres émotions à la lecture des récits, ainsi qu'à discuter des causes potentielles de ces situations pour envisager des moyens concrets de réduire ou, à défaut, de réparer⁴ ces injustices. Des notes détaillées ont été prises par les animatrices lors de la restitution.
- 7 Enfin, nous avons rassemblé des témoignages d'étudiant-es en dernière année de formation en soins infirmiers. Dans le dossier qui clôt un module d'enseignement en santé mentale dispensé par l'une d'entre nous (EB), une vingtaine d'étudiant-es des Hautes Écoles de Santé Vaud et de La Source ont abordé le manque de considération pour la souffrance psychique des patient-es hospitalisés dans des unités somatiques, ainsi que la négligence des soignant-es en psychiatrie envers les plaintes somatiques des patient-es, sur la base de situations vécues durant les stages. Avec leur accord, nous analysons dans cet article leur regard critique sur les pratiques actuelles, afin de réfléchir aux façons d'intégrer la thématique des injustices de témoignage dans la formation des futur-es soignant-es.
- 8 Les études empiriques sur les inégalités épistémiques vécues dans le milieu des soins par les personnes qui ont des troubles psychiques sont encore rares. De fait, il est difficile de penser un dispositif de récolte de données qualitatives pour explorer cette question. Les méthodologies déployées nous ont permis de nous y intéresser à partir des points de vue de différentes personnes concernées. L'appel à témoignages sur les réseaux sociaux facilite l'accès à des récits et des personnes que nous n'aurions pas pu atteindre autrement. Cela permet par ailleurs une entière liberté de se raconter comme elles le souhaitent, sans contrainte de forme ou de fond et avec une intervention minimale des enquêtrices. Toutefois, l'appel à témoignages oriente

inévitablement le contenu de ceux-ci. Faire réagir les professionnel·les à partir des témoignages permet de récolter leurs points de vue sur des situations réelles, et d'observer la manière dont ils et elles accueillent et vivent la confrontation avec les points de vue des patient·es sur certaines situations de soins. Cependant, le format des ateliers, avec un nombre conséquent de participant·es qui ne se connaissent pas et échangent pendant un temps court, n'offre pas un environnement suffisamment sécurisant pour qu'ils et elles rapportent leur expérience personnelle et se remettent publiquement en question. C'est ce que tend à montrer, notamment, la réflexivité des étudiant·es, dans un format qui favorise un relatif anonymat, ainsi qu'une remise en question moins publique que celle attendue des professionnel·les.

- 9 En somme, ces méthodes ont permis d'accéder à une réalité sociale des soins difficile à étudier, et jouent un rôle exploratoire qu'il serait intéressant de développer. La complémentarité des données permet de présenter des analyses et proposer des réflexions sur la nécessité, mais aussi les difficultés et les enjeux, de la formation à ces questions, pour les étudiant·es comme pour les professionnel·les.

« J'hésite toujours à parler de mon traitement psy » : le vécu des injustices de témoignage

« Ça me fait penser au jour où j'étais dans une institution psy et qu'une infirmière a refusé d'appeler un médecin alors que j'avais une crise d'asthme qui ne passait pas avec de la Ventoline, et m'a crié dessus parce que j'avais du mal à monter les escaliers.

C'était terrifiant en soi - je n'avais jamais eu d'aussi grosse crise qui ne soit pas soulagée par la Ventoline. Je me suis sentie extrêmement seule et vulnérable, je sentais bien que je ne pouvais pas rester sans rien faire, mais qui appeler dans cet environnement ?

Mais ce qui m'a fait le plus de mal ça a été la suite. Quand ma psychiatre et les autres soignants du lieu ont dit que ce moment était un "malentendu".

Ce que j'ai compris, c'est que peu importe que j'aie été inutilement en danger, ou que j'aie inutilement souffert, et que des soignants aient ignoré ça et m'aient laissé seule. Seule comptait la version de l'infirmière qui a dit a posteriori avoir cru à une crise de panique.

Outre le fait que ça faisait plus de 20 ans que j'avais eu ma première crise de panique, et 25 ans que j'avais eu ma première crise d'asthme, donc peut-être qu'il valait mieux m'écouter quand je disais ce qui m'arrivait 😞 ...

... Le message final était que mon expérience n'avait de valeur qu'une fois filtrée par le point de vue des soignants. Tout ce que je pouvais observer d'injuste ou d'absurde, ou ce qui me faisait souffrir, pouvait être nié ou passé sous silence. C'est déshumanisant +++.

- 10 Nous choisissons d'ouvrir sur ce témoignage, car il est emblématique de ceux que nous avons reçus et permet de souligner différents éléments du vécu des injustices de témoignage. Premièrement, la situation rapportée relève d'un masquage diagnostique (*diagnostic overshadowing*), soit « la tendance rencontrée chez certains soignants à attribuer les plaintes somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique à des manifestations de la maladie mentale » que ce soit par « une disqualification des plaintes somatiques ou par leur assimilation à des symptômes psychiques » (Gandré *et al.*, 2022, p. 616). Ici, la crise d'asthme est catégorisée comme crise de panique. Deuxièmement, le savoir expérientiel de la patiente – qui a pourtant plus de 20 ans d'expérience des crises de panique *et* des crises d'asthme –

n'est pas pris en compte. C'est donc bien « sa capacité en tant que sachant » qui est disqualifiée (Fricker, 2007). Enfin, l'absence de réparation, ne serait-ce que présenter des excuses, augmente le sentiment de disqualification.

