

CONCERTATION INTER-DISCIPLINAIRE ET RESPONSABILITÉ EN PÉDO-PSYCHIATRIE TEXTE D'UNE INTERVENTION À L'APPIJF ALEXIS FILIPUCCI, PHILOCITÉ-RECHERCHES, SEPTEMBRE 2021

Assumant, un brin caricaturalement, mon rôle de philosophe, je voudrais proposer ici un exercice conceptuel. En d'autres termes, je souhaiterais interroger les concepts que nous mobilisons afin de voir ce qu'ils ont « sous le capot » et à quoi ils nous enjoignent si on les prend au sérieux. Nous avons en effet besoin de notions claires pour trancher avec finesse et discernement.

Quelles notions ? Nous lisons dans le « Guide vers une nouvelle politique de SM pour enfants et adolescents » qu'il vise à la mise en œuvre d'une « approche globale et intégrée de toutes les composantes des soins ». Cette approche tout à la fois requiert et produit une *désinstitutionnalisation*, une *décatégorisation* et une *inclusion* dans tous les domaines de la vie. Tâchons de reformuler cela afin de saisir avec plus de précision ce que cela exige globalement avant de resserrer la focale sur la concertation interdisciplinaire.

A. D'un point de vue totalement extérieur d'abord, remarquons que quiconque se réclamerait d'une approche globale ne peut pas réfléchir totalement séparément les différents âges de la vie : petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse. C'est ce qui fait tout l'enjeu et toutes les difficultés des « âges de transition », périodes cruciales qui, notons-le, questionnent par leur existence même et leur désignation, l'institutionnalisation des catégories sociales liées à l'âge. Dans la perspective des politiques mises en place, cela signifie, par exemple, que prendre au sérieux une approche globale et intégrée nécessite de veiller à ce qu'aucune contradiction n'existe entre cette nouvelle politique et le projet 107 tel qu'il s'installe progressivement.

B. On parle d'une politique nouvelle. En tant que *politique*, il s'agit bien de la défense d'une certaine vision de la société et des principes qui devraient régir la collectivité. Et en tant que *politique nouvelle*, on entend indiquer que cette nouvelle idéologie souhaite remplacer celle qui la précédait. Pour que cela soit possible, il convient de savoir très précisément ce que l'on veut nier et ce que l'on veut garder. Sans un tel diagnostic précis et éclairé, on empêche toute transformation réelle. Car soit on reconduit l'ancien en croyant faire du neuf (en y ajoutant une bonne dose d'hypocrisie), soit on verse dans le délire en pensant tout changer de fond en comble par la seule force de l'imagination (et donc on reconduit aussi l'ancien).

C. Or il nous est dit de façon détournée que l'ancienne politique fonctionnait sur le mode de l'*institutionnalisation*, de la *catégorisation* et de l'*exclusion*, notions adossées à des pratiques qui forment un ensemble fonctionnel s'appuyant sur une conception « atomique » de la personne. Décrivons grossièrement la logique de cet ensemble conceptuel : la maladie de la personne est identifiée en la rapportant à des catégories nosographiques déterminées ; le traitement de l'entité « maladie » qui définit la personne malade doit se faire dans des institutions spécialisées ; ces institutions sont séparées du reste la société. Les professionnels de la santé mentale comprise de la sorte sont alors formés pour identifier ces maladies chez

les personnes et pour les traiter dans les lieux institutionnels créés pour cela en-dehors du régime normal de la société. Leur identité professionnelle est liée à ces notions, pratiques et modes d'organisation.

D. Vouloir désinstitutionnaliser, décatégoriser et inclure, c'est affirmer que la personne n'est pas un atome mais un tout mouvant que traversent et constituent toutes les dimensions de la société. C'est par conséquent poser en même temps que la maladie mentale n'est pas une entité saisissable sans reste par une catégorie standard, mais qu'elle provient plutôt d'un déséquilibre soit au sein de la personne vis-à-vis de la société, soit, et c'est fondamental, au sein de la société elle-même à laquelle cette personne appartient. Cette dernière remarque place, notons-le sans nous y attarder ici, l'épistémologie de l'ethno-psychiatrie au premier plan. C'est encore revendiquer le fait que le soin ne s'effectue pas prioritairement dans des lieux différents mais à l'intérieur de la société et par cette inclusion même. L'hôpital psychiatrique devient ainsi un appendice du reste des soins et non l'inverse. C'est enfin former des professionnels qui partagent cette vision et s'organisent pour agir et être rémunérés en cohérence avec elle et qui, ce faisant, développent une nouvelle identité professionnelle.

