



(Re)construire le soin en santé mentale

SYNTHÈSE des ÉCHANGES du GROUPE de travail 2015-2016

Introduction

«*Qu'est-ce qui soigne en santé mentale ?* » : telle est la question qui a animé, du début à la fin, la vie de ce groupe de travail interculturel entre avril 2015 et mai 2016. Cette question nuancée, stratifiée, en évoque inévitablement d'autres : *qu'est-ce qui ne soigne pas, qui est-ce qui soigne, à quelles conditions, in fine qu'est-ce que « soigner » signifie... ?*

Ainsi s'est construite la réflexion groupale autour de trois objectifs complémentaires :

- Créer un **espace de dialogue**, constructif et critique. Se donner une excuse et un contenant pour penser.
- Créer des nouveaux **ponts**, des nouveaux **liens** entre les champs « psy », ceux du soin somatique et du travail social.
- **Capitaliser** des expériences et réflexions et les transmettre à un public plus large

Sont apparus un fleurissant enchevêtrement de questions à penser ensemble, des certitudes et des clivages à démonter, des intuitions à démontrer ou au moins à montrer, à mettre à l'épreuve, etc.

En suivant cet élan critique et réflexif, nous nous sommes mis au travail. Nous avons cherché à faire se rencontrer nos pratiques, ce qui les reliaient et ce qui les différençiaient. Nous nous sommes construits un cadre stable mais souple, où la parole a été le plus libre possible, et l'écoute bienveillante.

Plus d'un an après notre première réunion, voici la synthèse de nos échanges.

Bonne lecture !

Andréa MICHEL, coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale de la Ville de Grenoble
Olivier DAVIET, psychologue au Relais Ozanam
Gaïa BARBIERI, étudiante master 2 recherche en psychologie

Méthodologie

Le principe de base était donc de constituer un groupe pluridisciplinaire et pluri-institutionnel¹, et d'essayer d'en capitaliser les expériences et les réflexions, en vue d'une transmission.

Deux principes méthodologiques majeurs ont orienté notre réflexion :

1. Recueil d'une « matière » à partir **d'exposés de pratiques** (psy, social, somatique) d'un(e) des participant(e)s venant mettre en exergue ce qui semble soigner la santé mentale (*Quelles observations ? Quelles difficultés et quelles améliorations ? Quels partenariats ?*), avec pour trame un « canevas »² validé collectivement

2. Production commune d'une **représentation de ce que « soigner la santé mentale »** voulait dire pour notre groupe dans sa disparité et partage de ce travail à l'extérieur du groupe.

Le groupe a été composé de 40 personnes différentes, s'est rencontré 9 fois, avec environ 15 participants à chaque rencontre.

Sur la base du volontariat, tous ceux qui le voulaient ont présenté leur vision de la santé mentale à partir de leur pratique. Il s'agissait pour chacun d'ainsi déployer sa culture (ses représentations, ses formations, son rapport...) de la santé mentale et sa participation, directe ou indirecte, à ce qui la soigne.

Ainsi, nous avons assisté à 11 exposés des situations suivantes : *proche d'un usager, psychiatre à l'hôpital, association de familles, médecin généraliste, assistante sociale et éducatrice spécialisée en polyvalence de secteur, éducateurs en protection de l'enfance, éducatrice en insertion, chef de service médico-social, infirmières en service d'accueil familial, psychiatre en centre de réhabilitation, animatrice artistique.*

Chaque séance a donné lieu à un compte-rendu conséquent voulant reproduire les échanges de manière presque exhaustive. La synthèse a été produite à partir de ces comptes-rendus, en recoupant les réponses au canevas et les discussions qui suivaient les exposés. Cette synthèse a ensuite été retravaillée en grand groupe.

Les parties en **bleu** sont des reports de paroles partagées dans le cadre du groupe.

1 au sens des institutions, des disciplines, des fonctions, des expériences, des statuts...

2 reproduit dans les annexes, ainsi que les règles de fonctionnement du groupe

I. L'OBJET SANTE MENTALE

A) Définir la santé mentale : problématique individuelle ou groupale ?

Nous proposons ici une conception large et positive de la santé mentale. La santé mentale **concerne tout le monde**, elle est un élément primordial de la vie humaine, qui présente des innombrables nuances et gradations. Il s'agit d'une condition qui évolue et se transforme dans le temps et qui est à la fois un fait subjectif et un fait social.

Le Groupe a analysé et critiqué plusieurs définitions du concept de « santé mentale » (de la définition officielle de l'OMS jusqu'à celle proposée par J. Furtos).

Quelques éléments évoqués autour de la définition de la santé mentale :

« Parvenir à satisfaire ses besoins élémentaires, à habiter avec des gens autour de soi, à sortir, à prendre soin de soi, à faire valoir ses droits, à travailler, à éduquer ses enfants... Vivre en accord, voire en harmonie, avec Soi et son environnement pour y développer pleinement et activement ses compétences et en amoindrissant les freins que pourraient représenter les difficultés personnelles, psychologiques, sociales. Pouvoir s'adapter mais pas se sur-adapter (au risque de l'oubli de Soi), ni subir, ni se soumettre. Ne pas souffrir de troubles psychiatriques majeurs empêchant la participation. Respecter soi-même, avoir conscience de ses compétences et difficultés ».

a) Une vision à large spectre de la santé mentale

La notion de santé mentale opérante dans notre réflexion, donc, ne se limite pas à de la pathologie ou au diagnostic. Elle donne une place importante au « **bien-être** ». La santé mentale peut aller d'un **état d'équilibre**, d'une certaine harmonie (des différents secteurs de sa vie et dans son lien avec son environnement), en passant par la **détresse psychologique réactionnelle** aux difficultés existentielles, jusqu'aux **troubles psychiatriques** classés selon des critères diagnostiques en maladies (plus ou moins sévères et handicapantes). Ainsi, la souffrance peut être *passagère* ou *chronique*.

