

Hélène Liotard

Assistante sociale au Centre Hospitalier Saint Jean De Dieu

Sociologue

Lyon

SANTÉ MENTALE : L'INCERTITUDE COMME PRINCIPE DU TRAVAIL INTERINSTITUTIONNEL

Ma fonction d'assistante sociale en psychiatrie situe ma pratique professionnelle dans une zone à l'interface de mondes professionnels, de cultures et d'identités différents. Il s'agit de manier différents langages, différentes logiques, différentes ressources afin de soutenir les parcours toujours singuliers des personnes malades ou en souffrance psychique. L'enjeu de ce travail est de tenir ensemble, d'accorder les logiques professionnelles et les contraintes spécifiques des champs d'intervention professionnelle de la psychiatrie, du social et du médico-social. Ma formation de sociologue m'a permis de revenir sur ma pratique de terrain et de l'alimenter. Il m'importe de porter un regard critique sur la notion de décloisonnement des pratiques professionnelles en santé mentale et de mettre en valeur les pratiques expérimentées par les professionnels pour œuvrer dans les zones interinstitutionnelles.

Les paradoxes de l'injonction au décloisonnement

Jusque dans les années 1960-70, la question de la santé mentale était essentiellement basée sur les connaissances des professionnels du soin, et ainsi, déléguée aux psychiatres. Il s'agissait essentiellement de distinguer le normal du pathologique et seul le pathologique pouvait relever d'une préoccupation publique. La discipline psychiatrique s'est constituée comme une thérapeutique globale de la personne et même totale autour de l'asile. La notion de santé mentale s'est construite contre cette institution totale, dans un souci humaniste, dont les psychiatres se sont saisis pour faire évoluer leurs pratiques, s'appuyant sur la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle.

Mais définir les contours du champ professionnel d'intervention en santé mentale n'est pas aisé. Avec le mouvement de désaliénation, la santé mentale n'a plus seulement concerné les soignants, mais également les acteurs des champs du social et du médico-social qui ont pris en charge les malades en dehors de l'hôpital, dans leur lieu de vie, de travail ou leurs activités sociales ou de loisirs. La santé mentale apparaît comme un champ d'intervention pluridisciplinaire où le but n'est plus seulement de soigner. Une multitude d'acteurs interviennent auprès des personnes en souffrance psychique, qu'elles soient touchées par des pathologies psychiatriques

au long cours ou bien fragilisées dans une période particulière de leur existence. Il n'est plus seulement question d'une ouverture de la prise en charge des personnes malades en dehors de l'institution psychiatrique. La notion de santé mentale s'est modifiée, élargie et a pris corps dans l'action publique par les influences de changements sociaux. Lise Demailly (2012) a souligné le rôle de trois principales modifications socioculturelles : la montée du mal-être dans la société et celle de la demande de soin, la montée de la demande de sécurité, la montée de la demande de « respect ». Ces transformations sociétales ont accompagné une transformation des modes de régulation politique en France. Alors que les institutions publiques produisaient jadis une norme à laquelle se conformer, chaque individu a désormais la responsabilité de se ressaisir de moyens mis à sa disposition.

Ces mutations ont eu un impact fort sur le champ de la psychiatrie. Elle est reconnue comme une discipline médicale, sollicitée pour son expertise, une prise en charge spécialisée, alors que sa spécificité est fondée sur une approche globale. Le soin psychique, par nature relationnel, s'appuie sur un cadre qui a pour vocation de contenir, d'élaborer et de *transformer* des tensions, conflits, émotions et affects, entre le professionnel et la personne soignée. Du fait du poids des restrictions budgétaires et de la difficile traduction du cœur de ce travail en actes quantifiables, ce champ est traversé par une tension forte entre le temps long du prendre soin relationnel et le temps court du « diagnostic-traitement-orientation ».

