



HAL
open science

Pourquoi le Rétablissement ? Essai sur l'institutionnalisation du modèle du rétablissement expérientiel dans la psychiatrie française

Josselin Ciercoles

► **To cite this version:**

Josselin Ciercoles. Pourquoi le Rétablissement ? Essai sur l'institutionnalisation du modèle du rétablissement expérientiel dans la psychiatrie française. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-03470675

HAL Id: dumas-03470675

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03470675>

Submitted on 8 Dec 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

CIERCOLES Josselin

Présentée et soutenue publiquement le 23 novembre 2020

Pourquoi le Rétablissement ?

Essai sur l'institutionnalisation du modèle du rétablissement
expérientiel dans la psychiatrie française

Directeur de thèse : **LLORCA Pierre-Michel**, Professeur, CHU Clermont-Ferrand

Président du jury : **LLORCA Pierre-Michel**, Professeur, CHU Clermont-Ferrand

Membres du jury :

BROUSSE Georges, Professeur, CHU Clermont-Ferrand.

GERBAUD Laurent, Professeur, CHU Clermont-Ferrand.

GELLY Frederic, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand.

MARTY Laurent, Docteur en Anthropologie Sociale, Université Clermont Auvergne.

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGANT

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François

□□□□□

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRACTICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique et

M. BOYER Louis	Technologies de Communication Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA	Frédérique Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1^{ère} CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire

M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

3

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie

M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE**1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE**2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

À Monsieur le Professeur LLORCA.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse après l'avoir dirigée. Vous avez malmené mes certitudes, et vous m'avez poussé au-delà du « narcissisme immature » que vous avez trouvé en moi lors de notre première rencontre. Bien que je ne sois pas toujours de votre point de vue, je me suis senti respecté et encouragé dans cette différence, je ne saurai pas l'oublier. Vous avez tenté de me transmettre votre rigueur intellectuelle, je crains qu'il me fasse le reste de ma vie pour y parvenir. Vous avoir côtoyé, et vous avoir écouté (trop peu) fut un honneur.

À Monsieur le Professeur BROUSSE.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, je vous en remercie infiniment. Nous nous sommes rencontrés au début de mon parcours, c'est votre générosité et votre virtuosité clinique, Monsieur qui m'ont le plus profondément impressionné. Vous savoir là, pour le dernier pas, me remplit de joie.

À Monsieur le Professeur GERBAUD.

Vous m'avez guidé dans mes premières explorations et vous me faites maintenant l'honneur de juger ce travail auquel vous avez contribué. Je vous remercie de m'avoir nourri de paroles et de lectures.

A Monsieur MARTY.

Les discussions dans votre salon ont été pour moi des moments fondateurs de mon cheminement intellectuel. Vous m'avez offert une écoute, des conseils et une méthode d'enquête. Vos présents sont inestimables et je vous en remercie.

À Monsieur le Docteur GELLY.

Les mots me manquent pour vous témoigner toute mon admiration. Vous m’avez transmis une approche clinique et éthique de la psychiatrie que je retrouve à chaque rencontre. Vous m’avez fait comprendre le sens de l’institution et de son usage, pour cela, et tout le reste, je vous en remercie.

À ma famille.

Merci à mes parents pour m’avoir montré le chemin des humanités. Merci Margaux d’avoir supporté ces longues heures d’écriture volées à notre incroyable amour qui ne cesse de grandir. Merci Arthur d’être né et de me rappeler que la joie se trouve entre les liens qui nous unissent.

