



« Les Services de Santé Mentale face aux personnes en situations complexes et/ou chroniques »

Une démarche d'évaluation qualitative des pratiques cliniques et de réseau dans une perspective thérapeutique

Rapport final

Auteur : Raphaël Darquenne

Table des matières

Table des matières	2
Introduction.....	4
1. Demande et objectifs du projet	7
1.1. La demande	7
1.2. Objectifs.....	7
2. Méthode.....	8
2.1. Phase 1 (2017) : Co-analyse participative	8
2.2. Phase 2 (2018) : Affinage de l'analyse.....	11
Phase 2.1 : Affinage et AFOM.....	12
Phase 2.2 : Co-analyse factorielle.....	13
2.3. Phase 3 (2019) : Perspectives et rapport	13
Phase 3.1 : Vision et pistes d'action	14
Phase 3.2 : Stratégies, objectifs et actions	15
3. Analyse	16
3.1. Des situations complexes	16
3.2. Une clinique de la complexité	17
3.2.1. Centralité de l'humain et du sujet.....	17
3.2.2. Du sujet au système	18
3.2.3. Entre cadre clinique et subjectivité des personnes.....	19
3.2.4. Entre care et cure et quelques autres tensions	20
3.2.5. Savoir, désir, transfert et hypothétisation	21
3.2.6. Faire lieu, faire accroche	22
3.2.7. Une clinique de l'ajustement.....	23
3.2.8. Une clinique du lien.....	23
3.2.9. Une clinique de l'expérience	24
3.2.10. Une clinique de la co-construction et de la mise en mots	25
3.2.11. L'importance du temps	25
3.2.12. Du sentiment d'impuissance à la relativisation de l'échec	26
3.3. De la clinique au réseau interne.....	27
3.3.1. Certaines fonctions du travail en équipe	27
3.3.2. Complémentarité des fonctions	28
3.3.3. La richesse des espaces différenciés	28



3.3.4.	Alternatives	30
3.4.	Du réseau interne au réseau externe.....	30
3.4.1.	Propos introductif.....	30
3.4.2.	Les personnes et ce qui les entoure.....	31
3.4.3.	Des approches inclusives.....	31
3.4.4.	La « pression du réseau ».....	32
3.4.5.	Un accès difficile aux dispositifs	33
3.4.6.	Des transitions sécurisées	33
3.4.7.	Coopération, communication et coordination.....	34
3.5.	En guise de conclusion	36
3.5.1.	Du réseau au politique	36
3.5.2.	Des critères pour instruire la qualité.....	39

Introduction

Le Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé du 5 mars 2009 prévoit que chaque Service de Santé Mentale procède à une Démarche d'Evaluation Qualitative (DEQ) portant sur une thématique choisie par le Service et sur laquelle il travaille durant trois années.

« La démarche d'évaluation qualitative vise l'amélioration du service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble en termes de prévention, d'aide ou de soin, compte tenu des moyens disponibles en effectifs, ressources financières et structures. » (Art. 169. § 1 du Décret)

Suite à la réalisation de plusieurs DEQ, différents SSM se sont regroupés au sein d'un groupe de travail d'où sont (entre-autres) ressortis la plus-value de réaliser des DEQ conjointes et la pertinence de mettre au travail la prise en charge des situations « complexes » auxquelles peuvent être associés des notions comme « la psychose », les « cas lourds », les « troubles chroniques », les « retards de développement », la nécessité d'une « prise en charge multiple »,...

Ces SSM se situant dans un contexte urbain marqué par la précarité des conditions de vie et la présence de structures psychiatriques sur leur territoire. Ils sont donc amenés à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques mais aussi des personnes dont l'équilibre mental peut être fortement compromis par différents facteurs environnementaux défavorables.

Ces Services ont souhaité « s'interroger sur et évaluer les pratiques des équipes pluridisciplinaires au sein des SSM autour de situations complexes et/ou chroniques », identifier et mettre en évidence « ce qui fait soin » dans les pratiques avec ces publics, que ce soit au niveau clinique ou au niveau du réseau (réseau du sujet, réseau de prise en charge, réseau de soin).

Ce questionnement prend place dans un contexte d'évolution des politiques et pratiques de santé mentale. Si les SSM ont vu le jour en tant qu'alternatives pertinentes à la psychiatrie hospitalière pour accompagner ces personnes « en situation complexe et/ou chronique », certains constats et certaines tendances peuvent être mis en évidence :

- La complexité et la chronicité des situations des personnes en termes de santé mentale connaissent un accroissement significatif liés à des phénomènes d'exclusion, de disqualification et de désaffiliation sociales de plus en plus importants.
- La complexification des situations socio-psychologiques semble devenir un facteur important dans l'accessibilité aux soins et dans la pénibilité du travail dans le secteur psycho-médico-social.

- La prise en charge des personnes « en situation complexe et chronique » représente environ 50 % du travail thérapeutique alors que cette population ne représente que 7 % des usagers des SSM.
- La tendance à l'orientation vers les résultats entraîne le risque de délaisser les personnes « en situation complexe et chronique » au profit des personnes en situation de trouble « anxio-dépressif ».
- De nombreux patients qui pourraient être traités ailleurs que dans les SSM sont orientés ou poussés vers les SSM qui atteignent rapidement un taux de saturation.
- Les SSM reçoivent un grand nombre de demande de consultation de personnes dont la problématique ne nécessite pas une prise en charge pluridisciplinaire et qui pourraient aller à des consultations en privé si elles étaient plus accessibles. Ces situations saturent les consultations à défaut de situations nécessitant un dispositif plus conséquent et plus proches de leurs missions et pour lesquelles ils estiment devoir mettre la priorité.
- Chaque service a créé ses propres dispositifs pour rencontrer ces situations, il y a de la diversité dans les pratiques.

De façon plus générale, les SSM s'interrogent sur leur rôle et celui des autres acteurs de la santé mentale mais aussi du social dans un contexte de mutations importantes au niveau sociétal et de réformes importantes au niveau des politiques publiques.

Sur le plan sociétal, on assiste progressivement à un déplacement du curseur dans l'étiologie des problèmes de santé mentale. Ces derniers sont de plus en plus envisagés comme le résultat de carences individuelles et associés à des maladies ou pathologies qui relèveraient principalement ou exclusivement de l'individu lui-même. L'individu en souffrance psychique est alors défini comme un individu malade qu'il s'agirait de soigner pour qu'il puisse, le plus rapidement possible, se prendre en charge et guérir ou voir disparaître ses symptômes pour retrouver une « vie normale ».

Avec cette individualisation de la souffrance psychique et la croyance mythique selon laquelle un traitement de courte durée pourrait permettre à l'individu de voir disparaître ses symptômes, l'individu porteur du symptôme fait l'objet d'une surresponsabilisation mais aussi d'une stigmatisation en même temps que sont éludées les causes et les explications collectives (sociétales, institutionnelles, familiales,...) de la souffrance psychique qui, toujours, exprime moins un problème individuel qu'une souffrance sociale, ancrée dans un réseau de relations, dans un contexte, dans une histoire personnelle et, souvent, familiale.

La souffrance psychique, comme souffrance sociale, s'inscrit aussi dans un contexte sociétal qui valorise la performance individuelle et prône l'émergence d'une figure individuelle mythique (l'individu toujours « au top », proactif, performant, productif, assertif, adaptatif, connecté, résilient, capable de faire face à toutes les difficultés, de rebondir,...), une forme de

super héros du quotidien dont la figure négative est celle de l'individu déprimé qui a renoncé à s'inscrire dans cette course sans fin.

Les politiques publiques ne manquent pas de s'inscrire dans ce contexte idéologique. L'émergence des politiques d'activation dans les années 1990-2000 et leurs approfondissements actuels - qui impliquent une conditionnalisation des droits sociaux élémentaires (santé, revenus,...) à des devoirs individuels de plus en plus importants, une responsabilisation individuelle accrue et une individualisation de l'accès aux droits sociaux - en est une illustration probante. Un contrôle de plus en plus fort est exercé sur les individus en situation précaire ou fragile, les exigences à l'égard des individus pour accéder à leurs droits se renforcent et cet accès aux droits est de plus en plus limité, que ce soit au niveau des politiques sociales (chômage, CPAS,...) de santé (mutualités, reconnaissance des handicaps,...) ou des politiques migratoires. Ces politiques, alors qu'elles faisaient l'objet de critiques importantes, sont, de plus en plus, considérées comme allant de soi sans que ne soit suffisamment interrogée leur pertinence, leur ancrage idéologique ou leurs impacts sur les publics en termes d'exclusion, de discrimination, de souffrance psychique,... Les politiques fédérales de santé mentale ne sont pas en reste et privilégient de plus en plus une logique de trajets de soins les plus courts possibles visant la disparition des symptômes.

Ces évolutions sociétales, idéologiques et politiques interrogent aussi la définition du normal et du pathologique et, avec elle la frontière entre le normal et le pathologique, impliquant un déplacement progressif des référentiels, des dispositifs et des pratiques dans le champ de la santé mentale mais aussi, chez les patients, un déplacement des modalités selon lesquels ils vivent « leur maladie » ; maladies de plus en plus considérées comme des problèmes à éradiquer que comme les effets d'enjeux et de faits sociaux plus larges voire comme des effets de structure.

Force est de constater qu'en 40 ans, les politiques publiques n'ont pas permis, loin s'en faut, l'amélioration de la santé mentale des populations. La question se pose donc de la pertinence et de la légitimité des institutions (scolaires, sociales, de santé, culturelles,...) qui ont été créées pour prendre en charge les situations complexes et chroniques ; ces situations pouvant être considérées comme un fait social avec lequel il faut faire faute de pouvoir l'éradiquer et impliquant un nécessaire questionnement sur ce qui les produit ou les construit.

La question de ce qui est institué en SSM est au cœur de ce rapport qui entend présenter et rendre compte de ce qui fait la qualité dans le soin psychique. Qu'il s'agisse de la clinique institutionnelle ou du travail en réseau, il s'agit de rendre compte de ce qui fait soin, aux yeux des acteurs des 4 SSM, de permettre de rendre compte d'années d'expérience clinique au contact des populations et de dire quelque chose au politique de ce qui fait la qualité dans le soin psychique.

1. Demande et objectifs du projet

1.1. La demande

Eu égard à ces différents éléments de contexte, quatre SSM (ANAI, L'Adret, La Gerbe et Primavera) ont demandé au Réseau MAG de les accompagner sur le plan méthodologique pour réaliser un processus participatif de co-analyse des situations, problématiques, besoins, enjeux et pratiques relatifs à la prise en charge (clinique et en réseau) des bénéficiaires qui présentent une problématique complexe et chronique à des fins évaluatives, formatives et de co-construction de perspectives pratiques et sociétales.

Les 4 SSM ont souhaité :

- « mettre en exergue les implications en termes de temps et de ressources du travail avec des bénéficiaires qui présentent une problématique complexe et chronique, des bénéficiaires avec lesquels ils sont amenés à travailler à plusieurs (...)
- se pencher sur des temporalités différentes, le travail de crise qui nécessite un déploiement d'un dispositif important en un temps court, ou le travail qui nécessite une prise en charge multiple sur le long terme... (...)
- envisager une question qui permette d'approcher tant la population rencontrée par les équipes adultes que celle rencontrée par les équipes infanto-juvéniles (...)
- rendre compte des moyens et outils mis en œuvre pour le suivi de personnes dans une situation chronique et complexe, et évaluer si ce qui leur est proposé aujourd'hui rencontre leurs besoins (...)
- se focaliser sur les situations qui impliquent au moins trois intervenants et durent dans le temps. »

1.2. Objectifs

Ces différents constats ont mené les SSM à mettre en œuvre une DEQ devant permettre de :

- identifier et mettre en évidence « ce qui fait soin » (« care »/« cure » « aide aux personnes »/ « santé ») dans les pratiques avec les publics en situation complexe et/ou chronique que ce soit au niveau travail clinique ou au niveau du travail en réseau
- rendre compte de la complexité et des spécificités des situations des personnes et du travail thérapeutique (et en réseau) aux acteurs sociaux
- construire une analyse commune à partir des réalités des différents SSM impliqués et des perspectives pratiques (pour le travail clinique et en réseau) et sociétales

Le projet est donc un processus participatif de co-analyse des situations, problématiques, besoins, enjeux et pratiques relatifs la prise en charge (clinique et en réseau) des bénéficiaires

qui présentent une problématique complexe et/ou chronique et de co-construction de perspectives pratiques et sociétales.

