



POLITIQUE MÉDICALE 2021-2025

Fondements des pratiques d'accompagnement et
d'optimisation de la qualité de vie

Janvier 2021

La Politique Médicale 2021-2025 de l'association Les ailes déployées a été élaborée en janvier 2021, par le Dr Francis Rouam, président de la Commission Médicale d'Etablissement et le Collège Médical de l'association qui rassemble les médecins de l'association Les ailes déployées.

Sommaire

PLACE DE L'ASSOCIATION LES AILES DÉPLOYÉES DANS L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA SANTÉ MENTALE EN ILE-DE-FRANCE	p. 04
PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE	p. 06
VERS LE RÉTABLISSEMENT ET LA QUALITÉ DE VIE	p. 08
Evolutions dans les notions de traitements et de soins	p. 08
L'entourage des patients	p. 09
Changements dans les pathologies et la modes d'expression de la souffrance	p. 09
Liberté d'agir	p. 10
Pluralité des pratiques	p. 11
Vers la « qualité de vie »	p. 11
Particularités de la notion de rétablissement à certains âges de la vie	p. 13
POSITION SOIGNANTE ET DÉSTIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE	p. 15
PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS	p. 18
ARTICULATION NÉCESSAIRE ENTRE LES DIMENSIONS SOIGNANTES ET ADMINISTRATIVES	p. 19

PLACE DE L'ASSOCIATION LES AILES DÉPLOYÉES DANS L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA SANTÉ MENTALE EN ILE-DE-FRANCE

L'association d'aide à la santé mentale Les ailes déployées, à but non lucratif loi 1901, est fondée en 1959 par le Dr Bernard Jolivet sous le nom de « Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale – SPASM ». Son nom a été modifié en 2019, à l'occasion des 60 ans de l'association.

Parmi les différents types de structures sanitaires et médico-sociales du paysage psychiatrique actuel, l'association se situe :

1. Dans une position intermédiaire entre les lieux de premier contact avec la psychiatrie sans indication médicale préalable obligée (consultations hospitalières, de secteur, municipales, autres lieux d'accueil de première intention du service public et lieux d'hospitalisation qui leur sont rattachés, services d'urgence, consultations libérales) et les lieux de soins d'enseignement et de recherche (CHU) et lieux spécialisés dans une seule ou un groupe restreint de techniques. L'association Les ailes déployées reçoit des personnes sur indication essentiellement médicale (psychiatre, équipe psychiatrique, parfois médecin généraliste, parfois psychologue collaborant avec un psychiatre) pour la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques récents ou anciens, dans une perspective de soins et d'accompagnement visant à la réhabilitation psychosociale et au rétablissement, en relation avec un suivi assuré par le psychiatre l'ayant orienté vers l'association (ou celui ou celle qui ont pu lui succéder dans cette prise en charge). Dans certaines de nos unités (médico-sociales), l'indication est assurée conjointement avec la MDPH ou portée essentiellement par celle-ci (service d'emploi accompagné).

2. Dans un registre à la fois sanitaire (majoritairement) et médico-social, selon les unités. L'un des enjeux de la politique médicale de l'association est de réduire, voire de défaire l'étanchéité qui a cours la plupart du temps dans le monde des soins psychiques entre l'univers sanitaire et l'univers médico-social, même si chaque unité est clairement rattachée administrativement à l'un des deux. Un constant échange de réflexions et une collaboration de pratiques entre ces deux sphères sanitaire et médico-sociale s'y emploient sans relâche. La conception du « soin » aux personnes accueillies, telle qu'elle est détaillée dans l'ensemble du présent texte, témoigne de cette ambition.

L'association Les ailes déployées reçoit des personnes à partir de 15 ans et sans limite supérieure d'âge, selon les unités. Elles sont en grande majorité résidentes en Ile-de-France. Les services sanitaires sont composés, dans Paris : d'hôpitaux de jour (avec des particularités d'âge : de 15 à 20 ans, de 18 à 25 ans, à partir de 60 ans, âges intermédiaires), d'un foyer thérapeutique, d'un service ambulatoire pour familles et couples, d'un service ambulatoire de traitement et d'exploration par le psychodrame analytique, et, dans les départements 95 et 77, d'établissements d'hospitalisation temps plein avec structures d'hébergement médicalisées et hôpitaux de jour rattachés. Les services du secteur médico-social sont un ESAT (en 3 localisations dans Paris), un service d'emploi accompagné, un GEM, une entreprise adaptée (dans le 92).

Il existe une structure de formation en développement, avec notamment un centre de formation au psychodrame analytique.

Les personnes adressées/s'adressant à l'association sont déjà suivies, ou ont au moins bénéficié d'un premier accueil en psychiatrie et ne présentent plus, en principe, de manifestations pathologiques aiguës. Ce critère de « stabilisation » de la pathologie reste néanmoins souvent aussi fluctuant qu'imprécis et s'avère parfois très relatif ; son importance dans les paramètres guidant les indications d'admission dépend de l'appréciation de la faisabilité d'un projet thérapeutique et d'accompagnement, élaboré au cas par cas et selon des spécificités ou modalités propres à chaque unité.

La collaboration, tout au long d'une prise en charge, avec divers partenaires médicaux et/ou sociaux et administratifs est la règle pour tous les services de l'association Les ailes déployées ; leur nombre et leur qualité se (re)définissent avec chaque situation particulière.

Il faut également inclure parmi les partenaires, pour une personne donnée, son entourage familial : partenaires non professionnels mais faisant partie la catégorie dite des « aidants », qui interviennent ou sont sollicités variablement, mais dont le rôle demeure déterminant dans le devenir d'une personne.

Les familles peuvent également bénéficier d'un accompagnement psychologique propre, en fonction de leur demande.

Enfin, les familles ont une représentation essentielle via les associations de familles de patients ; elles sont présentes en diverses instances de l'association : présidence de la Commission des usagers, siège au Conseil d'administration.

PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

La psychiatrie actuelle se trouve au confluent de divers courants de pensée, dont la compatibilité ou même la possibilité de dialogue et de débat reste en suspens : courant hérité de la psychanalyse longtemps dominant jusqu'à une période récente, contributions des sciences humaines et sociales, dans leur diversité (psychologie, sociologie, anthropologie, philosophie notamment), impact grandissant des neurosciences, et des théories cognitivistes.