- 11 La majorité des récits évoque des plaintes somatiques qui n'ont pas été prises au sérieux par le personnel soignant, interprétées comme des crises d'angoisse, de l'anxiété ou, de manière plus générale, de la somatisation et ce quelle que soit la gravité du problème somatique⁵. Sont ainsi mentionnés des cas d'endométriose, de péricardite, de maux de ventre, de phlébite, de pneumopathie, de pancréatite, de calculs biliaires, de migraines et céphalées, de douleurs chroniques, d'infections rénales, de cancer, de cholécystite aiguë et de maux de dos :

« J'ai de l'endométriose qui était prise pour de la somatisation alors qu'apparue bien avant mes troubles psy, elle n'était donc pas traitée. »

« Mon ancien généraliste a mis sur le compte de mon trouble anxieux mes difficultés de respiration alors que j'avais une pneumopathie sévère et atypique. Si sa stagiaire n'avait pas insisté pour la prise de sang, je serais sûrement mort. »

« Plusieurs mois et consultations à tenter de convaincre mon (ex)généraliste que mes douleurs au ventre me pliant en deux n'étaient pas liées à de l'angoisse. Finalement, prise de sang puis échographie et opération en urgence car cholécystite aiguë. »

- 12 Outre les conséquences émotionnelles (colère, rancœur, sentiment de déshumanisation, mais aussi peur, solitude et culpabilité), les personnes rapportent les conséquences physiques de ces injustices de témoignage, qui engendrent un retard ou une absence de prise en charge et, parfois, l'aggravation de la maladie. Certain-es auraient pu en mourir – comme la personne qui rapporte une pneumopathie prise pour des troubles anxieux –, d'autres en subissent les séquelles, au travers de problèmes somatiques au long cours :

« Plusieurs médecins et infirmiers m'ont dit que mes douleurs au ventre étaient psychosomatiques alors que j'avais une pancréatite... Détectée des semaines après le début des douleurs. J'ai eu des douleurs au ventre pendant des mois. »

« En hospitalisation en psychiatrie, j'ai eu une phlébite due à un surdosage. Les médecins ne m'ont pas examiné correctement et ne m'ont pas traité, donc plusieurs mois plus tard j'ai eu une embolie pulmonaire qui a été découverte par hasard. J'ai dû prendre des anticoagulants pendant plusieurs mois et avoir un suivi angiologique. »

- 13 Comme l'indiquent Gandré et al. (2022, p. 616), le masquage diagnostique « peut s'accompagner d'une absence de bilan somatique pour les personnes vivant avec un trouble psychique et un renvoi vers une consultation psychiatrique, quelles soient les causes de la venue ». Plusieurs personnes rapportent l'arrêt des investigations dès lors que les soignant-es apprennent leurs antécédents psychiatriques :

« Un jour au boulot, je ressens une douleur atroce dans la poitrine. Bras gauche engourdi, tête qui tourne, du mal à respirer [...] Hop ! Direction les urgences.

Le médecin que je vois me demande si j'ai un traitement. Oui, docteur, j'ai un traitement, antidépresseur et anxiolytique. "Ah." Ce "ah", et le petit sourire qui va avec, c'est un coup dans ma poitrine (qui est toujours douloureuse).

"Pourquoi vous êtes venue aux urgences juste pour une crise d'angoisse ?" J'ai eu beau lui expliquer que c'est pas une crise d'angoisse, les douleurs ne sont pas les mêmes, je le SENS... J'ai été renvoyée chez moi sans aucun examen. Rien.

Une semaine plus tard, ayant toujours mal et maintenant la peur de ne pas être crue, je vais aux urgences (pas les mêmes, hein...). Bilan après examens qu'on a

enfin accepté de me faire (pas grand-chose, ECG, bilan sanguin et échographie cardiaque).

J'ai une péricardite. Un peu installée parce que pas traitée (genre y'a une semaine, quand on m'a pas crue ?). Péricardite qui est devenue chronique. 10 ans après, j'en veux encore à ce médecin et j'hésite toujours à parler de mon traitement psy. »

- 14 Le vécu des injustices épistémiques a des conséquences sur les relations entre les personnes qui ont des troubles psychiques et le milieu médical. Les personnes disent désormais mentir aux médecins, ne plus communiquer avec elles-eux, leur cacher leurs troubles psychiques et/ou leur médication. Elles ont développé une méfiance face aux médecins et sont réticentes à consulter, de peur de ne pas être prises au sérieux. Une personne dit ne plus faire confiance à ses symptômes :

« J'ai aussi expérimenté plusieurs fois le changement de comportement des soignants dès que je mentionne mon anxiolytique. [...] À cause de toutes ces mauvaises expériences, je ne mentionne pas mes troubles psy, ne me fais pas confiance quand j'ai un symptôme somatique et consulte le moins possible (pour l'infection rénale, j'ai attendu deux semaines). Quand j'ai fait une réaction allergique à un médicament récemment avec une urticaire et les ganglions tuméfiés, je me suis dit que c'était juste le stress et psychosomatique, alors que [...] je sais qu'une réaction comme celle que j'avais ne peut pas être purement psychosomatique, en plus d'avoir la confirmation des soignants. Mais je n'y arrive pas, je me dis automatiquement que c'est dans ma tête, je n'ai qu'à faire un effort et ça partira seul. »

- 15 Les différentes formes d'invalidation de la parole « peuvent conduire les personnes à ne plus prendre la parole ou encore à douter elles-mêmes de la réalité de ce qu'elles vivent » (Godrie et Rivet 2020, p. 130). Les situations d'injustices de témoignage vécues par les personnes qui ont des troubles psychiques ont des conséquences immédiates sur leur santé, et potentiellement à plus long terme. La conséquence immédiate relève du retard ou de l'absence de prise en charge de problématiques somatiques, parce que les soignant-es pensent qu'il s'agit de somatisation ou que cela relève des troubles psychiques. Les conséquences à plus long terme relèvent soit (a) d'une renonciation aux soins à la suite d'expériences d'injustices épistémiques et de discrimination ; (b) d'interactions médicamenteuses, les patient-es ayant tendance à cacher au personnel soignant qu'ils-elles prennent des neuroleptiques⁶ ; ou encore (c) d'une tendance à invalider leurs propres ressentis et à attribuer leurs problématiques à de la somatisation. Les témoignages récoltés permettent ainsi de repérer des mécanismes par lesquels les injustices épistémiques participent à la surmortalité des personnes qui ont des troubles psychiques.