La question des **aller-retours entre ces différents stades** pour chacun a été objet de discussion dans le groupe.

b) La santé mentale comme cheminement du sujet dans la communauté

Le rapport de chacun à sa santé mentale paraît consister en la **recherche continue d'un équilibre** (forcément précaire...). Du côté travail social en particulier, la santé mentale est pensée en lien avec **l'inscription sociale du sujet** (de sa possibilité de participer à la vie sociale, de trouver sa place dans la cité sans trop de souffrance). Par extension, cela revient à situer le bien-être psychique dans **l'articulation du sujet et de ses groupes d'appartenance** : domaine du « je » (être bien avec soi-même, savoir qui je suis et

prendre soin de ce que je suis, ce qui s'avère souvent difficile pour la personne qui a une « maladie psy... » et domaine du « nous » (être en lien avec les autres, et être capable de maintenir ce lien). La souffrance psychique apparaît ainsi **fortement liée au social** :

- celui-ci pouvant en être la *cause* (la souffrance psycho-sociale, par exemple, fragilise l'individu et peut perturber sa santé mentale) *et/ou*
- le lieu d'expression des *conséquences* (les troubles psychiatriques transforment bien souvent la possibilité d'être en lien).

B) Construction d'une culture de la Santé Mentale

a) Une question de point de vue

À **distance**, quand le domaine de la santé mentale est peu connu, il apparaît **effrayant**. D'où l'importance de l'information du public et de l'accompagnement. Actuellement, il faut arriver « *dans la maladie* » pour découvrir tout un univers inconnu en amont et toutes les ressources qui existent. Il est également perçu comme un domaine de spécialistes, d'initiés, de porteurs de « vérité » et par conséquent de solutions.

Plus proche, lorsque le domaine est davantage investi, connu, fréquenté, apparaissent la **complexité**, l'**hétérogénéité** des pratiques, le **renoncement** à la **toute-puissance** et à l'immédiateté, l'**abandon de la généralisation**.

b) L'acquisition de connaissances et de savoir être

Pour les professionnels, il est fait état d'un enseignement en santé mentale lors des formations initiales et au cours de formations en cours d'emploi.

Pour les proches, c'est l'expérience et l'apprentissage « sur le tas » qui précèdent une éventuelle formation ou apport de connaissance.

Ex : un atelier d'entraide « prospect » proposé *par les familles elles-mêmes pour les familles* (« *en quoi la maladie a modifié la personne, qu'est-ce que ça a changé en moi, ce que j'en fais, vers quoi je peux me projeter ?* »)

Dans tous les cas, il y a construction d'une **culture par accumulation**, alimentée par l'expérience, le cheminement personnel : recours à des fonctions ressources (les métiers du champ psy et les colloques)³, **formation « sur le tas »**, au coup par coup (**cheminement**), en fonction du **désir propre** (l'appropriation de la question semble plutôt individuelle), **rencontres** (de professionnels, des personnes accompagnées, qu'elles soient proches ou usagères). L'apprentissage *horizontal* vient compléter et/ou compenser l'apprentissage *vertical*.

3 Les différents corpus théoriques évoqués lors des exposés sont listés en annexe.

II. CE QUI SOIGNE & CE QUI NE SOIGNE PAS

A) Ce qui soigne

Le soin est plus perçu comme **un cheminement** que comme un objectif à atteindre. Il propose ainsi **un processus de changement**.

a) La satisfaction des besoins primaires

Pour parler sérieusement de santé mentale, on ne peut négliger la satisfaction des besoins qui demeurent aux **niveaux « plus bas »** de la Pyramide de Maslow, et notamment :

- sommeil et nourriture ;
- hygiène ;
- sécurité ;
- soins somatiques ;
- ressources et logement.

La place de **l'insertion sociale** se trouve là primordiale, de même que l'accompagnement vers une (ré)appropriation des **objets sociaux fondamentaux** (Furtos), sans négliger les éventuels allers-retours entre la volonté d'inscription et le recours à certaines formes d'évitement; l'insertion *professionnelle*, quant à elle, fait l'objet de débats, en tant que possible *ingrédient du soin* mais aussi perceptible comme une *obsession normative*.

b) Prendre soin de l'environnement : le soin passe par le lien

Les réflexions du Groupe sont très riches à ce niveau-là. Elles révèlent une forte représentation du champ médico-social parmi les participants, qui placent leurs pratiques dans l'entre-deux, *entre le Soin et la Cité*. La **lutte contre l'isolement** serait alors un ingrédient incontournable du soin :

1. contre **l'isolement des personnes accompagnées** : construire les conditions favorisant l'instauration d'un lien :

- **favoriser l'adaptation et l'inscription sociale**

« Avoir le souci que les répercussions de la maladie sur la personne soient suffisamment limitées pour qu'elle puisse rester disponible aux autres, « compensant » ainsi les handicaps, communiquer, accéder au logement, au travail, aux loisirs, etc... une prise en charge « globale » (= pas trop segmentée) favorise l'orientation des personnes, l'accompagnement à communiquer avec les institutions du soin. »

- **favoriser l'auto-support** : Permettre aux personnes en difficulté de se rencontrer et de se soutenir entre elles, de partager leurs expériences avec des pairs.

2. contre **l'isolement des familles et des proches** :

Il est nécessaire de soutenir les familles et de les reconnaître comme des **partenaires** dans le soin.