Concomitamment, la pratique de la psychiatrie est amenée à évoluer à la mesure de ces multiples tendances, et son objet même est le siège de nombreuses interrogations et de transformations qui guident la politique médicale de l'association Les ailes déployées, et ce à plusieurs niveaux :

- Tout d'abord, s'agit-il de traiter une maladie ou un syndrome, un ou plusieurs symptômes, voire leurs causes présumées, ou de traiter un handicap – mais n'est-ce pas un oxymore lorsque ce dernier terme est assimilé à une séquelle d'un processus morbide volontiers ancien, enrayé ou stabilisé ? Tout au plus parle-t-on alors de compensation ou d'aménagement de ce handicap et de ses conséquences dans la vie quotidienne, ou de prévention de son évolutivité toujours considérée comme potentiellement péjorative. Il n'est pas inutile de rappeler que cette notion de handicap, désignant une réalité pénible, est liée à celles de désavantage, d'entrave, d'infériorité, de déficience (en se souvenant qu'au XVIIIème siècle, il désignait un jeu pour un jugement comparatif de la valeur d'objets puis de chevaux).

Bien que la différence entre « maladie » et « handicap » soit solidement ancrée dans les nomenclatures officielles et dans bon nombre d'esprits, y compris dans le monde (para)médical, la clinique quotidienne, et tout particulièrement à l'association, réinterroge et remet constamment en doute cette dichotomie, tant la nature et les (non)transformations des manifestations pathologiques ou de souffrance chez une personne donnée sont d'une interprétation incertaine et particulièrement délicate.

- La nosographie psychiatrique a été l'objet de diverses classifications et de plusieurs remaniements : non seulement du fait de repérages théoriques différents – ainsi que cela a été mentionné plus haut – mais même au sein de la seule « classification « officielle » des troubles mentaux qu'ambitionne de définir le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), actuellement version 5. On constate, avec la publication des éditions successives de ce manuel, la disparition de certaines entités morbides, la reformulation d'autres, le glissement de certaines pathologies en « spectres pathologiques... », la place grandissante des « dys » (dysmorphies, dysphories...) et de « troubles », notion vague s'il en est, qui rassemble aussi bien des anomalies fonctionnelles ou des pathologies bien définies que diverses formes de souffrance, soit aussi bien des manifestations objectivables par le clinicien que des plaintes subjectives du patient à la limite du symptôme (c'est à dire un signe formalisable et objectivable au sein d'une sémiologie).

Ces transformations nosologiques ainsi à l'œuvre reflètent la porosité de plus en plus grande entre le champ de la psychiatrie – spécialité médicale dédiée à l'appareil psychique – et celui de ce qu'il est convenu de dénommer la santé mentale. Ce constat implique cependant de grandes modifications, de grandes révisions dans la prise en charge des personnes qui s'adressent à ce qui reste encore actuellement le « monde psychiatrique ». Originellement dénommée Société parisienne d'Aide à la Santé Mentale, l'association Les ailes déployées reprend, pour l'approfondir, cette dialectique de la psychiatrie et de la santé mentale, tant l'interpénétration de ces deux pôles

paraît chaque jour plus évidente et ouvre un champ de plus en plus vaste dans la diversité et la personnalisation des projets d'accompagnement.

- Le vocabulaire utilisé vient à se modifier lorsqu'il tente de s'adapter à ces mutations : ainsi la notion de « patient », très liée à des conceptions médicales classiques, souvent héritées de la médecine somatique, est attachée à celle d'une maladie qu'il faut guérir ou tout du moins soigner, c'est-à-dire dont il faut réduire les manifestations identifiées comme telles par la lecture médicale, donc par un savoir qui échappe aux non professionnels. Dans un tel cadre, le patient est assigné à une position de passivité vis-à-vis du diagnostic et des traitements prescrits et l'objectif de sa prise en charge est celui de la maîtrise du processus morbide alors incriminé et, par voie de conséquence, des symptômes qui en sont l'expression.

La santé mentale réfère à un certain type d'équilibre de l'être dans les différents aspects de sa vie psychique. Elle est donc marquée et affectée par un éventail illimité de ressentis subjectifs, dont une part seulement se voit qualifiée d'anormalité et versée au registre de la pathologie mentale.

Cette dernière se définit par un savoir délimité par ceux qui en sont culturellement et socialement dépositaires (les professionnels soignants) et donc sujette à une constante évolution. La vérité des ressentis d'une personne et notamment sa souffrance, comporte un savoir qui peut plus ou moins « décoïncider » (pour reprendre le néologisme forgé par François Jullien) d'avec celui de ces professionnels soignants et induire une demande d'une autre nature, qui appelle des réponses différentes. Lorsque la psychiatrie « classique » rejoint (ou est rattrapée par) le champ de la santé mentale, sa pratique s'en trouve singulièrement infléchie.

Le « patient » qui s'adresse à une structure de soins psychiatriques est tout autant en attente de soulagement, d'écoute, de consolation, d'accompagnement, d'aide à vivre (avec tout ce que cette idée peut comporter d'imprécision et de flou) que de soins au sens médical classique du terme. Sa demande se fonde sur de nouveaux critères et se transforme en une demande de services, et non plus de simple « prise en charge ». Dans le monde de la santé mentale, le « patient » tend alors à perdre cette appellation au profit de celle d'« usager » (du système de soins) ou de « travailleur » (lorsque les actions menées avec lui se situent principalement dans le registre du travail) ou de « pensionnaire » (lorsque celles-ci se centrent sur l'hébergement), etc... ou finalement de « personne », terme particulièrement neutre qui sous-entend la prise en considération, dé faite de tout à priori, d'un individu dans sa singularité.

Tous ces glissements sémantiques, parfois délicats à manier dans la pratique quotidienne, et pouvant refléter en partie des positions contre transférentielles de tel ou tel service (telle personne doit-elle être considérée comme patient, travailleur... ?), reflètent les transformations dont est le siège la psychiatrie contemporaine.

Parallèlement, ils contribuent, de par l'utilisation d'un vocabulaire à la fois banalisé et emprunté à des registres de la vie courante, à une déstigmatisation des personnes auxquelles il s'applique, en leur retirant une image propre à générer une dangerosité fantasmée, voire à les déshumaniser aux yeux de certains et aboutir à les rejeter. L'utilisation (par souci de simplification d'écriture), dans ce qui suit, du mot « patient » devra donc être entendue comme métonymie de l'ensemble de cette terminologie ou comme synonyme d'une « personne ».