L'analyse s'est envisagée au niveau de 3 types de pratiques : Les pratiques professionnelles (clinique), organisationnelles (réseau interne) et de réseau (externe). Elle comprend la relation de ces pratiques avec les besoins des publics.

L'analyse permet d'approcher tant la population rencontrée par les équipes adultes que celle rencontrée par les équipes infanto-juvéniles en prenant en compte les spécificités des situations.

2. Méthode

2.1. Phase 1 (2017) : Co-analyse participative

Dans cette phase, nous avons, par le biais d'une méthode participative inspirée de la méthode d'analyse en groupe, amené un groupe de participants par SSM (4 groupes d'une douzaine de personnes en tout) à analyser les situations, enjeux, problèmes,... relatifs à la prise en charge des situations complexes et/ou chroniques.

L'option de constituer un groupe par SSM impliquant (pour chaque groupe) un panel d'une douzaine de membres du personnel de ce SSM avec une méthodologie identique semble pertinente car elle permet :

- d'être en phase avec l'obligation décrétole selon laquelle chaque centre doit faire une DEQ qui lui soit propre
- de prendre en compte dans la DEQ des spécificités de chaque centre
- d'identifier les ressemblances et différences, convergences et divergences dans les constats, interprétations et analyses de chaque service.
- de mettre en commun les résultats et de proposer une analyse croisée.

Il s'est agi de mettre en rapport l'action des professionnels des SSM aux trois niveaux (pratiques professionnelles, réseau interne et externe) avec les réalités et besoins des personnes en situation de trouble psychique complexe et/ou chronique.

A titre illustratif, voici quelques questions auxquelles le groupe a pu répondre :

- ▶ **Quelles sont les situations (récits) dans lesquelles la prise en charge clinique et/ou en réseau fait soin ou, au contraire, ne fait pas soin, pour les patients en situation complexe et/ou chronique ?**
- ▶ **Quelles sont les situations (récits) dans lesquelles l'adéquation de l'offre de services par rapport aux besoins des publics pose problème ou, au contraire, fonctionne bien ?**
- ▶ **Quels sont les problèmes, freins, faiblesses, menaces et facteurs d'échec qui interviennent dans les pratiques cliniques et de réseau ?**
- ▶ **Quels sont au contraire les adjuvants, forces, opportunités et facteurs de succès qui interviennent dans ces pratiques ?**
- ▶ **Quelles pratiques intéressantes peut-on identifier ?**
- ▶ **Comment analyser, qualifier et évaluer le travail clinique et de réseau avec les personnes en situation complexe et/ou chronique ?**
- ▶ **Quels critères (éthiques et pratiques) peut-on identifier pour qualifier le travail clinique et de réseau et ce qui fait soin dans ce travail ?**
- ▶ **Quels sont les facteurs qui interviennent dans le processus thérapeutique ?**

Le premier objectif de cette phase est d'éclairer l'espace des prises de position et d'analyser de façon fine les enjeux, les nœuds, les frottements et les tensions entre les interprétations (divergentes et/ou convergentes) que les acteurs ont des situations qu'ils rencontrent aux différents niveaux de la problématique. D'autre part, il s'agit d'associer étroitement les acteurs à l'analyse de leurs pratiques en permettant la construction collective de savoirs en vue d'orienter l'action.

La méthode utilisée pour ce volet est inspirée de la Méthode d'Analyse en Groupe. Particulièrement adaptée à l'étude des situations où des professionnels de différentes institutions sont impliqués dans le traitement des problèmes sociaux, cette méthode a été mise en œuvre à de nombreuses reprises par le Réseau MAG depuis janvier 2010 sur différents terrains.

Réunissant les différents protagonistes concernés par un même problème, se basant sur l'analyse de situations concrètes vécues par les participants, respectant des règles procédurales d'organisation des échanges, l'analyse en groupe se révèle également féconde comme outil d'analyse, d'intervention et de formation dans une perspective de recherche-action et de formulation de recommandations basées sur l'expérience pratique des acteurs.

Dans sa version complète, la méthode d'analyse en groupe consiste à réunir, au cours d'une ou deux journées, une douzaine de participants représentatifs des acteurs impliqués. La démarche suppose que l'analyse soit menée par un groupe de personnes (les participants) avec l'aide des chercheurs : il ne s'agit pas d'une méthode "d'interview de groupe" mais bien d'un travail mené en commun, à partir de la narration de situations concrètes de travail par les participants. Les résultats de l'analyse en groupe sont donc le fruit d'un processus progressif de discussion et de production collective de connaissances. En permettant de

formuler les questions issues des usages sur le terrain et d'identifier les convergences et les divergences, la méthode peut permettre de modifier celui-ci en conséquence et d'orienter les pratiques en fonction des réflexions qu'ont suscitées les questions et leur analyse collective.

Dans le cadre de ce projet les principes de la MAG ont été privilégiés (expertise des acteurs, égalité morale entre les participants, analyse des convergences et des divergences, mise en évidence de perspectives pratiques,...) mais la méthode a été adaptée aux objectifs poursuivis. Il ne s'agira donc pas de MAG à proprement parler mais d'une méthode ad-hoc de co-construction d'une analyse partagée.

Il s'est donc moins agi d'analyser en profondeur quelques récits que de mettre en évidence dans les diverses scènes ou situations vécues par les acteurs :

- ▶ Les enjeux soulevés (par catégories, niveaux, acteurs, situations, questions,...)
- ▶ Les logiques des acteurs et les tensions entre ces logiques
- ▶ Les facteurs qui interviennent dans le processus thérapeutique
- ▶ Des éléments de problématisation, hypothèses et apports théoriques

Au fil des analyses par les participants et par l'animateur, ces différents éléments ont été étoffés, construits, articulés et enrichis selon un processus progressif de construction collective de la connaissance.

Un animateur a été chargé de l'animation des focus-groups selon la méthode envisagée.

Un rapporteur a été chargé, en cours de processus, de prendre note de tout le contenu des discussions de la façon la plus exhaustive possible (le cas échéant en écoutant les enregistrements qui ont été effectués de façon systématique lors de chaque journée).

Les thèmes ayant été abordés ont été déterminés par les participants eux-mêmes à partir des questions posées. Ceux-ci ont été amenés, par leurs propositions de récits et leurs constats, à fixer eux-mêmes ce qu'ils considèrent comme prioritaire.

Les étapes de cette première phase d'une demi-journée se sont structurées de la façon suivante :

Demi Jour 1	Etape 0	Présentation de l'objet, du contexte de travail, et de la méthode à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Propositions de récits : Chaque acteur propose deux récits (un + et un -) emblématiques de la problématique
	Etape 2	Constats : Chaque acteur réagit à un ou deux récits de son choix et propose un ou deux constats qui lui semblent centraux eu égard aux enjeux soulevés dans les récits
	Etape 3	Réactions : Chaque acteur réagit aux constats des autres participants

L'ensemble de la phase 1 a fait l'objet d'un rapport par groupe sous la forme d'une prise de notes complète et d'un rapport analytique sous la forme d'une carte heuristique et d'une présentation powerpoint.

A l'issue des 4 groupes, une analyse globale a été élaborée à partir de chacune des 4 analyses dans une perspective synthétique et comparative. Cette analyse globale a pris, elle aussi, la forme d'une carte heuristique et d'une présentation powerpoint. Cette dernière a été présentée aux participants lors d'un séminaire et a constitué un matériau de départ pour les phases suivantes.

2.2. Phase 2 (2018) : Affinage de l'analyse

Dans cette phase, nous avons poursuivi le travail initié dans la phase 1 de façon plus approfondie non plus avec un groupe par SSM mais avec un groupe mixte d'une douzaine de personnes issues de chacun des SSM impliqués. Environ 3 personnes de chaque SSM ont été impliquées dans cette phase et la suivante pour poursuivre le travail de co-construction d'analyses et de perspectives pratiques et sociétales. Ce groupe s'est réuni lors de deux-demi-journées. Il a centré son travail à la fois sur les pratiques cliniques et sur le travail en réseau.

A titre illustratif, voici quelques questions auxquelles le groupe a pu répondre :

- ▶ Quels constats et analyses peut-on poser sur la prise en charge clinique et en réseau ?
- ▶ Comment comprendre ce qui se joue dans la prise en charge ?
- ▶ Quels sont les différents facteurs qui interviennent dans le processus thérapeutique et de travail en réseau ?
- ▶ Quelles sont aux différents niveaux les forces et faiblesses de l'offre, de l'organisation et du fonctionnement actuel ?
- ▶ Quelles sont les actuelles menaces qui portent sur la qualité de l'offre de services ?
- ▶ Quelles opportunités peuvent être saisies pour améliorer l'action ?
- ▶ A partir des analyses produites, quelle vision commune des besoins peut-on dégager pour améliorer les pratiques ?
- ▶ Quelles sont les actuelles menaces qui portent sur la qualité du travail ?
- ▶ Quelles sont les conditions qui peuvent permettre un travail de qualité dans la prise en charge ?

Phase 2.1 : Affinage et AFOM

Dans cette première phase, nous avons approfondi l'analyse produite lors de la première phase par le biais d'une méthode similaire. Les participants ont été amenés à compléter l'analyse de la phase 1 et à analyser les situations, enjeux, problèmes,... relatifs à la prise en charge des situations complexes et/ou chroniques. Ils ont ensuite été invités à produire une analyse SWOT/AFOM qui identifie les Forces/Faiblesses/Opportunités/Menaces qui interviennent dans l'action.

Les étapes de cette phase d'une demi-journée se sont structurées de la façon suivante :

Demi Jour 2	Etape 0	Présentation de l'objet, du contexte de travail, de la méthode et du rapport de la phase 1 à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Tour de table « constats-récits » : Chaque acteur propose des constats et/ou récits complémentaires permettant de compléter l'analyse
	Etape 2	Tour de table « réactions » Chaque acteur réagit à un ou deux récits et/ou constats de son choix et propose des éléments d'analyse qui lui semblent centraux eu égard aux enjeux soulevés
	Etape 3	Analyse AFOM collective

L'ensemble de la phase 2.1 a fait l'objet d'un rapport sous la forme d'une prise de notes complète et d'un rapport analytique sous la forme d'une carte heuristique et d'une présentation powerpoint.

Phase 2.2 : Co-analyse factorielle

Dans cette seconde phase, l'analyse de la phase 2.1 a été renvoyée aux acteurs, qui ont été invités à la compléter et à la valider. A partir de cette analyse, ils ont ensuite été invités à produire une analyse des facteurs qui interviennent dans la problématique et une analyse ACAN qui cherche à identifier les actions à Arrêter/Continuer/Améliorer/Innover.

Demi Jour 3	Etape 0	Présentation de l'analyse partagée 1 et réactions des participants à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Analyse factorielle
	Etape 2	Analyse ACAN
	Etape 3	Débat « libre » sur les enjeux et perspectives soulevés et les suites à y donner

L'ensemble de la phase 2.2 a fait l'objet d'un rapport sous la forme d'une prise de notes complète et d'un rapport analytique sous la forme d'une carte heuristique et d'une présentation powerpoint.

2.3. Phase 3 (2019) : Perspectives et rapport

Dans cette phase, nous avons poursuivi le travail initié dans la phase 2 avec le groupe mixte, non plus pour approfondir l'analyse, mais pour co-construire les perspectives pratiques et sociétales qui en découlent. Ce groupe s'est à nouveau réuni lors de deux-demi-journées.

A titre illustratif, voici quelques questions auxquelles le groupe a pu répondre :

- ▶ A partir des analyses produites, quelles perspectives pratiques peut-on dégager pour améliorer les pratiques ?
- ▶ Quels aménagements opérer aux pratiques et aux outils pour capaciter les acteurs dans la prise en charge des besoins ?
- ▶ Quelles modifications apporter aux pratiques pour les améliorer ?
- ▶ Quelles actions mettre en œuvre pour améliorer la qualité dans la prise en charge ?
- ▶ Quelles propositions faire au niveau sectoriel et politique pour améliorer l'action ?

Phase 3.1 : Vision et pistes d'action

Dans cette première phase, l'analyse de la phase 2 a été renvoyée aux acteurs, qui ont été invités à la compléter et à la valider. A partir de l'analyse qu'ils ont construite, ils ont ensuite été invités à construire leur vision de la prise en charge « idéale » des situations complexes et/ou chroniques à l'horizon 2020 et à élaborer des pistes d'action concrètes à mettre en œuvre pour agir sur les facteurs identifiés dans les phases précédentes.