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT	3
REMERCIEMENTS ET DEDICACES.....	10
TABLES DES MATIÈRES	12
INTRODUCTION.....	16
1 LE MODÈLE DU RÉTABLISSEMENT.....	23
1.1 Un modèle de soin	23
1.1.1 Être rétabli ou être en rétablissement	24
<i>1.1.1.a Définitions.....</i>	<i>24</i>
<i>1.1.1.b Le rétablissement médical.....</i>	<i>27</i>
<i>1.1.1.c Distinction rétablissement médical et expérientiel.....</i>	<i>29</i>
1.1.2 Le rétablissement expérientiel.....	32
<i>1.1.2.a L'approche phénoménologique de la maladie mentale.....</i>	<i>32</i>
<i>1.1.2.b Les ingrédients du rétablissement expérientiel</i>	<i>34</i>
<i>1.1.2.c Les étapes du rétablissement.....</i>	<i>37</i>
<i>1.1.2.d Le soin des personnes en rétablissement.....</i>	<i>39</i>
1.1.3 Les pratiques orientées rétablissement.....	41
<i>1.1.3.a Les valeurs des soins orientés rétablissement</i>	<i>42</i>
<i>1.1.3.b Les outils pour une relation soignante orientée rétablissement.....</i>	<i>45</i>
<i>1.1.3.c Les outils pour un service orienté rétablissement</i>	<i>46</i>
1.1.4 Conclusion.....	49
1.2 Un modèle sociopolitique :	51
1.2.1 Genèse américaine d'un modèle centré sur les droits civiques.....	51
<i>1.2.1.a La désinstitutionnalisation comme contexte.....</i>	<i>51</i>
<i>1.2.1.b Le mouvement des usagers</i>	<i>53</i>
<i>1.2.1.c La co-construction d'une organisation orientée rétablissement</i>	<i>59</i>
1.2.2 La responsabilité collective du rétablissement.....	61
<i>1.2.2.a Entre individu et collectif, l'agentivité du rétablissement.....</i>	<i>61</i>
<i>1.2.2.b L'inclusion sociale</i>	<i>62</i>
<i>1.2.2.c Handicap psychique.....</i>	<i>64</i>
<i>1.2.2.d L'obstacle de l'autonomie objective.....</i>	<i>66</i>
1.2.3 L'empowerment un moteur vulnérable.....	68
<i>1.2.3.a L'empowerment dans le rétablissement</i>	<i>68</i>
<i>1.2.3.b Définition et traduction.....</i>	<i>69</i>
<i>1.2.3.c 3 niveaux d'empowerment.....</i>	<i>70</i>
<i>1.2.3.d 3 formes d'empowerment.</i>	<i>72</i>
<i>1.2.3.e Quelle est la nature du pouvoir dans le rétablissement ?.....</i>	<i>73</i>
1.2.4 Conclusion.....	75

<u>1.3</u>	<u>Un contexte sociohistorique français différent.....</u>	<u>78</u>
1.3.1	La naissance du secteur	78
1.3.1.a	<i>La guerre comme point de bascule.....</i>	78
1.3.1.b	<i>Soigner l'institution psychiatrique et construire des thérapies réadaptatives</i>	79
1.3.1.c	<i>Un secteur entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale</i>	82
1.3.2	De la psychiatrie à la santé mentale.....	84
1.3.2.a	<i>Un secteur inachevé</i>	84
1.3.2.b	<i>Une dilution du pouvoir psychiatrique.....</i>	85
1.3.2.c	<i>La santé mentale comme nouveau paradigme.....</i>	87
1.3.2.d	<i>Du secteur au réseau.....</i>	89
<u>1.4</u>	<u>Conclusion</u>	<u>91</u>
<u>2</u>	<u>MÉTHODE ET PARTIS PRIS</u>	<u>93</u>
<u>2.1</u>	<u>Le lien social</u>	<u>94</u>
2.1.1	De l'écologie à la Psychiatrie	95
2.1.2	Le lien social d'appartenance	97
2.1.3	Inclusion sociale et stigmatisation	99
<u>2.2</u>	<u>La Santé mentale communautaire.....</u>	<u>102</u>
2.2.1	Le secteur 59G21	103
2.2.2	Le paradigme de la santé mentale dans la communauté.....	104
2.2.3	Une pratique citoyenne	106
<u>2.3</u>	<u>L'approche institutionnelle</u>	<u>109</u>
2.3.1	L'impasse de l'approche organisationnelle	109
2.3.2	La psychothérapie institutionnelle	111
2.3.3	Distinguer institution et établissement	113
2.3.4	Penser l'aliénation sociale dans la santé mentale contemporaine	115
<u>2.4</u>	<u>La méthode qualitative</u>	<u>117</u>
2.4.1	Les terrains d'enquêtes	118
2.4.2	L'observation directe	119
2.4.3	Les récits de vie.....	121
2.4.4	Analyse du matériau	122
2.4.5	La construction des hypothèses.....	124
2.4.6	Le processus de problématisation	125
<u>3</u>	<u>INSTITUTIONNALISER LE RÉTABLISSEMENT</u>	<u>127</u>
<u>3.1</u>	<u>Le rétablissement dans la relation soignante.....</u>	<u>128</u>
3.1.1	La conscience d'un malaise	128
3.1.1.a	<i>Le paternalisme médical</i>	128
3.1.1.b	<i>La pensée psychanalytique comme alternative</i>	131
3.1.1.c	<i>Enfermer par des discours déterministes</i>	132