De la même façon, la notion de politique « médicale » de l'association recouvre une politique d'accompagnement thérapeutique des personnes qui s'adressent à elle et où le qualificatif de « thérapeutique » désigne ce qui répond à leur souffrance, et où le terme « accompagnement » dénote un élargissement du « soin » au « prendre soin », ainsi que cela sera précisé plus bas.

Somme toute, la notion de santé mentale débouche sur des considérations biopolitiques, interrogeant les rapports entre le normal et le pathologique, les glissements, les équivoques ou les écarts entre l'un et l'autre : c'est précisément dans cet « entre », ces « écarts » que se situe la raison d'être de l'association Les ailes déployées.

VERS LE RÉTABLISSEMENT ET LA QUALITÉ DE VIE. AUTONOMIE ET LIBERTÉ D'AGIR.

Evolution dans les notions de traitements et de soins

Les traitements psychiatriques des troubles mentaux, dont les évolutions depuis les dernières décennies ont été marquées à la fois par une diversification des techniques utilisées et un souci d'humanisation, n'en sont pas moins confrontés à la chronicisation d'un certain nombre d'affections, dont le ressort tient sans doute au processus morbide lui-même mais peut-être aussi à certaines conceptions de prise en charge (quant aux objectifs ou au regard sur la maladie mentale qui les guide).

L'une des inflexions les plus notables en ce domaine porte sur les réponses apportées à ceux qui viennent déposer leur souffrance dans les lieux dits de soins, dont les objectifs se sont singulièrement infléchis : au traitement prioritaire ou exclusif des manifestations morbides vient se substituer un accompagnement dans le cours de la vie au plus près des espérances du « patient ».

Démantelant la frontière entre maladie et handicap (cf. supra), il s'agit d'aider ce patient à réaménager sa vie au mieux en dépit de divers obstacles psychiques sources de sa souffrance et dont il ne peut seul se départir, en l'associant au plus près à l'élaboration et la concrétisation d'un tel projet, en s'étayant sur son savoir intuitif concernant son état mental mais également sur un nouveau discours à construire tant sur son histoire que sur la perception qu'il a de lui-même et sur ses diverses habiletés, souvent jusqu'alors restées dans l'ombre ou insuffisamment exploitées. Il est difficile, à ce propos, de ne pas citer Winnicott : « Certains individus peuvent mener une vie satisfaisante et même réaliser quelque chose d'exceptionnellement valable et pourtant être schizoïdes ou schizophrènes. Ils peuvent être tenus pour malades, au sens psychiatrique du terme, du fait de la faiblesse de leur sens de la réalité. Il en est d'autres, ne l'oublions pas, qui sont si solidement ancrés dans la réalité objectivement perçue qu'ils sont malades mais dans la direction opposée : ils ont perdu le contact avec le monde subjectif et se montrent incapables de toute approche créative de la réalité » (dans « Jeu et réalité », Gallimard, Paris, 1975, p.93).

Dans cet accompagnement thérapeutique en vue d'un réaménagement de la vie, la focalisation sur la suppression d'un symptôme et d'un dysfonctionnement psychique le cède à ce qu'il devient habituel de dénommer le rétablissement mais qui se rapporte fondamentalement à la « qualité de vie » (ce point sera explicité plus loin).

De telles perspectives conduisent en fin de compte à aider le patient à se « soigner » lui-même, et laisser les événements de la vie œuvrer autant que faire se peut dans la même direction. Cet ensemble de principes s'inscrit dans cette transition (angliciste) du « to cure (to make an illness go away) » au « to care (to like or love somebody and worry about what happens to them) », soit du « traiter une maladie » au « se préoccuper et prendre soin de quelqu'un ». Les critères d'accueil, les « indications d'admission » dans telle ou telle unité de l'association Les ailes déployées en dépendent étroitement et, bien entendu, les modalités concrètes des accompagnements thérapeutiques (présentation du service et de ses orientations de travail à celui qui s'y adresse ainsi qu'à son entourage, choix des outils de médiation et de diverses techniques, de partenaires extérieurs et teneur des échanges avec eux, durées de séjour, etc.).

L'entourage des patients

L'accompagnement proposé à toute personne en souffrance psychique, quels qu'en soient le degré et l'étendue, ne peut en aucun cas ne pas prendre avec la plus haute considération son entourage familial ou amical proche, que l'on a l'habitude de dénommer les « aidants ». Ils partagent tout ou partie de sa vie quotidienne, sont les premiers témoins et destinataires de sa plainte et de son malaise, accompagnateurs et soutiens dans sa souffrance mais sont également appelés à devenir un étayage important dans les changements escomptés. Ils relèvent tout autant d'un accompagnement attentif, de conseils et d'informations, et d'aides diverses dictées par la spécificité de leur situation familiale sur tous les plans qui apparaissent pertinents.

Au-delà des personnes aidantes, c'est tout l'environnement du patient dont il convient de se préoccuper, afin d'envisager un patient comme spécifié autant dans ses interactions avec cet environnement que comme ce qui serait son supposé « être constitutif de malade » (ainsi que cela sera précisé plus loin).

Changements dans les pathologies et les modes d'expression de la souffrance

La politique médicale de l'association Les ailes déployées est également guidée par l'évolution du malaise et de la souffrance psychiques tels qu'ils se manifestent dans le contexte socio-économique et culturel du début du XXIème siècle : on observe un déplacement, depuis quelques années, des situations de souffrance psychique et de la santé mentale vers un malaise plus général qui englobe l'individu et le social, la dimension socio-professionnelle, le lien social, l'individualisme, le vivre ensemble, l'autonomie de chacun. La santé mentale apparaît en grande partie comme le miroir, le réceptacle ou le lieu d'expression de ces questions sociales mêlées à des problèmes de psychopathologie individuelle.

Parmi ces questions sociales, l'étiologie de la vie en commun prend une importance majeure et nombre de travaux sociologiques soulignent à ce propos les ravages d'une sorte d'entreprise de déliaison qui met à mal les possibilités d'avènement d'un individu à la fois solidaire et mature dans des choix réfléchis et pleinement assumés, un individualisme de personnalisation : autrement dit, l'individualisme qui pourrait mener à l'autonomie (une sorte d'« individualisme noble ») s'évanouit, en étant remplacé par ce qu'on pourrait appeler un « individualisme malheureux, sauvage », guidé par des motions pulsionnelles prédominantes; la souffrance psychique porte de plus en plus sur cette dimension qui en devient une composante de plus en plus déterminante, ce malaise s'exprimant ensuite symptomatiquement de façon variable d'une personne à l'autre.