« Passer du « pourquoi ? » au « comment ? » Déculpabiliser les familles (qui se sentent souvent « pathogènes ») et défendre leur droit au répit (ne sont pas obligés de tout porter) Permettre aux familles

de se rencontrer et de se soutenir entre elles. La rencontre d'autres familles dans des situations proches permet de voir qu'on n'est pas seul, même si chaque situation est différente. »

3. contre l'isolement des professionnels qui les accompagnent :

On perçoit une sensation de **solitude** des professionnels hors du champ de la psychiatrie sur ces questions (en particulier face aux situations de pathologies mentales graves et perturbantes), ce qui conduit à faire appel aux collègues et partenaires (on retrouve ici la notion d'« aide aux aidants »). Le corollaire en est l'intuition d'une impasse en cas d'enfermement des professionnels dans « leur rôle » et dans « leur mission ».

Sortir de l'isolement ou de l'illusion de toute-puissance, accepter que l'on n'est pas le dépositaire de la « vérité » sur la personne qu'on accompagne, mais qu'on en a juste une représentation partielle, que d'autres professionnels puissent intégrer, etc...

Apparaît l'idée de « faire réseau », de construire une alliance thérapeutique entre professionnels, en permettant aux professionnels qui prennent en charge les mêmes personnes de se rencontrer entre eux, d'échanger, d'aller au-delà des représentations stéréotypées des autres professionnels et d'apprendre la langue de l'autre, de passer du secret professionnel à l'information partagée quand elle est utile pour la personne accompagnée.

c) La reconnaissance de la personne dans ses spécificités

1. La reconnaissance sociale

La reconnaissance de l'individu dans sa globalité (un citoyen, un homme, une femme, un malade, un habitant, un alter ego, etc...), lui accorde l'indispensable **dignité** et participe à la **déstigmatisation**, en refusant de réduire la personne à son problème. Le parcours de soin s'inscrit évidemment dans un parcours de vie. Reconnaître la personne signifie *élargir le regard* de son « dysfonctionnement » à son environnement, à ses intérêts, à ses attentes, etc. Cela participe d'une vision optimiste, partant du principe qu'en chacun il y a des ressources.

2. La reconnaissance de la « maladie »

Le fait de nommer *ce qui se passe* peut être *rassurant* pour le sujet et son entourage. Cela permet de **donner un sens** aux événements et d'imaginer une action à mettre en œuvre (cf. plus loin : à propos de *l'usage du diagnostic*).

3. Sortir de la logique du patient passif

Étymologiquement, du grec ancien « pàtheis », le patient est celui qui *souffre*, ou, plus généralement, celui qui *subit*, celui qui demeure dans une position *passive*. Le groupe a souvent valorisé des idées et des pratiques qui permettent à la personne *prise en charge*... de se **prendre en charge elle-même**, en alliance thérapeutique avec les professionnels. Cela passe, entre autres, par lui soumettre des clefs de **compréhension**⁴ de ce qu'il lui arrive.

Dans cette perspective, trois concepts ont particulièrement retenu notre attention :

- Le rétablissement

4 Exemple de « l'éducation thérapeutique »

Concept issu des mouvements anglo-saxons d'usagers des années 1980 et 1990, c'est un **processus**, dans lequel il peut y avoir des pauses et des marches-arrière, et qui vise à dépasser la « maladie ». Il diffère de l'aboutissement définitif du soin (la *guérison*) et vise plutôt à aller mieux, à **avoir prise sur sa propre vie malgré les troubles**, avoir un projet malgré les obstacles⁵, voire à **transformer la maladie elle-même en une ressource**, une occasion de découverte de soi et d'évolution personnelle⁶.

L'inclusion sociale et la reconnaissance du sujet en tant que participant à la vie de la communauté y sont des points centraux.

- L'empowerment

Il advient dans le repérage, la valorisation, l'expression, la mobilisation des **compétences** de chacun. L'idée est de laisser/rendre les personnes accompagnées « actrices » de leur vie en favorisant l'accès aux **droits citoyens** et la recherche de leurs **propres** solutions.

« Partir des ressources, des limites et des rythmes de la personne, partir de là où la personne en est dans un certain moment de sa vie. Mettre au centre ses potentialités et ses priorités, et travailler avec elle pour les développer. La maladie psychique ou la précarité sociale mettent la personne dans un état aléatoire. Prendre en compte cet état pour inventer des solutions avec la personne, lui donner confiance en elle-même et maintenir l'espoir. Rêver ensemble, imaginer ».

- La participation...

... comme une **mise en acte du pouvoir de chacun, un engagement personnel, un choix**. Pour se rétablir, il est très important que la personne puisse participer, en fonction de ses désirs à des activités, des échanges avec d'autres, dans la communauté (le terme « occupationnel » tend à minimiser, voire à mépriser l'intérêt d'activités permettant, entre autres, de structurer le temps).

d) Construire une véritable relation entre accompagnant(e) et accompagné(e)

Le parcours de soin commence par une **rencontre**, qui est d'abord *rencontre entre êtres humains*. Le **lien** va s'instaurer avec une **personne ressource choisie**. L'idée et les pratiques d'« **aller vers** » ont souvent été évoquées, qui permettent de se mettre à portée par un accompagnement de proximité, de possibles visites au domicile de la personne, l'intérêt parfois de ne pas attendre que la personne vienne dans l'institution... tout en restant vigilant à ne pas (trop) mélanger son désir avec celui de la personne accompagnée....

« Offrir une accroche, un étayage, une prise. Offrir un cadre contenant à des sujets « éclatés ». L'écoute du patient, des familles permet obtenir une relation de confiance. Faire alliance thérapeutique avec le patient. »

⁵ « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale ... ». (Bill ANTHONY, 1993)

⁶ « Ce qui ne te tue pas te rend plus fort »...

5 dimensions à la relation soignante :

- *Dimension de l'écoute* : de la personne, de son histoire, éventuellement de sa famille, de ce qui l'a amenée jusqu'à là, de ses difficultés, d'un éventuel déni de sa problématique....