Les étapes de cette deuxième phase d'une demi-journée se sont structurées de la façon suivante :

Demi Jour 4	Etape 0	Présentation de l'analyse partagée de la phase 2 et réactions des participants à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Propositions de visions à l'horizon 2020
	Etape 2	Propositions de pistes d'action concrètes à mettre en œuvre à moyen terme pour agir sur les facteurs identifiés dans la phase 2
	Etape 3	Débat « libre » sur les perspectives

L'ensemble de la phase 3.1 a fait l'objet d'un rapport sous la forme d'une prise de notes complète et d'un rapport analytique sous la forme d'une carte heuristique et d'une présentation powerpoint.

Phase 3.2 : Stratégies, objectifs et actions

Dans cette seconde phase, l'analyse de la phase 3.1 a été renvoyée aux acteurs, qui ont été invités à la compléter et à la valider. A partir de ces perspectives, ils ont été ensuite invités à traduire la vision et les propositions d'actions en termes de stratégies, d'objectifs et d'actions concrètes.

Demi Jour 5	Etape 0	Présentation des perspectives de la phase 3.1 et réactions des participants à l'aide d'un support powerpoint didactique
	Etape 1	Traduction des perspectives en termes de stratégie d'action
	Etape 2	Traductions des perspectives en termes d'objectifs et d'actions
	Etape 3	Débat « libre » sur les suites à donner au projet

L'ensemble de la phase 3.2 a fait l'objet d'un rapport sous la forme d'une prise de notes complète et d'un rapport analytique sous la forme d'une carte heuristique et d'une présentation powerpoint.

3. Analyse

3.1. Des situations complexes

Les récits racontés par les différents participants aux groupes d'analyse mettent en évidence des situations marquées par des difficultés importantes. Qu'il s'agisse de ruptures ou de drames familiaux, de traumatismes, d'accidents ou d'incidents critiques, ces situations mettent en scène des individus ou des familles confrontées à différents phénomènes sociaux comme l'exil, le deuil, le divorce, les violences familiales, le placement des enfants, le viol, les séquestrations, les pertes d'emploi, l'épuisement professionnel et/ou familial, les expulsions de logement, l'injustice sociale, le non accès aux droits fondamentaux, l'usage de l'alcool ou d'autres drogues, l'errance, l'isolement social ou relationnel,...

Au-delà du diagnostic psychopathologique (psychoses, retards mentaux, dépressions sévères,...) ou des symptômes psychiques, ce qui frappe, à l'écoute des récits, c'est la violence sociale des situations auxquelles les personnes et les familles définies comme « en situation complexe et chronique » sont confrontées ainsi que le stress ou l'angoisse qu'elles génèrent. Lorsque les patients et/ou les familles sont d'origine étrangère peuvent aussi se poser des problèmes de communication, de traduction ou liés à la rencontre interculturelle.

Ces situations dramatiques se caractérisent aussi souvent par des parcours « en dent de scie » (qui alternent par exemple les crises et les accalmies, la vie quotidienne et les hospitalisations multiples, le surinvestissement relationnel et le désinvestissement total,...), par des répétitions relationnelles, par des problèmes de rapport au corps ou de rapport aux émotions (dégradation des conditions d'hygiène, coupure par rapport à son corps ou ses émotions,...) par l'absence de projets de vie et par une durée particulièrement longue ; l'ensemble ne permettant pas facilement d'envisager des perspectives positives et pouvant parfois renvoyer les intervenants à un sentiment d'impuissance.

Différents récits qui mettent en scène des familles avec enfant mettent aussi en évidence des problèmes de non différenciation (entre parents et enfants par exemple), des situations où les problèmes des enfants ne sont pas reconnus par les parents, d'autres où il est inconcevable pour les parents que les enfants vivent ou expérimentent des choses en leur absence, d'autres encore où les familles sont dans l'impossibilité de mettre en mots ce qui est vécu.

Les personnes et les familles en situation « complexe et chronique » questionnent aussi particulièrement les intervenants dans leurs pratiques professionnelles. Les récits font ainsi état de personnes aux demandes particulièrement urgentes et pressantes ; des personnes qui peuvent se sentir très vite trahies par les intervenants ; qui peuvent « détricoter » les liens créés par les intervenants ; dont il n'est pas facile d'obtenir la confiance ; qui peuvent poser des problèmes dans les institutions ; qui peuvent être très sensibles à la qualité du lien ou de l'attachement avec les intervenants ; qui peuvent refuser des prises en charge pourtant jugées adaptées ; qui peuvent « mettre les intervenants en échec » ; qui n'ont aucune demande ; des

personnes, aussi, pour lesquelles un modèle basé sur les consultations ne convient pas ou est insuffisant. Avec certaines personnes, un modèle basé sur la guérison (cure) s'avère quasiment impossible et les intervenants ne peuvent qu'accompagner au mieux sans nécessairement pouvoir garantir des évolutions positives pour les personnes ou les familles.

Chaque situation clinique a ses réalités propres et intrinsèques qui la rendent unique par rapport à toutes les autres. Si les quelques caractéristiques évoquées de ces situations permettent de les situer et mettent en évidence l'interrelation entre des phénomènes biographiques, des diagnostics cliniques et des modalités de relations entre personnes (et familles) et intervenants ; il serait illusoire de croire que tel ou tel type de situation entraînerait de façon automatique tel ou tel type de réponse dans l'intervention ; les situations complexes nécessitant des réponses complexes et adaptées aux cas par cas. Autrement dit, penser la qualité de l'accompagnement clinique dans les situations complexes et chroniques implique de faire avec la complexité ; ce qui empêche de facto de limiter la clinique à une batterie d'indicateurs supposés objectifs.

Pour autant, la qualité n'est pas un impensé ou un impensable. Tous les jours, les acteurs font un travail de qualité qui repose sur un certain nombre de critères et d'indicateurs en situation. Dans les situations complexes, « il n'y a pas de recettes mais des balises ».

Ce rapport entend rendre compte de la façon dont les participants aux différents groupes d'analyse pensent la qualité dans l'accompagnement des personnes et familles en situation « complexe et chronique ». De la clinique à la politique en passant par le réseau interne (dispositif de soin, organisation du travail) et le réseau externe (réseau du patient, réseau professionnel) ; il abordera les modalités selon lesquelles les intervenants élaborent sur la question de la qualité de leurs pratiques professionnelles et formulera des balises et des critères pour instruire la qualité des soins en santé mentale.

3.2. Une clinique de la complexité

3.2.1. Centralité de l'humain et du sujet

Dans les différents récits et les analyses qu'en font les participants, c'est le patient qui est au centre des préoccupations. La clinique se définit et se construit à partir de lui. « Ce qui fait la qualité de la clinique, ce sont les patients qui nous l'enseignent » dira une participante.

Si le patient est au centre du jeu, il l'est moins en tant que patient ou en tant que personne à « guérir » qu'en tant qu'être humain ou personne à « soigner », comme personne dont il faut prendre soin, l'un des enjeux majeurs du soin résidant dans la possibilité, pour le patient, de se dégager des stigmates qui lui sont attribués, des places ou des identités aliénantes auxquelles il est assigné pour pouvoir exister en tant qu'homme ou femme en prise avec des questions existentielles plutôt que comme malade, comme pauvre, comme sdf, comme assisté, comme étranger,... L'un des enjeux du soin est donc la « déstigmatisation » ou le recouvrement de la dignité humaine.

Face aux obstacles, aux problèmes ou aux difficultés psychologiques, qui renvoient, dans la plupart des récits, à des phénomènes sociaux, à des épreuves de vie qui génèrent de la souffrance psychique, il s'agit d'ouvrir la perspective, pour les personnes, de se penser comme humain, comme père, comme mère, comme enfant, comme grand-père, comme travailleur, comme artiste, comme compétent,...

La maltraitance, diront certains, commence quand on est dans le jugement, le rejet, ou l'exclusion. Pour y répondre, le soin est envisagé comme « récréation de la dimension humaine de la relation » permettant aux personnes d'être qui elles sont, de retrouver leur individualité, leur dignité,...

Derrière ce qui fait souffrance, derrière les symptômes qui sont une réponse à des difficultés de vie, se trouve la perspective d'exister davantage comme sujet de son existence disposant de la possibilité de l'exercice de choix libres que comme objet d'assignations identitaires aliénantes. Dans la clinique, « les choix de vie et d'existence des personnes sont d'abord à respecter », dira une participante. La personne doit « pouvoir choisir librement où elle va » et la clinique « permet que d'autres choix soient possibles », « favorise l'exercice de choix libres ».

3.2.2. Du sujet au système

Si le sujet est central, il n'existe pas en soi ou indépendamment des relations qu'il noue avec d'autres, à commencer par sa famille. Le sujet existe dans un système familial qui comprend ses règles, des rites, ses mythes, ses représentations du monde, son ambiance, qui définit la place de chacun,...

Pour certains, le soin repose pour partie sur la possibilité que chacun ait, dans sa famille, une place qui lui convienne, qui ne soit pas trop génératrice de souffrance. Si, quand la situation le permet, le soin gagne en pertinence et en potentiel lorsqu'on travaille avec toute la famille (en particulier lorsqu'il y a des enfants), il implique nécessairement de prendre en compte l'ensemble des parties prenantes de la famille, d'interroger la situation du patient à l'aune du contexte et des relations familiales actuelles et/ou historiques.

Pour les participants, c'est plus largement à « l'entour du patient » ou au « réseau du patient » que la compréhension et la prise en compte de la situation des personnes gagne à être étendue. L'entour du patient ou les personnes, institutions, organisations avec qui le patient est en relation est à prendre en compte et à comprendre pour avancer avec le patient dans la possibilité pour lui de s'inscrire autrement dans le social. Pour les intervenants, le soin réside souvent dans l'articulation juste des normativités (du patient, du clinicien, de la famille, du réseau du patient,...) ; l'enjeu central devenant l'articulation des intervenants et du réseau avec les subjectivités des personnes.

Convoquer l'entour du patient dans la clinique est un geste nécessaire qui implique la convocation de la vie quotidienne. Que font les personnes quotidiennement ? De quoi est fait

leur quotidien ? Quelles sont leurs rituels ? Autant de questions qui peuvent renvoyer à ce que les participants peuvent nommer « un déploiement à partir du fonctionnement quotidien » ou « une clinique des petits riens ». Le soin pouvant être envisagé comme la construction d'opportunités d'inscriptions dans le social et dans l'activité, il peut notamment reposer, pour les personnes en situation complexe, sur la possibilité de s'occuper des choses concrètes de la vie (manger, dormir,...). Si la clinique implique de facto de s'intéresser au quotidien des personnes, dans la clinique communautaire, cette dimension est particulièrement centrale. Les personnes sont amenées à investir quotidiennement le collectif, à faire de l'espace communautaire un espace de vie quotidienne.

3.2.3. Entre cadre clinique et subjectivité des personnes

Si les personnes, leurs situations, leur réseau, leur quotidien,... sont au cœur de la clinique, cette dernière ne peut que se penser en référence au cadre de travail, à l'institution, à elle-même et aux intervenants qui la mettent en œuvre.

Les participants évoquent « le pari de la page blanche », le « refus de ranger les personnes dans des cases », la nécessité de « suivre ce que les personnes provoquent plutôt que de les recadrer », l'idée que « le patient doit pouvoir utiliser les intervenants », la posture clinique dans laquelle « on ne sait pas a priori ce qui est bien pour le patient ou non » ou dans laquelle « les existences des patients sont à accepter et non à normaliser ».

Pour autant, ces différentes dimensions de la posture clinique peuvent entrer en tension avec les nécessités, normativités et limites du cadre clinique, des intervenants ou des règles sociales, en particulier lorsque des personnes « mettent le cadre à mal », « posent des problèmes dans l'institution » ou « mettent les intervenants en échec ».

Si le patient doit pouvoir utiliser les intervenants, cette utilisation a des limites ; si certaines personnes peuvent mettre le cadre à mal, la solidité de ce dernier doit pouvoir protéger l'intervenant ou permettre de contenir une personne qui déborde ; si des personnes ont des comportements problématiques, « il faut pouvoir les interpeller sur ce qui ne vas pas ». « Accompagner ne veut pas dire ne pas secouer », dira un participant.

