

## Les équipes de santé mentale en crise : d'une pluridisciplinarité en miettes à une gouvernance en actes

Pierre Peyré

Professeur des Universités, Département de Sciences sanitaires et sociales  
Université de Pau et des Pays de l'Adour  
tél. : 05 59 40 78 84 ; e-mail : [p.peyre@tiscali.fr](mailto:p.peyre@tiscali.fr)

### Résumé

Reflet de la société, la psychiatrie n'échappe pas à la crise, et les équipes de santé mentale sont en difficulté particulièrement aggravée pour survivre et se développer. La réalité des établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux nous donne notamment à observer que les progrès des sciences et des techniques, au lieu d'articuler les pratiques tendent au contraire à les cloisonner, et à réduire la pluridisciplinarité à une simple juxtadisciplinarité. Il se confirme ainsi que l'on pilote aujourd'hui ces établissements par les structures bien plus que par les processus. On masque ainsi leur véritable dimension dialogique, technique et humaine à la foi du double point de vue des personnes que l'on y accueille et de celles qui y travaillent. L'équipe de santé mentale, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est là, plus que partout ailleurs, au cœur d'un dispositif complexe, un « système socio-technique complexifié par l'organisation ».

### Summary

Psychiatry, being a mirror to society, is not spared by the general crisis, and the mental health teams are in a particularly aggravated difficulty to survive and develop. The realities of hospitals, medico-social and social institutions lead us, between others, to observe that the progress of sciences and techniques instead of joining together the applications, tend, on the contrary, to compartment them, and to reduce the pluridisciplinarity to a simple juxtadisciplinarity. It confirms therefore that these institutions are piloted by structures rather than by process. In this way their real dialogical, technical and human dimension is hidden both from the point of view of the persons under treatment and of those working on the treatment. The mental health team, pluridisciplinary and pluriprofessionnal, is here, more than anywhere else, at the center of a complex array, a "socio-tehcnical system rendered complex by its organisation".

### **INTRODUCTION : « On ne peut pas ne pas organiser »... On ne peut pas ne pas gouverner.**

Apparemment, la notion d'équipe paraît simple. L'équipe fait référence à une unité (de lieu, d'objectifs, de moyens, d'encadrement, de profession, de clientèle ou d'usagers...). Mais si elle se conçoit, aussi, par rapport à certains modes de travail et de fonctionnement qui la gouvernent, l'équipe, dénote surtout une opposition claire au terme « individu ». Et, au total, elle est bien plus que la somme des individus qui la composent. De fait, la notion d'équipe est d'emblée *complexe*<sup>1</sup>, et l'élever au statut de *concept* pour dépasser le flou propre à toute *notion* sans pour autant prétendre à la complétude du savoir sur l'objet, exige un réel effort d'analyse et de réflexion. Un travail de *modélisation*. De fortes convergences entre *épistémé*

<sup>1</sup> *Complexe* : de *complexus*, ce qui est tissé ensemble.

(le savoir) et *pragmatiké* (le faire). Bref, un effort de *pertinence dans la connaissance*, au sens où E. Morin soulignant l'« inadéquation de plus en plus ample, profonde et grave entre, d'une part, nos savoirs disjoints, morcelés, compartimentés et, d'autre part, des réalités ou problèmes de plus en plus polydisciplinaires, transversaux, mutidimensionnels... »<sup>2</sup> cherche à promouvoir une éducation de la pensée capable d'identifier et de dépasser la *fausse rationalité*.

Une telle complicité avec le concept d'équipe trouve en milieu psychiatrique un champ d'investigation particulièrement édifiant pour apprendre à relever le défi à affronter, c'est-à-dire le défi même de la *complexité*<sup>3</sup>. Complexité particulièrement significative, ici, du fait de la nature de l'institution psychiatrique et des contradictions qui l'imprègnent, à commencer par celle de *dé liaison*<sup>4</sup>, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes dans un milieu d'hommes au service des hommes, un milieu où l'art et la manière de gérer, irréductible à ce que l'on gère entre le technique et l'humain, transcende les valeurs que notre société accorde aux institutions qu'elle structure et qui la structurent.

C'est pourquoi ce concept encore jeune qui se répand un peu partout actuellement, le concept de *gouvernance*, plus souple et plus ouvert que celui de *management* dont il est proche, plus systémique surtout, mais qui présente le risque de n'être qu'un mot-valise, un concept *gyrovague*<sup>5</sup>, un nouveau terme pour dire la même chose, arrive à point nommé aujourd'hui pour reconsidérer certains ordres établis dans le *pilotage* des structures et des hommes. Fort de pouvoir être forgé face à des besoins émergents entre nature et culture, il est susceptible de répondre à ces besoins en contribuant à nous aider à mieux organiser l'action, à mieux construire la *réalité*<sup>6</sup> et la transformer<sup>7</sup>. C'est du moins ce que nous allons essayer de développer, ici, en cherchant à mettre en valeur les rôles et place de l'équipe en milieu

<sup>2</sup> Morin (E.), 2000, p. 36.

<sup>3</sup> *Complexité* : « La pensée complexe est non pas ce qui évite ou supprime le défi, mais ce qui aide à le relever, et parfois même à le surmonter. » (E. Morin, 1992, p. 13). « Il y a complexité lorsque sont inséparables les éléments différents constituant un tout [...]. La complexité, c'est, de ce fait, le lien entre l'unité et la multiplicité [...]. Par conséquent, l'éducation doit promouvoir une « intelligence générale » apte à se référer au complexe, au contexte de façon multidimensionnelle et au global » (E. Morin, 2000, p. 39).

Nous concevons donc l'équipe et l'hôpital comme un *système hypercomplexe*, désignant une multiplicité d'*unitas multiplex* qui s'enchevêtrent et s'entre-combinent en une multiplicité de niveaux hiérarchisés.

<sup>4</sup> Intervenant auprès d'une promotion de directeurs d'hôpital stagiaires à l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP), E. Morin et J.L. Le Moigne avaient insisté sur ce concept de *dé liaison*. Dans l'ouvrage tiré de cette intervention : *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, ils analysent notamment que « le problème de l'hôpital, c'est le refus de voir la complexité des problèmes qui se trouvent posés. C'est le triomphe de la *dé liaison*, mais comme cela existe dans les administrations, dans les lieux de recherche... C'est évidemment la compartimentation, les postes bien spécialisés, chacun étant souverain dans son poste et n'empiétant pas sur les autres... » (op. cit., pp. 40-41).

Il suffit de rappeler l'importance du lien social en psychiatrie et de son corollaire logique, la fonction de *reliance* pour mesurer la fracture entre les fins proclamées de l'*institution* et la réalité de son *organisation*.