La société se montre ainsi de plus en plus individualiste, à la mesure de l'affaiblissement du lien social, lequel est source d'une inquiétude grandissante. Cette évolution s'accompagne (ou se marque) de changements dans l'expression de la plainte, de la souffrance subjective et psychique ; psychopathologie, expression des morbidités (et voire structure de celles-ci) entretiennent des relations complexes avec les repères culturels et de normativité. La course à l'individualisme favorise des enjeux narcissiques plutôt qu'œdipiens, ce qui est source d'une problématique prédominante de la perte.

Cet individualisme malheureux a partie liée avec une sorte d'anomie, dans la mesure où la figure du tiers (figure paternelle, nom du père, limite symbolique, lieu de la vérité...) tend à disparaître ; la science ou les marchands de bonheur échouent à répondre à des questions sans réponse sous-jacentes à une succession sans fin de demandes (qui, par absence de limites, se sont substituées au

désir), faute de cette autorité à caractère « transcendantal » (c'est-à-dire qui reconnaisse ce tiers) pour y répondre. L'individu, qui n'est plus soutenu par une structure relationnelle que le néolibéralisme a mis à mal, se voit d'une part aspiré par des phénomènes de massification et de sectes en tous genres et d'autre part livré aux tentations du Marché qui le laisse désarrimé, replié dans des impasses narcissiques où le mirage du moi idéal vient en lieu et place d'un idéal du moi. Faute d'une possibilité de conflit avec une autorité tutélaire, cet individu est confronté à une perte qui n'accède pas au statut de manque.

L'individualisme à ce niveau est un obstacle à l'« autonomie » du sujet ; cette dernière associe en effet aspiration à plus d'indépendance et affranchissement de contraintes collectives hiérarchisées mais doit impliquer dans le même temps le développement d'une autodiscipline et d'un autocontrôle.

Liberté d'agir

Résoudre cette équation de l'autonomie conduit alors à la notion d'agent et de prise en charge de ses propres changements, d'où ressort l'idée d' « empowerment » : cette dernière est une incitation à retrouver ou s'emparer d'un pouvoir d'agir, ou mieux d'une liberté d'agir (Vanessa Wisnia-Weill, Les nouveaux pouvoirs d'agir, Le Seuil, Paris, 2020) pour faire face à de nouvelles pressions et obligations : s'en saisir par soi-même mais dans la mesure où les moyens en sont donnés, où les capacités pour ce faire ont été stimulées, accompagnées ou dévoilées et où, finalement, peut se déployer la parole du sujet. L'empowerment est partie prenante de la politique du « care », du « prendre soin (de soi-même) » : permettre à la personne d'être un patient actif dans le déploiement de ses soins afin qu'il puisse parvenir à constituer un nouvel équilibre de vie tout aussi réaliste qu'au plus près de ses aspirations et espérances. De telles ambitions requièrent une subtile combinaison entre l'autonomie en tant que telle pour leur réalisation et la protection souvent nécessaire pour aider le sujet à y parvenir et qui suppose un certain degré de guidance voire de dépendance à l'égard d'une entité qui l'accompagne, mais parfois aussi le surplombe/l'aliène (?). (Ré)apparaît donc la problématique de la dépendance, qui a souvent émaillé son histoire et qui induit le risque de se faire happer par le miroir du semblable.

Dans la psychopathologie de chacun, enjeux narcissiques et enjeux collectifs, sociaux, des relations sociales (car l'individualisme malheureux crée une nouvelle sorte de liens sociaux, dans le délitement du lien social antérieur, qui était organisé autour d'un collectif dans une hiérarchie plus « traditionnelle » des normes et des valeurs), s'interpénètrent et donnent un format nouveau à la souffrance mentale - et aux propositions pour les analyser et y répondre. C'est à partir de cette intrication que se construisent et s'élaborent les projets des différentes unités de l'association. On voit finalement que cet individualisme « malheureux » est devenu très éloigné de ce que l'on a dénommé « l'individualisme noble », auquel pourrait se référer l'autonomie ; rappelons dans ce sens cette citation de Durkheim : « L'individualisme, c'est la glorification non du Moi, mais de l'individu en général. Il a pour ressort non l'égoïsme, mais la sympathie (1848) ... Une similitude verbale a pu faire croire que l'individualisme dérivait nécessairement des sentiments individuels, partant égoïstes. En réalité, la religion de l'individu est l'institution sociale (1970) ».

Relier l'individualisme à l'institution sociale, soit au « commun », implique de considérer l'individu plus comme l'effet d'une interaction que comme « entité substantielle pure » et de considérer le « commun » plus comme un horizon de partage qui nous oblige que comme un « donné d'emblée ».

Et c'est en ce sens que la prise en considération de tout cet espace social dans lequel est immergée chaque personne, à commencer par l'environnement familial, mais également dans l'essai de (ré) insertion dans le monde du travail ou toute forme de vie sociale, prend une place primordiale dans la politique médicale de notre association.

Pluralité des pratiques

La mise en pratique de ces principes de la politique médicale conduit nécessairement à une grande variété d'outils de soins et d'accompagnement, variété aussi bien du point de vue des médiations utilisées que des origines théoriques dont ils sont le produit.

Néanmoins, l'éclectisme qui apparaît ainsi court le risque d'une juxtaposition de pratiques et de savoirs hyperspécialisés qui peuvent créer ou renforcer des oppositions ou une étanchéité entre eux, à laquelle ils sont pourtant censés s'opposer ou mettre un frein. La réflexion historique et épistémologique qui devrait chercher à dépasser les dangers de cet éclectisme est de fait souvent absente, ce qui accentue la difficulté à construire un sens cohérent pour accompagner la personne handicapée face à la situation et les conditions de vie dans lesquelles elle doit évoluer, soit son expérience humaine face à la souffrance. Les savoirs des professionnels qui guident cet accompagnement tendent à s'isoler les uns des autres du fait de trop vouloir se différencier et se spécifier, se poser parfois en concurrence les uns avec les autres car déconnectés d'un regard d'ensemble ou qui veilleraient à les articuler pour le bénéfice du patient. La scientificité de ces savoirs nécessiterait qu'ils soient enracinés dans une anthropologie clinique ; ils doivent par ailleurs être mis à l'épreuve de leur faisabilité sociale.