In fine la clinique se déploie dans la tension entre [subjectivité /normativité/ limites/ potentialités] des personnes, [subjectivité/ normativité/ limites/ potentialités] des intervenants et [normativité/ limites/ potentialités] du cadre. Elle peut, peut-être se définir comme un jeu balisé d'équilibre au sein de cette tension dans laquelle tout est mis en œuvre pour que la personne puisse devenir davantage sujet de sa propre existence, comme un cadre porteur de potentialités de développement et de changements pour les personnes, de diminution de « la pression de la souffrance ».

Dans ces équilibre en mouvement, les intervenants « ne forcent à rien mais laissent une perche tendue » ; laissent les personnes être qui elles sont dans le respect des singularités de chacun tant que le respect mutuel est assuré ; articulent le « cadre thérapeutique et le cadre

du patient » ; permettent le « passage du prétexte au texte » ; proposent des cadres alternatifs en fonction des réalités de chaque patient ; laissent au « hors cadre » une place dans le cadre ; préviennent les personnes des conséquences possibles de leurs actes en se gardant de toute attitude moralisatrice.

3.2.4. Entre care et cure et quelques autres tensions

Le cadre est - en quelque sorte - organisé pour permettre un cheminement balisé avec le patient dans lequel celui-ci est respecté comme humain dans toute sa complexité. Il doit permettre que les personnes se sentent en sécurité. Faire avec cette complexité implique de faire avec les tensions qui l'habitent comme la tension entre l'idéal de guérison et la pratique de l'accompagnement ou entre cure et care. A cet endroit, les participants montrent que l'idéal de guérison, s'il est trop élevé, peut s'avérer contre-productif. La tension entre cure et care renvoie à la tension entre [maladie/ diagnostic/ guérir] et [problème existentiel ou social/ analyse/ prendre soin] ou, plus loin, entre ce qui relève du social et ce qui relève de la psyché. « On est moins avec des maladies qu'avec des problème existentiels », dira une participante. « Le soin repose aussi sur la dépsychologisation des situations » dira un autre participant.

La tension entre cure et care renvoie à une tension inhérente au champ de la santé mentale tendu entre des paradigmes différents voire divergents et à une tension plus globale présente à la fois dans les sociétés occidentales avancées et dans les politiques publiques. On pourrait situer cette tension entre un paradigme « médical » et un paradigme « de la complexité ».

Dans cette tension, il ne s'agit pas de choisir l'un ou l'autre mais de faire avec l'un et l'autre. Si la clinique qu'évoque les participants est d'abord une clinique du care (prendre soin), elle ne renonce pas à l'objectif de guérir. « Le care a souvent un effet cure » et « le care ne s'oppose pas au cure ». Dans tous les cas, « il est nécessaire de se décaler de la demande qui consiste à soigner le symptôme » même si, dans certains cas, « l'acceptation de la maladie par la personne peut être une étape nécessaire pour avancer ».

La clinique se construit et se déploie aussi dans d'autres tensions étroitement liées les unes aux autres :

- La tension entre opérant et inopérant qui renvoie à la question de ce qui opère ou pas, chez les personnes, de ce qui peut susciter ou non du changement, de ce que le patient peut prendre pour lui de ce qui se construit dans la clinique
- La tension entre « permissivité » et « recadrage » qui renvoie à la tension décrite plus haut entre subjectivité des personnes et cadre clinique ou à la tension entre « souplesse du cadre » et « solidité du cadre » et à la question des limites des personnes, des intervenants et du cadre
- La tension entre non jugement et normativité
- La tension entre désir de la personne et désir de l'intervenant

3.2.5. Savoir, désir, transfert et hypothétisation

Le cadre implique aussi, et particulièrement avec les personnes en situation complexe, un rapport spécifique au savoir et au désir. En ce qui concerne le désir, il s'agit de « ne pas désirer pour le patient », de ne pas vouloir pour et imposer mais de pouvoir proposer des alternatives que la personne prendra ou pas, restant par-là maître de ses choix. A tout moment, il est nécessaire que les intervenants réfléchissent à ce qu'ils veulent ou pourraient vouloir pour le patient pour ne pas « écraser le patient avec le désir de l'intervenant » et pouvoir « dégager un vide où quelque chose pourra se jouer ».

En ce qui concerne le savoir, et ce particulièrement dans les situations complexes, c'est le patient qui sait ; on se défait d'un savoir pour le patient ; l'intervenant ne sait pas ce qui est bien pour le patient. La diagnostic psychopathologique, s'il est utile, ne définit pas les personnes et ne définit, in fine, que très partiellement les modalités de prise en charge. « A faire du diagnostic le pivot de la clinique, on passe à côté des situations », dira un participant. La possibilité de se placer dans une posture de non savoir pour la personne ne prive pas, comme cela pourrait être imaginé, de la responsabilité professionnelle et éthique de l'intervenant. Au contraire ; c'est dans cette éthique de l'intervention, qui implique de jouer les « traducteurs » ou « médiateurs » entre des logiques en tension que la professionnalité des intervenants se déploie, qu'il est possible d'avancer avec les personnes dans la perspective de leur permettre de se construire comme sujets.

La base du travail thérapeutique réside, pour les participants, dans la question du transfert (en psychanalyse) et des résonances (en systémique). La prise en compte et l'usage de ce que la personne transfère sur l'intervenant et du contre-transfert de l'intervenant à l'égard de la personne est un élément central dans la clinique comme la prise en compte et l'usage de ce que le patient fait résonner chez l'intervenant et de ce qui va pouvoir être fait de cette résonance pour et avec le patient ; « la réponse thérapeutique ne pouvant pas être conduite par le contre-transfert », celui-ci devant être identifié pour en faire quelque chose pour le patient.

La qualité des soins repose ainsi, pour partie, sur la compréhension, l'analyse et l'usage de la constellation transférentielle. Dans la clinique communautaire en particulier, où plusieurs intervenants sont impliqués dans la clinique, les élaborations et constructions cliniques reposent sur la possibilité, dans les équipes, de partager sur les transferts et contre-transferts multiples que mobilisent les patients et les intervenants.

Les concepts de transfert ou de résonance seraient, peut-être, les premiers mots du soin avec les concepts d'hypothétisation et de symptôme. La clinique repose en effet sur la construction d'hypothèses définies à partir de la réalité des personnes qui portent les symptômes. Pour les participants, il est nécessaire de distinguer les symptômes des problèmes. Le problème n'est pas le symptôme mais ce dernier exprime un paradoxe ou une impasse dans laquelle se situe la personne. La clinique pourrait ainsi être définie comme la co-

construction de modalités relationnelles pour sortir des impasses. A cette fin, des hypothèses sont formulées ; comme par exemple des hypothèses sur ce qui fait impasse, des hypothèses sur les fonctions des symptômes, sur le fonctionnement familial,... La relation thérapeutique, qui unit les personnes aux intervenants, est donc médiatisée par les référentiels cliniques mobilisés par les intervenants.

3.2.6. Faire lieu, faire accroche

« Une main tendue,... un risque,... oser l'expérience,... tout se joue dans la rencontre,... le moment de vie partagé,... dans le cadre,... »

L'ensemble des participants ont particulièrement insisté, dans la clinique, sur la primauté du lieu et de l'accroche. Le SSM est sans doute d'abord un lieu ; un lieu qui permet quelque chose aux personnes qui en franchissent la porte. Ce lieu spécifique, pour permettre la qualité des soins, dispose, pour les participants, de quelques caractéristiques essentielles :

La porte reste ouverte aux personnes qui sont libres de venir ou de revenir. « Quoi qu'il puisse arriver, les personnes sont toujours les bienvenues », « Tous ceux qui passent la porte peuvent être accueillis », diront les participants. Les personnes savent ainsi qu'à tout instant et quoi qu'il se passe, ils pourront trouver dans le centre une main tendue et une oreille attentive. Le lieu joue ainsi « le rôle de camp de base et de réassurance » et « permet une inscription, même pour les personnes qui sont dans l'errance ». Le soin est pour partie rendu possible car les personnes sont toujours les bienvenues.

Le lieu est donc d'abord pensé comme un lieu d'inscription alternative dans le social mais aussi comme un lieu qui « fait accroche ». De nombreuses personnes en situation complexe s'inscrivent de façon problématique dans le lien social ou se défont (en quelque sorte) du social pour s'inscrire dans une situation d'errance. Pour ces personnes, le soin est envisagé comme un processus de création de balises à l'errance.

Le thème de l'accroche est fortement mobilisé par les participants. Le soin est effectif dès qu'il y a accroche ou, pour le dire autrement, dès que le lieu et les intervenants prennent sens et consistance pour les personnes qui, alors, choisissent de se rendre au centre et d'entrer en relation avec les intervenants. Pour les participants, l'accroche se produit ou se construit, « car on laisse les personnes être là comme elles sont », car « on laisse les personnes s'accrocher à ce qu'elles peuvent », car « on est à côté des personnes », car « on fait autre chose ». Ainsi, « la qualité des soins est d'abord la qualité d'une présence aux côtés des personnes » ; « le soin, c'est être avec et aux côtés des personnes. » ; « le soin est rendu possible car les personnes se sentent autorisées à venir ».

Le soin est permis ou facilité car les personnes sont preneuses et le fait que les personnes viennent au rendez-vous est un facteur de soin important. « Quand cela capote, c'est que les ajustements n'ont pas permis de faire accroche », dira une participante. La clinique envisagée

dans les différents centres ayant participé à la MAG est donc une clinique de l'ajustement au patient.

3.2.7. Une clinique de l'ajustement

Dans la clinique, le soin est envisagé sous l'angle de « l'ajustement », de « la malléabilité », du « sur mesure », de « l'adaptativité », de « la tolérance »,... « On est malléable comme de la plasticine et on les laisse être comme ils sont » dira une participante.

Si cette posture fait l'objet d'une attention particulière dans la clinique communautaire, elle est présente à différentes échelles dans la pratique des 4 SSM impliqués dans la MAG. Les concepts d'alliance thérapeutique, d'accommodation ou d'affiliation permettent de rendre compte de cette posture clinique. « La clinique doit pouvoir veiller à donner une place à chacun avec ce qu'il sait, ses hypothèses,... il faut pouvoir s'ajuster au patient et à sa famille » ; « Il est nécessaire de pouvoir mettre ses mains dans la famille en respectant ses rythmes, ses temporalités,... » ; « Le soin, c'est aller au rythme des personnes » ; « Ce qui fait le soin, c'est l'accueil, l'ajustement et qu'on permette une accroche,... » ;... sont autant de témoignages du fait que ce qui fait soin dans la relation tient essentiellement à la qualité du lien entre personnes, familles et intervenants.

3.2.8. Une clinique du lien

Nous l'avons vu, les personnes en situation complexe interrogent particulièrement le lien social. Ils peuvent les détricoter ; leur confiance peut être difficile à gagner ; ils n'ont pas nécessairement de demande à l'endroit des intervenants ; ils peuvent être particulièrement sensibles à la qualité du lien ou de l'attachement ;...

En réponse à ces situations, la clinique envisagée par les participants est d'abord et avant tout une clinique du lien. Ces quelques propositions émises par les participants témoignent de la centralité du lien :

- Le moteur du soin, c'est la relation établie avec la personne
- Ce qui fait soin, c'est un accompagnement bienveillant
- Le soin est favorisé lorsque le lien avec les patients est qualitatif
- La consistance du lien est primordiale pour faire soin
- Le soin tient essentiellement dans la possibilité de faire de nouveaux liens dans un espace soutenant

Qu'il s'agisse de l'établir, de le construire, de le soigner, de le maintenir, de le partager,... le lien est, en quelque sorte le cœur du soin. Sa qualité, soutenue par une éthique relationnelle partagée par les intervenants et par la solidité des référentiels cliniques, permet, dans la durée, de maintenir une relation de confiance, de faire exister un lieu où la personne peut venir déposer et élaborer et, parfois, « d'éviter l'explosion ». « Quand cela rate, c'est qu'il y a une altération de la confiance », dira une participante.

La relation thérapeutique implique aussi la gestion de certaines tensions (dont certaines ont déjà été nommées dans ce rapport). L'une d'entre elles est la tension entre maintien du lien de confiance et prise de conscience des problèmes par les patients. Cette tension implique un travail relationnel délicat, en particulier, par exemple, pour les patients qui peuvent se situer dans le déni des problèmes qu'ils vivent ou, dans les situations infanto-juvéniles en particulier, lorsque les parents refusent les diagnostics, analyses ou bilans qui sont réalisés à propos des situations de leurs enfants.