Comme le développe A. Touraine et le reprend G. Donnadiu dans sa modélisation du système-entreprise (op.cit., pp. 17-18), ce rapport entre l'institution et l'organisation est fondamental pour quiconque s'interroge sur les relations de hiérarchie et de dépendance entre la nécessité du contrôle de l'organisation et le besoin d'autonomie des acteurs dans des contextes socio-techniques où il n'est économiquement, politiquement et moralement pas possible d'évacuer la recherche permanente de *l'efficacité*.

<sup>5</sup> Selon le qualificatif employé par J.P. Bouinnet (1990 et 1993) pour désigner la notion complexe de projet.

<sup>6</sup> Le monde de la gouvernance est un monde sans réalité préétablie, « sans réalité donnée. Il n'y a pas de nature, de cette matière obstinée qui s'impose aux hommes et leur résiste. Il n'y a que la culture », explique Ph. Moreau Defarges (2003, pp. 71-72) rappelant que selon l'approche constructiviste, toute réalité est construite. Si bien que « les rapports entre les hommes ne sont plus que des jeux sans fin entre des représentations », et la gouvernance, dans ce contexte, « un mode de gestion de ces rapports ». Toutefois, précise-t-il : « si les hommes n'appréhendent le réel qu'à travers des outils qu'ils ont forgés (langages, cultures...), ce réel n'en existe pas moins. »

<sup>7</sup> Cf. chez G. Donnadiu (2002, p. 69), les fonctions antagonistes et complémentaires de *pilotage* et *transformation* en relation avec la notion de changement, telle que développée ci-après (note 13).

psychiatrique dont la fonction conjonctive d'*organisation*<sup>8</sup> est cardinale, aujourd'hui, au sein de l'institution hospitalière résolument entrée dans l'ère de « la nouvelle gouvernance ».

## I.- Une problématique au cœur de la gouvernance hospitalière : l'ordre et la méthode des équipes de santé mentale face au changement

Dans l'esprit des ordonnances sur cette nouvelle gouvernance et à la lettre des textes réglementaires en vigueur, réformer la gouvernance c'est modifier l'organisation interne de l'hôpital. C'est faire évoluer l'organisation et la gestion hospitalière pour répondre à la nécessité de lutter contre les rigidités et cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Par l'assouplissement des organisations et la clarification des responsabilités, cette réforme a pour ambition de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions. Fondée sur les valeurs communes de missions de service public, elle doit permettre à chaque établissement, de repenser son organisation autour du patient.

Mais ces textes, s'ils prennent le problème par le haut en s'intéressant d'abord à l'économie générale du projet (rénovation des instances d'établissement, renforcement stratégique de l'évaluation et du contrôle, délibérations du conseil d'administration, compétence générale du directeur de l'établissement réaffirmée, création d'un conseil exécutif, pôles d'activités, conseil de pôle, etc.), s'ils visent à adapter le pilotage stratégique et financier pour impliquer les équipes médicales et les équipes de soins dans le découpage en *pôles* des hôpitaux, semblent encore un peu « verts » pour donner tout son sens à la réforme en mobilisant l'ensemble des personnels autour de la qualité des services aux patients. C'est pourquoi l'idée de considérer le problème à la base, c'est-à-dire d'aller voir ce qui se passe au niveau des équipes hospitalières semble tout à fait indissociable de cette démarche. A la fois technique et complexifié par le poids des relations humaines (au niveau local) et des enjeux économiques et sociaux (au niveau global), le cas des équipes de santé mentale peut aider à construire cette vision des choses, à orienter notre conversion du regard.

Empêtrée dans leurs relations entre institution et organisation, l'histoire de la psychiatrie, en général, et l'évolution du travail en équipe dans cette institution, en particulier, n'est qu'une succession relativement récente de crises où le « toujours plus de la même chose » (la contention de la folie) a assuré l'homéostasie du système, et donc sa pérennité. Or le monde a changé et les rapports entre *l'asile* d'autrefois (où tous les problèmes se réglaient du dedans) et *les réseaux de santé mentale* actuels (où l'essentiel des aides et des thérapies se fait en dehors) se sont complexifiés.

A la relation singulière « aliéniste-aliéné » au sein d'un univers clos, hospitalocentrique, a succédé, sous la poussée de la politique des portes ouvertes, l'aménagement de structures d'accueil et de soins dans la Cité. C'est alors que l'on a vu la psychiatrie se transformer : une véritable crise, de type révolutionnaire, a secoué la structure asilaire pour la transmuter en une forme originale d'organisation intra et extra-hospitalière dite : *le secteur*. Chemin faisant, et après la séparation historique de 1968 entre la neurologie et la psychiatrie autrefois confondues en une seule et même discipline où prévalait le modèle biomédical, de nouvelles disciplines telles que la psychologie, la sociologie, la psychomotricité, la psychopharmacologie se sont implantées dans le champ de la prévention et du traitement des maladies mentales. D'où une multiplication des points de vue sur la folie et l'émergence

<sup>8</sup> Organisation : Comme le rappelle J.L. Le Moigne (*op. cit.*, 1997, p. 20), Edgar Morin nous suggère de penser « organis-action » chaque fois que nous écrivons « organisation ». Faute d'être une entité physique l'équipe qui n'est qu'une représentation d'une certaine forme de travail institutionnalisé et non une entité physique, est bien une organis-action qui, à la fois maintient, relie, produit et se maintient, se relie et se produit au sens où E. Morin et J.L. Le Moigne expliquent qu'on ne peut pas découper un complexe de fonctions inhérent à une organisation même si l'on peut schématiser cette organisation par un organigramme.

d'interrelations et d'interactions au sein d'équipes désormais marquées du sceau de la pluridisciplinarité et de la pluriprofessionnalité.

La notion de crise, explique Paul Sivadon<sup>9</sup>, s'exprime en chinois par un double signe, l'un signifiant « danger » et l'autre « opportunité ». Si bien que le passage de l'*asile* d'autrefois à l'*hôpital psychiatrique*, devenu ensuite *centre hospitalier spécialisé* et aujourd'hui *centre hospitalier tout court*<sup>10</sup>, montre bien que cette lente désaliénation du patient qui a mis en péril la structure d'origine offre toujours sa chance à l'émergence d'une structure nouvelle. Ainsi, entre néantisation et bouleversement pouvant déboucher sur de nouvelles formes d'existence, évoluent « les institutions humaines, soumises - comme tout organisme - à une double tendance : préservation de la constance interne et ouverture vers l'extérieur » (*ibid.*, p. 9).