L'articulation de savoirs différents, énoncés avec des soubassements théoriques disparates ou hétérogènes les uns par rapport aux autres peut sembler relever d'une gageure ; l'écueil et le danger sont bien sûr celui de leurs affrontements idéologiques et donc improductifs. Les considérer dans leur dimension non d'antagonisme ou d'incompatibilité réciproque mais d'« écart » (ainsi qu'a théorisé ce concept F. Jullien) permet, à partir de leurs postulats fondamentaux, d'éclairer mutuellement leurs « points aveugles » respectifs et d'ouvrir par conséquent la dimension du possible ou de l'impensé.

Vers la « qualité de vie »

La notion de rétablissement entraîne donc un déplacement du traitement de la maladie, en suivant son évolution, vers une prise en compte primordiale du devenir de la personne et de ses objectifs personnels, dans différents secteurs de son existence, tout autant d'aspects qui se rassemblent derrière la notion de qualité de vie.

Des enjeux identitaires donc sous-jacents à une telle entreprise, y sont au premier plan et non pas relégués à une place secondaire comme simples effets d'un traitement exclusivement centré sur une maladie ou ses causes présumées (ce qui cependant n'exclut pas cette dimension). Encore une fois, la notion de « soins » prend une extension beaucoup plus grande que dans le champ médical classique, ainsi que celle de l'appellation « soignant ». L'évolution du sens de ces mots révèle, chemin faisant, de profondes inflexions dans la demande et l'attente vis-à-vis du monde médical, ainsi que l'image et la représentation (et l'autoreprésentation) de ceux qui requièrent une aide que leur souffrance ou leur malaise appellent.

Les objectifs propres du patient rencontrent les orientations et stratégies thérapeutiques et d'accompagnement proposées par le corps soignant, les rejoignent ou s'en écartent ; les paramètres qui les déterminent n'en sont que plus diversifiés, parfois contradictoires. A cet égard, l'évolution d'une maladie et le devenir d'une personne sont deux types de considérations différentes, dont les objets sont différents, même si l'on tente d'en réduire les possibles divergences et de chercher autant que possible des points de confluence. Ces objectifs ne sont pas opposés mais les logiques qui les guident n'en sont pas pour autant superposables.

Cela implique des manières et méthodes d'accompagnement distinctes : la finalité des soins et de l'accompagnement ressort d'une stratégie préétablie (parfois un programme) mais ne doit en aucun cas négliger de suivre un chemin qui ne se dessine que progressivement, non anticipé, avec maints détours imprévus, selon un processus qui peut ne dévoiler sa logique qu'après coup. Soins et accompagnement relèvent du « multiple » et de la « complexité », - « multiple qui n'est pas seulement ce qui a beaucoup de parties, mais ce qui est plié de beaucoup de façons » (G. Deleuze, *Le Pli*, Ed. de Minuit, Paris, 1994).

Le rétablissement peut être de même reçu - évalué - avec des critères disparates et hétérogènes, selon que son appréciation émane des soignants et accompagnants professionnels, de l'environnement proche, du corps social et ses institutions ou surtout du patient lui-même, du regard des uns ou des autres. Et notamment, on ne peut se contenter de recenser les dysfonctionnements et insuffisances liés au handicap sans repérer ni identifier soigneusement les capacités et habilités du patient, ses ressources, qu'elles soient connues ou restées inapparentes ou inexploitées, sans privilégier au mieux la liberté d'agir de ce dernier ni l'aider à clarifier le sens qu'il donne à l'ensemble du processus de changement.

Une redéfinition et de nouvelles représentations de son existence passée et si possible à venir constituent l'un des challenges essentiels auxquels la personne concernée est invitée à se mesurer afin de s'en saisir, de les élaborer et de leur établir de nouvelles cohérences. A cet égard, les notions de (re)construction et reconfiguration narratives sont essentielles dans la quasi réinitialisation identitaire qui se propose au patient devant ses difficultés et son handicap. Son implication est donc un facteur primordial, quel qu'en soit son contenu et la forme qu'elle revêt. Ses possibilités de choix et ses aspirations en la matière, avec leurs conséquences, à court ou long terme, de prise en main de son devenir, dont on a vu qu'elles se résumaient volontiers sous le vocable d'« empowerment », deviennent une option éthique tout autant qu'un pari, tant de la part du corps soignant ou de l'environnement que de la personne elle-même : ses valeurs tout autant que son désir y sont convoqués. Les choix de vie de la personne se situent à un autre niveau que les critères usuels et collectifs de la normalité, concept dont le flou n'a d'égal que la consensualité dont il semble faire l'objet et ce d'autant que les conceptions génériques du bien-être (quand elles ne dérivent pas vers des injonctions) ne sauraient définir la qualité de vie propre à chacun, qui relève avant tout de l'autodétermination.

Par conséquent, le processus de soins, la définition des buts vers lesquels on tend, ne peuvent être pensés, construits et entrepris qu'avec l'intéressé, avec toute la progressivité nécessaire et n'ont de sens et de raison d'être que s'il se les approprie au fur et à mesure. C'est la condition à laquelle il est possible de parler de « qualité de vie », expression qui peut finalement résumer le fondement et l'horizon de la politique médicale de l'association Les ailes déployées. Cette logique est bien différente de celle des « programmes de soins standardisés », fussent-ils « adaptés » à la personne et à visée de réhabilitation psycho-sociale, toujours sous-tendus par une perspective causaliste, d'où le point de vue subjectif du patient risque d'être exclu ; ce point de vue dépend de la représentation qu'il se fait ou non du trouble désigné comme tel, de sa plainte, de sa souffrance, donc de son attente.

L'empowerment concerne donc aussi le savoir du patient lui-même : savoir sur une maladie, sur ses propres troubles, savoir sur ce qu'il souhaite voir déterminer son existence. S'il est bien connu que le savoir ne se confond pour personne avec sa vérité propre, ce savoir est à apprécier avec toute la valeur et le poids qui lui reviennent. Il entre en dialectique avec l'indispensable éducation thérapeutique que promeuvent les unités de l'association et fait partie intégrante des orientations thérapeutiques et d'accompagnement qui sont prises et régulièrement réévaluées. Ce savoir s'applique pour chaque patient avant tout à lui-même mais peut s'étendre à d'autres, aboutissant à l'identification de ce que l'on dénomme désormais « patient expert » (détenteur tant d'un savoir « sponte sua » que d'un savoir étoffé par une formation adéquate) ; l'intégration professionnelle de patients experts à des équipes de soins devient alors un défi ou un objectif, auxquels il convient d'accorder la plus grande attention.