Repérer, réparer et prévenir les injustices épistémiques : le point de vue des soignant-es

- 16 Après la lecture de quatre témoignages que nous avons sélectionnés, plusieurs soignant-es ont affirmé que ces situations faisaient écho à leur quotidien, soit lorsqu'eux-mêmes ou elles-mêmes minimisent la parole de patient-es, soit lorsqu'ils-elles adressent des patient-es à l'hôpital somatique. Les soignant-es ont parlé de leur propre honte et colère face à certaines situations, et de leurs craintes de devenir de « mauvais-es soignant-es ». Ils-elles ont aussi abordé les difficultés de collaboration et de coordination avec les services somatiques.
- 17 Plusieurs participant-es rapportent des situations dans lesquelles ils-elles ont adressé des personnes soignées en psychiatrie à l'hôpital somatique pour des

évaluations, personnes qui ont été « renvoyées dans l'heure » en psychiatrie, sans avoir été évaluées. Sont ainsi évoquées la figure du « patient dément » dont les versions peuvent changer, ce qui conduit le personnel de l'hôpital somatique à considérer qu'il « n'a rien » ; ou encore celle de la patiente se rendant à l'hôpital pour un constat gynécologique à la suite d'une agression sexuelle, et renvoyée à l'hôpital psychiatrique sans avoir été examinée, son récit de l'agression étant considéré comme un « délire ». De manière plus générale, les participant-es regrettent que les patient-es « étiquetés psy » ne soient pas pris au sérieux à l'hôpital somatique. Cette disqualification de la parole s'étend au personnel soignant. Ainsi, leurs transmissions aux soignant-es des services somatiques ne sont pas prises au sérieux, en particulier lorsqu'ils-elles prennent la parole au nom de personnes qui peinent à s'exprimer. Ces injustices de témoignage peuvent mener à des situations graves. Un participant raconte le cas de personnes alcoolisées à qui les soignant-es de l'hôpital somatique donnent des benzodiazépines pour les « calmer » avant de les renvoyer à l'hôpital psychiatrique ; or, les interactions entre l'alcool et les benzodiazépines peuvent être dangereuses, et ces personnes reviennent en psychiatrie avec des risques de décompensation somatique grave.

18 Parmi les causes potentielles de ces injustices épistémiques, les participant-es insistent sur le rôle du contexte et de la violence institutionnelle, tant pour les personnes soignées que pour le personnel soignant. L'organisation du travail est particulièrement mise en cause : travail six jours sur sept, manque d'effectif, contexte d'urgence ou encore pression des assurances pour diminuer les temps de consultations et séjours hospitaliers sont autant d'éléments qui affectent la capacité d'écoute des soignant-es et leur patience.

19 Nous avons incité les participant-es à réfléchir à des pistes pour prévenir, réduire et réparer ces injustices de témoignage. Parmi les pistes de prévention, ont été évoqués des éléments individuels et collectifs. Les éléments individuels concernent la nécessité de l'écoute, de prendre le temps et d'accorder de la crédibilité à la parole des patient-es, de se remettre en question, de faire attention à ses propres biais ou de ne pas rester « collés à l'étiquette diagnostique ». Des pratiques de communication ont été mentionnées, comme approfondir d'autres axes de communication que la parole classique (jeux de rôle, groupes de parole), partir des compétences de la personne pour prendre des décisions, mais aussi, en tant que soignant-es, être plus transparent-es sur les raisons de ses actes ou décisions. Des éléments collectifs ont été discutés, parmi lesquels la nécessité de retours d'expériences (débriefing) de situations en équipe, d'échanges ou d'intervisions autour de vignettes cliniques, de possibilités de réfléchir aux manières de « mieux faire », mais également l'importance d'une collaboration interprofessionnelle, y compris avec des pair-aidant-es.

20 Enfin, en termes de réparation de ces situations, les participant-es ont évoqué la nécessité d'un lieu et d'un temps d'échange entre patient-es et soignant-es autour des situations problématiques, une sorte d'espace de médiation ; par exemple, la possibilité de revoir un-e patient-e mis en chambre d'isolement une fois passée la situation de « crise », pour une meilleure compréhension du vécu du-de la patient-e et des alternatives qui auraient pu être mises en place. Ces espaces-temps de médiation nécessitent toutefois que les soignant-es fassent preuve de « bonne foi », et soient prêt-es à reconnaître non seulement ce qui s'est passé, mais également la manière dont cela a été vécu et les éventuels dommages qui en ont résulté. Ces espaces-temps devraient permettre aux soignant-es de présenter des excuses aux personnes qui ont vécu une injustice de témoignage. Ces excuses devraient provenir non seulement du ou de la professionnel-le impliqué-e mais également de l'institution. Pour les participant-es, c'est tout le dispositif institutionnel de réparation qui est à penser, ainsi que la « culture institutionnelle » qui devrait favoriser une « pédagogie par l'erreur », soit une manière d'aborder l'erreur non comme un échec personnel ou quelque chose qu'il faut cacher, mais comme quelque

chose qu'il faut travailler afin d'en tirer des apprentissages (David, 2003; Estival *et al.*, 2017). Les participant-es soulignent alors le besoin de formation, soit spécifiquement sur la gestion des erreurs médicales, soit plus globalement pour favoriser l'accueil de la parole des patient-es.