Manifestement systémique, un tel point de vue qui intègre la recherche d'une constance homéostatique et une ouverture suffisante mais limitée vers l'extérieur, place l'*équipe psychiatrique* au centre du dispositif. L'équipe, en effet, est bien plus qu'un simple avatar de la psychiatrie. Née de la crise psychiatrique elle-même, elle est devenue au fil des changements de structures, de pratiques, d'habitudes et d'attitudes un centre de décision, d'opérationnalisation, de responsabilité et donc de ressources relativement autonome par où transite l'essentiel des flux d'information, d'énergie et de matière que mobilise l'exercice de la psychiatrie moderne dans ses finalités médico-sociale et économique-politique entre le technique et l'humain. Véritable clé de voûte de l'institution, à la fois produit et producteur du système qui la crée et qu'elle crée en retour, l'équipe, constitutive de réseaux à la frontière des organisations internes et externes qui composent cette institution, est ainsi devenue la condition *sine qua non* du devenir de la santé mentale. Née il y a quelques décennies des dangers de la hiérarchisation strictement verticale médecin-chef-surveillant général-infirmier-malade selon une conception causale linéaire et unidimensionnelle de la psychiatrie, elle s'étend aujourd'hui plus horizontalement à des ensembles de travailleurs sanitaires et sociaux différenciés par catégories professionnelles (hétérogénéité des tâches et des qualifications individuelles), par type et lieu d'intervention (prévention, urgences, hospitalisation, suivi thérapeutique, dispensaire, hôpital, etc.), mais liés entre eux vis-à-vis des malades, des familles et de la société (homogénéité de la mission collective de service public).

Ainsi, face aux multiples dangers qui menacent l'institution psychiatrique, on ne peut pas ne pas organiser et re-organiser sans cesse les équipes de santé mentale. L'organisation de la psychiatrie a commencé avec la compréhension du rapport entre pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité. Mais cette étape n'a souvent abouti qu'à des formes de juxta-disciplinarité. Très vite, trop vite peut-être, l'héritage des cercles de qualité et son cortège de normes *ISO* a masqué l'importance des ressources humaines et de leurs processus de développement au profit d'une quête abstraite et effrénée d'efficacité. On a fini par privilégier avec ce système de *gouvernement* là, privilégiant les *efficacités stratégique* et *organisationnelle* au détriment de l'*efficacité humaine*<sup>11</sup>, l'idée de résultat avant même que d'optimiser les véritables conditions permettant d'atteindre ces résultats. L'individualisme ambiant aidant, la notion d'équipe a perdu du terrain. L'action s'est individualisée, morcelée. Et la multiplication des temps et des lieux de réunion, si elle a régulé la communication n'en a certainement pas exprimé tout le sens et la portée.

Saisir l'opportunité de la crise, ce serait d'abord, et avant tout, revaloriser le travail en équipe. Et pour ce faire renouer les liens entre l'institution et les usagers, c'est-à-dire penser globalement les métiers de la psychiatrie, l'institution qui les nourrit et la société qui les détermine conjointement. Au-delà des barrières des disciplines, des spécialités et des territoires, ce serait inventer la réalité de nouvelles méthodes de travail individuel et collectif,

<sup>9</sup> Sivadon (P.) : Préface, in Benoit (J.C.) : *L'équipe dans la crise psychiatrique*, op.cit., p. 9.

<sup>10</sup> Ainsi défini, selon l'Ordonnance de 1996, comme « établissement public de santé mentale ».

<sup>11</sup> Sur ces termes, cf. : G. Donnadieu, (1987, pp. 20-22), et ci-après leur application : & III.1, III.2. et III.3.

de nouvelles façons de concevoir et d'organiser les tâches, de nouveaux modes de communication, de coopération (P. Peyré, 2000) et de formation (P. Peyré, 1991). D'encadrement<sup>12</sup> aussi. Friser l'utopie, pourquoi pas ? Faire comme si la carte du changement de demain pouvait devenir le territoire de l'action d'aujourd'hui. En termes de progrès, ce serait introduire une autre vision des structures et du fonctionnement du système grâce à un autre style de management. Un management qui ne soit pas qu'un style, mais bien une façon de vivre et d'œuvrer ensemble, toutes spécialités conjointes, à une tâche commune.

Le concept de *gouvernance*, concept vagabond s'il en est, mais fort des vigueurs de sa jeune plasticité, de l'esthétisme de sa forme verbale et de ses significations pragmatiques et éthiques confondues pourrait, pour peu qu'on l'éduque et que l'on s'éduque avec lui, nous y aider. Passant ainsi d'une pluridisciplinarité en miettes où chacun vaque à ses occupations personnelles, à une gouvernance en actes d'où émerge le sens de la responsabilité individuelle et collective (*empowerment*), les équipes de santé mentale procéderaient alors d'un véritable changement<sup>13</sup>.

## II.- Vers la définition de trois modèles socio-historiques d'équipes de santé mentale

L'intérêt de la notion de gouvernance appliquée à l'équipe, c'est qu'elle se cristallise autour de l'idée du besoin d'ajustement permanent d'un projet local au sein d'une organisation globale, active (*organis-action*) et créative (*cré-active*). C'est du moins la vérification que nous sommes allé rechercher dans trois démarches emblématiques de l'évolution de la psychiatrie moderne, et, qui, contemporaines de la lente avancée de la pensée complexe, sont déterminantes d'une vision systémique de l'institution psychiatrique où processus individuels et collectifs convergent, à partir du noyau dur que constituent les équipes de santé mentale, vers les objectifs de santé publique que la société assigne à cette institution.

### II.1. L'équipe et la *psycho-pédagogie médico-sociale*, de Robert Lafon

Dans les années 1950, Robert Lafon avait déjà le sentiment de l'émiettement des disciplines dans le champ psychiatrique. Pionnier de la neuro-psychiatrie infantile à l'Université de Montpellier, il avait forgé le concept rassembleur de « psycho-pédagogie médico-sociale » dont il fit aussi le titre d'un ouvrage (1950) qui, à y regarder de près s'inscrit dans la ligne d'un véritable esprit de *gouvernance* avant l'heure : « Le titre compliqué de ce petit livre peut surprendre - écrit-il ; il correspond cependant à un esprit, qu'avec d'autres, nous nous efforçons de créer et de développer en vue d'une meilleure action humaine » (*op. cit.*, p. 1). Et de préciser : « L'ambition n'est pas d'apporter une doctrine et des méthodes nouvelles, mais d'introduire, dans les interventions, que nous nous croyons autorisés à faire sur les autres, une attitude nouvelle de coopération des pensées, des doctrines, des sciences, des disciplines, des techniques et des actions. » (*ibid.*).

