

Accès au soin en Mission Locale et Réseau de santé

Marie-Odile AÏLANE

Dans les Missions locales, les psychologues cliniciens participent également à l'orientation vers le soin psychiatrique. Ceci suppose à la fois de mobiliser ces jeunes, pour travailler avec eux leurs résistances à se soigner et à accéder à un emploi protégé, mais aussi, de travailler avec les partenaires internes et externes à la Mission Locale. Bien que ces accès au soin ne concernent qu'une minorité de jeunes de Mission Locale, nous voudrions évoquer ici, cette coopération partenariale organisée par un réseau de santé.

L'art du *travail à plusieurs* suppose d'identifier la position de l'autre et la sienne. Sont-elles articulées les unes aux autres ou s'ignorent-elles ? Y a-t-il un décalage par rapport à ce qu'on pouvait attendre des missions du partenaire et de la sienne ? À quels moments y a-t-il confusion des missions ? Et lorsque les missions des uns ou des autres sont annihilées ou perverties, peut-on comprendre la nature des liens partenariaux, comme un *inter-transfert* (KAËS R., 1982) : c'est-à-dire, en partie, comme un effet de la problématique psychique du jeune sur les professionnels et sur les liens partenariaux ? Réciproquement, sous quelles conditions le repérage de l'inter-transfert permet-il de dénouer les obstacles dans l'accompagnement du jeune ?

Dans un autre domaine, celui du sport d'équipe, la théorie du « rugby de mouvement » a révolutionné le jeu d'équipe depuis les années 60. Penseur de l'action et de la spontanéité, R. DELEPLACE, son auteur, considérait que l'initiative du joueur qui prend la balle en main conditionne les actions de ceux qui n'ont pas le ballon. Les joueurs doivent moins juger cette initiative qu'adapter leur action dans le domaine où ils sont le plus forts pour prolonger son mouvement vers la ligne d'embut. Sa formule du jeu d'équipe était : « l'improvisation, ça se travaille ».

Dans le domaine de la santé psychique, le professionnel ou l'institution qui « prend la main » est celui ou celle qui se trouve le (la) mieux placé(e) dans l'investissement du jeune. Son initiative est possible pour autant que sa position est repérée et légitimée par les différents acteurs, prêts à tout instant à l'étayer ou à « reprendre la main ». Ce repérage suppose un dispositif où les partenaires pourront identifier ensemble leur suivi et se former au « travail à plusieurs ».

Le réseau pour adolescents organise ce dispositif sous la forme de Réunion de Concertation Pluridisciplinaires. Financé par l'Agence Régionale de Santé, le Réseau est administré par un Groupement Coopératif Sanitaire et Médico-Social et piloté par les institutions adhérentes au Réseau. Toute institution du territoire peut y adhérer, acceptant, par conséquent, la charte de confidentialité et de secret partagé du Réseau. C'est le cas de la Mission Locale. Un Coordinateur organise les Réunions de Concertation, au cours desquelles il soutient les échanges entre les partenaires participants, souligne leurs points de vue en référence à leur mission et les leur restitue ultérieurement par un écrit. Ce dispositif de concertations éphémères et cadrées, où chaque partenaire se situe, *a priori*, sur un pied d'égalité, est une instance qui permet de contenir les liens partenariaux, sur le modèle de ce que P. BENGHOZI développe en 2007 en proposant la notion de lien-réseau. Ces réunions ne se substituent ni à l'élaboration ni aux décisions internes aux institutions. Elles impliquent le recueil de l'adhésion du jeune, par écrit, et la désignation par lui d'une « personne d'appui » chargée de lui transmettre la teneur des discussions.



Nous illustrerons notre propos sur le travail à plusieurs, par l'exemple d'un suivi qui se déroule dans une petite ville d'un canton rural où l'éloignement et l'insuffisance des offres médicales impactent les suivis; ce qui contribue à favoriser, par nécessité, le travail en réseau. Benoît est un jeune homme de 19 ans, dont la problématique psychotique a crispé les liens d'équipe et inter-partenariaux sans les rompre, notamment par l'appui trouvé dans le dispositif de Réseau et un mode de penser contenant le travail à plusieurs. Sur un peu plus d'une année, on peut distinguer trois périodes successives.