Ces considérations générales sur l'« empowerment » au service de la qualité de vie montrent bien à quel point les lignes de partage entre secteur dit sanitaire, secteur dit médico-social et secteur dit social doivent être largement révisées : celles-ci ne peuvent être fondées sur de simples spécificités et découpages administratifs, aboutissant à circonscrire des lieux où l'on soigne, des lieux où l'on

réhabilite, des lieux où l'on se préoccupe de la vie quotidienne matérielle, avec les dénominations rigidement différenciées des personnes qui y ont recours : patients pour les uns, travailleurs pour les autres ou encore pensionnaires, usagers, etc. Il en est de même pour les références principales des professionnels qui y exercent leur art : trop ou pas assez médical pour les uns, trop ou pas assez psychologique ou « pragmatique » ou social ou (ré)éducatif ou (pré)professionnel, etc. Dépasser de tels « séparatismes » - dont l'insistance est aussi pernicieuse qu'omniprésente si l'on n'y prend garde - est l'un des objectifs majeurs l'association Les ailes déployées. Le point commun de toutes les personnes qui s'adressent à notre association est d'être aidée à repenser et réaménager une existence mise à mal par des événements, des situations ou des configurations psychiques individuelles et/ou familiales, à titre de cause ou de conséquence ; il convient donc de ne jamais négliger qu'un patient est aussi un travailleur en attente ou en potentiel ou un jeune appelé à construire son existence ou une personne plus âgée devant aménager le 3ème ou 4ème âge, de même qu'un travailleur est aussi une personne qui reste « en délicatesse » avec son monde psychique. Si telle ou telle unité, tel ou tel professionnel de l'association met un accent particulier ou préférentiel sur l'une de ces dimensions plutôt que sur une autre, la conscience et prise en compte pérennes et continues de cette complexité restent une marque princeps de la qualité des soins prodigués au sein de nos unités.

Particularités de la notion de rétablissement à certains âges de la vie

La mise en pratique de ces projets de rétablissement et d'amélioration de la qualité de vie implique de tenir compte de certaines particularités chez les personnes concernées, et notamment leur âge.

Adolescence :

Le concept de rétablissement prend un sens particulier à l'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, la scolarité obligatoire et le monde des études ou de l'apprentissage professionnel, la dépendance familiale et l'autonomie, dans la recherche d'assises de l'identité, de choix de vie lorsque les exigences des guidances éducatives viennent à s'estomper peu à peu.

Les troubles psychiques prennent, à cette époque de la vie, des expressions très variables, souvent non spécifiques d'une problématique particulière, plus ou moins apparentes, de durée et d'évolution difficilement anticipables, mêlant décompensations brutales ou avatars divers et hétéroclites du développement, ailleurs prolongements ou conséquences de difficultés ou pathologies avérées de la petite enfance. Les diagnostics, dans lesquels se mêlent clinique individuelle, familiale ou de situation demeurent volontiers incertains et flous. Les soins psychiques allient, combinent, intriquent ou alternent réduction de certains symptômes, rééducations, aides à l'orientation, soutiens éducatif et pédagogique, accompagnement familial et/ou de l'entourage au sens plus large du terme ; ils consistent aussi en un accompagnement dans la structuration des choix, les assises identitaires et narcissiques, l'expression de sa subjectivité, la maturation de la personnalité, le positionnement dans les idéaux, la sociabilisation et plus généralement la définition des rôles dans le champ social, etc. Ils concernent également les représentations personnelles, familiales et sociales des difficultés du jeune patient et leur déstigmatisation. C'est l'ensemble de ces objectifs dans les propositions thérapeutiques qui définit le processus de rétablissement, rétablissement par rapport à ce qui devient sinon - souvent assez rapidement - un handicap dans le registre de la souffrance, des performances ou habiletés diverses, et par rapport à la marginalisation qu'induisent tous les troubles de l'adaptation en milieu familial, scolaire ou social, qu'ils soient engendrés par des processus morbides avérés ou des difficultés diverses du développement et de la vie relationnelle.

Le rétablissement est ce qui vise à ce que ces jeunes patients trouvent ou retrouvent les moyens de commencer à se frayer leur vie propre, de plus en plus indépendamment des soutiens de la petite enfance, dans cette période charnière de l'existence. Le processus de rétablissement nécessite des soins spécifiques à chacune de ses étapes, le plus précocement possible, dès le début de la prise en charge.

Personnes âgées :

La psychiatrie du sujet âgé est une spécialité en expansion à l'instar de la démographie des plus de 60 ans en France. La particularité de l'association Les ailes déployées est son investissement dans les soins de réadaptation et rétablissement dans le champ de la santé mentale. C'est dans ce cadre que l'hôpital de jour de psychiatrie du sujet âgé, nouvellement appelé Espace Phare, développe depuis plusieurs années un programme de soins en s'aidant de techniques utilisées également dans les autres unités de l'association. Il existe néanmoins de réelles spécificités. Tout d'abord, les indications principales se portent sur le spectre des troubles anxio-dépressifs. Il en résulte des conséquences notoires sur l'autonomie psychique (la dépression est reconnue comme une des principales causes d'invalidité chez les patients âgés par l'OMS). De plus, la dimension corporelle est omniprésente du fait du vieillissement mais aussi d'une plus grande intrication du soma et de la psyché. Enfin, les environnements sociaux et médico-sociaux sont spécifiques : aides à domicile, coordination des aides (CLIC, MAIA...), structures spécifiques telles que les accueils de jour. C'est en prenant en compte l'ensemble de ces éléments que l'Espace Phare approfondit son projet d'établissement et développe donc ses approches spécifiques pour des soins de réadaptation psychique du grand âge.

POSITION SOIGNANTE ET DÉSTIGMATISATION DE LA MALADIE MENTALE

Le handicap est très souvent source d'exclusion et de stigmatisation. Mais à l'alternative « exclusion-inclusion », portée par une culture de la binarité et de la différence absolue et sans nuance, il est possible de substituer la notion de métissage (F. Laplantine), c'est-à-dire la reconnaissance de l'autre non pas « à côté et séparé de nous », mais « en nous » – fut-il handicapé – et par conséquent de la multiplicité des formes d'intelligence et de sensibilité ; ce métissage peut faire barrage aux catégorisations, donc à la stigmatisation et aux discontinuités qui veulent établir une frontière radicale entre la personne handicapée et celle qui ne le serait pas. En effet, édifier de telles démarcations revient en fait à ne penser qu'en termes de performance et à nier la dimension essentielle et l'éventail du sensible : sensible en tant que monde de la subjectivité sous l'angle du perceptible, du perçu, des émotions et des sentiments, des petites sensations, de la faculté d'attention mais aussi de la fragilité et de la vulnérabilité. Ceci est accentué par la difficulté de verbalisation et de narrativité de la souffrance si souvent constatée dans les situations de handicap (d'où l'importance d'être particulièrement attentif aux formes de communication non verbales).