Bâtie sur ces bases, la psycho-pédagogie médico-sociale a pour but essentiel la protection de l'enfance inadaptée ; plus tard, consciente de l'évolution des connaissances, elle généralisera son intervention à la santé mentale et à l'éducation. Et, à y regarder de près, la définition que donne R. Lafon de la *psycho-pédagogie médico-sociale* s'inscrit bien dans le paradigme systémique de la complexité : « La psycho-pédagogie médico-sociale n'est pas une

<sup>12</sup> Depuis 1991, il existe à l'Université de Pau une Licence de Sciences sanitaires et sociales, mention *Connaissance du milieu, gestion, encadrement*, particulièrement fondée sur la complexité du travail en équipe.

<sup>13</sup> Au sens défini W. Ashby : « passage d'une transformation à une autre, c'est-à-dire un changement de comportement » et non pas simplement « passage d'un état à un autre, qui représente le comportement de la machine ». Soit, un « changement de changement » ou « changement II », pour l'école de Palo Alto.

science nouvelle. C'est un état d'esprit, une attitude et une action d'équipe devant l'infinie variété des problèmes soulevés par les influences réciproques de l'individu et de la collectivité, et, plus particulièrement, de l'individu en difficulté de vie et d'adaptation dans une collectivité qui se croit définitivement structurée, organisée et équilibrée, mais qui est, elle aussi, en perpétuel devenir. » (*ibid.*, p. 5).

Manifestement, R. Lafon a usé du *macroscope* avant même que J. de Rosnay ne l'imagine : « Ame du travail en équipe du psychologue, du pédagogue, de l'assistant social et du médecin, la *psycho-pédagogie médico-sociale* se trouve à un carrefour des doctrines, des sciences, des pratiques et des attributions. Elle intéresse également les sociologues, les juristes, les criminologues, les législateurs et tous ceux qui participent, même pour une part très minime, à l'organisation, à l'orientation et à la défense de la vie individuelle et collective. Elle s'efforce, sans négliger les recherches philosophiques ou scientifiques et sans sous-estimer la valeur de l'intuition, de l'acquisition empirique et du sens clinique, de mettre à la disposition de ceux-ci et de ceux-là un vocabulaire, des instruments de travail, des techniques d'analyse et de synthèse et des moyens d'action analogues, simples et pratiques, à la portée de tous. » (*ibid.*, p. 6).

Ainsi cette démarche est-elle authentiquement pluridisciplinaire conformément à la définition de B. Nicolescu : « La pluridisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois. » (1996, p.64). L'étude de la neuro-psychiatrie en tant que telle sort, ici, enrichie du croisement de plusieurs disciplines et aboutit à la notion d'*équipe psycho-pédagogique médico-sociale* qui reflète la structure, la fonction et la genèse à la fois (*triangulation* de Le Moigne), du système auquel cette équipe est assimilable. Mais comme, l'explique B. Nicolescu, la démarche pluridisciplinaire, si elle débordé les disciplines, reste, dans sa finalité, « inscrite dans le cadre de la recherche disciplinaire » (*ibid.*, p. 65), en l'occurrence, ici, la neuro-psychiatrie, discipline unifiée, encore très imprégnée du modèle bio-médical d'avant 1968.

De fait, si le modèle pragmatique à double vocation pédagogique (pour l'équipe et pour le patient) de R. Lafon, fondé sur la recherche épistémologique et opérationnelle, est particulièrement pertinent et fécond à cette époque, il est assez unique en France où la majorité des pratiques reste *multidisciplinaire*, c'est-à-dire faites d'interventions diverses de la part de professionnels qui se côtoient sans pour autant franchir les frontières de leurs spécialités cloisonnées et hiérarchisées.

## II.2. Le travail interdisciplinaire en équipe, selon Michel Lemay

A l'aube des années 1970, la notion d'un travail mettant en jeu simultanément plusieurs professions en psychiatrie n'est plus guère discutée dans la théorie. La séparation de la neurologie et de la psychiatrie, en 1968, si elle présente le danger d'une dichotomie entre le somatique et le psychique autorise désormais une vision socialisée de la maladie mentale, en même temps qu'elle apporte l'opportunité de pratiques plus coopératives et moins hiérarchisées au sein des équipes psychiatriques. Mais la réalité est fort différente des théories voulant se saisir des opportunités, même s'il existe dans nombre de services, comme le note Michel Lemay, « le mythe d'une équipe soudée, composée de divers praticiens des relations humaines et concourant tous ensemble à aider le client » (1971, p. 1).

A travers l'analyse des « réalités et des exigences du travail en équipe », c'est bien le clinicien-organisateur qui parle. Psychiatre de formation, M. Lemay, lorsqu'il est encore Médecin-chef du Centre régional pour l'Enfance et l'Adolescence inadaptée de Bretagne, avant de devenir professeur de psychiatrie au Québec, s'intéresse tout particulièrement à l'éducation spécialisée. Pour lui, « l'action éducative est réellement le fruit d'une participation commune » (1968, p. 83). Son souci de la qualité et de la productivité des relations au travail est manifeste : « L'atmosphère dans laquelle s'effectue le travail est certainement l'un des

facteurs les plus importants pour assurer la réussite d'une rééducation. L'éducateur doit se sentir à la fois dirigé et libre. Cela suppose un véritable travail d'équipe qui, loin d'être paralysant, est une source perpétuelle d'enrichissement. » (*ibid.*, p. 82).

Tout au long d'une œuvre abondante, construite à travers de nombreuses recherches et autant d'actions au sein d'établissements variés, M. Lemay s'est toujours efforcé – à l'instar R. Lafon, mais de façon plus centrée sur les relations sociales – de concevoir l'institution psychiatrique comme « apprenante », au sens où Alain Bouvier éclaire la relation entre management et sciences cognitives en y impliquant la notion de *gouvernance* en tant que processus régulateur : « Dans un système apprenant, la régulation cherche à faire de toute action une occasion d'apprentissage pour les acteurs, les sous-systèmes et les systèmes. » (2004, p. 79). On n'est donc pas étonné de retrouver dans la conception de l'équipe chez Michel Lemay ce souci de saisir l'opportunité d'une institution s'ouvrant sur la cité et s'attachant à développer sa communication interne et externe. D'où son projet d'exploiter toutes les possibilités de rendre la collectivité efficace en veillant à la consistance des groupes au travail, grâce à l'attention portée aux relations et interactions entre leurs membres.