3.1.2	Du déterminisme à la complexité	135
3.1.2.a	<i>La créativité</i>	135
3.1.2.b	<i>De la complexité théorique à une position relationnelle complexe</i>	136
3.1.2.c	<i>Respecter l'autonomie ou protéger la vulnérabilité ?</i>	140
3.1.3	La rencontre comme catalyseur	143
3.1.3.a	<i>Entre eux et nous</i>	143
3.1.3.b	<i>Entre norme et pathologique</i>	146
3.1.3.c	<i>Les contraintes institutionnelles</i>	147
<u>3.2</u>	<u>Obstacles à l' institutionnalisation inclusive du rétablissement</u>	<u>149</u>
3.2.1	Le détournement déterministe ou le rétablissement vitrine	149
3.2.1.a	<i>Faire cohabiter deux visions du monde.....</i>	149
3.2.1.b	<i>Le pouvoir de prendre son traitement</i>	151
3.2.1.c	<i>Quantifier objectivement l'expérience</i>	155
3.2.2	L'opposition du secteur : on fait déjà du rétablissement	158
3.2.2.a	<i>Une opposition de posture.....</i>	158
3.2.2.b	<i>Une ignorance mutuelle des similitudes et des complémentarités</i>	160
3.2.2.c	<i>Le conflit éthique de l'autonomie</i>	164
3.2.3	Le je-m'en-foutisme du psychiatre ou le rétablissement néolibéral.....	167
3.2.3.a	<i>Organiser les soins par la logique économique</i>	167
3.2.3.b	<i>Organiser les soins par le management de parcours</i>	170
3.2.3.c	<i>Glissement de sens et de concepts</i>	171
<u>3.3</u>	<u>Opérateur institutionnel pour une organisation inclusive</u>	<u>174</u>
3.3.1.a	<i>Une différence franco-américaine.....</i>	174
3.3.1.b	<i>Lutter contre la stigmatisation des professionnels</i>	176
3.3.1.c	<i>La créativité collective</i>	177
3.3.1.d	<i>Moins de techniques</i>	179
3.3.1.e	<i>Plus de rencontre</i>	180
3.3.2	Favoriser l'inclusion sociale et lutter contre la stigmatisation par l'embauche.....	182
3.3.2.a	<i>Le rôle de pair-aidant</i>	182
3.3.2.b	<i>La fonction de plaidoyer institutionnel.....</i>	183
3.3.2.c	<i>Des usagers au pouvoir.....</i>	187
<u>3.4</u>	<u>Conclusion</u>	<u>189</u>
3.4.1	L'espoir d'une alternative inclusive.....	189
3.4.2	L'impasse des outils orientés rétablissement	190
3.4.3	L'absence d'un mouvement sociopolitique	192
3.4.4	Une approche partielle de l'éthique du soin.....	193
<u>CONCLUSION.....</u>		<u>194</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>		<u>196</u>
<u>ANNEXE</u>		<u>210</u>

SERMENT D'HIPPOCRATE 211

INTRODUCTION

« Comment ne pas entrer aujourd’hui dans cette profession si particulière sans un frisson de désarroi ? » Steeve Demazeux (1)

Cette phrase issue d’un congrès d’internes en psychiatrie résume un sentiment qui m’a accompagné une partie de mon internat. Ma formation médicale m’avait déjà confronté à la mort et à la souffrance humaine. Mes quelques connaissances universitaires m’ont permis de garder une certaine distance émotionnelle.

J’ai ressenti ce frisson de désarroi pour la première fois au cours de mon premier stage, lors d’une garde aux urgences psychiatriques. J’ai rencontré un adolescent amené par les policiers que ses parents avaient appelés pour qu’il arrive jusqu’à moi. Le pédopsychiatre d’astreinte m’a demandé de laisser rentrer cet adolescent, car « il n’y avait pas de place en pédopsy ». Bien sûr il ne s’est pas présenté au rendez-vous fixé la semaine suivante. Je comprenais qu’il y avait quelque chose de pathologique à l’œuvre chez ce jeune homme. Je comprenais également ces parents qui craignaient la violence de leur propre enfant. Et enfin j’ai constaté que le système de soins ne pouvait pas le « soigner ».

J’ai, au cours de mon internat, régulièrement participé à la violence des hospitalisations sans consentement. J’ai découvert le pouvoir du savoir psychiatrique sur la vie des personnes. Alors même que ce savoir peine à guérir ces malades. J’ai travaillé dans un hôpital de jour où les patients n’en étaient jamais vraiment sortis, et même lorsqu’ils allaient dormir chez eux, j’avais l’impression qu’ils restaient encore les « patients de l’hôpital de jour ».

J'ai également croisé la route de professionnels inspirants que j'ai pu suivre parfois avec dogmatisme. J'ai investi mon apprentissage afin de trouver un sens à ma pratique, dans un système de soins que je ne comprenais pas.

Après un long voyage, je revins dans le monde de la psychiatrie avec une conscience politique émergente. Marqué par le combat politique d'un ami péruvien, et conscient des privilèges de la société française, je suis revenu avec la volonté d'orienter ma pratique vers la construction de liens sociaux des personnes que j'accompagnerai.