- *Dimension de la référence* : la rencontre n'a lieu qu'avec l'implication du professionnel qui, dès lors, n'est plus interchangeable ! Il est bien question de suivre, de faire avancer la *personne*, et non pas... son *dossier* ! Accompagner, construire le soin ensemble, revient à apprendre de la personne comment on peut l'aider. Il convient de favoriser ce qui rétablit de la continuité autour de la personne et permet, le cas échéant, de se trouver présent au moment opportun (par exemple, quand la personne est prête à prendre soin d'elle, quand elle décide le changement, etc.)

- *Dimension de la temporalité* : incompressible ! Ca n'est pas que l'accélération contemporaine qui donne le chrono mais aussi le rythme propre à la rencontre.

« Patience, prendre le temps, ne pas lâcher, respecter le rythme du sujet, continuer à accueillir... »

- *Dimension de l'impuissance* : se lancer dans de l'aide autour de la santé mentale fait courir le risque de ne pas y arriver !

« Difficultés pour aider l'utilisateur à mettre en place des soins, des mesures de protections. Ça nécessite un gros travail d'accompagnement qui ne montre parfois aucun résultat pour l'utilisateur... »

- *Dimension de la symétrie/asymétrie* : quand on parle de relation, on parle de réciprocité : comment penser la symétrie et l'asymétrie dans une relation de soin respectueuse de la subjectivité et des places ?

« Proposer des accompagnements partant des attentes de la personne. Le soin, le traitement ne sont pas des fins en soi, mais servent un objectif, qui est celui de la personne elle-même et pas du professionnel, celui-ci se trouve dans une posture d'information et de soutien. Éviter le « réflexe correcteur » (ce qui vaudrait à reconnaître le déficit chez la personne et dire ce qu'il faudrait) pour favoriser une posture éducative. Ne pas « vouloir à la place de l'autre », ni confondre son désir avec celui de la personne accompagnée. »

e) Pluridisciplinarité et regard complexe sur la personne

Il y a un intérêt pour le patient (et pour soignant...) d'inscrire le soin dans une dimension pluridisciplinaire et multi-professionnelle, avec une recherche de **complémentarité** des approches et des actions et de **cohérence** des différentes interventions. Le partenariat participe à complexifier le regard porté par chaque soignant sur la personne et son parcours (*voir aussi la partie « le partenariat comme une évidence »*).

f) La souplesse et le creux

Les soignants doivent également se préoccuper des **interstices entre soin « officiel » et non-soin**, les ruptures pouvant être vues comme autant de constituants du parcours de soin. La stabilité et la « compliance » au traitement ont été évoquées comme ingrédient indispensable du soin, mais le groupe a

surtout poussé sa pensée partagée dans la direction contraire, à savoir vers la valorisation de la souplesse du soin.

Une autre idée a été soulignée du côté de la **réhabilitation psychosociale** : celle d'un **cheminement personnel dans lequel le professionnel n'intervient pas forcément**. La motivation de la personne, ce qui se passe chez la personne elle-même, la prise de conscience de ses ressources, tout ce qui se passe sans lien avec un professionnel peut aussi être considéré comme un élément essentiel du soin.

g) La place du traitement chimique

Quel est l'effet soignant des médicaments psychotropes ?

Le groupe a évidemment évoqué cet aspect du soin, mais, sans être condamné ou critiqué, il est resté à la marge de la pensée partagée. Seulement une participante (médecin) du groupe a nommé la prescription et la « compliance » au traitement comme un des éléments qui soignent, stabilisent et permet au patient d'être disponible pour d'autres activités (avec l'idée que sans une stabilité minimum, le reste ne fonctionne pas).

Cette observation pourrait être le signe qu'une posture de rejet massif de tout traitement est dépassée au profit de la considération du traitement comme un facteur non-soignant s'il est isolé mais potentiellement améliorateur et parfois indispensable.

B) Et ce qui ne soigne pas ?

Les réponses à cette question constituent *une critique fine et aiguë de certaines évolutions du soin en Santé Mentale* :

a) Les clivages entre psyché, corps et social

Ces clivages se traduisent souvent dans la **difficulté du partenariat** entre soignants, un accompagnement « saucissonné », où les professionnels communiquent peu ou pas entre eux, où la personne est perdue entre les institutions, un manque de prise en charge globale, qui laisse la personne et sa famille démunies et désorientées. La solitude des usagers, la solitude des familles et la solitude (ou le sentiment d'omnipotence) des professionnels vont ensemble.

Ces clivages⁷ s'instaurent pour différentes raisons :

- un rôle important est joué par les **normes institutionnelles**, qui justement « instituent » le sujet pris en charge en tant que patient qui souffre de tel ou tel trouble ou qu'usager « relevant » de tel ou tel dispositif, plus rarement en tant que personne qui se trouve au croisement de (au moins) trois mondes :

⁷ L'approche bio-psycho-sociale reste également problématique, et ses limites exigent d'être considérées avec lucidité (S. Nassir Ghaemi, 2009). Le risque y serait de penser que « tout est soin », modelant une étendue indéfinie du soin, un *soin sans interstices*. En même temps, cette vision est la représentation du soin qui nous reste quand nous sortons de la logique *disjonctive*, pour aller vers l'anthropologie *conjonctive* (JL Genard).

soma, psyché, socius. On peut dire que l'institution soignante « fabrique » ses patients, ses soignants et sa clinique.