Outre les interactions concrètes et opératoires, ce qui intéresse M. Lemay, c'est l'enrichissement mutuel que les professionnels peuvent s'apporter les uns aux autres sur le plan social (en termes d'attitudes, de motivations et de valeurs partagées) comme sur le plan technique (en termes de compétences, de capacités et d'habiletés). Sa conception est humaniste autant que méthodologique. C'est pourquoi le terme d'*interdisciplinarité* revient avec une fréquence régulière dans ses travaux, au sens même de Basarab Nicolescu : « L'interdisciplinarité a une ambition différente de celle de la pluridisciplinarité. Elle concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre. » (1996, p. 65), mais avec cette nuance que M. Lemay s'intéresse autant aux hommes qui développent ces méthodes qu'aux méthodes elles-mêmes.

Certes, « Il n'est de richesse que d'hommes ». M. Lemay en est convaincu, et son souci d'organiser les conditions de travail en articulant les ressources individuelles et collectives est constant. Il entend faire profiter les travailleurs sanitaires et sociaux du savoir médical pour fonder avec eux, croisant leurs propres savoirs avec lui, une psychiatrie interdisciplinaire propre à affronter les formes les plus variées de la maladie mentale. Il n'emploie pas le mot de *gouvernance*, mais, avant l'heure il sait, lui aussi, s'attacher à concevoir un système de traitement efficace de la complexité croissante des problèmes de la psychiatrie, au sens où Ph. Moreau Desfarges définit aujourd'hui la *gouvernance globale* comme une dynamique où « l'équipe repose sur le travail en commun, subordonne le moi au nous, combat les narcissismes. En même temps [qu'elle] vit dans et par la compétition avec d'autres équipes. Compétition saine, où chacun, tour à tour, gagne ! » (2003, p.49).

### **II.3. Les équipes composites du courant des thérapies familiales systémiques (Jean-Claude Benoit)**

Avec le courant des thérapies familiales systémiques, l'équipe ne se conjugue plus au singulier, mais au pluriel ; elle porte en elle la perspective affirmée du besoin de passer d'une pluridisciplinarité qui s'attarde et d'une interdisciplinarité toujours problématique, à une transdisciplinarité en actes, multidimensionnelle, pluriterritoriale. En s'appliquant à épouser les lignes de force des avancées théoriques pour créer de nouvelles pratiques, les progrès de l'organisation potentialisent cette vision transdisciplinaire du fonctionnement du système. De tels progrès, s'ils n'arrivent encore à actualiser que partiellement cette vision, amènent toutefois à différencier les statuts et les rôles des équipes psychiatriques en fonction de la nature et de leurs niveaux d'intervention. On fait désormais la nuance entre *équipes fonctionnelles, institutionnelles, soignantes, systémiques*. Dans leur *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*, J.C. Benoit et al. s'attardent sur les définitions de ces

équipes. Partant du constat général que la multiplicité des intervenants reflète la complexité même des situations à l'entour des *patients désignés* dont ils assurent les soins, les articles de ce dictionnaire conduisent ainsi à comprendre le modèle des thérapies familiales systémiques.

1/ A la base, il y a ***l'équipe fonctionnelle***. C'est celle qui, « dans les institutions importantes, associe des intervenants de statuts et de rôles différents, en référence avec un patient, pour participer au projet thérapeutique le concernant. Leur engagement dans le soin se définit dans une volonté commune d'animer le système thérapeutique ainsi créé, tenant compte en particulier des interférences avec la famille ou le réseau extérieur. Cette procédure permet d'échapper au poids habituel des lourdes hiérarchies, tout en acceptant les nécessaires définitions de la relation vis-à-vis des autres membres de l'institution. » (1988, p. 166).

2/ ***L'équipe institutionnelle*** représente « l'ensemble des intervenants aux rôles et aux statuts multiples travaillant dans une même institution, avec la même clientèle. La constitution de projets thérapeutiques individualisés vis-à-vis des patients ou des clients nécessite tant une organisation interne des relations (équipes fonctionnelles, méthodes des réunions), que la mise au point des contacts avec l'environnement (famille et réseaux personnels des patients et clients, structures administratives, autorités sociales, etc.). » (*ibid*, p. 166).

3/ ***L'équipe soignante***, correspond à une « expression de portée très générale dans les institutions psychiatriques, où en particulier le caractère pluriprofessionnel du groupe des soignants répond à la diversité des besoins thérapeutiques des patients. Les réunions de synthèse, et bien des modes de rencontre, permettent la cohérence des projets, évitant les désaccords en miroir et toutes autres formes de dysfonctionnement institutionnel, induits soit par la pathologie comportementale des patients, soit par les interférences des familles (collusion ou contamination), soit enfin par la multiplicité des buts de l'institution, par exemple la simultanéité des tâches de soin et de contrôle social. » (*ibid*, p. 166).

4/ Dans le prolongement des dénominations précédentes, ***l'équipe systémique*** est ainsi désignée du fait que « l'un des traits les plus constants de l'approche systémique est constitué par la coopération de plusieurs intervenants face à la famille. Il peut s'agir de co-thérapie, de supervision, de consultation. La règle veut qu'une certaine cohérence idéologique existe dans l'équipe, qui d'ailleurs peut comporter un nombre notable de thérapeutes, associés dans une pratique ou encore dans une réflexion en commun. Les bénéfices de ces associations sont obtenus grâce à une suffisante compréhension réciproque, où la patience détermine des effets positifs dans le long terme. Sont également utiles : la reconnaissance des styles personnels, un effacement des différences hiérarchiques, les alternances de rôle dans les séances. Le travail en équipe systémique accroît la rigueur des méthodes d'intervention et confronte la famille à une structure complexe, en particulier dans les cas de familles gravement dysfonctionnelles, accoutumées à la disqualification des thérapeutes. Une équipe systémique peut maintenir la créativité de ses membres. Elle peut aussi être un organisme de recherches, ou de formation. » (*ibid*, pp. 166-167).