J'ai rejoint un service de santé publique, pour commencer l'exploration de mon sujet de thèse. J'y ai travaillé à mieux connaître le monde social auquel j'appartenais. Son actualité était alors marquée par des manifestations et des grèves (2). L'ensemble de la psychiatrie française réclamait et réclame toujours une augmentation du budget alloué par le gouvernement.

Celui-ci est alloué à travers une dotation annuelle de financement (DAF) fixé par un objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), voté par le parlement chaque année. Il s'agit du cadre budgétaire de l'ensemble des dépenses de santé. Son objectif assumé est une maîtrise économique de l'offre de soin : « ne pas dépasser cet objectif [qui n'a jamais dépassé 2,5 % d'augmentation depuis sa création] implique de maîtriser les dépenses de santé puisque la tendance "naturelle" se situe autour de 4 % » (3).

C'est ainsi que j'ai compris comment un responsable politique peut affirmer que les dépenses de santé augmentent (en brut), face à un professionnel de santé qui soutient le contraire (au regard de l'augmentation de la demande) (4).

Au-delà de la logique gestionnaire aveugle aux problématiques sanitaires (5), la psychiatrie reste le parent pauvre de la médecine. La part des dépenses de la psychiatrie publique et privée non lucrative dans le total des dépenses diminue chaque année (6).

Au fil de mes recherches, j'ai découvert que certains acteurs choisissent de privilégier le redéploiement des moyens financiers dans une perspective rapidement opérationnelle. Dans un livre intitulé « Psychiatrie : l'état d'urgence » (7), Marion Leboyer et Pierre Michel Llorca prônent l'élaboration de nouveaux critères d'évaluation des soins. Ces critères sont construits afin de soutenir une réorganisation des soins par une meilleure coordination entre les acteurs pour faciliter l'accès au diagnostic, au traitement pharmacologique, à des thérapies fonctionnelles et à des accompagnements médico-sociaux orientés sur la réinsertion.

D'autres protagonistes de la psychiatrie choisissent d'exprimer clairement leur opposition à l'idéologie néolibérale qui rend les politiques sanitaires incompatibles avec la pratique du soin : « La psychiatrie n'est pas soluble dans le marché » (8). Ils prônent ainsi la rupture avec la politique actuelle et le management par objectif comptable.

Cette dernière approche plus radicale est portée par différents groupes qui ont en commun une réflexion politique et sociale de la valeur du soin. *La logique du soin et de l'accompagnement social doit l'emporter sur les logiques gestionnaires.* Ils font le choix de positionner la psychiatrie dans le champ politique et revisitent l'aliénation sociale au XXI^e siècle. En ce sens ils ne recherchent pas des critères d'efficacité technique du soin, mais une *politisation* de la pratique du soin. Ils rejettent la *transformation d'une politique de santé pour tous, vers une politique de santé marchandise* (9).

C'est dans ce contexte de restriction budgétaire, de mécontentement généralisé et d'absence de volonté politique que j'ai émergé dans ce monde social. La prise de conscience de la perméabilité de la psychiatrie avec les autres champs sociaux m'a permis de sortir du désarroi qui m'avait saisi lors de cette garde. Désarroi qui aurait pu me conduire à l'indifférence.

« Le problème en psychiatrie, c'est qu'il y a trop de sociaux »

Cette phrase prononcée par un co-interne en revenant du self illustre la spécificité de la psychiatrie. La psychiatrie s'intéresse à un champ de l'expérience humaine dans lequel il est ardu d'établir une connaissance robuste. Le fait même de donner une définition de la psychiatrie et de ses objets constitue un parti pris politique. Dans le sens où elle implique de positionner son regard sur un objet qui peut être vu sous différents angles.

Pierre-Michel Llorca précise son regard dans son dernier ouvrage : « les objets de la psychiatrie (les processus et contenus de pensée et les comportements) sont les fondements des interactions et positionnent cette discipline dans le champ sociétal. » (7).

Cette définition renvoie à la dimension épidémiologique de la psychiatrie. La médecine construit un savoir institutionnalisé autour des « bons comportements » (10).

Elle participe à l'exercice d'un pouvoir décrit comme un ensemble de discours et de pratiques qui vise à *structurer le champ des actions possible des autres*. Si l'État peut, à partir du savoir des infectiologues, imposer le port du masque chirurgical dans les boulangeries et un couvre-feu, ce même État a pu s'appuyer sur le savoir des psychiatres pour exclure l'homosexualité du champ social (11).

Le savoir des psychiatres participe à l'édification de frontières entre des comportements sociaux pathologiques ou normaux amenant à la production de discours concernant le développement normal des enfants, la place des expériences hallucinatoires, l'utilisation de substances psychoactives, la sexualité, ou la reconnaissance de l'épuisement professionnel comme une maladie... Ce phénomène sociologique renvoie à ce que la sociologue Lise Demailly nomme *la psychologisation des rapports sociaux* (12).