Le sensible défie une conception de l'intelligible qui se voudrait universelle, il ouvre la voie à l'intelligible complexe et différencié : l'acte soignant est alors de nature « modale », c'est-à-dire qu'il « s'intéresse aux processus de transformation, aux temporalités de transition, aux tonalités, aux intensités (chromatiques et sonores ...), ainsi qu'aux flexions du corps et de la pensée » (F. Laplantine, *Penser le sensible*, Pocket, Paris, 2018). Si le handicap psychique peut infléchir ou perturber certains processus dans le cours de la pensée ou la gestion des émotions, il ne réduit ni n'éteint le sensible.

Il faut insister d'ailleurs sur l'hétérogénéité des situations de handicap et aller jusqu'à rappeler l'inévitabilité, chez tout un chacun, d'un certain degré de handicap comme possibilité (physiologique ou non) bordant les différents âges de la vie, bien au-delà des troubles mentaux identifiés comme tels.

Le handicap, la maladie psychique, sont source de vulnérabilité. Dans l'évolution de la pratique psychiatrique du soin au sens classique du terme vers le « prendre soin » (passage du « cure » au « care »), le « care » s'adresse à la vulnérabilité là où le « cure » s'adresse à une substance à réparer, à équiper d'une prothèse ou à remplacer ou compenser. La vulnérabilité s'entend dans le registre de la mouvance, du temps, du changement, des transformations, de la variabilité émotionnelle, de la relativité et l'instabilité du vécu et de la performance.

L'anthropologue Robert Murphy (*Vivre à corps perdu...*, Plon, Paris, 1990) s'exprime ainsi : « c'est la société qui définit l'invalidité et la culture qui lui confère sa signification et, de ce fait, c'est un mal de société ».

Il n'y a pas d'« être » identitaire du handicap ; ce dernier est pris dans un jeu d'interactions multiples avec l'ensemble de l'environnement ; le contexte et les réactions au handicap sont partie intégrante de sa définition/délimitation. Il n'y a pas de « champ » du handicap (avec ce que ce terme sous-entend ou induit de généralisation) mais des situations plurielles et toujours particulières de handicap.

Le sensible et l'environnement social et culturel sont toujours étroitement liés.

Il faut démarquer le rétablissement d'un objectif de performance, souvent prompt à émerger et y introduire l'universelle et incontournable dimension de l'incomplétude et du défaut de certitude de toute réalisation humaine.

La sensibilité et l'intelligence de la personne handicapée ne peuvent plus être reléguées dans la marginalité au nom d'une certaine normativité ou d'un certain rationalisme. Les différences des personnes handicapées ne sont fondamentalement pas leur apanage exclusif, elles sont le lot de tout individu dans une commune humanité. Les situations de handicap ne sont ni uniformisables ni reléguables dans un ailleurs ghettoisé vite entaché d'indifférence et supposent une reconnaissance mutuelle avec tout autre. Leur singularité ouvre vers un universel à l'encontre duquel ne cesse de se dresser l'individualisme grandissant dans le contexte social contemporain ; il s'agit d'un enjeu qui fonctionne comme un marqueur culturel essentiel.

La singularité de la personne handicapée est emprisonnée dans le conflit de l'intelligible (porté par un discours objectivant et généralisant) et du sensible, alors qu'il est nécessaire d'articuler étroitement les deux.

Le handicap, qui renvoie le plus souvent à la notion d'insuffisance, pose cette question autant du côté de la personne qui en est atteinte que de la défaillance du monde environnant, de l'accompagnant, du soignant, à entendre, percevoir dans sa dimension la plus subjective et la plus singulière un tel manque, comme si à l'invalidité et la vulnérabilité de l'un répondait l'anesthésie de l'autre. Le handicap ne renvoie pas uniquement à l'incapacité objectivable mais à l'histoire de vie dans laquelle elle s'inscrit et qui lui donne à la fois sa portée et son sens authentique.

L'abord du sensible implique une position foncièrement empathique.

L'empathie, qualité exigible chez tout soignant, a pour cible de compréhension les communications, les expressions, verbales ou non, de la personne, avec leur cortège de significations explicites ou implicites. La question de leur intentionnalité reste posée. La compréhension empathique doit investir un terrain classiquement occupé par la seule appréciation clinique et/ou la recherche. Elle adopte et s'adresse au « cadre de référence interne » de la personne, l'« experiencing » de Rogers, soit l'ensemble de ses sensations, perceptions, significations et souvenirs (devenus) conscients, qu'elles soient actuelles ou tout autant - et peut être surtout - qu'elles concernent les attentes, les intentions ou les changements souhaités ou en cours de réalisation. La perception de la qualité de vie est incluse dans cet ensemble. La compréhension empathique implique une suspension du jugement du soignant et doit évaluer, discerner et mesurer toute inclination interprétative. L'accompagnement de la personne dans un tel contexte appelle surtout une constante pondération entre la non directivité, le respect de ce qui n'est pas exprimé intentionnellement ou explicitement et diverses formes et degrés de guidance.

La compréhension empathique suppose l'apprentissage des codes de communication, de la langue et de la culture de la personne et donc une lecture attentive et extensive du monde de l'autre. Les éléments de l'histoire du sujet ou les ressentis actuels ou les expressions d'un désir, voire son ou ses buts, par définition profondément intriqués, ne sont pas toujours aisément différenciables. Le retour du patient est un élément qui guide le soignant dans sa compréhension empathique, laquelle se fonde néanmoins aussi sur son savoir propre et son expérience. Ce point est d'autant plus important que divers troubles que peut présenter une personne (troubles ou bizarreries du comportement, incohérence apparente de certains propos, réticence, opposition, agressivité, etc.) peuvent mettre en péril les capacités de lien et d'empathie des soignants. Le partage d'expériences entre ceux-ci et la réflexion institutionnelle sont à cet égard (entre autres) indispensables.