3.2.9. Une clinique de l'expérience

La clinique pratiquée par les intervenants est aussi une clinique de l'expérience et une clinique de l'expérimentation. Pour nombre de participants, le fait, pour les personnes, de pouvoir expérimenter (ou faire l'expérience de) des relations constructives et bienveillantes dans un cadre sécurisé permet à certains patients (parmi lesquels des patients ayant expérimenté des vécus traumatiques) de réinvestir le lien social et de refaire confiance à d'autres. La dimension expérientielle du soin qui peut aller jusqu'à être définie par la métaphore du laboratoire, est centrale (en particulier, sans doute, dans la clinique communautaire). Elle va permettre au patient d'envisager des alternatives relationnelles « positives » à des fonctionnements psychiques et relationnels qui font souffrance ; de s'autoriser à vivre « d'autres choses autrement » ; à faire l'expérience de modalités relationnelles qui peuvent en venir à remplacer des modalités relationnelles pathologiques ou problématiques.

Le soin est ainsi favorisé lorsqu'on permet aux personnes d'expérimenter des alternatives à leurs fonctionnements habituels. Dans les situations infanto-juvéniles ou peuvent se poser les problèmes relatifs à des relations fusionnelle entre parents et enfants, par exemple, les expérimentations peuvent mener à permettre aux parents de vivre en l'absence de leurs enfants ou aux enfants d'expérimenter « quelque chose qui tient » et de disposer d'espaces où « exister en tant qu'individu ».

Dans la clinique communautaire plus spécifiquement, les symptômes, problèmes ou questions des patients peuvent être traduits dans des dispositifs créatifs.

Parfois, l'accompagnement thérapeutique s'envisage comme la possibilité, par l'établissement de relations spécifiques, de résister à « l'onde de choc » que peuvent constituer les vécus traumatiques associés à des expériences fortes d'injustice sociale (exclusion, discriminations, traumatismes liés aux politiques d'accueil des personnes d'origine étrangère, violences institutionnelles diverses,...).

La clinique suppose aussi, bien souvent, de construire des modalités relationnelles et expérientielles qui permettent d'aborder la question de la séparation (deuils, divorces, asile,...) qui peut être mise en regard avec celle de la séparation entre les personnes et les intervenants ; la séparation pouvant renvoyer à la question de l'autonomisation des personnes et à celle de la rupture/construction des liens sociaux.

3.2.10. Une clinique de la co-construction et de la mise en mots

Pour nombre de personnes, le soin passe par une compréhension, une mise en mots, une co-construction avec l'intervenant. Celle-ci peut prendre différentes formes :

Le soin peut passer par une compréhension par la personne ou par la famille de son propre fonctionnement. Il peut aussi passer par l'acceptation de ce fonctionnement et la possibilité d'envisager des fonctionnements alternatifs.

Le soin peut aussi passer par la réappropriation d'une histoire personnelle, par un travail de co-construction par rapport à son histoire et, en particulier, son histoire familiale ; par la co-construction et la mise en mot du vécu personnel ou familial.

Le soin peut, encore, passer par le partage, avec le patient, d'hypothèses, d'éléments d'analyse ou de diagnostic qui lui permettent de se situer ou d'obtenir des clés sur sa situation ; par exemple, en ce qui concerne la clinique infanto-juvénile, sur le développement psychoaffectif des enfants ou, dans d'autres situations, lorsque des bilans, résultats de tests, rapports,... peuvent donner des indications cliniques à propos des personnes.

« Une bonne partie du travail thérapeutique est de travailler, de recomposer, de co-construire,... le cadre de travail avec le patient », dira une participante.

Si la clinique repose pour bonne partie sur des mises en mots ; « un préalable au changement étant souvent de mettre des mots sur les choses », ces processus de mise en mots, de co-construction ou d'élaboration verbale ne conviennent pas à toutes les personnes ou situations.

Ici encore, c'est au cas par cas que se coconstruit progressivement la clinique. Dans certaines situations, « l'élaboration autour des causes des phénomènes psychiques » n'est pas opérante voire contre-productive. Pensons notamment à certaines formes de psychose où le travail pourra d'abord, par exemple, être un travail de déconstruction de certaines projections que font les personnes sur le réel.

3.2.11. L'importance du temps

La démarche d'évaluation qualitative impliquait déjà, dans son énoncé, la prise en compte des situations de crise qui nécessite un déploiement d'un dispositif important en un temps court, ou le travail qui nécessite une prise en charge multiple sur le long terme ; mais aussi de se focaliser sur les situations qui impliquent au moins trois intervenants et durent dans le temps.

Le temps est effectivement une donnée centrale dans la prise en charge des situations « complexes et chroniques ». Les récits des participants sont le plus souvent des récits de situations qui durent ; auxquelles des solutions « toutes faites » ou rapides sont peu pertinentes voire impossible à mettre en œuvre. « Dans les situations complexes, il faut parfois pouvoir se dire qu'il faudra des années de travail », dira un participant.

Le temps est une donnée qui jalonne les différentes dimensions de la clinique qui ont été évoquées et l'utilisation du temps dans la clinique est un élément central qui fait partie du soin. Le facteur temps est ainsi un facteur déterminant de la qualité des soins. Ce qui fait soin, diront certains participants, c'est précisément la continuité du suivi dans le temps ou la possibilité de tenir le fil dans la durée ; que ce soit individuellement, en équipe ou en réseau.

Différents facteurs qui impliquent une réflexion sur le temps et la durée viennent jouer sur la qualité des soins comme :

- La prise en compte des moments de vie ou des cycles de vie dans lesquels se situent les personnes
- L'évaluation et l'usage juste du temps du diagnostic et du temps dont les personnes auront besoin, le cas échéant, pour l'accepter et le prendre en compte
- L'adéquation des interventions cliniques aux situations temporelles des patients (temps de crise, temps d'accalmie,...)
- Le choix juste des moments pour dire ou ne pas dire certaines choses aux personnes ; le choix du bon moment ; la prise en compte du risque d'être trop intempestif,...
- L'adaptation des soins aux temporalités des personnes,...

3.2.12. Du sentiment d'impuissance à la relativisation de l'échec

Dans certaines situations, les intervenants peuvent se sentir impuissants. Des situations qui évoluent peu ; des situations où, malgré la clinique, les patients répètent des fonctionnements qui font souffrance ; des situations qui, malgré tout ce qui est mis en place, se dégradent au fil du temps ; des situations où « les choses se répètent de séance en séance » ; des situations où le lien tient et fait sens mais qui, malgré tout, se dégradent. Les intervenants peuvent alors se sentir démunis ; un sentiment d'impuissance peut les gagner.

Face à ces phénomènes, les participants invitent d'une part à relativiser l'échec, à l'accepter,... « On fait tenir des bâtiments qui se fissurent de partout » dira une intervenante. Dans ce contexte, difficile pour les intervenants de prendre sur eux l'entière responsabilité de l'échec. Les situations sont parfois si dures, dramatiques, traumatiques ou pathologiques qu'il faut « pouvoir parfois renoncer à l'élucidation » et accepter, en termes d'objectifs cliniques qu'une « inflexion de quelques degrés dans la trajectoire des personnes » est déjà quelque chose. A se fixer l'objectif trop ambitieux de la guérison ; on ne peut parfois qu'être déçu. La promesse des intervenants est donc moins celle d'y arriver que de cheminer ensemble avec les patients. Ainsi, la non obligation de résultats ferait partie intégrante de la possibilité même du soin. Ceci n'implique pas de ne pas se fixer d'objectifs ou de résultats mais de les construire avec le patient selon ses possibilités, réalités, temporalités,...

D'autre part, il s'agit de travailler à plusieurs, de ne pas être seul avec le patient mais de disposer de lieux où, entre intervenants, il est possible d'élaborer ensemble. A ce titre, le réseau interne est d'une importance cruciale pour la qualité des soins.

3.3. De la clinique au réseau interne

3.3.1. Certaines fonctions du travail en équipe

Pour les participants, le travail en équipe est une nécessité essentielle, et plus particulièrement face aux situations complexes car celles-ci impliquent de travailler à plusieurs. L'équipe est un lieu de potentialités diverses et peut avoir, pour les participants, différentes fonctions dans le soin :

Il permet de rester ouvert, respectueux des personnes, tolérant, accueillant ou bienveillant. Dans le cas de situations particulièrement difficiles, le partage entre collègues permet de relativiser, de prendre de la distance, de se déprendre, de travailler sa disponibilité,... de faire face aux situations de personnes avec qui « rien ne prend » ou dont la pulsion de mort est particulièrement puissante.

Il permet de générer et de construire des analyses et des pistes que les intervenants n'auraient pas envisagées seul, de construire de nouvelles hypothèses, un nouveau regard sur les situations avec lesquelles les intervenants sont aux prises. Il permet alors que les situations évoluent autrement.

Il est aussi un lieu de protection des intervenants, un lieu de réassurance face aux situations compliquées, un endroit qui permet de rompre la solitude que peuvent vivre les intervenants. Ce lieu de protection permet aussi la relativisation de l'échec ou du sentiment d'impuissance qui peut par exemple être vécu lorsque les situations ne semblent pas aboutir à des résultats substantiels.

Le réseau interne joue comme point d'ancrage et d'appui. Il permet de « tenir le fil » lorsque des situations semblent partir en vrille ; de donner du sens et de la cohérence aux interventions cliniques. L'élaboration à plusieurs est alors un lieu d'intelligence collective qui permet la construction de nouvelles compréhensions des situations et de nouvelles modalités cliniques.

Le dialogue dans l'équipe est aussi un bon moyen de mieux se connaître entre professionnels, de partager des grilles de lectures, de bénéficier des expériences des uns et des autres mais aussi de connaître les ressources possibles à la fois au sein de l'équipe et dans le réseau externe.

Pour certaines personnes qui bénéficient des soins, le fait qu'il y ait un travail en équipe permet une certaine contenance et une certaine assurance. Il permet aussi aux personnes d'éviter à avoir à « reraconter » son histoire plusieurs fois à plusieurs intervenants, courant parfois, par exemple, le risque d'un rappel douloureux d'événements traumatiques.

L'un des risques pour les équipes et les patients, c'est qu'il n'y ait pas suffisamment de temps pour le travail en équipe. Pour les participants, prendre du temps pour l'élaboration clinique est primordial même si c'est parfois difficile eu égard aux agendas bien remplis des

intervenants. La clinique, gagne aussi à être le centre du travail d'une équipe, ce qui est parfois difficile lorsque les nécessités administratives ou de gestion prennent le pas sur la clinique dans les réunions.

« Le travail en équipe est un outil à soigner » dira une participante. Plus particulièrement dans la clinique communautaire qui est de facto une clinique en équipe, une attention particulière est donnée au travail en équipe. Les permanences peuvent se faire à tour de rôle ; les fonctions s'interchangent entre les intervenants ; une attention particulière est donnée à « qui est qui et qui vas chez qui ? ». Dans cette clinique, une part importante est donnée aux échanges informels. Le réseau interne prend alors métaphoriquement la forme d'un lieu de mise en scène ou d'un espace théâtral dans lequel différentes choses viennent se jouer entre les personnes et avec les intervenants.

3.3.2. Complémentarité des fonctions

Le travail en équipe implique, pour les participants, une complémentarité des rôles et des fonctions. Dans cette optique, différents facteurs influencent positivement le soin :

La qualité de l'accueil : Les personnes doivent pouvoir sentir qu'elles sont les bienvenues et bénéficier d'un accueil bienveillant. Une suite doit pouvoir être donnée à leur demande. A ce titre, le secrétariat, l'accueil, la « porte d'entrée » du centre, sont des éléments très importants. Il est à noter que le secrétariat constitue, pour de nombreux patients, un lieu d'élaboration et de construction de relations important.

La différenciation et la complémentarité des fonctions : Les personnes ont besoin de différents intervenants qui ont des fonctions spécifiques pour répondre à des besoins et à des attentes différenciées. On peut penser particulièrement aux fonctions cliniques et aux fonctions sociales mais aussi aux fonctions d'accueil. Pour les participants, le soin est favorisé lorsque les rôles des intervenants sont articulés ; lorsque le rôle « psy » et le rôle « social » sont bien articulés et complémentaires ; lorsqu'il y a une bonne articulation entre le « pratique » et le « psychique » et lorsque le social et le thérapeutique font l'objet d'une distinction claire et réfléchie même si tous deux font partie inhérente du soin. Le soin est ainsi favorisé « lorsque les cadres, rôles et lieux font l'objet de définitions partagées et sont clairs pour les personnes ».