La relation de soin psychiatrique, par sa porosité au champ social, confère au soignant un pouvoir d'établir le « bon comportement » de la personne soignée. Cette socialisation de la relation soignante peut tendre de plus en plus vers la privation de liberté dans le soin. Celle-ci peut recouvrir jusqu'à 40 % des admissions dans certains établissements, et correspond à 24 % du total des hospitalisations en 2018 (13). Quantitativement, l'institution psychiatrique est comparable avec l'institution judiciaire : 80 000 personnes sont privées de liberté en 2018 par les psychiatres (13), contre 100 000 personnes emprisonnées par les juges (14).

Ces chiffres nous rappellent que la folie n'est pas née de la médecine, mais de l'enfermement, et qu'elle « *s'organise autour de la punition* » (Foucault 1978).

Au-delà des chiffres, l'existence d'un pouvoir de contrainte a une influence sur les relations soignantes. La personne concernée par la maladie mentale et le professionnel s'investissent dans la relation en sachant que des sous-contraintes sont possibles. Une pratique répandue dans les services que j'ai fréquentés est d'amener la personne à accepter l'hospitalisation, tout en sachant que si elle refuse elle sera hospitalisée sans son consentement. J'ai déjà moi-même fait peser la menace discrète de la contrainte sur des personnes, afin qu'elles se soumettent à mon analyse médicale de leur dangerosité et qu'elles acceptent une hospitalisation.

En retour la personne en demande de soins rentre dans la relation soignante en mettant en place des stratégies pour se soustraire au pouvoir de la contrainte. L'infirmier-chercheur Jérôme Favrod aborde ce phénomène dans les relations soignantes par ce qu'il nomme le syndrome de Midas (15) : une personne concernée par des symptômes psychotiques aura tendance à en dire le minimum à son psychiatre de peur qu'il augmente son traitement neuroleptique ou qu'il l'hospitalise.

Plus je constatais la fragilité et les abus de ma discipline, plus j'éprouvais le désir de participer à son renouvellement. C'est pourquoi j'ai choisi de réaliser ma thèse dans le champ de l'organisation des soins. Lors de ma découverte du modèle du rétablissement au début de mon internat, j'ai tout de suite saisi la dimension politique qu'il contenait. C'est pourquoi j'ai choisi d'en faire l'objet principal de ma thèse.

J'ai initialement investi mon enquête dans une posture presque militante. Mais la confrontation au matériel de terrain et les conseils avisés des personnes qui m'ont accompagnées m'ont permis de sortir de la posture pour construire ma position.

Une position qui prend forme dans la relation soignante, dans les conflits séculaires entre les écoles de psychopathologie et qui s'ancre dans un monde social en pleine transformation.

C'est pourquoi j'ai fait le choix d'aborder le modèle du rétablissement par le fait qu'il reconnaît et met en avant la dimension sociale de la maladie mentale, et non pour poursuivre l'héritage antipsychiatrique. Je reconnais la dimension psychopathologique de la maladie mentale. Tout comme l'utilité de l'approche biomédicale et le rôle de la pharmacopée du psychiatre. Bien que je sois relativement humble quant à leur aide au long cours dans les troubles psychiques chroniques.

Pour soulager un réflexe correcteur profondément ancré en moi, je préfère consacrer mon énergie à promouvoir la dimension sociale et politique de la psychiatrie.

Pour cela j'ai choisi d'explorer le modèle du rétablissement dans son articulation avec la notion d'inclusion sociale, dans le sens de l'accueil du milieu social à l'encontre des personnes exclues. Par cette approche j'ai pour objectif de tisser les ressemblances et les différences entre les courants de la psychiatrie française. Afin de participer à l'émergence d'un nouveau paradigme dans le monde de la psychiatrie. Un paradigme qui arrive à considérer les personnes qui le composent, usagers comme professionnels. J'ai réalisé ce travail avec l'espoir que quelques professionnels de ma génération puissent s'en saisir pour ne pas rester indifférents à ce frisson de désarroi.

1 LE MODÈLE DU RÉTABLISSEMENT

1.1 Un modèle de soin

Le modèle du rétablissement est mobilisé dans les discours comme un nouveau modèle de soins. Parfois comme une alternative aux soins traditionnels, souvent comme une approche complémentaire.

Le rétablissement est polysémique dans le monde de la psychiatrie française. Ses représentations conceptuelles, ses approches méthodologiques et ses pratiques de soins sont très variées (16). Cette diversité témoigne de la richesse intellectuelle de ce monde social, mais a pour inconvénient de troubler les contours du rétablissement. Cette confusion est également présente dans le monde anglo-saxon où comme en France, chacun peut voir le rétablissement dans la continuité de sa pratique sans la modifier (17).