E. Si l'on souhaite une transformation *réelle*, c'est-à-dire si l'on veille à ne pas reconduire l'ancien ou à ne pas verser dans le délire, il faut être fin et précis. « Reconduire l'ancien » signifierait continuer malgré tout ce que l'on se raconte à agir comme si la personne était *in fine* un atome, c'est-à-dire quelque chose d'essentiellement séparable de la société. C'est à la lumière de ce risque qu'il faut analyser avec acuité des notions comme le « parcours de soin » ou l'« autonomie du patient », notions qui bien souvent semblent exclure le retour réflexif et actif sur les déséquilibres qui frappent la société en tant que société. Il ne faudrait pas en effet que l'autonomie dans la santé subisse le même sort que l'autonomie dans le monde du travail. Rappelons en effet que pour faire tenir ensemble la hiérarchie de la subordination salariale et l'affirmation de l'égalité des personnes, on a mobilisé les notions de « volonté individuelle » et de « consentement ». Seulement, en omettant les conditions matérielles de la personne qui vend « librement » sa force de travail, on a abouti à un consentement fictif et formel qui devient une source d'obligation pour le consentant. Contre cela, il faut rappeler qu'il n'y a d'autonomie que *collective* et que cette dernière ne peut advenir sans lieux ni moments de rencontre véritable. Quant au « parcours de soin », sa proximité linguistique avec le « parcours d'intégration », le « parcours citoyen » ou le « parcours scolaire » doit éveiller notre vigilance.

À l'inverse, « verser dans le délire » reviendrait, d'un point de vue étiologique, à réduire la maladie mentale à l'influence immédiate d'une société déclarée être pathogène, sans tenir aucun compte de la spécificité individuelle (cette spécificité peut d'ailleurs être vue comme la part de vérité contenue dans la vision atomique contre laquelle on lutte). La prolifération des règles, normes, lois, plans, *guidelines*, etc. s'imposant d'en haut peut, soit dit en passant, être vue comme une autre forme de délire.

Aussi une politique vraiment nouvelle doit-elle éviter ce balancier et elle ne peut le faire qu'en produisant une forme de synthèse, c'est-à-dire une idéologie incarnée dans des institutions, des organisations et des personnes qui dépassent les approches "atomiques" et "sociologiques". Dépasser synthétiquement signifie à la fois nier ce que ces approches ont d'exclusif et conserver leurs vérités partielles.

F. Nous devons donc dire que l'« approche globale et intégrée de toutes les composantes des soins » ne peut être effectuée par une simple somme d'acteurs représentant une société elle-même envisagée comme l'addition de dimensions diverses que viendrait quadriller un réseau chargé de les faire tenir ensemble. Bien plutôt, il est nécessaire qu'à un moment s'effectue un saut qui fait passer de la somme à la synthèse. Mais que faut-il,

par exemple, pour que la « valorisation des connaissances intersectorielles et l'échange d'expertise » soit un des opérateurs de cette synthèse qui permet d'incarner dans le réel l'approche globale et intégrée dont on se revendique en général ? Cette question nous fait entrer dans la boîte noire de la *concertation interdisciplinaire*.

Avant d'ouvrir cette boîte noire, résumons notre trajet : pour que la politique de SM soit à la fois une véritable nouveauté et une approche globale et intégrée, il faut qu'elle favorise la synthèse entre deux conceptions étiologiques, entre deux visions de l'organisation des soins et entre deux types de compétences et d'identités chez les professionnels. Et pour cela, elle doit mettre les personnes dans des conditions telles qu'ils leur soient possibles de produire eux-mêmes cette synthèse. Or un des lieux et des moments pour qu'ils le fassent est la concertation interdisciplinaire.

G. La question est la suivante : si la synthèse est ce qui fait passer du simplement associatif ou de la coordination fonctionnelle (clinique ou/et organisationnelle) au *groupe soignant social et collectif* qui, en collaborant, incarne à l'occasion de chaque cas spécifique l'approche globale et intégrée de la santé mentale, quelles sont, en amont, les conditions de possibilité et, en aval, les effets de cette synthèse ? Je ne parlerai ici que d'un élément nécessaire au passage à la synthèse : la décision. Pour savoir si une décision peut être justement considérée comme un acte de synthèse par lequel une nouvelle politique de SM s'incarne par et en tant que collectif soignant dans une concertation inter-disciplinaire, il faut répondre à deux questions : 1. Qu'est-ce qu'une décision ? 2. Qui décide ?

1. Qu'est-ce qu'une décision ? La concertation interdisciplinaire peut (doit ?) aboutir à la prise de décision. Or une décision doit être volontaire. Ce n'est ni un réflexe ni un automatisme conditionné par notre formation, nos habitudes ou notre place dans la société. On peut dire également, c'est la même chose, qu'elle doit être libre (elle n'est pas engendrée mécaniquement par la situation) et consciente (elle est malgré tout conditionnée par la situation et vise à dépasser *cette* situation et pas une autre). Remarquons que ces deux éléments de la volonté que suppose toute décision fournissent des critères permettant de statuer sur le caractère adéquat ou inadéquat des décisions. Exprimons cela en disant qu'une décision véritable (adéquate à son essence, c'est-à-dire à sa définition) est toujours un mélange équilibré de bon-sens (qui apprécie de manière consciente les possibilités réelles de l'action) et de créativité révolutionnaire (qui vise à créer librement une nouvelle situation irréductible au passé). Les deux pathologies de la décision sont donc le délire (absence de prise en compte des possibilités réelles de la situation) et le conformisme (absence de liberté créatrice). On retrouve à un niveau plus concret ce que nous avons dit en général pour la nouvelle politique globale.