Les lieux de stage en soins infirmiers comme révélateurs d'injustices

21 En Suisse, la formation en soins infirmiers se déroule sur trois ans dans des Hautes Écoles Spécialisées (HES). Le cursus alterne entre cours théoriques et stages ; il aboutit à l'obtention d'un bachelor. La formation est généraliste : les étudiant-es effectuent des stages dans différentes spécialisations médicales et terminent leur formation en ayant côtoyé des univers de soins variés. Toutes et tous doivent effectuer un stage en psychiatrie. Par ailleurs, si certains cours sont obligatoires, une partie du cursus permet le choix de modules spécifiques. Les récits d'étudiant-es mentionnés ici émanent de dossiers autoréflexifs venant clore un module intensif sur la psychiatrie. Dans leurs travaux, les étudiant-es rapportent non seulement des situations lors de stages en psychiatrie au cours desquelles la prise en charge somatique était inadéquate, mais aussi des problèmes survenus dans des services somatiques lorsque les patient-es avaient un diagnostic psychiatrique.

22 Une étudiante rapporte le cas d'une personne en hôpital psychiatrique souffrant d'une bronchopneumopathie chronique obstructive :

« Lors d'une visite à l'infirmierie pour prendre ses médicaments, je lui prends une saturation qui était à 75%. Je me suis inquiétée et ai informé mon référent et les infirmiers présents ce jour-là, qui n'ont pas été inquiets et n'ont pas réagi. Le prétexte étant qu'ici ils ne soignaient pas le somatique, et que cliniquement le patient ne présentait aucune alerte. Le médecin généraliste, le seul pour tout l'hôpital, n'a pas été averti. Je n'ai pas été à l'aise avec cette idée et en ai informé l'infirmière de nuit. Le lendemain, quand je suis revenue, Monsieur avait été transféré [aux] soins intensifs. »

23 Cet exemple est un cas d'injustice de témoignage vécue par l'étudiante stagiaire, dont l'inquiétude pour la saturation du patient n'est pas prise au sérieux par l'équipe de soins. Comme le souligne Bogaert, « le concept d'injustice épistémique ne se limite pas à la relation soignant-soigné. Des chercheurs ont fait valoir la pertinence du concept pour réfléchir sur les relations entre les professionnels de la santé ou entre étudiants et soignants en raison des hiérarchies hospitalières, car certains professionnels sont réduits au silence ou ne bénéficient pas d'une crédibilité épistémique en raison de leur statut professionnel » (Bogaert, 2021, p. 130).

24 Une étudiante rapporte une situation survenue lors d'un stage en neuroréhabilitation :

« J'ai soigné une patiente victime d'un AVC important avec un hémisyndrome. Elle suivait rigoureusement ses thérapies. Un jour, elle a demandé aux médecins si elle pourrait rentrer chez elle et remarcher. Ils ont été francs : probablement elle ne récupérerait pas plus d'autonomie et un retour à domicile semblait peu envisageable. Suite à ces révélations, la patiente a présenté des idées suicidaires. Elle nous demandait de la jeter à la poubelle ou de l'emmener à la déchetterie. Elle a évoqué l'assistance au suicide⁷ et à être accompagnée pour faire les démarches. L'équipe infirmière prenait ses propos à la rigolade et disait "elle n'ira pas au bout, c'est juste pour attirer l'attention. Elle ne se suicidera pas, elle n'en a pas la force. Elle n'est pas capable de le faire seule". J'ai été heurtée par de tels propos venant de l'équipe soignante. Pour moi, les idées suicidaires de cette patiente n'ont pas été considérées, elle n'a été ni entendue, ni soutenue. »

25 Dans cette situation, la patiente subit un « déficit de crédibilité » (Fricker, 2007) de la part de l'équipe infirmière, et ses propos ne sont pas pris au sérieux. De ce fait, aucune évaluation de son risque suicidaire n'est effectuée.

26 À ces récits s'ajoutent de nombreux constats, parmi lesquels : le refus régulier des soignant-es en psychiatrie de promulguer des soins physiques aux patient-es lorsque ces derniers les demandent, comme la réfection de pansements, l'ablation de fils, les tests PCR ou la pose de cathéters veineux périphériques ; l'absence de considération pour les effets métaboliques des médicaments neuroleptiques ; la minimisation de la douleur chez les personnes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité limite ; des inégalités de traitement dues à la réticence des soignant-es des services somatiques à prendre en charge les personnes diagnostiquées schizophrènes.

27 Dans la majorité des récits, les étudiant-es tentent de comprendre ce qui est susceptible de favoriser ces situations, tant au niveau du quotidien hospitalier que de la formation en soins infirmiers. La difficulté d'une prise en charge holistique est régulièrement mentionnée comme facteur péjorant la relation thérapeutique. Pour les étudiant-es, cette difficulté est liée au manque de temps, mais aussi au manque de confiance des professionnel·les quand il s'agit de prendre en charge « ce à quoi on est moins habitué », ou « ce qui n'est pas sur le radar ». Comme le souligne un étudiant, « certains soignants ne se sentent pas suffisamment compétents pour prodiguer certains soins. Ils se sentent démunis face à certaines situations, et cela les met face à quelque chose qu'ils estiment être un échec ».