Dans cette partie je souhaite vous présenter en premier lieu les deux acceptions du modèle du rétablissement en reprenant une opposition étayée par la littérature sur le sujet : le rétablissement médical (déterministe, objectif) et le rétablissement expérientiel (subjectif)

Je vous présenterai ensuite pourquoi j'ai fait le choix de privilégier le rétablissement expérientiel. Et enfin, je vous proposerai une brève revue de la littérature concernant les pratiques de soins orientés rétablissement.

1.1.1 Être rétabli ou être en rétablissement

1.1.1.a Définitions

C'est dans le cadre de petits groupes d'anciens buveurs aux États-Unis qu'apparaît pour la première fois le terme *recovery*. Ces groupes d'origine protestante s'appellent les *recovery cycles*. Ils accueillent des personnes afin qu'elles partagent leurs expériences et se soutiennent dans leur démarche d'abstinence. Ce mouvement prendra une ampleur mondiale avec les années par la création de l'association des Alcooliques anonymes et la publication de leur livre en 1939 qui mentionne « recovered » dans son titre (18).

Patricia Deegan utilise le terme de *recovery* pour la première fois en 1988 et l'inscrit dans le champ de la schizophrénie et des autres maladies mentales sévères (19). Ce terme sera traduit par les Québécois par rétablissement. On retrouve ce terme à la naissance de la psychiatrie française. L'illustre Philippe Pinel l'utilise pour décrire le *rétablissement de la raison* (Pinel 1809, 399). Ce terme renvoie à la racine latine *stabilité* (faire tenir solidement, soutenir et consolider), qui dérive de *starets* (se tenir debout). Ainsi, le modèle du rétablissement tente de répondre à la question : comment l'on se relève de la chute que provoque la maladie ? (20)

À partir des années 90, d'autres figures majeures du mouvement des usagers américains utilisent ce terme dans des nombreux récits autobiographiques. Ce terme deviendra un concept scientifique co-construit entre associations d'ex-usagers de psychiatrie et des chercheurs travaillant dans des services de réhabilitation ayant une expérience personnelle de la maladie de la réhabilitation psychiatrique (21–24).

Le modèle du rétablissement qui émerge peu à peu de ces travaux recouvre plusieurs définitions. L'ensemble des auteurs s'accorde sur la proposition de William Anthony en 1993 : « le rétablissement est une démarche personnelle et unique, visant à changer son attitude, ses sentiments, ses perceptions, ses valeurs, ses rôles et objectifs... et un moyen de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir est possible malgré les limites imposées par la maladie » (25).

Ainsi dans cette acception subjective, le rétablissement n'est plus un état à atteindre, mais un cheminement, *un processus, non un point final ou une destination*.

Patricia Deegan est une psychologue-chercheuse vivant avec une schizophrénie, elle est l'une des figures principales du mouvement des usagers. Elle définit le rétablissement comme :

« Une attitude, une façon d'aborder les défis quotidiens, un parcours pour se renouveler. Il implique une transformation plutôt qu'une restitution. Se rétablir signifie connaître ses propres limites, savoir qu'il existe certaines choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que d'être source de désespoir, j'ai appris que cela m'ouvre la voie vers tout ce que je peux faire. »(26)

Le rétablissement n'est plus un état à atteindre, mais un cheminement singulier basé sur le désir de la personne. Il ne concerne plus l'amélioration du trouble, mais *le changement de regard sur ses répercussions pour la personne* (27).

Ce changement de regard concerne également les conséquences indirectes de la maladie. Soit les interventions des soignants, la stigmatisation sociale.

« La personne souffrant d'un trouble mental doit aussi se remettre de la stigmatisation dont elle est si souvent victime, et qu'elle aura si souvent internalisée au plus profond de son être. Elle doit se remettre des effets iatrogènes de traitement, du manque d'opportunités récentes pour gérer sa propre vie, des effets secondaires négatifs du chômage et des rêves brisés. » (28)

Il s'agit donc de se remettre de *la double peine* de la maladie mentale : la douleur singulière propre à la maladie, à laquelle s'ajoute le regard négatif sur les porteurs de cette maladie (29).