3.3.3. La richesse des espaces différenciés

Lors des analyses en groupe, un nombre important d'analyses et de propositions ont été formulées à propos des espaces différenciés et de leurs usages pour les personnes en situation complexe.

Les participants voient d'abord la possibilité pour les patients de s'inscrire dans des espaces différenciés un facteur central du soin pour les personnes en situation complexe. Les espaces

différenciés sont considérés comme la base du soin, comme une nécessité, comme une richesse ou comme une condition de la possibilité du soin.

Ceci répond à un certain nombre de besoins chez les patients en situation complexe comme le besoin de disposer des dispositifs les plus pertinents en fonction de sa situation, le besoin de voir pris en charge différents membres de la famille ou le besoin de voir leur situation prise en charge de façon globale dans ses différents aspects (psychologique, social,...).

Les espaces différenciés peuvent, pour les intervenants, avoir différentes fonctions comme :

- Permettre une prise en charge globale de la famille en répondant aux différents besoins de ses membres
- Permettre aux personnes d'aller rechercher des réponses diversifiées à leurs besoins individuels
- Permettre, dans les familles, que les différents membres puissent disposer d'espaces spécifiques
- Permettre une meilleure cohérence des soins et une meilleure compréhension des situations des personnes
- Permettre la création à plusieurs d'enveloppes contenant pour les personnes
- Permettre l'expérimentation de modalités relationnelles sécurisées
- Soulager les intervenants par le travail à plusieurs

L'imbrication des lieux, des intervenants, des dispositifs et des activités est, en quelque sorte, une réponse aux situations complexes et problématiques. Les espaces différenciés s'envisagent nécessairement dans et par le travail à plusieurs intervenants qui travaillent ensemble. « Le dialogue entre soignants qui prennent en charge des espaces différents pour les membres de la famille permet d'accroître la qualité de l'accompagnement », dira une participante. L'usage de différents lieux (formels ou non) est particulièrement utile dans la clinique familiale où il peut contribuer à mettre au travail les questions de différenciation (entre parents et enfants par exemple).

Dans la clinique communautaire, les espaces différenciés sont partie inhérente de la clinique. Une diversité de dispositifs ouverts et à géométrie variable (ateliers créatifs, groupes de parole,...), le dialogue entre intervenants (impliquant l'analyse et l'usage réflexif de la « constellation transférentielle »), le déplacement et le changement de cadre en constituent des outils de travail importants.

Si les espaces différenciés sont un élément central de la clinique, il est nécessaire de noter que, pour certaines personnes, des lieux non différenciés peuvent être pertinents.

In fine, les espaces différenciés peuvent permettre, par des inscriptions multiples au sein des centres, de faire vivre aux patients des expériences leur permettant de développer des modalités alternatives de participation à la vie sociale.

3.3.4. Alternatives

Certains participants aux analyses en groupe font le constat qu'ils n'ont parfois pas grand-chose à offrir en dehors du centre. « On est parfois enfermés dans nos consultations », dira un participant. Si le soin doit pouvoir permettre aux personnes de s'inscrire dans des lieux, des activités, des relations,... selon des modalités qui font moins souffrance, s'il repose sur la possibilité pour les patients d'avoir des lieux d'ancrage, « Les dispositifs doivent pouvoir accueillir avec une fonction de santé mais dépasser le modèle de la consultation », diront certains participants. Il est nécessaire que les patients en situation « complexe et chronique » puissent intégrer des lieux et des dispositifs de « vie ordinaire », trouver des activités, des lieux de participation et d'inscription, des points d'appui, des dispositifs contenant, ... où il est possible de se déployer non comme patients mais comme citoyens, comme individus, ... « Les dispositifs sans visée explicitement thérapeutique peuvent avoir des effets thérapeutiques ».

A ce titre, les participants développent une série de propositions :

- Amplifier l'offre de dispositifs et de lieux de rencontre à bas seuil
- Multiplier les alternatives à la consultation classique
- Penser et organiser les dispositifs pour que le soin et le « faire soin » puissent mieux se rencontrer
- Amplifier l'offre de services inclusive à destination de publics divers
- Apporter l'expertise des SSM au développement de dispositifs inédits et à l'accompagnement externe de professionnels

Si certains centres développent ce type d'initiatives en partenariat avec d'autres acteurs, l'une des questions qui peut se poser est s'il s'agit bien du rôle des SSM d'organiser ce type de dispositifs. Entre une logique qui consisterait à transformer l'offre de services des centres pour développer des dispositifs inédits pour les patients en situation complexe dépassant le modèle de la consultation et une logique qui consisterait davantage à considérer que le développement de tels dispositifs ne serait pas du ressort des centres, la question n'est pas tranchée et renvoie à la question du travail en réseau.

3.4. Du réseau interne au réseau externe

3.4.1. Propos introductif

Dans les situations « complexes et chroniques », l'ancrage dans le SSM est parfois insuffisant pour rencontrer les besoins et problématiques des personnes ; des ressources et aides extérieures sont nécessaires et la complexité des situations des familles et des personnes implique de devoir « frapper à de nombreuses portes ».

Le travail en réseau est une nécessité pour les personnes mais aussi pour les intervenants qui ont besoin d'aide et de soutien face à certaines situations. « Il faut prendre soin des liens avec les partenaires », dira une participante. Pourtant, « Parfois on n'y arrive pas », dira une autre

participante. Si la modularité et la souplesse des lieux d'ancrages est un plus indéniable pour les patients, le travail en réseau est confronté à de nombreux obstacles.

Pour les participants, le travail en réseau est pertinent lorsqu'il répond aux besoins des personnes, lorsqu'il favorise leur inclusion dans la vie sociale, lorsqu'il se dessine à partir de l'entour des personnes, lorsqu'il permet des « transitions sécurisées ». Pour autant le réseau n'est pas la panacée et le fait de travailler en réseau n'est ni évident ni simple. Peuvent se poser des problèmes, par exemple, lorsque le réseau met une pression forte sur les personnes en termes d'attentes normatives. L'accès au réseau pour les personnes en situation complexe est particulièrement problématique. Le travail en réseau demande une connaissance des acteurs et de leurs logiques, pose des problèmes de coopération, de communication et de coordination. Cette partie du rapport abordera ces différentes dimensions pour instruire ce qui permet (facilite, favorise,...) ou empêche (freine, défavorise,...) la qualité des soins dans le travail en réseau.

3.4.2. Les personnes et ce qui les entoure

Pour les participants, le réseau est d'abord celui des personnes envisagées comme le lieu de centralité de leur réseau. Un réseau de qualité est d'abord un réseau qui fait sens et qui fait lien pour les personnes ou un réseau qui « fonctionne » pour les personnes. Ceci implique, pour les intervenants, de bien comprendre et connaître leurs patients et leurs réseaux. La pertinence des « lieux d'inscription » est ainsi relative des fonctions que peuvent avoir ces lieux pour les personnes ou de leurs potentialités à être porteurs ou souteneurs pour elles, à faire sens, à faire lien, à faire « du bien ».

Si le réseau autour des personnes est parfois opaque ou illisible, il est pourtant primordial. « Le plus important est de prendre la mesure du réseau tel que la personne l'amène », dira un participant. In fine, le travail en réseau est, pour les participants, davantage un travail avec les personnes et avec leurs réseaux qu'un travail en réseau formalisé (structuration, partenariats, conventions,...). Le réseau qui compte n'est pas le « méga réseau » mais le micro réseau des personnes et le réseau local construit dans la proximité des SSM.

3.4.3. Des approches inclusives

L'un des objectifs les plus importants du soin pour les personnes en situation « complexe et chronique » se situe dans la construction de la possibilité pour elles « de s'ancrer dans la vie sociale, de développer des activités dans la cité,... » ou « de développer des modalités alternatives d'inscription dans le social ».

Le soin repose ainsi, pour les participants, sur la « possibilité de faire lien avec d'autres espaces ». Connaître et faire usage d'autres lieux peut aider à « tenir avec les patients ». Accompagner vers des lieux de vie, vers des lieux d'activité, travailler l'ancrage des personnes dans ces lieux,... est une nécessité et cette dernière doit pouvoir s'inscrire dans la rencontre,

dans l'interconnaissance et dans la confiance. Tisser un réseau, c'est d'abord tisser des relations.

Une santé mentale inclusive implique notamment de :

- Permettre aux patients de choisir leurs lieux d'ancrage et d'activité
- Veiller à l'insertion des patients dans des lieux de vie ordinaire
- Permettre la participation des personnes à des lieux ouverts où elles ne feront pas l'objet de formes de stigmatisation
- Accompagner la transition des patients vers des acteurs non professionnels (« éviter que ce qui fasse tribu pour le patient soit une tribu de professionnels »)

3.4.4. La « pression du réseau »

« Trop de réseau tue le réseau », dira une participante. L'idéal d'un réseau structuré et transparent - dans lequel chaque personne pourrait trouver des réponses à ses besoins ou des solutions à ses problèmes, dans lequel chaque patient se verrait définir un trajet adéquat et dans lequel chaque partenaire agirait selon ses prérogatives pour apporter son input dans ce trajet - a le vent en poupe.

Pourtant, cette utopie pour certains est une dystopie pour d'autres. Les participants évoquent particulièrement la violence des réseaux, « les cow-boys dans les réseaux » ou le fonctionnement des réseaux qui contribue largement à la construction sociale des problèmes de santé mentale chez les personnes. Les exemples sont nombreux où les attentes normatives d'un réseau peu respectueux des individualités des personnes agissent comme une chape de plomb ou une épée de Damoclès menaçant les personnes, si les attentes normatives ne sont pas remplies, d'exclusion, de perte de leurs droits, de relégation, de disqualification voire de disparition complète des radars. Qu'on évoque les politiques d'activation, les politiques d'accueil des migrants,... les politiques d'accès aux droits sociaux, civils et politiques se durcissent et impliquent des devoirs et des contraintes de plus en plus forts charriant leurs lots d'injustices qui se traduisent dans les situations sociales et psychiques des personnes. Ce qui est en jeu, et particulièrement chez les personnes « en situation complexe et chronique » peut aller jusqu'à la négation du droit à une existence digne.

Les participants évoquent des attentes impossibles à remplir adressées aux personnes ou aux intervenants comme, par exemple, l'attente que les personnes soient « vite guéries » ou « vite mises en situation de travailler » ou « vite en ordre sur le plan administratif »,... Ils évoquent aussi la pression forte de certains acteurs du social, ou, plus particulièrement, des acteurs liés à la gouvernance (CPAS, ministères, mutualités,...) en termes de diagnostic, de guérison, de disparition des symptômes,...

Parfois, les intervenants peuvent se sentir impuissants face à ces exigences massives du réseau externe. Ils sont en tout cas particulièrement liés à ce que d'autres acteurs du réseau

attendent d'eux et doivent à tout le moins agir dans une tension entre « faire avec » et « résister à ».

3.4.5. Un accès difficile aux dispositifs

Pour les personnes en situation « complexe et chronique », qui, en quelque sorte, sont les personnes qui cumulent le plus de problèmes, l'accès aux dispositifs est, sans doute pour partie pour cette raison, particulièrement problématique. Les dispositifs qui peuvent les accueillir (dont les conditions d'accès le permettent, qui sont outillées pour,...) sont insuffisants sur le plan quantitatif ; il y a un manque criant de dispositifs qui peuvent accueillir ces personnes ; l'offre de services est particulièrement limitée.

De nombreux dispositifs dont les critères permettraient l'accueil de ces personnes sont particulièrement réticents à accueillir les personnes qui ont le plus de difficultés. De nombreux acteurs socio-culturels (ateliers créatifs, groupes de parole, clubs sportifs,...), refusent ces personnes car elles sont jugées comme trop fragiles, trop plaintives, causant des problèmes,... Paradoxalement, alors que les personnes en situation « complexe et chronique » sont celles qui nécessiteraient le plus d'attention, ce sont aussi celles qui accèdent le moins aux dispositifs.

Le manque de dispositifs entraîne la saturation du réseau et un accès difficile aux services. Le fonctionnement des dispositifs par listes d'attente entraîne des ruptures dans les trajectoires de soins et, par-là, empêche la continuité des soins pourtant particulièrement importante pour les personnes en situation « complexe et chronique ». S'il est primordial de disposer de relais, il est souvent difficile de trouver le bon et encore plus difficile d'avoir une réponse positive voire une réponse tout court.