28 L'environnement des soins est mentionné comme potentiel influenceur de la prise en charge : « l'environnement des urgences somatiques n'est pas propice à prendre en soin une personne en crise psychiatrique. C'est un cadre très anxiogène, des personnes en blouses blanches qui marchent vite, les "bip" des scopes qui sonnent continuellement, des patients qui souffrent... C'est hyper stimulant et, dans ce contexte, on échange très peu sur la manière de voir un patient schizophrène par exemple, comme s'il s'agissait d'un sujet sensible ». Les urgences et la chirurgie en particulier sont identifiées comme des lieux où circulent « beaucoup de stéréotypes et de préjugés face aux personnes ayant un trouble psychique », ce qui a pour effet « un impact négatif dans la communication et la prise en charge » de ces patient-es. Les stagiaires déplorent une « négligence », un « manque de considération », un « manque d'écoute », du « rejet » ou encore de la « violence physique et verbale envers les patient-es » de la part de soignant-es qualifiés.

29 Les étudiant-es déplorent, dans leur cursus, la rareté des modèles théoriques infirmiers qui considèrent les patient-es dans leur « globalité somato-psychique » ; de tels modèles permettraient de ne pas « systématiquement dissocier les deux » et d'améliorer la qualité des soins somatiques en psychiatrie. Plusieurs amorcent une réflexion sur la stigmatisation envers les personnes suivies en psychiatrie, qui générerait des comportements négligents. Selon elles-eux, la « peur » et les « préjugés » envers les personnes qui ont un diagnostic psychiatrique sont encore très présents, non seulement dans la société en général, mais aussi chez les professionnel·les de la santé. Un étudiant raconte :

« Ma crainte des personnes présentant une pathologie borderline était liée aux histoires que j'avais entendues sur mon lieu de stage. Comme par exemple qu'il était extrêmement laborieux de faire un travail thérapeutique avec des patients borderline et que, quoi qu'on fasse, ils finissaient toujours par se refaire hospitaliser. Je me souviens que cette phrase m'avait fait sourire. Maintenant, quand j'y pense, je me dis que c'est un exemple parfait de stigmatisation. Cette phrase est déplacée, surtout lorsqu'elle est dite à un étudiant, qui risquerait de se faire une fausse image de ces personnes avant même de les avoir côtoyées. »

30 La plupart des étudiant-es complètent leur analyse par des propositions pour diminuer les comportements injustes. Dans leur cursus théorique, ils-elles préconisent davantage d'enseignements sur les comorbidités somato-psychiques,

« plus d'expériences concrètes avec des patients atteints de troubles psychiques », ainsi que « des programmes anti-stigmatisation ». Ils-elles suggèrent aussi des pistes pour leur future profession : « savoir remettre en question sa pratique », « passer la main à un soignant se sentant plus à l'aise », « ne pas être parasitée par le diagnostic ou par les préjugés que d'autres infirmiers portent sur la personne ou sur le trouble » ou encore « mettre en place des modules de prévention en soins somatiques ». Plusieurs mentionnent enfin comme étape essentielle la prise de conscience de ses propres préjugés à l'égard des personnes ayant un diagnostic psychiatrique, ainsi que la possibilité de se positionner personnellement pour sensibiliser les futures collègues à cette problématique, dans l'espoir d'améliorer les pratiques : « je sais aujourd'hui que la stigmatisation a un impact sur la prise en charge des patients et qu'une écoute plus attentive, sans jugement, permettrait de réduire ce risque. Je vais pouvoir maintenant rentrer dans une chambre en mettant mes anciennes représentations de côté et ne plus sentir d'anxiété ou de malaise. Je pense que c'est une problématique que j'aborderai également avec mes collègues ».

Renforcer les résistances aux injustices épistémiques : pistes de réflexion conclusives

31 Les données récoltées auprès des personnes qui ont des troubles psychiques, du personnel soignant en psychiatrie, et des étudiant-es en soins infirmiers confirme d'importantes injustices épistémiques vécues par les personnes qui ont des troubles psychiques, ce qui influence négativement leur prise en soin. Elles permettent également de repérer des problématiques récurrentes dans les parcours pré- et post-gradués des soignant-es. En guise de conclusion, nous nous appuyons sur la littérature et nos résultats pour ouvrir des pistes de réflexion sur les manières de renforcer les résistances aux injustices épistémiques, d'un point de vue structurel et de formation.

32 Parmi les changements structurels nécessaires, la littérature sur les injustices épistémiques évoque l'amélioration de la collaboration entre les services de santé somatique et psychique (Gandré *et al.*, 2022). De fait, « les maladies psychiques (isolées ou cumulées) ne se combinent pas seulement entre elles, mais sont aussi très souvent associées à des maladies somatiques, parfois chroniques » (Schuler *et al.*, 2020, p. 40), comme l'indique la variété de problématiques somatiques évoquées dans les témoignages récoltés sur Twitter. Nos données montrent également que le manque de collaboration entre les services de santé psychique et somatique est l'une des principales préoccupations des étudiant-es, qui identifient ce problème dans leur cursus. C'est d'ailleurs souvent lors de leur stage en psychiatrie qu'ils-elles prennent conscience de la difficulté à appréhender les patient-es dans leur « globalité somato-psychique ». Davantage d'enseignements transversaux seraient souhaitables dès le début des études, mais aussi en formation continue : en effet, même si le cursus est généraliste, les infirmier-es se spécialisent généralement dans un domaine après leur diplôme, ce qui circonscrit leur champ de pratiques.