Lorsque Patricia Deegan utilise pour la première fois le terme rétablissement dans le récit de son expérience de la schizophrénie, elle distingue le concept de rétablissement avec celui de réhabilitation psychosociale :

« Il est important de comprendre que les personnes en situation de handicap ne se “réhabilitent” pas dans le même sens que les voitures sont “révisées” ou que les télévisions sont “réparées”. Ces personnes ne sont pas des usagers passifs des services de réhabilitation. Au contraire, ils font l'expérience du rétablissement, il s'agit de la découverte d'une nouvelle image d'eux-mêmes et d'une nouvelle raison d'être. Cette distinction entre réhabilitation et rétablissement est importante. La réhabilitation fait référence aux services et aux techniques qui sont mises en place pour les personnes ayant des incapacités afin qu'elles puissent apprendre à s'adapter à leur monde. Le rétablissement fait référence à l'expérience vécue, ou à la “vraie vie”, des personnes qui acceptent et surmontent le défi de leur incapacité. Nous devrions dire que la réhabilitation fait référence “au pôle du monde” et que le rétablissement fait référence “au pôle de soi-même” du même phénomène ». (19)

La psychologue et ex-usager des services de psychiatrie fait clairement la distinction entre le savoir médical de la réhabilitation psychiatrique de son époque et le savoir expérientiel des usagers. Presque 40 ans plus tard, cette distinction épistémologique reste pertinente. La modélisation du rétablissement par divers acteurs et chercheurs a conduit deux acceptions différentes : le rétablissement médical (objectif) centré sur des indicateurs cliniques et le rétablissement expérientiel (subjectif) centré sur le vécu des personnes (30).

1.1.1.b Le rétablissement médical

Avant la diffusion du terme de rétablissement dans le monde psychiatrique américain, les recherches épidémiologiques en réhabilitation psychosociale fournissaient déjà les preuves de l'amélioration du fonctionnement social chez les personnes concernées par un trouble psychique sévère. Cette connaissance relevant de la méthodologie de la médecine fondée sur des données probantes (EBM) contredisait déjà la conception classique d'une détérioration inéducable causée par la schizophrénie (31). Les études internationales de l'époque montrent qu'entre 40 % et 75 % des personnes se sont améliorées sur le plan médical (32–36).

Les indicateurs de ces études se résument par (37) :

- Une absence de nouveaux symptômes
- Une non-utilisation de drogues psychotropes
- Une vie autonome dans la communauté
- Un travail et de bonnes relations avec les autres
- Des comportements différents sans qu'ils soient considérés comme inadaptés.

Le rétablissement objectif s'inscrit dans la continuité de cette approche fonctionnelle des conséquences sociales de la maladie psychique. Ces chercheurs ne franchissent pas l'obstacle épistémologique (38) que pose le modèle du rétablissement tel qu'il est proposé par le mouvement des usagers. Ils préfèrent construire un modèle du rétablissement avec les outils de la médecine basée sur les données probantes plutôt que de changer leur approche pour une méthode compréhensive.

Le rétablissement est médical et donc un résultat objectivable quantitativement à atteindre (39). Il s'agit d'*être rétabli* selon des données cliniques hétéro-évaluatives. En ce sens il est compatible avec l'épistémologie déterministe de la médecine contemporaine. Selon cette approche objective et hétéro-évaluative, *être rétabli* (40) équivaut à :

- Une rémission des symptômes ;
- Une reprise du travail à temps plein ou partiel ;
- Une vie indépendante sans surveillance ou soutien d'amis pendant une période continue d'au moins deux ans.

Cette acception objective et fonctionnelle du rétablissement aborde l'autonomie des personnes du point de vue sociétal et non de l'individu. Le rétablissement apparaît comme une nouvelle norme de bien-être (41).

Cette acception objective du rétablissement permet de réaliser des études épidémiologiques. Ainsi, 42 à 68 % des personnes concernées par la schizophrénie sont pleinement ou partiellement rétablies (39,42,43). 12 à 37 % des patients peuvent être considérés en rétablissement complet (43,44).

Par son approche médicale, le rétablissement objectif (clinique ou médical) reprend l'essentiel du modèle de rémission fonctionnelle dans la schizophrénie que le Pr Llorca et ses collaborateurs ont développé (45).

Le rétablissement objectif et la rémission fonctionnelle sont tous deux des modèles dits « loyaux » dans le sens qu'ils permettent aux professionnels de santé d'envisager des objectifs réalisables dans les dispositifs de soins actuels (46). Mais leur proximité conceptuelle amène à se questionner sur la pertinence de les distinguer (47).

Au-delà d'un doublon conceptuel, le modèle du rétablissement clinique (objectif, médical) masque l'originalité et la pertinence de ce qui a permis l'émergence de ce concept. Comme le fait remarquer Marie Kœnig : « En restant centré sur l'idée d'une psychopathologie "dormante", le rétablissement médical peut être perçu comme une résignation, une sorte de pis-aller sonnante le renoncement à l'idée de guérison. Ainsi, la conception expérientielle du rétablissement s'est-elle développée pour s'affranchir de cette empreinte déterministe » (27).