Remise en jeu en équipes et entre partenaires

Sa conseillère d'insertion m'adresse Benoît, n'arrivant plus à dégager de perspective d'insertion réellement adaptée pour lui et sollicite conjointement une travailleuse sociale de la Maison des adolescents pour soutenir et concrétiser l'orientation vers un travail protégé, Maison des adolescents où j'interviens également.

Dans cette « remise en jeu » à deux institutions, les concertations internes à la Mission Locale et à la Maison des adolescents mettent en évidence des suivis bien articulés les uns aux autres. Sa conseillère me fait part de son sentiment d'impuissance. Benoît a démissionné de la formation qu'elle lui avait soigneusement mise en place, ne s'adaptant pas au groupe et subissant des maltraitements de ses pairs. Elle s'interroge également sur sa compliance aux soins du C.M.P.

À la Maison des adolescents, l'assistante sociale l'aide dans la réalité, à reconnaître et faire valoir son handicap, pour accéder à un emploi protégé. De mon côté, je le rencontre en entretiens hebdomadaires au sein de la Mission Locale, pour tenter de prendre en compte son besoin d'être rassuré sur son devenir. Il évoque ce que C. DEMETRIADES (2009) appelle des « souffrances d'exclusion » qui sont « à la fois l'origine et la conséquence des processus répétés d'exclusion ». Benoît attribue ses difficultés à des manquements externes, notamment à des maltraitements de professionnels dès son entrée à l'école, ce qui me semble révéler une insécurité interne précoce, actuellement très perceptible. Ses parents ont cependant refusé plusieurs propositions de soin et d'orientations spécialisées. À l'adolescence, Benoît a connu ce qu'il nomme « sa dépression » où ses alcoolisations quotidiennes visaient à faire taire les voix qui lui intimaient de se suicider, comportement ayant entraîné son exclusion scolaire. Orienté par sa conseillère d'insertion, il y a un an, Benoît a consulté sans donner suite, le médecin psychiatre du C.M.P. local qui a posé un diagnostic de schizophrénie auquel les parents se sont opposés. Je l'encourage à reprendre contact avec ce médecin. Dernier d'une fratrie de quatre enfants, Benoît décrit sa mère comme particulièrement anxieuse, mettant la famille sous pression par des colères qu'il redoute beaucoup. Il semble découvrir aujourd'hui la présence d'un père qui a longtemps été physiquement et psychologiquement absent du fait de ses activités professionnelles qu'il vient de cesser et qui le retenaient régulièrement éloigné.

Déplacement dans l'espace de jeu et découverte des tensions

Succédant à un premier temps bien articulé comme au rugby, pour aller de l'avant, le « jeu » d'accompagnement de Benoît a dû laisser se déployer certains déséquilibres qui ont introduit confusions, incohérences et inversion de places.

Premières confusions et inversion de places repérées : L'assistante sociale de la Maison des adolescents, que Benoît rencontre finalement intensivement, se découvre décentrée du travail protégé par l'écoute des soucis envahissants de Benoît concernant la santé de sa mère et la menace de séparation du couple parental. Elle semble investie d'une fonction de contenance psychothérapique. Tandis que je me découvre aux prises avec la négativité : moins assidu à nos rencontres, Benoît s'y montre de plus en plus angoissé. Il s'accroche à ses idéaux professionnels, surestime ses compétences et refuse de consulter le médecin du C.M.P. par crainte des effets secondaires du traitement. J'ignore un temps, le climat familial dégradé. J'ai alors le sentiment d'occuper une fonction de « super-conseillère à l'insertion » et me sens à mon tour impuissante et envieuse de l'écoute prodiguée par l'assistante sociale.

Par ailleurs, du côté de l'insertion professionnelle, nous découvrons que la demande portée par sa conseillère d'insertion, d'un mois de stage en entreprise d'insertion est devenu un projet de contrat de travail de six mois dans cette entreprise horticole. Ni Benoît ni l'encadrement ne signalent sa phobie des insectes qui empêche pourtant toute activité et lui rend son stage si éprouvant, ce qui sera mis en évidence en fin de stage. Ainsi, le projet est seulement fondé sur une illusion quant à ses capacités.