33 Une amélioration de la collaboration entre services passe également par davantage d'interdisciplinarité. Cette dernière

« autorise non seulement un autre regard, un “pas de côté” qui permette de saisir différents éléments de la prise en charge, mais aussi une interaction singulière avec le patient. Les patients ne disent pas la même chose à leur médecin, infirmier, kinésithérapeute ou orthophoniste. La possibilité de se regrouper entre professionnels permet d'échanger sur ces différentes visions du patient et de valider ces perspectives. [...] Lorsque l'interdisciplinarité est pratiquée et valorisée, elle permet non seulement de réduire les injustices

épistémiques entre les soignants au sein d'une équipe mais elle donne au patient plus de possibilités de se faire entendre. » (Bogaert, 2021, p. 132)

34 L'interdisciplinarité doit également inclure la participation des patient-es, en tant que pairs-aidant-es membres des équipes de soins (Harris *et al.*, 2022) ou plus ponctuellement en tant que participant-es aux analyses de pratiques professionnelles (Gross et Gagnayre, 2022). De fait, il a été montré que la participation de personnes directement touchées par les troubles psychiques dans les équipes de soins comme dans la formation permet de réduire les injustices épistémiques (Gross et Gagnayre, 2021, 2022). Leur présence et leur intervention offrent aux (futur-es) soignant-es la possibilité « de réexaminer des savoirs et des automatismes de pensée » et de « déconstruire des stéréotypes » (Gross et Gagnayre, 2022, p. 74), renforçant leur « humilité épistémique », soit la « prise de conscience critique de ses propres limites épistémiques ainsi qu'une disposition à rechercher des perspectives complémentaires et contrastées qui peuvent aider à surmonter ces limites » (Bogaert, 2021, p. 131).

35 Dans les Hautes Ecoles de Santé de Suisse romande, les interventions de personnes ayant des troubles psychiques dans les enseignements sont de plus en plus fréquentes. Si les pratiques sont certes réinterrogées grâce à leurs apports, les injustices de témoignage en tant que telles font rarement l'objet de discussion. Le dispositif développé pour les ateliers que nous avons animés auprès de soignant-es est une piste originale, car elle offre la possibilité aux personnes ayant témoigné via Twitter d'être lues avec leurs propres mots, tout en sachant à quel public leur récit est destiné. Les participant-es aux ateliers ont non seulement un accès au vécu en première personne de l'injustice, mais aussi à la manière dont elle influence la suite de leur parcours thérapeutique. La dimension écrite des récits fournit une alternative intéressante aux témoignages oraux : les profils des personnes qui témoignent sont variés et, pour beaucoup, il est probablement moins intimidant de livrer un témoignage anonyme par écrit que de venir témoigner face à des soignant-es. Le dispositif proposé est donc complémentaire à la présence des patient-es et pair-aidant-es dans les formations et lieux de soin : il permet une autre forme de participation, susceptible de générer une meilleure considération des savoirs expérimentiels et de renforcer l'humilité épistémique des soignant-es.

36 Il importe toutefois de bien penser le cadre de ces ateliers, et d'être conscient-e que ce dispositif peut engendrer des résistances. En effet, l'un des ateliers a été marqué par une posture défensive de la part de participants. En particulier, deux médecins ont questionné nos références sur la surmortalité des personnes ayant un diagnostic psychiatrique. Ils nous ont régulièrement coupé la parole et, à la lecture des témoignages, ont certifié être déjà conscients de ces problématiques et avoir tout mis en place dans leurs services pour que ce type d'injustice ne se produise pas. Dans ce contexte, le reste du groupe s'est peu exprimé et plusieurs participant-es sont venu-es nous livrer en aparté leurs propres récits d'injustices épistémiques. La réaction des médecins illustre le caractère potentiellement heurtant de ce qui peut être perçu comme une remise en question des pratiques soignantes par deux sociologues, ce qui conduit à l'adoption d'une posture défensive qui entrave la réflexivité et l'(auto-)critique. Il convient de réfléchir à la manière d'aborder ces questions, pour que l'aspect critique soit audible et permette d'ouvrir un espace d'échanges et de réflexions communes. Promouvoir des lieux d'échanges sécurisants pour les étudiant-es comme pour les équipes soignantes paraît essentiel, pour que des sujets sensibles soient traités en tenant compte des émotions ainsi provoquées.

37 Les étudiant-es en soins infirmiers réclament la mise en place de tels espaces. Les situations injustes en stage sont souvent tues, de crainte que cela ne se répercute sur la fin du cursus ou le futur engagement dans un service convoité. Les étudiant-es échangent parfois entre eux-elles sur ces situations, mais la formation leur offre peu de soutien pour analyser ces problèmes. Dans plusieurs pays anglophones, la pratique des « Schwartz Rounds », soit des forums interdisciplinaires réguliers entre

soignant-es, vise à parler des cas cliniques complexes en assumant sa propre vulnérabilité et la remise en question de ses pratiques (Crichton *et al.*, 2017; Newbigging et Ridley, 2018; Ng *et al.*, 2023). Ce type de dispositif pourrait être encouragé à toutes les étapes de la formation : il permettrait d'aborder plus sereinement cette crainte de l'échec évoquée par les étudiant-es dans l'appréhension somatique des patient-es en souffrance psychique, mais aussi de s'exprimer sans peur sur des situations de soins où leur propre parole n'a pas été prise en considération. Nommer ensemble ces situations renforce les possibilités de résistances envers la hiérarchie (Blalock et Leal, 2022). Les étudiant-es en soins infirmiers qui ont proposé des pistes concrètes pour contrer les injustices vécues lors des stages ont évoqué des manifestes ou chartes diffusés auprès des hiérarchies, la création de groupes de stagiaires qui seraient les porte-parole des dysfonctionnements institutionnels ou encore une sensibilisation aux situations problématiques dans les soins par le biais des réseaux sociaux, autant de pistes qui peuvent être considérées comme des tactiques de résistance.