- ces clivages sont également liés au **manque de disponibilité pour « apprendre la langue de l'autre »** et pour instaurer *une relation thérapeutique dans laquelle chaque « soignant » accepte son interdépendance à l'égard des autres*, et parfois du regard que d'autres professionnels ont pu construire sur la personne accompagnée. La pratique partenariale vient presque inévitablement interroger chaque acteur sur un plan identitaire : où commence et où fini ma mission par rapport à celle de l'autre ? Quel est mon périmètre, quelles sont mes spécificités ? etc...

b) La tyrannie des chiffres : la chiffrocratie

Travailler en réseau, se connaître, essayer de se comprendre, dépasser les limites institutionnelles... : tout cela demande du temps, et le temps est une ressource. Dans le contexte global, où chaque pratique tend à être **réduite à sa valeur monétaire et à sa rentabilité**, la « **quantité** » du soin l'emporte sur sa « **qualité** »⁸. Les pressions de rentabilité et le « turn-over » des professionnels, souvent considérés comme interchangeables, constituent **une atteinte au concept de référence et à l'attachement du soignant à « ses » sujets**⁹ et se trouvent générateurs d'une considérable souffrance au travail.

c) Un mésusage du diagnostic

Le **diagnostic** est pris dans un **paradoxe** : si, d'un côté, le fait de nommer et de mettre un sens sur *ce qui se passe* peut être *rassurant* pour le sujet afin d'imaginer une action à mettre en œuvre (y compris préventive), de l'autre côté son effet *figeant* et *excluant* ne peut être négligé : le diagnostic possède le pouvoir de réduire la personne à son trouble en *donnant*, de fait, *une identité et un positionnement social à la personne*. Ainsi, par son côté « double tranchant », le diagnostic peut participer à « ce qui ne soigne pas » (par sa dimension figeante et « essentialisante »), ou, au contraire, son absence peut constituer le maintien dans un « flou » qui ne permet pas à la personne de cerner sa problématique et faire une demande d'accompagnement...

Il est important de chercher un point d'équilibre entre deux extrêmes : **stigmatisation de la personne**, qui est ainsi réduite à son trouble, et **manque de reconnaissance** de ce qu'elle vit en tant que « malade », au nom de la dé-stigmatisation, qui fait alors courir le risque de banaliser sa souffrance. Comme à propos d'autres populations minoritaires, on retrouve une ligne de tension entre *reconnaissance* et *assignation*.

« À l'adolescence donc, c'est compliqué de poser un diagnostic, ça peut prendre longtemps. En attendant, la famille essaie de mettre en place des choses pour améliorer la situation, mais c'est difficile. Et quand le diagnostic tombe, c'est douloureux pour la personne et pour sa famille »
(Témoignage de proches).

8 Voir, entre autres : De Gaulejac, V. 2005. La société malade de la gestion, Seuil

9 La logique de rentabilité tend à instaurer le contraire du travail de maillage du réseau : en instaurant **une dilution du soin**, l'utilisateur rencontre des professionnels qui changent fréquemment, et donc il n'y a personne qui le suit dans son parcours, il peut n'importer à plus personne et personne ne le « porte » vraiment...

d) Le recours à des injonctions paradoxales

Pour se protéger de certains symptômes trop « bruyants » chez ses usagers, les institutions ont tendance à les interdire et à les sanctionner (par l'expulsion temporaire ou définitive du sujet par exemple). *L'injonction paradoxale* consiste à demander à la personne qui vient se soigner dans l'institution de se comporter comme si la problématique à l'origine de ses symptômes n'existait pas.¹⁰ Ce type d'injonction paradoxale s'inscrit sur **une ligne de tension**, qui d'ailleurs traverse tout contexte de soin et **structure la vie en société à tous niveaux** :

Liberté/autonomie
Respect de la personne
Souplesse



Sécurité/protection
Infantilisation
Rigidité des normes

Les injonctions paradoxales sont l'exemple le plus clair des dangers d'une prise en charge trop stricte, trop cadrée, qui amène à exclure les exclus et à méconnaître les symptômes qu'ils portent.

e) Les difficultés d'accès aux soins « officiels »

Cet accès s'avère **difficile, sélectif ou conditionnel**. Il est d'ailleurs noté que les personnes porteuses de handicap psychique ne recourent pas toujours à l'ensemble de leurs droits. Si la personne n'est pas guidée dans son parcours parmi des grandes institutions, elle se perd souvent, elle ne passe pas certains « filtres ». Les CMP par exemple, de plus en plus débordés dans un contexte de baisse de moyens humains, n'arrivent plus à répondre à ces exponentielles orientations vers le soin.

Et quand la demande n'est que murmurée ?

Certaines personnes en souffrance se contentent de « murmurer » une demande d'aller mieux, voire de soin, qui plus est auprès d'un accompagnateur estampillé « non-soignant » le plus souvent. La demande ne peut alors qu'être portée par ce tiers qui en est devenu le dépositaire choisi. Cela se trouve parfois pris dans la logique sociale du **don/contre-don** (« Ça va, je vais aller voir un psychiatre, mais je le fais pour vous, parce que je vous aime bien, vous. »). **Certains protocoles trop rigides empêchent la médiation par un tiers porte-parole** (un travailleur social, un proche...).

10 Sur le plan logique, ce type d'injonctions peut être du même acabit que de demander à un paraplégique de marcher pour aller en rééducation...

III. LES RÔLES DES ACTEURS

A) Qui soigne ?