Nos réactions émotionnelles de colère, d'envie et de tensions entre les différents partenaires intervenants auprès de ce jeune, à la découverte des positions occupées ou portées par les uns et les autres, invitent à penser au constat fait par B. PENOT (2006) en institution de soin aux adolescents, concernant le « désaveu mutuel » entre soignants. Il note qu'il s'agit « moins de conflit que d'incompatibilité entre plusieurs positions subjectives – avec une remarquable impossibilité pour chacun des soignants impliqués de s'identifier au point de vue de l'autre ». Comme sous l'effet de la diffraction des transferts en psychodrame individuel, il suggère aux soignants d'accepter de se faire l'hôte des « inductions subjectives » dans une formule « développée, projetée du déni-désaveu-clivage » du patient, le temps nécessaire aux « empreintes perceptives précoces n'ayant pu acquérir de véritable image mentale » de se symboliser par le travail institutionnel qu'il détaille. B. PENOT distingue les défauts de symbolisation primaire se réactualisant par « induction subjective » qu'il nomme « transfert subjectal » par opposition au « transfert objectal » organisé en fantasme.

Ainsi, les effets destructeurs des confusions et tensions générant des vécus incompatibles entre partenaires pourraient être compris en formulant deux hypothèses : Mon ressenti envieux à l'égard de ma collègue, assistante sociale, serait induit par l'attitude de la mère face aux menaces de « dépossesion » par les tiers institutionnels. La proposition de l'entreprise horticole d'un contrat d'insertion au lieu d'un simple stage serait induite par l'idéalisation des compétences et le déni de sa réalité par Benoît. Sur le moment, nous sommes en mesure de soutenir la position de l'assistante sociale qui semble « avoir la balle en main » en proposant d'une part, à Benoît et ses parents, des rencontres à la Maison des adolescents, en binôme assistante sociale et moi-même, psychologue, et d'autre part, en conviant les partenaires concernés à une réunion de Réseau.

Les rencontres en binôme à la Maison des adolescents, difficiles à contenir viendront confirmer l'indifférenciation mère-fils n'admettant pas de tiers et la confusion entre le passé et l'actuel des « souffrances d'exclusion ». La mère menace violemment de dénoncer, comme maltraitant, toute velléité de séparation entre elle et son fils. Seule, la Mission Locale et ses emplois normalisant gardent crédit à ses yeux. Toutefois, nous revenons sur l'échec dans l'entreprise horticole qui semble porteur d'une ouverture. En effet, de retour chez lui après ce bilan négatif, Benoît a commis un acte impulsif en s'entamant avec un couteau comme pour « couper court » à la colère de sa mère qui lui faisait face. Elle-même se sentait violentée par le diagnostic psychiatrique que son fils venait de brandir, en son absence, au bilan, pour justifier son inaptitude. Après ce geste retourné contre lui, dans la crainte que sa mère ne mette fin à ses jours en son absence, Benoît a une nouvelle fois refusé une hospitalisation en psychiatrie malgré son besoin d'apaisement, mais il a pu rencontrer son médecin psychiatre lors de son bref passage aux Urgences du Centre Hospitalier. À partir de cette symbolisation en acte de la séparation, Benoît acceptera de rencontrer son médecin, et la mère, de mettre en place un soin pour elle-même.

Cependant, durant cette période où nous découvrons, comme la famille, la fermeture du C.M.P, les angoisses familiales et partenariales s'accroissent sensiblement. Le jeune homme est envahi et dépose dans l'espace urbain où il inquiet par des troubles du comportement qui font l'objet de plaintes. Le père, en détresse, dénonce l'insuffisance de l'accompagnement, menaçant la Maison des adolescents, sans entendre nos exhortations à faire hospitaliser Benoît !

Approche en réseau de la ligne d'embut

Comme prévu, une première réunion du Réseau rassemble la Mission Locale, la Maison des adolescents et le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale qui vient d'être notifié par la Maison Départementale du Handicap (Maison de l'Autonomie). Benoît a adhéré à notre proposition de réunion en désignant comme « personne d'appui », à notre grande surprise, le Médecin du C.M.P. qu'il vient de rencontrer au Centre Hospitalier. Le C.M.P. étant fermé, celui-ci sera donc absent. Face à cette absence, *chargées* des angoisses familiales, nous nous découvrons, en écho des projections de Benoît et sa famille, tentées de désavouer ce service retenu ailleurs pour des raisons institutionnelles, comme le père l'était par la mère en prenant appui sur ses déplacements professionnels ! De son côté, la conseillère d'insertion, habituellement au fait des parcours des jeunes, éprouve des difficultés à transmettre le suivi de Benoît au Service d'Aide à la Vie Sociale, comme s'il s'agissait de tenir Benoît hors les circuits du handicap ! Dans une ambiguïté de plus en plus évidente dans ce moment critique, nous nous découvrons induites à désavouer les tiers, au point de ne pouvoir ni transmettre ni soutenir la situation de Benoît ! Penser l'incompatibilité en termes de transfert induit par la problématique familiale permettra néanmoins de contenir nos craintes de ne pouvoir faire face aux projections familiales destructrices et d'ajuster l'orientation vers le travail protégé.