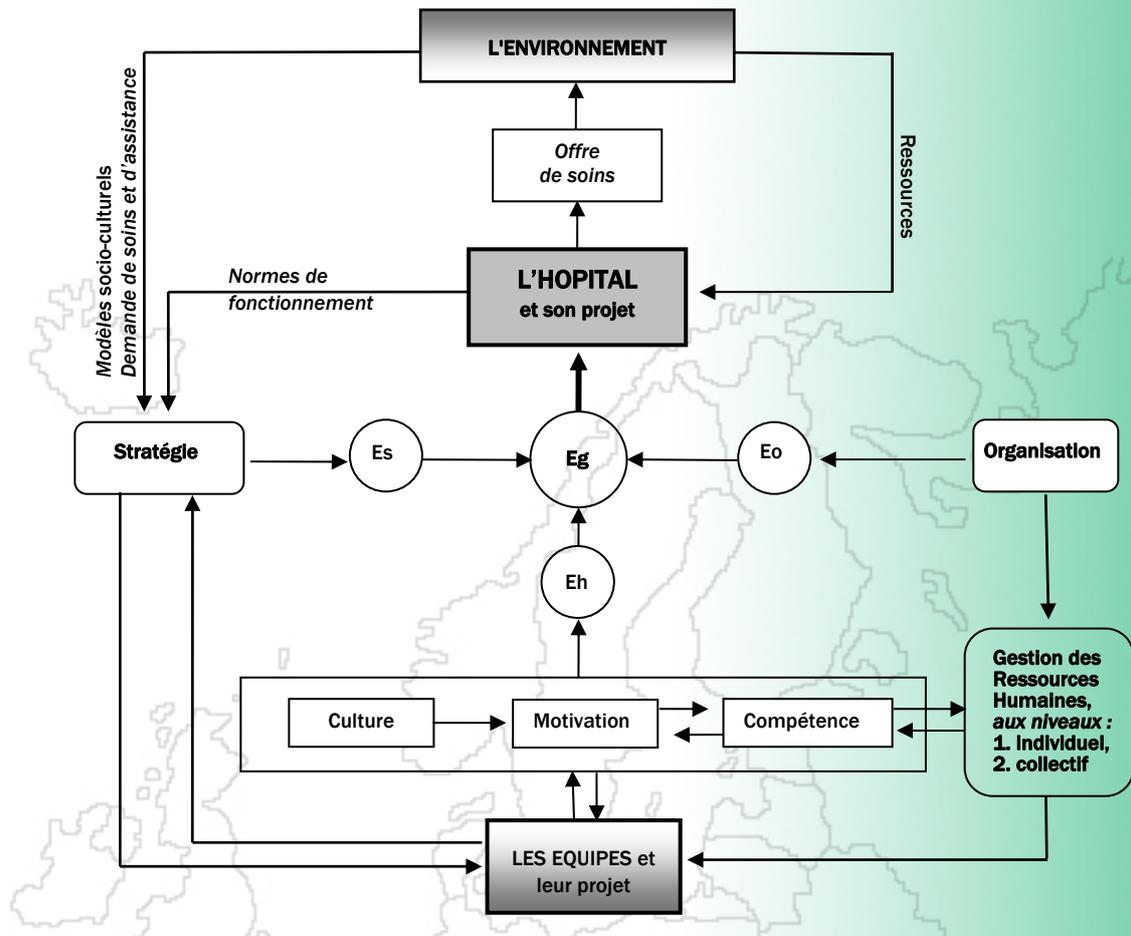
Dans un tel contexte et sous de telles formes, où les différents niveaux de réalité concernés (le patient, la famille, l'équipe, l'institution) interfèrent, le travail en équipe tend à devenir transdisciplinaire, au sens où B. Nicolescu précise que « la transdisciplinarité concerne, comme le préfixe « trans » l'indique, ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance » (*op. cit.*, p. 66).

### **III.- Essai de systématisation : vers une notion de modes de gouvernance du travail en équipe (MGTE)**

Un tel survol de l'histoire de la psychiatrie à travers la lente et chaotique structuration d'équipes toujours en crise montre, à l'évidence, que la psychiatrie change dans un monde en mouvement. « Le terme de crise, si souvent utilisé dans notre société mondialisée - écrit J.C. Benoit-, convient ainsi à ces périodes où, modestement dans un service psychiatrique, une étape de modernisation est décidée. Mixité des unités de soins, individualisation des prises en charge, différenciation des soignants, climat sociothérapique, développement des interventions dans la ville, différents éléments s'associent pour changer ce service psychiatrique. » (1982, p. 15).

### III.1. Récapitulation systémique

Avec les auteurs-acteurs, témoins de notre temps, que nous venons de « relire » et que nous voudrions relier, l'équipe apparaît à l'épicentre du système. Elle est certes un sous-système opérationnel au sein de la hiérarchie des systèmes qui la gouvernent (établissement, service, département, pôle, etc.) en termes d'institution, mais à la fois liée à ces structures et autonome dans le pilotage *in situ* des actes proximaux de la vie quotidienne, elle s'est constitué au fil du temps, comme nous avons cherché à le reconstruire ci-dessus, des motivations, des compétences et une culture exemplaires en termes d'efficacité humaine. Si bien que le gain en *variété* de l'équipe théorique s'est considérablement accru si l'on observe, au sens de la loi d'Ashby, que la complexité de son système de pilotage est au moins aussi grande que la complexité du système qui la pilote. A l'image de l'hologramme cher à E. Morin, nous dirons que l'équipe contient la quasi-totalité de l'information de l'établissement qui la gouverne, ou, nous rapprochant de la logique de Pascal, que l'on ne peut pas concevoir l'hôpital sans concevoir les équipes et réciproquement.



*Les équipes de santé mentale dans leur contexte structuro-fonctionnel*

Ceci implique, comme vise à le représenter le schéma ci-dessus, les principes corollaires de *finalisation* (mémoire et projet), d'*ouverture* (sur l'environnement et donc de communication interne et externe), d'*auto-organisation* (entre variété et finalité), de *récurtivité* (« les produits et les effets sont en même temps causes et producteurs de ce qui les produit) et de *dialogie* (maintient de la dualité au sein de l'unité).

Inspiré par Gérard Donnadieu qui construit *un nouveau regard sur l'entreprise*, ce schéma vise notamment à représenter l'idée qu'en tant que régulateur du système, et donc de *gouvernance*, la culture d'entreprise à l'hôpital est le processus global, structurant et structuré, qui fait passer les hommes de la situation d'agents à la situation d'acteurs : « Elle est un moyen pour orienter les choix individuels et collectifs des hommes au travail ; elle est un système d'auto-pilotage, d'auto-contrôle et de reconnaissance mutuelle » (1987, p.23).

Considérant que plus que de la qualité de l'outillage, des moyens matériels, des compétences, de la valeur du management, le dynamisme de l'entreprise « résulte d'abord de l'effet de complexité obtenu — dans et par l'action — par l'interconnexion finalisée de la grande diversité de leurs composants » (1987, p.17), cet auteur s'attache à définir les modes de régulation de l'entreprise. Il propose un modèle mettant en exergue trois types fondamentaux d'efficacité concourant à l'efficacité globale du système. Modèle dont nous transposant, ici, les termes à *l'hôpital-entreprise*.

## 1/ L'efficacité par l'organisation (Eo)

Selon la démarche classique (TAYLOR, FAYOL), ce qui détermine l'efficacité de l'hôpital, c'est la valeur de son organisation, i.e. la manière dont le Sous-système organisationnel (SSO) lie entre eux le Sous-système technico-économique (SSTE) et le Sous-système social (SSS).