3.4.6. Des transitions sécurisées

Un des facteurs important du soin dans le travail en réseau réside dans la possibilité et l'opportunité de la construction de transitions sécurisées des personnes entre différents intervenants du réseau mais aussi dans la prise en compte des transitions de vie des personnes (majorité, passage de l'école à l'emploi, migration, séparation...).

Pour les personnes en situation « complexe et chronique », le passage d'un intervenant à l'autre, ou d'un dispositif ou d'une institution à l'autre peut être difficile pour différentes raisons. D'abord, il s'agit, pour les personnes, d'accepter de se rendre dans un nouveau lieu, d'oser faire un « pas vers l'inconnu », de pouvoir faire confiance,... ce qui n'est pas nécessairement évident. Ensuite, il s'agit d'entrer en relation avec de nouveaux intervenants là où, parfois, c'est précisément à l'endroit de la relation que se posent des problèmes avec les personnes en situation complexe. Aller vers un nouveau dispositif nécessite aussi souvent de devoir raconter une nouvelle fois son histoire, ce qui n'est pas évident non plus. Dans certaines situations, les personnes « rejouent les mêmes scénarios avec les différents

intervenants » ; ce qui peut « amener à la paralysie », particulièrement lorsqu'il n'y a pas d'élaboration commune à propose de ces « scénarios ».

Lorsque les personnes sont « envoyées » vers un autre dispositif, elles sont parfois laissées à elles-mêmes et certains acteurs « ne prennent pas l'envoi en compte ». Si le fait d'avoir des relais est primordial, il est souvent difficile de trouver le bon ou d'avoir ne fut ce qu'une réponse. En SSM, les participants constatent aussi que les envois institutionnels augmentent par rapport aux demandes spontanées et que de plus en plus d'acteurs orientent les personnes vers les SSM comme s'ils étaient la solution dès qu'un problème « psy » est détecté.

En réponse à ces constats, les participants mettent en évidence des facteurs qui peuvent permettre l'accompagnement des transitions. Si le soin repose sur la sécurisation des passages et des relais vers d'autres acteurs, il est nécessaire :

- de connaître le réseau et ce qu'il peut offrir pour les personnes
- de veiller à l'adéquation entre l'offre du réseau externe et les réalités des personnes
- de « sortir des bureaux » pour accompagner les personnes vers les endroits qui leurs conviennent
- que les envoyeurs restent présents tant que nécessaire pour s'assurer que les personnes puissent trouver leur place à l'endroit où elles vont
- d'échanger avec les acteurs du réseau pour s'assurer que les prises en charge se passent bien pour les personnes

Les participants mettent particulièrement en évidence la nécessité de connaître le réseau. Ils constatent que, bien souvent, le réseau est méconnu par les acteurs ; qu'il est si dense et si multiple qu'il est « difficile de s'y retrouver ». A ce titre, « la reconstruction du réseau local doit être une priorité », « il est nécessaire d'être attentif aux réalités des autres services » et « il est nécessaire de bien connaître les partenaires ».

3.4.7. Coopération, communication et coordination

Les trois enjeux centraux concernant le travail en réseau sont sans doute ceux de la coordination, de la coopération et de la communication.

« Il faut distinguer collaboration, concertation et coordination », dira un participant à propos d'un travail en réseau décrit comme complexe et difficile ; dans lequel il n'y a souvent pas de lieu spécifique de coordination de sorte qu'on ne sait pas toujours qui tient « le fil rouge ».

La question « qui coordonne le réseau autour des patients ? » est loin d'être définie et appelle des réponses multiples en fonction des personnes et de leurs contextes. Si les acteurs en appellent souvent à plus de coordination, des tensions existent dans les modalités de définition du rôle des SSM dans la coordination ; certains voyant dans les SSM un lieu de coordination adéquat ; d'autres non.

Les tensions vécues au sein des SSM quant à cette question sont nourries par un travail en réseau complexe caractérisé par la présence d'une multiplicité d'acteurs aux intérêts différents inscrits dans des visions, des versions et des paradigmes de soin différents, parfois divergents voire incompatibles.

Les récits des participants mettent en évidence des situations où le soin (et sa continuité) est empêché ; où le réseau externe est cacophonique pour les personnes ; où des propos divergents sont tenus aux personnes à différents endroits ; où les personnes doivent aller à la pêche aux informations ; où les relations avec les acteurs externes peuvent être conflictuelles ; où une hiérarchisation implicite entre acteurs vient compliquer la collaboration,... L'échec du travail en réseau se produit ainsi particulièrement dans les situations où les objectifs et les intérêts des partenaires divergent et ces divergences peuvent impliquer une mise à mal des personnes.

Les participants évoquent particulièrement une tension forte à quatre endroits :

- Entre les acteurs de la santé mentale et les acteurs institutionnels auxquels ont à faire les personnes (CPAS, office des étrangers, Onem, Actiris, Vierge noire, médecine du travail,...)
- Entre acteurs du réseau francophone et acteurs du réseau néerlandophone qui ne partagent souvent pas les mêmes référentiels de soin
- Entre acteurs qui pratiquent une « clinique de la complexité » et acteurs qui « croient savoir ce qui est bon pour le patient »
- Entre acteurs privilégiant une logique médicale du soin psychique et acteurs privilégiant une logique psychothérapeutique

Le travail en réseau peut s'avérer particulièrement problématique à l'endroit du diagnostic et du transfert. Les participants évoquent des situations où les acteurs du réseau construisent des diagnostics et des solutions contradictoires ; où le transfert n'est pas questionné dans le travail en réseau ; où les acteurs du réseau ne partagent pas la même analyse des situations des personnes ; où le réseau est cacophonique sur le plan du diagnostic,...

A contrario des situations d'échec ou de difficultés, les participants évoquent des situations où le travail en réseau fait sens pour les personnes ; est pertinent et efficace. Dans ces situations, le travail en réseau est facilité car « les acteurs sont sur la même longueur d'ondes », « partagent un cadre de travail commun », « construisent des règles et des fonctionnements partagés », « travaillent ensemble de façon complémentaire », « partagent des définitions communes des situations des personnes »,...

In fine, tous ces facteurs de succès ne peuvent émerger ou se construire que si les acteurs se rencontrent, se concertent, et prennent du temps pour le faire dans un contexte où ce qui vient toujours à manquer, face à l'urgence des situations, est le temps.

Entre les réalités d'un réseau complexe et tendu et l'idéal d'un réseau d'acteurs situés sur la même longueur d'ondes, il faut pragmatiquement faire avec ce réseau pour travailler dans l'intérêt des personnes. Ceci implique, pour les participants :

- de réfléchir et de penser les positions prises par les intervenants dans le réseau en fonction des situations
- de « jouer finement » avec le réseau externe, ses réalités, ses normes,... et de tenir des discours différenciés aux différents acteurs pour préserver les intérêts des personnes
- de clarifier, de nommer et de faire se confronter les visions des uns et des autres et de négocier des dispositions communes
- de permettre une métacommunication entre acteurs du réseau à propos des agencements de la « constellation d'intervenants »
- de déconstruire les aprioris qui peuvent exister chez les personnes à propos des institutions et inversement
- de tisser et de construire patiemment des « forces d'appui » et une confiance dans le réseau
- de développer des lieux de concertation et d'échanges de pratiques entre acteurs
- de traduire, pour les patients et les acteurs, les intérêts, réalités, normes,... des uns et des autres ; de jouer des rôles d'intermédiation
- de prévoir des temps et des lieux entre acteurs pour « se rencontrer vraiment »
- de créer des dispositifs et dispositions spécifiques pour faire place, dans le travail en réseau à l'hypothétisation et au travail sur les fonctionnements psychiques des personnes
- d'accorder, dans le travail en réseau, une attention soutenue à ce qui se passe dans la constellation du réseau du patient (en termes transférentiels notamment).

3.5. En guise de conclusion

3.5.1. Du réseau au politique

La santé mentale connaît actuellement des réformes importantes en ce qui concerne la clinique des adultes et la clinique infanto juvénile et connaîtra bientôt, sans doute, une réforme dans la clinique des personnes âgées.

Si les participants évoquent certaines craintes dont principalement la crainte que la politique en matière de santé mentale ne se calque sur le modèle médical ; ils constatent aussi que la réforme permet aux acteurs d'apporter leurs conceptions propres ; la réforme mettant particulièrement en avant le travail en réseau avec l'idée de replacer le patient au centre du soin et de créer des alternatives à l'hospitalisation.

Pour d'aucuns, il devient nécessaire pour les SSM de politiser davantage leurs enjeux ; de « dire au politique » qu'on n'est pas dans la même vision de la maladie », d'oser faire en sorte « que les paradigmes se confrontent », de participer à la réflexion sur les alternatives à

l'hospitalisation à partir de l'expertise des SSM. Si les SSM sont, historiquement et depuis leur naissance, pensés comme des alternatives à l'hospitalisation, ils ne se sont peut-être pas assez impliqués dans les réformes. Pour d'aucuns, les SSM doivent « sortir de leurs murs », « cesser de surfer sur leur histoire » et davantage partager leur vision, leur expérience et leur expertise, sortir, en quelque sorte de la posture de « village gaulois » pour oser la confrontation, le dialogue, la négociation,... prendre leur place dans le nouveau paysage qui se dessine avec les réformes.

Ceci implique de pouvoir communiquer davantage vers l'extérieur et vers le politique. Il s'agit, pour les acteurs, de donner une forme communicable à ce qu'ils font, de trouver des mots et des arguments pour penser et dire les pratiques des SSM ; de faire en sorte que l'expertise des SSM puisse davantage se dire et s'entendre. In fine, il s'agit de penser la communication externe et de faire en sorte que des dispositions et dispositifs spécifiques le permettent.

En ce qui concerne la qualité, plus particulièrement, si la DEQ est considérée comme chronophage, elle doit pouvoir aider à interpeller le politique. Afin que la qualité ne soit pas pensée pour les SSM à partir de l'extérieur ; il est nécessaire, pour ces derniers, de construire, de formaliser et de communiquer leur qualité. La qualité des soins en santé mentale dans les SSM doit, pour d'aucuns, émaner des centres eux-mêmes et se baser sur leur expérience et leur expertise construite depuis des années dans la clinique ambulatoire. Ceci implique aussi de repérer et de construire les facteurs, critères et indicateurs permettant d'instruire la qualité en santé mentale.

A ce titre, nous espérons que ce rapport pourra modestement contribuer à cet exercice.

Les participants invitent aussi particulièrement le politique à comprendre la temporalité longue et les moyens importants nécessaires pour la prise en charge des situations complexes et chroniques ; à donner une place centrale à la nécessaire diversité de l'offre de services ; à penser davantage les articulations entre social, psychologique et psychiatrique et à prendre la mesure des impacts des phénomènes sociaux (exclusion, désaffiliation, disqualification,...) et des politiques publiques sur la santé mentale des personnes.

Ensuite, les centres font face à trois phénomènes qui impliquent un accroissement de leur responsabilité et de leurs engagements : Un accroissement significatif des demandes (de suivi psychologique et psychiatrique) dont certaines ne peuvent être l'objet d'une réponse adéquate faute de moyens humains ; une complexification des situations sociales et psychiques qui nécessite un renforcement du travail en réseau ; et une augmentation significative d'envois de patients vers les SSM par différents acteurs d'autres secteurs (emploi, action sociale, enseignement, aide à la jeunesse,...). Les 3 phénomènes impliquent une augmentation importante de la charge de travail et nécessite, pour les SSM, de disposer de davantage de moyens humains.

In fine, dans un contexte sociétal et politique qui pousse à l'individualisation des soins psychiques (qu'il s'agisse de l'individualisation du patient porteur du symptôme à éradiquer

ou de l'individualisation du traitement pratiqué par un professionnel), ce dont ce rapport rend compte est notamment du fait que des problèmes produits et construits par des institutions appellent des réponses institutionnelles, que des problèmes structurels appellent des réponses structurelles. Se contenter de réponses individuelles à des questions structurelles risque que le soin s'apparente à poser des emplâtres sur des jambes de bois or, au vu des enjeux, il est davantage nécessaire de penser le changement que de changer le pansement.