Une seconde réunion du Réseau sera programmée après plusieurs semaines, le C.M.P. étant à nouveau ouvert. Une Assistante sociale du secteur de psychiatrie, nouvellement affectée au C.M.P. proposera de prendre le relais de l'orientation vers le travail protégé. La transmission à l'équipe de psychiatrie de l'accompagnement malmené par nos craintes d'abandon et d'omnipotence, permettra de restaurer le lien avec le C.M.P. Le soin prendra plusieurs années, « transformant l'essai » sans recourir à d'autre réunion de Réseau.

Benoît vit aujourd'hui en foyer d'hébergement et travaille dans un emploi protégé qui semble lui convenir.



Si nous avons choisi d'évoquer un jeune dont la problématique psychique nécessite une orientation vers des soins en psychiatrie et une reconnaissance de son handicap, c'est pour souligner que l'accueil de jeunes particulièrement déroutants en Mission Locale, implique un suivi psychologique interne et la prise en compte des partenaires externes avec une attention particulière aux liens interinstitutionnels.

En effet, le suivi de Benoît met en évidence les difficultés des adolescents présentant une pathologie psychique à accéder aux soins institués. Ces soins, indispensables pour contenir leurs angoisses psychotiques et restaurer leur capacité d'appropriation subjective, ne semblent pouvoir être acceptés qu'à partir d'un accompagnement veillant à penser les effets sur le lien réseau, des transferts subjectaux induits par leur problématique psychique, qui crispent les articulations inter-partenariales à l'insu des partenaires. Penser en ces termes, évite de contre-agir ces transferts subjectaux par des « arrêts de jeux » où les partenaires et les institutions se retrancheraient derrière les frontières de leur mission, parfois, effectivement désavouées. Les professionnels peuvent retrouver une place et une fonction les uns par rapport aux autres, préservant « celui qui a la balle en main ». Dans notre exemple, à partir du moment où les mouvements affectifs, sont pensés comme effet des transferts, un nouvel équilibre entre partenaires peut être retrouvé. L'assistante sociale et moi-même, psychologue, par exemple, pouvons accompagner la famille

en binôme plutôt que de contre-agir nos incompatibilités sous l'effet des clivages induits par la problématique de Benoît. Les orientations vers le soin et le travail protégé peuvent être accompagnés, évitant l'« arrêt de jeu » comme à la première adresse de Benoît au C.M.P.

Si nous avons également choisi d'évoquer un jeune dont la problématique ne peut être contenue uniquement par des entretiens individuels en Mission Locale, c'est pour montrer l'intérêt d'une contenance intermédiaire par le lien réseau à laquelle les professionnels de Mission Locale peuvent participer. Nous avons vu que le Réseau propose un dispositif de concertation où traiter des liens inter-partenariaux. Dans notre exemple, l'orientation de Benoît a pu représenter une ouverture et non la répétition d'exclusions antérieures qui nourrissent les résistances.

Les psychologues en Mission locale peuvent coopérer au développement d'outils de concertation-élaboration où mettre au travail l'altérité, formant de fait, au travail en réseau. « L'improvisation, ça se travaille » disait l'inventeur du « rugby de mouvement ».

Marie-Odile AÏLANE,
Psychologue clinicienne
Mission Locale de la Bièvre (MOB)
Antenne Isère-rhodanienne de la Maison des Adolescents (38)

Bibliographie

- BENGHOZI P. (2007) « Le lien réseau », in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 48, Erès, Ramonville Saint-Agne, pp.163-174
- DEMETRIADES C. (2009) « Un enjeu majeur : prendre en compte la souffrance psychique des jeunes », in *La Santé de l'homme*, n° 399.
- KAËS R. *et al.* (1982) « L'inter transfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal », in *Le travail psychanalytique dans les groupes 2*, DUNOD, Paris, pp.103-177.
- PENOT B. (2006) « Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution soignante », in *RFP*, tome LXX, PUF, pp.1079-1091.