La question du décloisonnement, reprise dans différentes directives politiques, apparaît récurrente dans les discours institutionnels à travers son corollaire, la notion de parcours de l'usager. Qui pourrait remettre en cause l'idée que face à un problème personnel, une pathologie complexe, il est difficile d'être renvoyé d'une institution à une autre, d'un spécialiste à un autre ? Qui contesterait l'idée que la fluidification des parcours favoriserait le bien-être de tous ? Mais cette nécessité échappe à toute modélisation, à tout mode d'emploi applicable largement. Le paysage institutionnel français s'est construit à partir de la spécialisation rigoureuse de champs d'intervention, de domaines de compétences, d'administrations. Cela a permis des progrès scientifiques et la construction d'identités professionnelles fortes. Mais, la santé mentale, comme problème public, déborde les cadres d'intervention construits et établis. La frontière entre les champs sanitaires et sociaux est aujourd'hui dénoncée mais elle reste encore organisée institutionnellement et l'objectif d'une meilleure articulation du sanitaire et du social plus incitatif que concret. Paradoxalement, c'est finalement aux professionnels de terrain de porter le souci du décloisonnement des pratiques, tout en mettant en œuvre leurs missions de travail, elles-mêmes définies et prescrites par les institutions historiques. Pourtant, il est intéressant de voir au plus près de chaque acteur, ce que cette double injonction fait faire.

Les acteurs institutionnels, les responsables d'établissements de santé ou médico-sociaux notamment, vivent au quotidien les freins du cloisonnement. Pour construire et développer leur projet, ils sont confrontés aux cadres contraints d'administrations spécialisées. À partir des problèmes posés par le cloisonnement dans la réalité, le décloisonnement se transforme en injonction pour les institutions.

Celles-ci doivent, de façon autonome, *transformer* la contrainte en un projet innovant ; projet à défendre comme un choix stratégique pour qu'il soit en retour validé et financé par les organismes de tutelle. Les services de l'État ne contrôlent plus vraiment la réalisation d'objectifs qu'ils auraient prescrits. Ils soutiennent par contre des projets qui correspondent aux contraintes qu'ils définissent. Les acteurs institutionnels se saisissent de l'injonction au décloisonnement et l'intègrent dans leur projet d'établissement, mettant en avant leur dynamique, leur mise en mouvement, propice à la valorisation de leur institution auprès des financeurs.

Pour les professionnels de terrain, la question du décloisonnement fait plus écho à un souci pratique du quotidien pour mettre en œuvre leur mission qu'à un défi politique à mener. Ils ont besoin de connaître les autres acteurs de leur territoire et de développer des réseaux de partenaires dans le souci d'orienter au mieux les publics qu'ils accompagnent. Mais l'injonction au décloisonnement peut se révéler, pour eux, source de confusion et d'insécurité. Pour chaque situation singulière qu'ils accompagnent, les professionnels interviennent au nom d'une mission professionnelle qui leur est propre. La frontière entre les services constitue donc le fondement de leur action. Cette cloison, aujourd'hui dénoncée, est constitutive de leur identité et permet à chaque intervenant de se différencier. En développant un réseau de partenaires, ils reconnaissent l'incomplétude de leur mission pour répondre aux problématiques de santé mentale. Malgré leurs collaborations régulières, il est commun d'entendre des stéréotypes et préjugés dans le discours des travailleurs sociaux et des soignants, les uns envers les autres. Au-delà des difficultés inhérentes à la « répartition des tâches » autour de situations complexes, je crois que ces discours critiques viennent souligner leur besoin de caractériser leur spécificité, pour pouvoir continuer à agir. Dans cette logique, le décloisonnement pourrait alors conduire à une indifférenciation des acteurs qui serait probablement plus risquée pour eux que le cloisonnement actuel. C'est pourquoi, plutôt que de penser les frontières entre les champs d'intervention professionnelle en santé mentale, à partir d'une ligne verticale, abrupte, figée et imperméable (comme une cloison), il me semblerait plus judicieux de penser cette ligne comme une courbe, une paroi, au sens d'une membrane souple qui pourrait être ajustée dans son environnement et perméable, pour permettre des échanges et des façons de la traverser, la remodeler, la *transformer*.

Si cette nécessité de décloisonner est au centre des attentions, c'est peut-être qu'elle permet de désigner un espace particulier. En effet, cette notion de décloisonnement me semble avoir un pouvoir performatif. S'il est difficile de définir précisément les contours du champ de la santé mentale, parler de décloisonnement désigne, par la négative, des frontières à effacer, déplacer ou remodeler. Il me semble important de considérer la santé mentale comme un espace véritable, dans ses reliefs, pour éviter l'écueil de la mise en concurrence des professionnels que produit le fait de se centrer sur les cloisonnements et frontières. Si la santé mentale n'est pas portée, appropriée par une institution unique, cela ne suffit pas à annuler la réalité qu'elle constitue sur le terrain. Le champ du travail en santé mentale est un espace réel qui se remodèle autour de situations toujours singulières des personnes concernées, que les professionnels accompagnent au nom de leur

mission professionnelle propre. En ce sens, le champ de la santé mentale pourrait être défini comme un espace potentiel qui prend forme, au cas par cas, et mobilise à chaque fois, différentes institutions. Les institutions construites historiquement autour de missions fixes deviennent alors des institutions « satellites », sollicitées ou non selon les problématiques des personnes concernées. L'intervention en santé mentale crée alors des partenariats toujours incertains et à durée limitée. Ce travail répétitif dans les zones de frontières des administrations historiques et instituées dessine alors le champ d'intervention en santé mentale.