Ajoutons que la décision vise à réaliser quelque chose de neuf, un état qui n'existe pas encore et qui est posé comme désirable. Cela suppose une vision claire de ce « quelque chose » qui est ici la santé mentale. Un groupe ne peut décider consciemment comme groupe sans clarifier sa conception de la santé mentale en général et des moyens de la poursuivre dans cette situation en particulier. L'acte synthétique au sein de la concertation interdisciplinaire requiert une décision volontaire (libre et consciente) poursuivant avec des moyens adéquats un but commun clairement défini. D'accord, mais comment savoir si cette décision est juste ?

2. On ne peut le savoir qu'en répondant à la question « Qui décide ? ». S'il est vrai, par hypothèse, que la justesse médicale et la justice sociale se rejoignent ou doivent tendanciellement se rejoindre (cf. l'approche globale et intégrée de la santé mentale), alors

nous devons dire qu'il est nécessaire qu'au minimum trois personnes décident [ces personnes peuvent aussi bien être des fonctions au sein d'un groupe que des instances institutionnelles].

- En effet, si *une seule personne décide*, la situation ne peut être dite « juste » puisque la justice suppose une interaction entre deux personnes réelles. Or quand quelqu'un décide véritablement seul, il le fera en fonction de sa conscience ou de son Dieu. Il est dès lors tout à fait possible que cela se fasse contre la société – pas de justice sociale – et contre sa propre santé – pas de justesse médicale.
- Dans le cas de la relation patient-soignant, *deux personnes décident*. S'il y a un libre dépassement par chacun de ce qu'il est (identité, formation, niveau économique, etc.), une véritable décision peut être prise. Le consentement mutuel dont font preuve les deux pôles de la décision confère alors à leur interaction un caractère égalitaire. Un tel lien peut par conséquent être dit « juste » mais seulement *formellement* et *subjectivement*, c'est-à-dire uniquement pour eux deux et non pour la société. D'ailleurs ce consentement mutuel peut créer une nouvelle situation qui, puisqu'elle est la libre création à partir de ce qui est, va à l'encontre des exigences économiques, politiques ou juridiques de la santé.
- Si l'on ajoute un tiers à la relation précédente, on obtient la *modélisation minimale d'une concertation médicale lors de laquelle la relation patient/soignant est médiée par la société*. L'intention de ce tiers est de réaliser la santé humaine (comme les deux autres), mais de la réaliser de telle sorte qu'elle ne mette pas à mal la Justice (et, évidemment, il est nécessaire que cette idée de Justice soit explicitée). Son désir spécifique est donc d'appliquer l'idée de Justice à l'interaction médicale et sociale du patient et du soignant. Bref, il veut que la décision médicale soit objectivement juste et pas seulement aux yeux du patient et du soignant. Toutefois pour que ce soit vraiment le cas, il faut que ce tiers soit à la fois impartial et désintéressé. Pour tester son *impartialité*, on se demande si le tiers prendrait la même décision si les rôles patient/soignant étaient inversés. Et pour être *désintéressé*, il ne doit pas voir sa situation impactée (positivement ou négativement) par la décision qui sera prise. C'est évidemment là la condition la plus difficile à remplir. Car qui peut dire si ceux qui font office de tiers dans la concertation médicale donnent tel conseil pour réaliser la Justice ou par corporatisme ou encore parce que cela est économiquement intéressant pour l'institution dans lequel ils travaillent ou enfin par paresse et donc incapacité à faire l'effort de dépasser sa situation donnée ? Admettons que ces conditions soient remplies et que le groupe prenne une décision volontaire, il acquiert alors de ce fait même un nouveau statut lié à la prise de conscience des conséquences de sa décision sur le reste de la société et par conséquent de l'influence du reste de la société sur lui et sur ses membres. Ce nouveau statut le rend responsable de la conception de la justice/justesse qu'il a souhaité réaliser.

Concluons. Sans rien préjuger du contenu de ce qui peut être traité dans une concertation interdisciplinaire, notre petit parcours nous indique quelques conditions formelles indispensables à laquelle elle doit répondre si elle prétend mettre en œuvre la nouvelle politique : ses membres doivent être en mesure de décider volontairement sur la base d'une discussion dont l'objectif est la réalisation de la justesse médicale et de la justice sociale. Dans cette discussion, le rôle de tiers impartial et désintéressé doit être garanti à côté d'une relation soignant/patient dont le moteur et l'objectif doit être le consentement mutuel. Le groupe qui se constitue par cette décision engage sa responsabilité dans une lutte visant à promouvoir la convergence justice sociale/justesse médicale partout où elle est empêchée.