38 Il nous semble ainsi pertinent de réitérer, dans des espaces de formation pré- et post-graduée, l'expérience menée en ateliers autour de récits d'injustices de témoignage écrits en première personne, afin d'encourager les (futur-es) soignant-es à identifier les situations d'injustices épistémiques et les manières d'œuvrer pour les réduire. Il est cependant nécessaire de s'assurer que, dans ces espaces, toutes les paroles puissent être entendues, ce qui est loin d'être évident dans des univers de soins fortement hiérarchisés. En effet, contrer les injustices épistémiques envers les patient-es implique de s'assurer de la justice épistémique entre les professionnel·les. Il importe par conséquent que les étudiant-es qui ont partagé anonymement leurs expériences bénéficient à l'avenir de conditions de travail suffisamment sécurisantes pour s'exprimer sur cette thématique.

39 En somme, l'analyse des récits et vécus de trois catégories de profils a mis en évidence que les injustices de témoignages relatées par les personnes ayant des troubles psychiques font partie du quotidien des soignant-es comme des étudiant-es. En effet, la majorité des soignant-es ayant participé aux ateliers ne s'est pas montrée surprise des témoignages et a pu les comparer à des situations vécues dans des lieux de soins. Le nombre conséquent d'étudiant-es estimant que la non prise en considération des plaintes somatiques des patient-es en souffrance psychique fait partie des principaux problèmes survenus durant leur formation laisse également penser que ces situations sont loin d'être une exception. Dans leurs témoignages, les patient-es ont principalement évoqué une négligence émanant d'un-e ou plusieurs soignant-es, l'injustice se traduisant avant tout au cours d'une interaction. Il ne faut cependant pas négliger le fait que les comportements injustes, qu'ils se manifestent individuellement ou en équipe, ne se réduisent pas à une relation intersubjective : ils sont aussi le produit de multiples dysfonctionnements institutionnels et organisationnels.

40 Ainsi, si la méthodologie déployée comporte les limites précédemment mentionnées, elle offre néanmoins la possibilité d'identifier les injustices de témoignages vécues par les personnes qui ont des troubles psychiques, mais aussi les circonstances dans lesquelles elles surviennent. Cette démarche permet d'amorcer une réflexion sur les améliorations concrètes à envisager dans la formation comme sur les lieux de soin pour que ces situations ne soient plus aussi fréquentes. Cette réflexion est urgente, car la méfiance envers les plaintes somatiques des patient-es en souffrance psychique et la prise en charge inadéquate qui en découle participent à la surmortalité des personnes ayant un trouble psychique (Gandré *et al.*, 2022). Il s'agit donc bien d'une question de vie ou de mort, qui ne doit plus laisser indifférent-es.

Bibliography

- Beaubatie, E. (2023a). Des savoirs confisqués. La connaissance trans' à l'épreuve de la précarité. *Revue du Crieur*, 22(1), 36-45 <https://doi.org/10.3917/crieu.022.0036>
DOI : 10.3917/crieu.022.0036
- Beaubatie, E. (2023b). Savoirs multisitués. Les reliefs de la positionnalité. *Raisons politiques*, 89(1), 25-42 <https://doi.org/10.3917/rai.23.0025>
DOI : 10.3917/rai.23.0025
- Blalock, A. E. & Leal, D. R. (2022). Redressing injustices: how women students enact agency in undergraduate medical education. *Advances in Health Sciences Education* <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10183-x>
DOI : 10.1007/s10459-022-10183-x
- Bogaert, B. (2021). L'application du concept d'injustice épistémique dans le soin : conceptualisation, limites, et perspectives. *Éthique & Santé*, 18(2), 127-133 <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.03.007>
DOI : 10.1016/j.etiqe.2021.03.007
- Crichton, P., Carel, H. & Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bulletin*, 41(2), 65-70 <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
DOI : 10.1192/pb.bp.115.050682
- David, G. (2003). Faire bon usage de l'erreur médicale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 187(1), 129-139 [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)34086-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)34086-5)
DOI : 10.1016/S0001-4079(19)34086-5
- Dormeau, L. (2021). Habiter l'instabilité, vivre dans les interstices du monde. *En marges! L'intime est politique - Revue de sciences humaines et d'arts*, (7). <https://enmarges.fr/2021/12/15/habiter-linstabilite-vivre-dans-les-interstices-du-monde/>
- Estival, É., Sinoquet, J. & Cluzel, F. (2017). La chambre des erreurs, un outil d'apprentissage ludique. *Soins*, 62(813), 52-54 <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.01.014>
DOI : 10.1016/j.soin.2017.01.014
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. PUF
DOI : 10.3917/puf.fainz.2006.01
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
DOI : 10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001
- Gandré, C., Moreau, D., Coldefy, M., Ben Dridi, I. & Morel, S. (2022). Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : enseignements de la littérature et perspectives: *Santé Publique*, 34(5), 613-619 <https://doi.org/10.3917/spub.225.0613>
DOI : 10.3917/spub.225.0613
- Godrie, B. & Dos Santos, M. (2017). Présentation: Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 7-31. <https://doi.org/10.7202/1042804ar>
DOI : 10.7202/1042804ar
- Godrie, B. & Rivet, C. (2020). Inégalités épistémiques et réduction identitaire : ce que l'entraide en santé mentale fait aux récits de la maladie. *Corps*, 18(1), 129-140 <https://doi.org/10.3917/corp1.018.0129>
DOI : 10.3917/corp1.018.0129
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Les Editions de Minuit
- Gross, O. & Gagnayre, R. (2021). Diminuer les injustices épistémiques au moyen d'enseignements par et avec les patients : l'expérience pragmatiste de la faculté de médecine de Bobigny. *Canadian Journal of Bioethics*, 4(1), 70-78 <https://doi.org/10.7202/1077628ar>
DOI : 10.7202/1077628ar
- Gross, O. & Gagnayre, R. (2022). Comment réduire les injustices épistémiques pour favoriser le lien social entre patients et soignants ? L'exemple de recherches et d'enseignements par et avec les patients. Dans *Comment (mieux) faire société ?* (p. 66-80). Champ social <https://doi.org/10.3917/chaso.obert.2022.01.0066>
DOI : 10.3917/chaso.obert.2022.01.0066
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599 <https://doi.org/10.2307/3178066>
DOI : 10.2307/3178066
- Harding, S. (1992). Rethinking Standpoint Epistemology: What Is « Strong Objectivity? » *The Centennial Review*, 36(3), 437-470
- Harris, O., Andrews, C., Broome, M. R., Kustner, C. & Jacobsen, P. (2022). Epistemic injustice amongst clinical and non-clinical voice-hearers: A qualitative thematic analysis study. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 947-963 <https://doi.org/10.1111/bjc.12368>
DOI : 10.1111/bjc.12368