L'incertitude comme principe du travail interinstitutionnel

La réflexion que je propose sur la notion de décloisonnement n'a pas qu'un but critique. Elle m'a permis de redonner du sens aux dissonances que je percevais, aux écarts que je ressentais entre mon travail quotidien réel et les discours officiels sur mon travail. Car les pratiques de coopérations interinstitutionnelles existent sur le terrain et se développent. Je souhaite les mettre en valeur, sans chercher à les modéliser, car elles sont par nature singulières. Je m'appuierai sur l'expérience de la création d'une instance de coopération partenariale autour de situations complexes en santé mentale.

La Métropole de Lyon anime, depuis 2002, une démarche partenariale sur le thème de la Santé psychique, de l'hébergement et du logement (SPHEL). Une formation-action propose d'accompagner les territoires qui le souhaitent dans la création d'instances de coordination sur ce thème. Il est intéressant de souligner que la mise en place de tels dispositifs interinstitutionnels s'inscrit toujours dans une histoire locale particulière. Sur notre secteur, la préoccupation de mettre en place un groupe pour étudier les situations complexes de personnes prises en charge par les travailleurs sociaux et pouvant relever d'un soin psychique est ancienne. Cette question a été soulevée de façon récurrente au sein du CLSM (Conseil Local de Santé Mentale). Dix ans avant la création du « groupe SPHEL », cet objectif avait été inscrit dans le règlement intérieur, sans être mis en œuvre. Puis, les premiers groupes de travail du CLSM faisaient tous remonter le besoin de tels dispositifs de parole entre professionnels. Ceux qui ont essayé de concrétiser cet objectif n'ont pas perduré. Quel que soit le chemin de cet objectif, il est régulièrement revenu, soit par la demande du terrain, soit sur sollicitation des acteurs institutionnels.

La formation-action SPHEL a constitué pour les participants une véritable expérience commune bien que laborieuse. Le projet de cette formation entre partenaires locaux avait surtout été présenté comme une occasion de mieux se connaître, de favoriser une culture en commun. Mais les institutions n'avaient pas formulé, aux professionnels participants, de commande concernant la mise en place d'une instance de travail collaboratif. Les participants ont découvert, dans le cours de la formation-*action*, qu'ils étaient en position d'auteurs d'un projet à construire ensemble. Le partage d'une phase de perplexité a été une première expérience collective et fondatrice pour notre groupe. Un travail sur nos besoins, ressources et représentations respectifs a permis de cheminer vers la construction d'un projet en commun. Un groupe partenarial naît à partir de la reconnaissance d'un besoin partageable et

de l'idée fondatrice qu'un travail en commun pourrait réduire la complexité à agir. Car, au quotidien, les problématiques de santé mentale confrontent les professionnels aux limites de leur intervention. Les situations complexes concernant la santé psychique et le logement ont, en effet, pour caractéristique principale de ne pouvoir être résolues par les réponses professionnelles routinières. Elles peuvent constituer des épreuves de professionnalités (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, p. 268-272) qui se jouent tant au niveau institutionnel, professionnel que personnel. Les professionnels développent des dispositifs d'échange sur leurs difficultés, pour les dépasser, et mener à bien leur mission. Ces dispositifs relèvent de la nécessité d'espaces de paroles qui soutiennent le sens de leur action dans un espace interinstitutionnel. En ce sens, ce sont des espaces de travail collaboratif qui aident à supporter le travail. À la fois, ces dispositifs exposent également les professionnels et il est important de pouvoir en mesurer la fragilité.