1. **Le patient/l'usager/la personne accompagnée** : c'est lui/elle qui possède, *in fine*, le mode d'emploi...
2. **La famille des « psys »** : psychiatre, psychologue, psychothérapeute, infirmiers, etc...
3. **Le médecin généraliste** : Il connaît la situation, il fait lien, il est le garant d'une continuité et d'une permanence du soin, il est souvent le premier contact de la personne en difficulté ;
4. **Les travailleurs sociaux** (assistants sociaux, éducateurs), qui incarnent souvent (notamment pour les personnes en situation de précarité), à la fois *le premier pont vers le soin et le dernier ancrage institutionnel, qui « tient » le sujet*. Ils sont des professionnels qui *bricolent* des savoirs et s'adaptent en situation à leur interlocuteur. Ils ont une fonction contenant, ils gagnent la confiance de la personne qu'ils accompagnent parce qu'ils l'accueillent, en cheminant avec elle vers un « aller-mieux ». Les travailleurs sociaux sont aussi les tiers, les *porte-parole* de la personne en difficulté. Ils sont des professionnels « boîte-à-outils »...
5. **Un réseau** de professionnels différents qui travaillent ensemble. (ex : binômes éducateur/infirmier) ;
6. **L'environnement** : l'entourage, les pairs-aidants, la famille, l'usager lui-même, lorsqu'ils sont pris en considération, reconnus et accompagnés.

B) Le partenariat comme une évidence

a) Points forts du partenariat

Le partenariat apparaît pour beaucoup comme une évidence dans l'accompagnement de la santé mentale. Il est souvent question de rechercher la complémentarité des approches et des actions, de la cohérence des différentes interventions, de faire alliance thérapeutique avec le patient et l'ensemble de l'équipe soignante au sens large... La qualité du partenariat s'origine dans la bienveillance, le soutien et la sécurité (ce qui procure le sentiment d'être « bien entouré »). Il y a un intérêt (déjà évoqué) d'inscrire le soin dans une dimension pluridisciplinaire et multi-professionnelle.

b) Limites du partenariat

- Le temps et la disponibilité ;
- La méconnaissance des ressources ;
- Les différentes logiques et contraintes institutionnelles ;
- Les statuts et représentations que a chacun des Autres (« familles », « sanitaire », « social »...).

c) Soin et pureté du soin...

Face à la complexité d'une situation, les différents professionnels sont parfois tentés de se renvoyer la balle en disant : « ça relève de l'éducatif » ou « ça relève du psychiatrique » ... Or, il s'agit souvent de personnes se trouvant à une intersection et qui pourraient tirer profit de la complémentarité des intervenants et des champs d'action. Par ailleurs, au sein du groupe s'est partagée la perception d'une évolution de la fréquence et de la répartition du travail « sur » la santé mentale (« *les travailleurs sociaux qui y sont de plus en plus confrontés* »).

En outre, certains professionnels semblent reconnus par le groupe en tant que **figures « qui soignent »**, mais que, en même temps, n'y sont pas catégorisés par le groupe en tant que « **soignants** ». Un travailleur social, notamment, semble pouvoir participer indiscutablement à améliorer la Santé Mentale des personnes qu'il accompagne, (pour certains travailleurs sociaux, la santé mentale constitue même une dimension essentielle dans leur pratique). Doit-on différencier alors un « soin thérapeutique » (ce qui forme sans doute un pléonasme...) d'un « soin éducatif », pratiqué par des « thérapeutes de contrebande »¹¹ ?

Ainsi, dans la réflexion groupale se dévoile un clivage entre :

- **les « vrais » soignants** : ceux qui ont accès au soma, qui possèdent de « vrais » outils (des médicaments, des traitements qui impactent le corps) et une vraie emprise soignante sur le patient¹², et
- **les soignants de « l'être social »**, qui ont des pratiques et des identités nettement moins légitimes, beaucoup plus floues et incertaines.

Les témoignages du groupe laissent entendre qu'il y a une **asymétrie entre ces différents acteurs**, comme si le social avait davantage besoin de lien avec le médical que l'inverse¹³ :

« Les principales limites viennent de la part des soignants, bien que l'on constate de plus en plus de bienveillance et de moins en moins la notion de « famille pathogène »

Témoignages d'un proche

« La complémentarité pour le médecin généraliste, c'est d'abord le lien avec le psychiatre. Il y a beaucoup de besoins de ce côté-là. [...] La complémentarité est également importante avec le social. Dans ce domaine c'est encore plus flou car cela sort du médical et donc c'est un domaine plutôt mal connu. »

Témoignage d'un médecin généraliste

« On a le sentiment d'un manque de reconnaissance de l'expertise des travailleurs sociaux : si une assistante sociale adresse une personne au CMP, ça n'est pourtant pas pour rien ! »

Témoignage d'un travailleur social

11 Mara Selvini.

12 Symboliquement, la figure du médecin et des professions qui lui sont attachées se situent « entre le patient et la mort »...

13 Cette asymétrie se situe en droite ligne d'ancestraux rapports de domination sociale

« Il y a souvent un risque de cloisonnement, parfois on constate une « opacité » du milieu médical qui voudrait une relation asymétrique dans l'échange d'infos. »

Témoignage d'un éducateur spécialisé

C) Au-delà de l'Institution... vive l'institution ?

Les institutions de soin en santé mentale ne sont pas les seules actrices à considérer. Là où il n'y a pas d'institutions de soin, ou là où elles laissent à désirer, bref, *dans les interstices du soin*, de nouvelles idées et d'autres formes de « soigner » peuvent naître. Ces « nouvelles formes » sont en réalité nouées à un vivre ensemble qui ressemble aux communautés « anciennes », hors des États modernes, hors de nos organisations sociales très structurées et centralisées¹⁴.

On peut ainsi observer une mutation¹⁵ des catégories du soin en Santé Mentale par laquelle les sujets - soignants et soignés- semblent être appelés à **(re)construire l'institution**, tendant peut-être vers une **Santé Mentale communautaire ?**

Quelques conclusions ouvertes...

La pensée groupale autour du soin en Santé Mentale a donné une position centrale à la notion de **relation humaine**. Le concept de « **prendre soin** » peut apparaître comme plus porteur que celui de « soigner », ainsi que l'idée de **rétablissement** (au sens d'un « aller-mieux » et d'un parcours de vie) est beaucoup plus investie par le groupe que celle de « guérison ». Pour « prendre soin » de quelqu'un, les professionnels doivent s'interroger à propos de ce qui se passe autour du « soin », notion dont les contours s'avèrent intrinsèquement flous.