Au cœur du travail thérapeutique des SSM, l'institution : l'institution, qui fait lieu, l'institution qui fait lien, l'institution qui fait soin, et qui fait tout cela avec le patient, avec son réseau, le quartier, le voisinage,... dans la perspective pour chacun de mener une vie digne, de prendre place dans le social et de développer son pouvoir d'agir. Et au cœur de l'institution, qui permet de développement et l'expérimentation de modalités alternatives (qui font moins souffrance) d'inscription dans le social, une éthique et une pratique du soin et du lien qui ouvre des potentialités pour les patients.

Nous espérons, avec ce rapport, avoir rendu compte de la richesse et de la pertinence des approches développées au sein des SSM et espérons d'une part que les SSM puissent faire valoir cette expertise et cette expérience dans la construction et la mise en œuvre des politiques publiques et des dispositifs de santé mentale, puissent disposer des moyens pour le faire et puissent partager ce qui fait la qualité des soins dans la santé mentale ambulatoire.

3.5.2. Des critères pour instruire la qualité

1 Clinique	Critères
1.1 Centralité de l'humain	Le patient est au centre du soin
	La clinique permet la "déstigmatisation"
	La clinique construit la possibilité du dégagement d'assignations identitaires aliénantes
	La clinique permet le recouvrement de la dignité humaine
	La clinique aide les personnes à se construire comme sujets
	Les symptômes sont considérés comme des réponses à des difficultés de vie
	La clinique favorise l'exercice de choix libres
1.2 Du sujet au système	La clinique contribue à ce que les personnes puissent occuper des places qui leurs conviennent et fassent moins souffrance dans leurs systèmes d'appartenance (familles)
	Les parties prenantes de la famille sont prises en compte
	La situation des patients sont interrogées à l'aune du contexte et des relations familiales actuelles et/ou historiques
	La compréhension de la situation des personnes est élargie à leur entour ou à leur réseau
	Les normativités des différents parties prenantes sont pensées ainsi que leurs articulations
	L'articulation du réseau avec les subjectivités des personnes fait l'objet d'une réflexion
	Les aspects liés à la vie quotidienne des patients sont interrogés et mis au travail
	Le soin est envisagé comme la construction de possibilités d'inscription dans le social et l'activité
1.3 Cadre clinique et subjectivité	La clinique se pense à l'articulation des situations des personnes, du cadre de travail, de l'institution, de la clinique et des intervenants
	La posture clinique implique de ne pas savoir à priori ce qui est bon pour les personnes
	La tension entre subjectivité/normativité/limites/potentialités des personnes, des intervenants et du cadre est pensée et fait l'objet d'un travail
	Le cadre permet la protection des personnes et des intervenants
	Le cadre est porteur de potentialités de changement et de diminution de la souffrance
	Le cadre permet aux personnes de se déployer telles qu'elles sont
	Le caractère alternatif des cadres et le hors cadres font l'objet d'une réflexion spécifique
1.4 Entre care et cure	Le cadre permet un cheminement balisé où les personnes sont respectées dans toute leur complexité
	Le cadre permet aux patients de se déployer en toute sécurité

	La tension entre cure (maladie/diagnostic/guérir) et care (problématique/analyse/prendre soin) est pensée et mise au travail
	L'orientation "care" de la clinique n'empêche pas l'option de la guérison
	La clinique implique de se dégager de la demande qui consiste à soigner le symptôme
	Les tensions entre opérant/inopérant, permissivité/recadrage, souplesse/solidité du cadre, non jugement/normativité, désir de la personne/désir de l'intervenant sont pensées et font l'objet d'un travail
<i>1.5 Savoir, désir, transfert, hypothétisation</i>	La clinique implique de ne pas désirer pour le patient
	La clinique veille à ne rien imposer au patient mais à lui proposer
	Les intervenants réfléchissent et prennent en compte ce qu'ils pourraient vouloir pour le patient
	L'intervenant se garde de savoir pour le patient ce qui serait bon pour lui
	Les intervenants jouent un rôle d'intermédiation entre les différentes tensions à l'oeuvre dans le processus clinique
	Le transfert/contre-transfert et ou les résonances sont nécessairement prises en compte et mises au travail dans la clinique
	La constellation transférentielle est comprise, analysée et utilisée
	Des hypothèses sont construites à propos des fonctionnements psychiques et sociaux des patients
	Le symptôme est envisagé comme l'expression d'un problème, d'une problématique ou d'une impasse auxquels sont confrontés les personnes
	La clinique permet une élaboration sur ce qui fait problème ou impasse chez les personnes
	La clinique permet la co-construction de modalités relationnelles permettant de sortir de ce qui fait problème ou impasse
<i>1.6 Faire lieu, faire accroche</i>	La porte des ssm reste ouverte à ceux qui le souhaitent
	Les ssm permettent une inscription des personnes, y compris des personnes en errance
	Le ssm se pense comme un lieu alternatif d'inscription dans le social
	Le soin implique une accroche qui est possible lorsque le lieu et les intervenants prennent sens et consistance pour les personnes
	Le lieu implique une qualité de présence aux côtés des personnes
<i>1.7 Ajustements</i>	La clinique veille à donner à chacun une place avec ce qu'il sait, ses hypothèses,...
	L'ajustement au patient est un élément central de la clinique
	La clinique veille à respecter le rythmes et les temporalités des personnes et de leurs systèmes

	Une attention soutenue est accordée à la qualité du lien thérapeutique et/ou social
1.8 Une clinique du lien	La qualité du lien est au centre de la clinique
	La relation, la consistance du lien, la possibilité de faire de nouveaux liens sont considérés comme des facteurs centraux du soin
	Le lien permet de soutenir les personnes dans leurs difficultés
	La qualité du lien et l'éthique relationnelle des intervenants permettent la construction de relations de confiance
	La tension entre maintien du lien et prise de conscience des problèmes par les patients est pensée et mise au travail
1.9 Une clinique de l'expérience	La clinique permet l'expérimentation de relations constructives et bienveillantes dans un cadre sécurisé
	La clinique favorise la possibilité de réinvestir le lien social
	La dimension expérientielle du soin permet aux personnes d'envisager les alternatives relationnelles à des fonctionnements qui font souffrance
	Les symptômes, problèmes ou questions des personnes peuvent se traduire dans des dispositifs créatifs
	Les questions de la séparation et de l'autonomisation sont prises en compte et mises au travail lorsque c'est nécessaire
1.10 Une clinique de la co-construction et de la mise en mots	Les personnes et familles peuvent être invitées à comprendre leur fonctionnement propre
	Les personnes et familles peuvent être invitées à mettre des mots sur leurs vécus et histoires familiaux
	Des hypothèses ou des éléments d'analyse ou de diagnostic peuvent être partagés avec les personnes
	Les personnes peuvent être aidées à déconstruire les projections qu'elles font sur le réel
1.11 L'importance du temps	L'usage du temps dans la clinique est pensé et mis au travail
	Le temps est considéré comme un facteur déterminant de la qualité des soins
	La continuité du suivi dans le temps et le fait de tenir le fil dans la durée sont considérés comme un facteur central du soin
	Les moments et cycles de vie dans lesquels se situent les patients sont pris en compte
	La clinique est adaptée aux situations temporelles des patients
	Les moments pour dire ou intervenir sont pensés et mis au travail
1.12 Impuissance et relativisation	L'intervenant s'engage à cheminer avec le patient et non à atteindre des objectifs ou des résultats

2 Réseau interne	
2.1 Fonctions du travail en équipe	Le travail en équipe permet à la clinique de rester ouverte, respectueuse, de relativiser, de prendre distance, de se déprendre de la situation, de travailler sa disponibilité,...
	Le travail en équipe permet de construire et d'envisager des pistes, des analyses, des hypothèses,... nouvelles
	Le travail en équipe permet aux intervenants de rompre leur isolement, de se protéger, de relativiser les difficultés,...
	Le travail en équipe permet de faire appui et ancrage, de tenir le fil rouge, de donner du sens et de la cohérence à la clinique,...
	Le travail en équipe permet de mieux se connaître entre professionnels, de partager des expériences et des expertises,...
	Le travail en équipe permet de mieux connaître le réseau externe
	Un temps suffisant est accordé au travail en équipe
	Les réunions d'équipe donnent une place suffisante au travail sur la clinique
2.2 Complémentarité des fonctions	L'accueil des personnes est bienveillant
	Une suite est nécessairement donnée aux demandes des personnes
	Les différentes fonctions (psy, social, accueil) permettent de répondre à des besoins et des attentes différenciées des personnes
	Les articulations entre fonctions (psy, social, accueil) sont distinguées, différenciées, pensées et réfléchies
2.3 Espaces différenciés	Les personnes ont la possibilité de s'inscrire dans des espaces différenciés
	Les personnes disposent des dispositifs les plus pertinents en fonction de leur situations, besoins, attentes,...
	La différenciation des espaces permet une prise en charge globale des situations des personnes dans leurs différents aspects
	Les personnes ont la possibilité d'aller chercher des réponses diversifiées à leurs besoins individuels
	Les familles peuvent disposer d'espaces spécifiques pour leurs différents membres
	L'articulation des espaces permet une meilleure cohérence des soins
	L'imbrication des lieux, dispositifs, intervenants,... permet de répondre aux situations complexes
	Les personnes peuvent disposer d'une palette de dispositifs à géométrie variable
	Les espaces différenciés permettent l'expérimentation de modalités alternatives de participation à la vie sociale
2.4 Alternatives	La clinique permet aux personnes de s'inscrire dans des lieux, activités, relations,... selon des modalités qui font moins souffrir
	La clinique s'ouvre sur l'extérieur, ne reste pas enfermée dans ses murs,...

	La clinique permet aux patients d'intégrer des dispositifs de vie ordinaire
	L'offre de dispositifs et de lieux de rencontre à bas seuil est amplifiée
	Les alternatives à la consultation classique sont multipliées
	L'expertise des SSM est mobilisée pour créer des dispositifs inédits et pour accompagner les autres professionnels
3 Réseau externe	
3.1 Les personnes et leur entourage	Le réseau pris en compte est d'abord celui qui fasse sens et lien pour les personnes
	Le réseau du patient fait l'objet d'une attention particulière
	La pertinence des lieux d'inscription est relative des fonctions qu'ils peuvent avoir pour les personnes
3.2 Des approches inclusives	Le soin tient à la possibilité pour les personnes à faire lien avec d'autres espaces
	Les personnes sont accompagnées vers des lieux de vie, d'activité,...
	L'ancrage des personnes dans le réseau est mis au travail
	Les personnes sont invitées à choisir leurs lieux d'ancrage et d'activité
	L'insertion des personnes dans des lieux de vie ordinaire est accompagnée
	La transition des personnes vers des acteurs non professionnels est accompagnée
3.3 La pression du réseau	
3.4 Accès aux dispositifs	
3.5 Dans transitions sécurisées	Le réseau et ce qu'il peut offrir est connu des intervenants
	Les orientations des personnes vers le réseau externe sont pensées en termes d'adéquation
	Les intervenants accompagnent les personnes vers les endroits qui peuvent leur convenir
	Les envoyeurs restent présents tant que nécessaire pour s'assurer de l'ancrage des personnes dans des dispositifs externes
	Les acteurs du réseau échangent pour s'assurer que "cela se passe bien pour les personnes"
	Le réseau local est connu, élaboré, construit,...
3.6 Coopération, communication, coordination	Des cadres de travail, règles, fonctionnements, ... communs et partagés sont construits avec les partenaires
	Les positions prises par les intervenants du réseau sont pensées et travaillées
	Les visions des acteurs sont clarifiées, nommées, confrontées,...

	Les acteurs méta-communicent à propos des agencements de la constellation des intervenants
	Le réseau est tissé et construit progressivement par les échanges et le partage
	Des lieux de concertation et d'échange de pratiques sont mis en place
	Les visions, intérêts, normes, réalités,... des uns et des autres sont traduites et font l'objet d'intermédiations
	Une place spécifique dans le travail en réseau est dédiée aux échanges sur les fonctionnements psychiques des patients
	Une attention soutenue est accordée à ce qui se passe dans la constellation du réseau du patient
	Le réseau est tissé et construit à l'échelle locale
<i>4 Politique</i>	Les ssm politisent leurs enjeux
	Les ssm partagent leurs expertises et prennent place dans la construction des politiques publiques
	La qualité du travail en ssm fait l'objet d'une formalisation et d'une communication
	Des critères, facteurs et indicateurs de qualité sont construits