Grâce aux apports de la formation-action, nous avons pris soin de nous constituer en tant que groupe. Cela est passé par l'appropriation du sens de notre action commune, à travers le travail de rédaction collégial de notre charte et de notre règlement de fonctionnement. Nous avons ainsi choisi, ensemble, les mots qui définiraient le cadre de notre action. Cette étape a été source de débats intenses et a permis de tester la résistance de notre projet face aux désaccords internes. En quelque sorte, ces textes ont été rédigés par un groupe qui s'est constitué en tant que groupe à travers la rédaction de ces mêmes textes. Mais le sens de ces textes a également une portée vis-à-vis de l'extérieur du groupe. Pour que notre action commune soit rendue possible, il fallait que notre projet soit validé par nos institutions respectives, réunies dans le comité de pilotage du CLSM. L'enjeu pour les acteurs de terrain-auteurs d'un projet interinstitutionnel est que le groupe ouvre un espace de liberté quant aux pratiques habituelles. Cela demande, en retour, aux institutions d'accepter cette autonomie d'un groupe sans avoir accès à la totalité de ce qui s'y déroule. À la fois, pour fonctionner, le groupe a besoin que son existence soit officiellement reconnue et validée. Le travail interinstitutionnel ouvre donc un « jeu de visibilité-invisibilité » entre les professionnels et leurs institutions de référence. Les professionnels participants sont mis à disposition par leur institution pour travailler le lien avec d'autres institutions partenaires. Ces dernières délèguent ainsi à ces groupes, ce qu'elles ne sont pas en mesure de résoudre seules.

Ces espaces de parole et de travail à l'interface des frontières d'intervention instituées ont un potentiel très riche mais ils n'épargnent pas les professionnels de l'incertitude quant à leur pratique. Énoncer au sein du groupe les doutes et les freins de nos interventions quotidiennes est un acte de parole fort qui permet de construire le sens de notre action et, en même temps, de l'ajuster. Produire le récit d'une situation et d'un accompagnement complexes constitue déjà un travail de *transformation* d'un manque, d'une plainte. Ce partage est nourri par des intentions de différents ordres : la reconnaissance de l'épreuve traversée professionnellement et la demande que d'autres puissent intervenir. Mais les réponses ne sont jamais certaines. Le groupe ouvre la possibilité de construire un cadre d'intervention novateur mais les professionnels restent tenus à leur mission prescrite institutionnellement. Il s'agit d'être en mesure de partager la difficulté en essayant de

comprendre plus finement la clinique de la personne concernée, mais pas toujours de la résoudre.

Ces dispositifs de paroles interinstitutionnels fonctionnent en auto-régulation, sans personne tierce pour animer les débats. Il est d'autant plus nécessaire de prendre le temps de construire un groupe suffisamment sécurisant pour qu'il soit en capacité d'accueillir et de résister aux désaccords inhérents à l'intervention en santé mentale. Il s'agit également de capitaliser les expériences positives pour alimenter sans cesse le sens de cette action commune. Mais elles ne seront pas pour autant modélisables ou reproductibles. Je crois même que cet espoir pourrait mettre en péril le fonctionnement d'un groupe. Ces dispositifs de parole interinstitutionnels se construisent comme des espaces potentiels, souples, fluides, « en état de dispersion » pour faire référence au contrat narcissique de Piera Aulagnier (1975). Si l'expertise des uns prend le dessus sur celle des autres, si les places de chacun deviennent fixes et prédéterminées, cela fige la dynamique du groupe. L'incertitude inhérente à ces pratiques en serait finalement le principe organisateur. C'est elle qui préserverait le pouvoir créatif de l'échange en cours, le plaisir d'occuper une place différente que celle du quotidien professionnel, l'espace de reconnaissance de la singularité de ce que le professionnel supporte au quotidien. Ce principe d'incertitude est une façon d'accorder et de préserver une marque d'altérité irréductible et de différenciation à chaque membre du groupe. Il apporte au groupe la possibilité et le pouvoir d'accueillir et de *transformer* les éprouvés, les contraintes et les désaccords qui le traversent irrémédiablement. « Ne pas prédire ce qu'il va se passer mais savoir qu'il va se passer quelque chose (Puget, 2004). »

BIBLIOGRAPHIE

Aulagnier, P. (1975). Le contrat narcissique. Dans P. Aulagnier, *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF.

Demailly, L. et Autès, M. (2012). *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Paris : Armand Colin.

Puget, J. (2004). Penser la subjectivité sociale. *Psychothérapies*, 24(4), 183-188.

Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri, *Dictionnaire des risques*

psychosociaux. Paris : Éditions du Seuil.