Larcher, S. (2023). Positionnalités des chercheur-e-s minoritaires: Connaître les mondes sociaux, entre rapports de pouvoir et mythe de l'objectivité. *Raisons politiques*, 89(1), 5-24 <https://doi.org/10.3917/rai.23.0005>

DOI : 10.3917/rai.23.0005

Linder, A. (2023). *De l'idéal du rétablissement à l'expérience de l'aller mieux. Contribution à une sociologie de la santé mentale et de ses transformations contemporaines*, Thèse de doctorat, Université de Lausanne, Lausanne.

Newbigging, K. & Ridley, J. (2018). Epistemic struggles: The role of advocacy in promoting epistemic justice and rights in mental health. *Social Science & Medicine*, 219, 36-44 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.003>

DOI : 10.1016/j.socscimed.2018.10.003

Ng, L., Schache, K., Young, M. & Sinclair, J. (2023). Value of Schwartz Rounds in promoting the emotional well-being of healthcare workers: a qualitative study. *BMJ Open*, 13(4), e064144 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064144>

DOI : 10.1136/bmjopen-2022-064144

Piron, F. (2018). Méditation haïtienne: répondre à la violence séparatrice de l'épistémologie positiviste par l'épistémologie du lien. *Sociologie et sociétés*, 49(1), 33-60 <https://doi.org/10.7202/1042805ar>

DOI : 10.7202/1042805ar

Russo, J. (2023). Psychiatrization, assertions of epistemic justice, and the question of agency. *Frontiers in Sociology*, 8, 1092298 <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1092298>

DOI : 10.3389/fsoc.2023.1092298

Russo, J. & Beresford, P. (2015). Between exclusion and colonisation: seeking a place for mad people's knowledge in academia. *Disability & Society*, 30(1), 153-157 <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.957925>

DOI : 10.1080/09687599.2014.957925

Schuler, D., Tusch, A. & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse: monitoring 2020*. Observatoire suisse de la santé

Smith, D. E. (1990). Women's experience as a radical critique of sociology. Dans *The conceptual practices of power: A feminist sociology of knowledge*, 11-28, Northeastern University Press

Notes

1 L'article de Godrie et Dos Santos (2017) donne un bon aperçu de ces champs de recherche, qui connaissent actuellement un développement croissant dans le monde francophone.

2 Voir <https://reflexivites.hypotheses.org/category/2020/07-juillet-2020-emilie-bovet-audrey-linder-delphine-moreau>

3 Toutes les personnes ont donné leur accord quant à l'utilisation de leur récit pour cet article.



4 La réparation est ici à considérer dans le sens d'échanges réparateurs (reconnaître son erreur, présenter des excuses) (Goffman, 1974) plus que d'une réparation concrète de l'injustice vécue, ce qui est souvent impossible a posteriori.

5 La non prise en considération ou la minimisation des douleurs somatiques ont fait l'objet de nombreuses recherches en sciences sociales, notamment dans l'étude des maladies chroniques. En effet, les douleurs difficiles à identifier cliniquement ou à soulager avec des moyens thérapeutiques « biomédicaux » sont fréquemment interprétées comme ayant des origines psychiques. On peut citer principalement les travaux de S. Fainzang, d'I. Baszanger ou de D. Le Breton, mais la liste est loin d'être exhaustive. En Suisse romande, les écrits de M. Vanotti et M. Gennart ont permis de questionner la propension des soignant-es à classer les douleurs chroniques inexplicables sous le terme de « trouble somatoforme ».

6 Rappelons que les omissions et mensonges sont courants dans la relation médecin-malade ; ils ne sont pas propres à la consultation en psychiatrie (Fainzang, 2006).

7 En Suisse, l'assistance au suicide est légale.

List of illustrations

	URL http://journals.openedition.org/edso/docannexe/image/27115/img-1.jpg
	File image/jpeg, 97k
	URL http://journals.openedition.org/edso/docannexe/image/27115/img-2.png
	File image/png, 93k

References

Electronic reference

Audrey Linder and Émilie Bovet, "C'est pas dans la tête : les injustices épistémiques dans les soins aux personnes qui ont des troubles psychiques", *Éducation et socialisation* [Online], 71 | 2024, Online since 25 March 2024, connection on 28 March 2024. URL: <http://journals.openedition.org/edso/27115>; DOI: <https://doi.org/10.4000/edso.27115>

About the authors

Audrey Linder

Sociologue (PhD), adjointe scientifique à la Haute École de Santé Vaud, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HESAV, HES-SO) et chercheuse associée au laboratoire THEMA, Université de Lausanne.

Émilie Bovet

Sociologue (PhD), maître d'enseignement à la Haute École de Santé Vaud, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HESAV, HES-SO) et chargée de recherche au Département de Psychiatrie du CHUV, Lausanne.

Copyright



The text only may be used under licence CC BY-NC-ND 4.0. All other elements (illustrations, imported files) are "All rights reserved", unless otherwise stated.