Le SSTE est ici dominant, et c'est lui qui dicte ses exigences au SSS. Les agents doivent se comporter en composants interchangeables, fiables et disciplinés. Leur rôle n'est pas de penser ni de faire preuve d'initiative, mais d'exécuter les consignes de la hiérarchie (administrative ou médicale). En psychiatrie, la culture hospitalière, dominée à l'époque par modèle bio-médical, fonctionnait essentiellement sur ce mode de régulation.

La régulation est donc de type "machinique" (chaîne de soins) et disciplinaire (hiérarchie stricte, poids des "petits chefs").

## 2/ L'efficacité par la stratégie (ES)

Dans les années 1950, est né un courant de la stratégie (Boston Consulting Group, Mac Kinsey...) qui enseigne à anticiper les évolutions et à s'y préparer : "Avec une bonne stratégie, l'entreprise a toutes les chances de gagner". C'est la stratégie qui détermine, alors, dans une seconde étape, les moyens (et l'organisation) dont l'entreprise doit se doter pour atteindre ses objectifs, selon le processus :



La qualité de l'organisation reste, ici importante, mais n'est plus décisive. La discipline, n'est plus soumise à des règles rigides, mais aux changements visés par la stratégie. Ainsi la régulation reste, en partie "machinique" et disciplinaire, mais tolère la micro-négociation locale portant sur les contreparties que la direction doit accorder pour faire accepter le changement. Malgré une organisation théoriquement idéale, des hôpitaux sont peu efficaces et leurs résultats restent médiocres. Ils n'ont pas su prévoir, par exemple, l'évolution de la demande de soins, l'afflux aux urgences, la canicule... En psychiatrie, le courant des thérapies familiales systémiques, s'inspirant systématiquement des tactiques communautaires et prenant en compte la gestion des paradoxes, reste exemplaire de ce type d'efficacité.

## 3/ L'efficacité par les hommes (Eh)

Universellement, l'Eh est la résultante de l'action partagée d'hommes *compétents, motivés et communiquant* entre eux, analyse G. Donnadieu (ibid., p. qui propose un moyen mnémotechnique en appelant métaphoriquement la formule d'Einstein,  $E=mc^2$  (énergie totale contenue dans une portion de matière), pour retenir que l'efficacité potentielle Eh susceptible d'être libérée par un groupe humain peut s'exprimer par :  $Eh = M \times C \times C$ , où :

**M** : Motivation = volonté d'agir et de vaincre, adhésion dynamique de chacun ;

**C** : Compétence = condition de l'efficacité individuelle (savoir et savoir-faire, professionnalisme) ;

**C** : Culture = condition de l'efficacité collective — langage commun, valeurs partagées, reconnaissance, communication mutuelle.

Pour M. Lemay, en psychiatrie, comme dans le modèle japonais de l'entreprise le plus qu'apporte l'Eh provient, précisément, de ce que *ce sont les hommes qui font la différence*.

## III.2. Les trois modes canoniques de gouvernance du travail en équipe (MGTE)

Derrière les désordres apparents de l'ordre du travail en équipe en milieu psychiatrique, une construction théorique peut être faite qui montre, sous la forme du tableau ci-après, une certaine logique dans l'évolution des méthodes de *gouvernance* des équipes de santé mentale.

	<b>MGTE 1</b> Mode de gouvernance de type pluridisciplinaire à orientation cognitive	<b>MGTE 2</b> Mode de gouvernance de type interdisciplinaire centré sur la qualité relationnelle	<b>MGTE 3</b> Mode de gouvernance de type transdisciplinaire à orientation sociothérapeutique
<b>Auteurs de référence</b>	LAFON	LEMAY	BENOIT
<b>Nature du courant</b> (intitulé d'auteur)	" Psycho-pédagogie Médico-sociale "	" Travail en équipe interdisciplinaire "	" Tactiques thérapeutiques communautaires "
<b>Source d'inspiration</b> (ancrage axiologique et praxéologique)	Epistémologique et pragmatique à finalité pédagogique	Clinique à finalité méthodologique et sociale	Systémique à finalité thérapeutique
<b>Logique de la démarche</b>	Pluridisciplinaire	Interdisciplinaire	Transdisciplinaire
<b>Effet recherché</b> (Dominante)	Efficacité organisationnelle	Efficacité humaine	Efficacité stratégique
<b>Nature et figure dominante du projet sous-jacent</b>	Projet de service qui crée les outils Prisme	Projet de vie de l'équipe qui insuffle l'énergie et maintient la cohésion Espace de liberté	Projet d'équipe qui fixe les priorités Contrat
<b>Qualité exigée des membres de l'équipe</b>	Obéissance aveugle	Initiative, créativité	Obéissance limitée aux exigences du contrat
<b>Type de régulation</b>	" Machinique " et disciplinaire Négociation collective	Culturel	Partiellement " Machinique " et pluridisciplinaire Micro-négociation individuelle et collective

Cette logique s'incarne notamment dans cette tendance qui se profile, entre complexification de l'hôpital-entreprise et niveaux de réalité des ajustements du travail en équipe, à évoluer vers la transdisciplinarité. Il ne s'agit donc pas de lire, ici, ces *MGTE* comme des catégories pures, cloisonnées, isolées et isolables les unes des autres, mais plutôt de les comprendre comme situées sur un continuum allant bilatéralement de l'une à l'autre et se combinant l'une l'autre.

## CONCLUSION

Qui dit tendance, ne dit pas fait acquis ou résultat atteint, et il y a toujours loin de l'idéal à la réalité. Si bien qu'établir les bases d'une *nouvelle gouvernance* à l'hôpital, aujourd'hui, n'est pas qu'un progrès. C'est une nécessité !

« Considérant que la prolifération actuelle des disciplines académiques et non-académiques conduit à une croissance exponentielle du savoir, ce qui rend impossible tout regard global de l'être humain... Considérant que la vie est lourdement menacée par une technoscience triomphante, n'obéissant qu'à la logique effrayante de l'efficacité pour l'efficacité... La reconnaissance de l'existence de différents niveaux de Réalité, régis par des logiques différentes, est inhérente à l'attitude transdisciplinaire. Toute tentative de réduire la Réalité à une seule logique, ne se situe pas dans le champ de la transdisciplinarité... » : la *Charte de la transdisciplinarité* (cf. B. Nicolescu, 1996, pp. 215-229), signée le 6 novembre à Convento da Arrabida, incarne cette nécessité d'une gouvernance en actes à l'hôpital, comme ailleurs.