Enfin, la position soignante se doit de prendre soin de l'environnement du patient, essentiellement l'entourage familial : prendre soin, c'est-à-dire ici écouter, entendre, soutenir, accompagner, apprendre de ceux que l'on appelle également les « aidants », dont la position est capitale dans la définition de la qualité de vie de l'intéressé. Leur présence à ses côtés souvent au quotidien ou sinon constamment sollicitable, est un des facteurs clés de son accompagnement ; ils jouent volontiers un rôle d'enveloppe

psychique, de recours, de soutien incontournable et parfois vital. Ceci implique une multiplicité de types d'actions et d'interventions à leurs côtés, facteurs clés de leur propre équilibre psychique tout autant que de celui du patient désigné comme tel.

Il ne faut cependant pas omettre qu'une prise en charge des aidants présuppose l'adhésion du patient concerné, quel qu'en soit l'âge ; ce dernier peut manifester une attitude ambivalente entre le besoin explicite d'un soutien de la part de ses proches et le souhait d'en être le plus possible indépendant, éventuellement de les voir maintenus à distance de sa propre prise en charge. Ceci n'empêche néanmoins de toutes façons pas d'entendre les difficultés auxquelles se heurte cet entourage. Le traitement de ces positions respectives des uns et des autres nécessite une longue et fine analyse de chaque situation particulière.

PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS

La qualité de l'implication subjective des soignants ou de tout accompagnant professionnel dans ces projets thérapeutiques (là encore au sens large du terme) des personnes s'adressant à l'association Les ailes déployées est l'une des clés de leur faisabilité. Difficilement quantifiable, elle n'en reste pas moins l'une des conditions princeps de leur aboutissement et nécessite une vigilance sans relâche, tant sont grands, pour ces professionnels, les risques de désinvestissement, découragement ou lassitude, ainsi que de mouvements contre transférentiels inadaptés ou passages à l'acte, tant sont intenses les pressions de toute nature dont ils peuvent faire l'objet (pressions économiques et matérielles, managériales, administratives, sociales, patients eux-mêmes ou leur famille, motions agressives et mouvements projectifs divers, conflits institutionnels, etc.).

De telles préoccupations sont également extensibles aux personnels administratifs et non soignants en général, tant les exigences gestionnaires et de qualité s'avèrent inflationnistes et sans que les demandes qui leur sont adressées par les soignants soient par ailleurs moins pressantes.

Toutes ces considérations impliquent une réflexion et des actions continues destinées à **garantir un cadre de travail fiable et sécurisé**, où la parole peut authentiquement circuler dans les limites sous-tendues par toute éthique professionnelle. La qualité de vie au travail est donc partie prenante sans réserve d'une « politique médicale d'ensemble ».

ARTICULATION NÉCESSAIRE ENTRE LES DIMENSIONS SOIGNANTES ET ADMINISTRATIVES

Une telle mise en pratique des soins et de l'accompagnement met en jeu un certain nombre de techniques et de médiations, qui ne peuvent être assimilées à de simples outils ou ustensiles maniés par quelques spécialistes habilités ; si un savoir-faire ou une expertise sont nécessaires en ces domaines, ils ne peuvent être isolés dans leur technicité, si pure soit-elle, ce qui reviendrait à les mécaniser ou les chosifier, et donc, même s'ils se veulent innovants, à désubjectiver la personne qui est censée en bénéficier. Aucune approche thérapeutique en matière de santé mentale et de psychiatrie n'est isolable du contexte dans lequel elle se déploie, quelle que soit la nature de ce contexte, matériel et administratif notamment (mais aussi social, culturel...) : c'est ce qui émane et résulte de la dimension holistique que revêt la santé mentale. La constructivité d'un dialogue permanent entre la sphère administrative (qu'il s'agisse de l'administration extérieure – telles que les tutelles diverses – ou interne à notre association) et la sphère soignante est une condition sine qua non de l'efficacité et la réussite de cette dernière.

Il convient de réajuster et même repenser ces articulations entre soins et gestion ; si cette thématique a depuis longtemps nourri une riche réflexion, portée tout particulièrement au départ par les courants de la psychothérapie institutionnelle, force est de constater que l'accroissement galopant d'une formalisation gestionnaire et économique des soins a considérablement appauvri cette réflexion, qui appelle donc à une « seconde vie » (pour reprendre l'aphorisme de F. Jullien).

Rappelons qu'il reste opportun de distinguer établissement et institution. En tant que structure d'accueil de la souffrance et de la maladie mentale, l'institution se retrouve dépositaire des angoisses et des projections des patients. Une part du travail thérapeutique consiste à traiter ces éléments bruts et de les réinscrire dans une narration signifiante sans se retrouver pris à son tour dans une répétition transférentielle d'autant plus mortifère qu'elle ne pourra être élaborée. Ceci reste vrai quel que soit le service considéré, qu'il soit sanitaire ou médico-social. Cela nécessite une attention toute particulière, tant à la clinique individuelle que groupale, ainsi qu'une organisation du travail qui prenne en compte ces dimensions et permette, au travers entre autres d'une ambiance institutionnelle propice et de la mobilisation d'un collectif, d'en élaborer les enjeux. Les soins du cadre, tels que pouvait les penser P.-C. Racamier (*L'esprit Des Soins, Le Cadre, Les Éditions du Collège, 2002*) en sont une illustration.

A l'autre pôle de cette description se situe l'établissement, entité administrative, avec ses logiques réglementaires, budgétaires et organisationnelles. Celui-ci doit rester au service de l'activité clinique et se porter garant de son bon fonctionnement. Cela implique une connaissance claire des activités et des contraintes de chacun, tant du côté des services administratifs que de ceux des unités d'accueil. C'est ainsi qu'on peut espérer une collaboration fructueuse entre ces deux activités, afin d'articuler, au plus près de la clinique, les exigences cliniques et tutélaires. Pour reprendre une formulation chère à Yves Clos (voir en outre *Le Travail sans l'Homme, Pour une Psychologie des Milieux de Travail et de Vie, La Découverte, 2008*), il s'agit au mieux d'instituer des espaces et des temps de débats contradictoires entre les logiques de l'institution et celles de l'établissement à même d'élaborer, dans les écarts entre des structures de discours différentes, les immanquables conflits de critères à l'œuvre dans une telle organisation du travail.

Francis Rouam et le Collège médical de l'association Les ailes déployées

NOUS CONTACTER

Siège social - 31, rue de Liège 75008 Paris

T : 01 43 87 24 63 | contact@lad.fr

[**www.lad.fr**](http://www.lad.fr)

LES AILES DÉPLOYÉES, ASSOCIATION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL
N° SIREN 775 670 896



**LES AILES
DÉPLOYÉES**

ASSOCIATION D'AIDE À LA SANTÉ MENTALE