Deux métaphores opposées du soin¹⁶ :

Soigner c'est *réparer quelque-chose qui s'est cassé* / Soigner c'est *avancer ensemble*

Dans le discours du groupe, il n'y a **pas de place pour la première métaphore**, qui est, peut-être, la plus facile à trouver dans la conception occidentale et biomédicale du soin, où le soignant est un être savant, supérieur au malade, capable de l'analyser, de le sectionner, d'isoler son point faible, et donc chargé de le réparer pour le rendre à nouveau normal, sain, fonctionnel. **Cette métaphore n'a pas forcément de**

14 Exemple de la Santé Mentale communautaire dans certains pays africains, exemple de la situation actuelle en Grèce, etc.

15 Considérons le rôle des médiateurs pairs de santé, la fonction soignante de l'entourage de la personne prise en charge, de la participation, de la valorisation des compétences, etc...

16 « Il est intéressant de voir comment notre discours s'articule autour de certaines métaphores. Ces sont des métaphores que d'habitude on considère comme « mortes », parce que leur pénétration dans le langage courant a éteint leur force poétique. Et pourtant, si on les observe de plus près, on voit bien que ces métaphores sont bien vives, puisqu'elles conditionnent, d'une voix subtile mais puissante, notre vision du monde » (P. Ricoeur, « La métaphore vive »).

dimension relationnelle, elle est à sens unique : le seul à être agi, manipulé et changé par le soin est le patient. Le soignant, lui, il sort inaltéré par la pratique du soin, « indemne ».

Dans le cadre de notre réflexion commune au contraire, **le soin en Santé Mentale est entièrement structuré par la deuxième métaphore**, celle qui nous montre une dynamique où soignants et personnes en difficultés sont pris ensemble, côte à côte, un mouvement dans l'espace qui renvoie à un mouvement dans le temps, et donc à un lieu qu'il faut apprendre à cohabiter et à une temporalité qui est temps de partage, qui est toujours changement mutuel. **Le soignant et la personne prise en charge cheminent ensemble, et donc ils changent ensemble**, dans une trajectoire où chacun dépend des mouvements de l'autre, de son rythme, de ses bonds en avant ou en arrière, de ses pauses, de ses hésitations, de ses élans... Et dans ce « pas double », le soignant et le sujet ne sont jamais seuls, mais toujours entourés par un contexte familial, amical, infra et inter institutionnel, social, politique, par un milieu de vie qui présente, certes, des obstacles, mais aussi des ressources précieuses pour le soin...

Le soin en Santé Mentale nous est donc apparu comme *une trame complexe et polymorphe, une question profondément humaine et sociale*. En tant que soignants, alors, *il s'agit de s'entraider pour aider la personne*. Il n'y a pas de thérapie « prêt-à-porter », pas de soignant absolu : il y a un ensemble de gens qui font lien, qui font cercle autour de la personne en difficulté. Le soin en Santé Mentale n'est pas une irruption violente dans la psyché de la personne : il s'agit, au contraire, de reconnaître la personne, de l'écouter, d'apprendre de la personne elle-même en quoi elle « fonctionne », ses ressources et ses difficultés, son entourage et ses désirs, pour avancer ensemble.

Richesse et limites de notre travail de groupe

Bien qu'ayant espéré le plus de diversité possible dans la constitution du groupe, l'argument initial et les premières rencontres¹⁷ ont inévitablement opéré un tri entre les praticiens et proches d'utilisateurs contactés : seuls ceux qui se sont suffisamment reconnus dans ces premiers questionnements ont choisi de donner suite. C'est sans doute ce qui a permis de partager et de penser ensemble dans une conflictualité très modérée (alors que l'on sait combien les questions de santé mentale -en tant qu'objet intrinsèquement politique - divisent et charrient des tensions). A noter également que, des trois champs professionnels (psy, social, et somatique), celui des soignants « du corps » a été le moins représenté. Cela s'explique peut-être par le fait, qu'en tant que soignants somaticiens, ils se reconnaissent culturellement moins dans le soin en santé mentale.

Le travail du groupe a révélé sa richesse au fur et à mesure de son déploiement, les pratiques des uns faisant écho à celles des autres. Là aussi, il semble que le plaisir et l'intérêt pour la rencontre ont permis cette moisson de réflexions autour de cette énigmatique notion de soin en santé mentale...

17 En particulier peut-être la soirée inaugurale de présentation du projet, comprenant un temps de conférence du sociologue Pierre Vidal-Naquet.

ANNEXES

1/ Personnes ayant participé au groupe de travail

Anna BARBERY, psychologue

Gaïa BARBIERI, étudiante en Master 2 recherche en psychologie

Nathalie BAUDUIN, éducatrice spécialisée au CODASE

Edouard BOUILLON, travailleur pair à TOTEM

Melissa BOURGEAT, étudiante en Master 2 Santé

Catherine BRUN-VILLIEN, UNAFAM 38

Ingrid CAILLET-ROUSSET, animatrice Association AVIPAR

Cyrile CANDIAGO, chef de service à l'ALHPI

Monique CHEVRELOT, Psychiatre au CHAI

Virginie CLERC, psychologue en libéral

Marilyne COUDOUR, étudiante en psychologie

Annie DAIDJ, Infirmière réseau au CH Alpes Isère

Rose DANIEL, volontaire en service civique

Olivier DAVIET, psychologue au Relais Ozanam

Marielle DE JONG, infirmière à l'Accueil Familial de l'association St Agnès.