Partant de la notion d'équipe *psycho-pédagogique médico-sociale* chère à Robert Lafon dans les années cinquante, de celle de *travail interdisciplinaire* de Michel Lemay dans les années soixante-dix et de celle, plus récente, de Jean-Claude Benoit s'inspirant des *tactiques communautaires* des thérapies familiales systémiques, nous avons ainsi été amené à concevoir que l'« efficacité générale »<sup>14</sup> de l'institution s'incarne dans un projet, et que ce projet est tout à la fois :

- un "*prisme*" au travers duquel les membres de l'équipe appliquent les instructions officielles avec lucidité et discernement pour être efficaces, au niveau de l'organisation (MGTE 1) ;
- un "*espace de liberté*" que chacun doit conquérir en faisant les apprentissages et les choix les plus pertinents pour être capable d'initiatives et devenir humainement (i.e. socialement et professionnellement) créateur (MGTE 2) ;
- un "*contrat*" qui engage indissociablement tous les partenaires de l'établissement, d'un point de vue stratégique ((MGTE 3).

En termes de *gouvernance* nous concevons ainsi que, du global au local, le travail en équipe est directement lié au projet d'établissement qui fixe les priorités (*efficacité stratégique*), au projet de service qui crée les outils (*efficacité organisationnelle*), et au projet de l'équipe qui, en faisant vivre les priorités et en perfectionnant les outils (*efficacité humaine*) détermine, en retour, l'évolution de l'institution en créant les conditions de son nouveau projet.

Or, aux interfaces entre l'individuel et le collectif, c'est l'équipe, en effet, qui absorbe et restitue l'énergie vitale du système, règle ses équilibres et maintient son homéostasie pour répondre à des besoins sans cesse croissants, depuis les indications péri-natales jusqu'à la prise en charge des personnes âgées dépendantes psychiques, en passant par les souffrances et maladies des enfants, adolescents et adultes plus ou moins handicapés.

Il reste donc à espérer que face au risque de démobilitation des équipes de santé mentale (fortement ébranlées par l'actualité, cette année), « la nouvelle gouvernance » inspirée par « le plan Hôpital 2007 », puisse renforcer la conscience du *travail en équipe* et mettre en valeur ses pratiques, dès lors que celles-ci sont susceptibles de se transformer grâce à une nouvelle conception du gouvernement des rapports entre pouvoirs locaux et pouvoirs centraux, c'est-à-dire de se réguler face au changement par de nouveaux modes d'organisation s'inspirant d'un *management par l'intelligence*, qui rassemble (gouvernance en actes), plus que d'un *management par l'autorité* qui, en divisant (pluridisciplinarité en miettes), engendre l'entropie.

## BIBLIOGRAPHIE

- BENOIT (J.C.) : 1982. *L'équipe dans la crise psychiatrique*. Paris, ESF.
- BENOIT (J.C.) et al. : 1988. *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris, ESF.
- BOUTINET (J.P.) : 1990. *Anthropologie du projet*. Paris, PUF.
- BOUTINET (J.P.) : 1993. *Psychologie des conduites à projet*. Paris, PUF, (Que-Sais-je ?).
- BOUVIER (A.) : 2004. *Management et sciences cognitives*. Paris, PUF, (Que-Sais-je ?).
- DONNADIEU (G.) : Mai 1987. "Un nouveau regard sur l'entreprise". *Entreprise et personnel*, ANDCP, n° 286.
- DONNADIEU (G.), KARSKY (M.) : 2002. *La systémique, Penser et agir dans la complexité*. Rueil-Malmaison, Editions Liaisons (Entreprise&Carrières).
- JEANSON (F.) : 1979. *Eloge de la psychiatrie*. Paris, Seuil.
- LAFON (R.) : 1950. *Psycho-pédagogie médico-sociale*. Paris, PUF (Nouvelle encyclopédie pédagogique).
- LEMAY (M.) : 1968. *Les fonctions de l'éducateur spécialisé de jeunes inadaptés*. Paris, PUF.
- LEMAY (M.) : 1971. « Les relations dans le travail interdisciplinaire, réalités et exigences ». Conférence, doc. ronéo, 19 pages.
- LE MOIGNE (J.L.) : 1977. 1984. *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*, Paris, PUF.
- LEVY (A.) : 1969. *Les paradoxes de la psychiatrie dans un hôpital psychiatrique*. Paris, ÉPI ;
- MOREAU DEFARGES (Ph.) : 2003. *La gouvernance*. Paris, PUF, (Que-Sais-je ?).

<sup>14</sup> *Efficacité générale* au sens du modèle systémique défini par G. Donnadiou : Eg = Es + Eo + Eh (cf. *infra*).

- MORIN(E) : 1992. *Introduction à la pensée complexe*. Paris, ESF (Communication et complexité).
- MORIN(E) : 2000. *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris, Seuil.
- MORIN (E), LE MOIGNE (J.L.) : 1997. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille, ASPEPS Edition.
- NICOLESCU (B.) 1996. *La transdisciplinarité, Manifeste*. Monaco (Transdisciplinarité).
- PEYRÉ (P.) : 1991. *Le projet de formation en milieu psychiatrique*. Vers l'hôpital formateur, Toulouse, Privat.
- PEYRÉ (P.) : Févr. 1997. "Le projet professionnel, un médiateur au service de la qualité". *Gestions Hospitalières*, N° 135, pp. 142-147.
- PEYRÉ (P.) : Sept./Oct. 1997. "La qualité de la formation : le vrai-faux dilemme entre projet individuel et projet collectif". *Les Cahiers de l'Actif*, Dossier La démarche qualité, N° 256/257, pp.69-87.
- PEYRÉ (P.) : 1999. "Penser globalement les nouveaux métiers de la psychiatrie. Former localement les professionnels de santé mentale". Communication en séance plénière, Rencontre Nationale des CMP (Centres médico-psychologiques), *Les nouveaux métiers de la psychiatrie*, Pau, 15/16/17 décembre 1999.
- PEYRÉ (P.) : 2000. "La coopération en situation de travail : une action convergente des hommes et des structures". *Colloque ALCAA (Agents logiciels, coopération, apprentissage et activité humaine)*, Centre Interdisciplinaire de Recherche, IUT de Bayonne, Université de Pau et des Pays de l'Adour, avec l'Association des Technologies de l'Information pour l'éducation et la formation, Biarritz, Palais des festivals, 6 et 7 octobre 2000 (Actes du Colloque, pp. 49-63).
- PEYRÉ (P.) : Sept./oct. 2000. "Un analyseur clé de la dynamique du changement dans l'institution psychiatrique : la formation du personnel infirmier". *Les Cahiers de l'Actif*, N°292/293, pp. 157-172.

Mots-clés : équipe; psychiatrie; gouvernance; complexité; transdisciplinarité.