Marie-Claude DEVILLIERES, Cadre de santé au CH Alpes Isère

Catherine DOPOURIDIS, éducatrice de secteur, département 38

Marie-Noëlle GASSIOT, médecin généraliste retraitée

Marina GENEVE, infirmière en psychiatrie

Julien GOBBO, Coordinateur RéHPsy

Hélène GUILLOU, Neuropsychologue

Badis HADROUF, Médecin généraliste libéral

Anne Lise LACROIX, sage-femme libérale

Christine LEDOUX, psychologue à l'association Saint Agnès

Natalie LIBERT, association l'Oreille du cœur

Anne MARION, coordinatrice de Service à l'ALHPI

Andréa MICHEL, coordinatrice du Conseil Local de Santé Mentale

Patrick MILORD, éducatrice au CODASE

Stéphanie MIRANDE, éducatrice à Totem

Nicolas MOIROUD, éducatrice spécialisée à l'association Et pourquoi pas

Franck PERRIN, stagiaire à Totem

Monique REGNIER, Infirmière l'association St Agnès

Marie-Jeanne RICHARD, UNAFAM 38

Damien REY, volontaire en service civique



Anne SAUZE, Oreille du Coeur

Annie SABY, Assistante sociale au département 38

Paola SINISTERA, psychologue neuropsychologue

José TAILLARD, stagiaire assistant social

Mathieu VALLET, Art thérapeute, Association « Et pourquoi pas ? »

2/ Quelques règles de fonctionnement du groupe :

- La santé mentale est un sujet sensible, plein de « terminaisons nerveuses ». Il est nécessaire d'en parler « avec soin » ;
- Pas de jargon ;
- La confidentialité : pas tous le même statut ni les mêmes obligations. Ne pas donner de nom lorsque l'on aborde une situation spécifique. Si les situations spécifiques sont reconnaissables, les modifier si nécessaire ;
- Répartition égalitaire de la parole ;
- Rester vigilant face au risque est que l'on s'épuise, et qu'on ne sache pas où aller. Important de se fixer des objectifs réalistes.
- Lieu des réunions : tournant d'une fois à l'autre, afin de connaître d'autres institutions ;
- Continuité du Groupe, en écho à la continuité du soin pour les patients, et à sa personnalisation.

3 / Constitution du groupe

Ce Groupe de travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel a été constitué de représentants des :

- Pratiques dites « sociales »
- Apports de la biologie (traitements chimiques et neurologiques)
- Soins du corps
- Approches communautaires, reconstruction des liens et des contenants sociaux
- Déclinaison de psychothérapies de différentes natures

Nous avons décidé que, aux professionnels (et éventuels bénévoles), devraient s'ajouter des usagers, venant témoigner de leur expérience et apporter le regard sur les pratiques. Néanmoins, nous ne sommes pas parvenus à organiser la participation d'usagers dans le cadre de ce groupe. Nous avons néanmoins pu bénéficier de quelques témoignages de personnes proches à des usagers de la santé mentale.

4. CANEVAS utilisé pour les EXPOSÉS

CONSIGNE GENERALE

L'idée est de tenter de faire avancer notre compréhension du soin en santé mentale, à partir de la diversité de nos pratiques. Les questions qui suivent vont permettre d'orienter le propos mais l'exposant reste évidemment libre de l'organisation de sa présentation. La durée ne doit pas excéder 20 min, sans compter les échanges qui suivront.

- Contexte de la prise de parole
 - D'où je parle : institution, fonction, lien avec les questions de santé mentale,...
 - Public rencontré/côtoyé
- Regard sur sa propre culture professionnelle / bénévole / aidant
 - Quelle formation en santé mentale y est dispensée (comment : enseignement théorique, pratique, formation sur le tas)?
 - D'après vous, comment la santé mentale est perçue et abordée dans votre groupe de professionnels/bénévoles/aidants ?
 - Au quotidien, quelle place réserve-t-on à cette notion dans votre pratique ?
- Regard sur le « cadre théorique »
 - Pour vous, qu'est-ce qu'est la santé mentale ?
 - Pouvez-vous partager un concept, un auteur, une théorie, une idée qui soutient/éclaire votre pratique de la santé mentale ?
- Regard sur sa pratique propre
 - Qu'est-ce qui dans vos activités vous semble contribuer à améliorer la santé mentale des personnes avec lesquelles vous travaillez/que vous côtoyez ?
 - Pouvez-vous partager des exemples tirés de la pratique/expérience ?
- Regard sur les partenariats
 - Des partenariats existent-ils ?
 - Comment l'articulation s'opère-t-elle ? Quelles limites repérez-vous ?
 - Peut-on parler de complémentarité ?
- Conclusion
 - Qu'est-ce qui soigne en santé mentale ?
 - Qui est-ce qui soigne ?

5. *Référentiels théoriques du Groupe*

- Médecine (critères de diagnostic, traitements médicaux, approche de la relation médecin/malade/maladie) ;
- Thérapie familiale Systémique (la famille est abordée dans sa globalité, comme un système en interaction avec un environnement sociétal) ;
- Psychothérapie institutionnelle (où l'institution est elle-même soignante) ;
- Théories de la clinique psychosociale (J Furtos) ;
- Réhabilitation psycho sociale : rétablissement, diagnostic des ressources ;
- Culture humaniste (subjectivité et non normativisme) ;
- Psychanalyse ;
- Thérapies cognitivo- comportementalistes ;
- Art thérapie ;
- La santé publique ;
- Les sciences humaines dans leur ensemble ;
- Empowerment (retrouver du pouvoir sur sa vie) et Psychologie positive ;
- Posture de réduction des Risques ;
- Lutte contre stigmatisation (Goffman) et Reconnaissance (Honneth) ;
- Effet Pygmalion (prophéties autoréalisatrices), permanence et continuité.