1.1.1.c Distinction rétablissement médical et expérientiel

Marie Kœnig a travaillé à mettre en avant les différences entre l'acception objective du rétablissement et son acception subjective. En effet, le rétablissement médical et le rétablissement expérientiel se distinguent en de nombreux points :

- L'objet du rétablissement est soit un objectif à atteindre, soit un cheminement à emprunter.
- Les facteurs favorisant le rétablissement sont soit des déterminants symptomatiques fonctionnels, soit des dispositions subjectives.
- L'évolution favorable est pensée soit comme impliquant un retour au fonctionnement pré morbide, soit comme une démarche personnelle transformatrice.

- Les méthodologies employées diffèrent, voire s'opposent en tout : une démarche quantitative et hétéro-évaluative, contre une démarche qualitative et auto évaluative.

Ces distinctions ont de nombreuses conséquences lorsqu'il s'agit de mettre en pratique ce modèle dans l'organisation des soins. Le modèle médical apparaît comme centré sur la psychopathologie, l'atténuation des symptômes et des déficits fonctionnels. Alors que le rétablissement expérientiel se conçoit davantage comme un modèle de santé. Un modèle de *salutogénèse* (48) qui ne tend pas à réparer des déficits, mais à accompagner le développement de nouvelles habiletés à partir des ressources déjà présentes en chaque sujet.

La conception expérientielle prône une perspective d'accompagnement bien singulière qui se distingue des modalités de prise en charge médicale classique. La priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir une des actions concrètes, en veillant à optimiser le recours ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche (30).

La différence entre la perspective objective et subjective rend compte d'un débat permanent sur la nature de l'objectif principal des services de santé mentale. Des professionnels de la réhabilitation psychosociale œuvrent pour un véritable partenariat avec les usagers afin d'orienter le paradigme du rétablissement vers son acception expérientielle. Et ainsi influencer les politiques de santé publique vers la dimension subjective et sociale des troubles psychiques (49,50).

Au contraire, d'autres observateurs décrivent un détournement du modèle du rétablissement vers son versant médical. Dans leur article (51) *deux oiseaux, une pierre*, Marcia Hunt et Sandra Resnick évoquent une récupération par des spécialistes du mouvement des usagers qui

aboutirait à ce que le parcours personnel de rétablissement soit préformaté par les professionnels de la santé.

La thèse sous-jacente à mon travail est qu'il est souhaitable de limiter le modèle du rétablissement à son acception subjective. C'est pour moi sa dimension phénoménologique qui fait la pertinence du modèle du rétablissement. Le savoir expérientiel a sa place auprès du savoir de la médecine basée sur des données probantes. Souvenons-nous de l'enseignement de George Canguilhem qui distingue la médecine des sciences en ces termes :

« La médecine nous paraissait, et nous paraît encore, comme une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt que comme une science proprement dite » (52).

Le modèle du rétablissement un chemin supplémentaire au carrefour de la médecine. Ce chemin se distingue de l'approche médicale qui concerne la maladie et ses manifestations observables à travers la personne. Il se distingue également de l'approche fonctionnelle de la réhabilitation psychosociale qui s'intéresse aux conséquences sociales de la maladie selon la méthode de la médecine basée sur les données probantes (EBM)¹.

¹La médecine basée sur des données probantes (EBM) consiste pour un problème clinique donné à rechercher d'abord dans la littérature les études cliniques pertinentes sur le sujet ; à évaluer ensuite la validité scientifique et l'intérêt clinique des résultats de ces études ; enfin, à promouvoir les résultats jugés les plus « probants » sous la forme d'une recommandation clinique à l'usage des praticiens (1).

L'EBM pose une éthique de la rigueur quantitative comme condition de la qualité de la preuve. Telle la digne héritière de la médecine des épidémies du XIXe siècle, cette nouvelle médecine épidémiologique tend à se présenter comme une épistémologie exhaustive de la médecine par la hiérarchisation des preuves.

1.1.2 Le rétablissement expérientiel

1.1.2.a L'approche phénoménologique de la maladie mentale

Pour distinguer le chemin du rétablissement expérientiel de celui du modèle fonctionnel de la réhabilitation psychosociale. Il convient de débarrasser l'EBM de ses attributs hégémoniques essentialistes. Comme toutes les branches de la médecine avant elle, les statistiques ne suffisent pas pour guider la pratique du soin (10). L'identification de ces « preuves claires » est difficile à obtenir dans le déluge d'études aux méthodologies variées, et surtout les obstacles sont nombreux pour établir une hiérarchisation opérationnelle entre les preuves (53).

Le sujet moyen de l'EBM est une somme de valeurs statistiques. Il est lisse, il est rationnel, il n'est pas animé par une vie intérieure. Les connaissances statistiques concernant ce *sujet moyen* ne peuvent être généralisées à la personne singulière en demande de soin. Pour mobiliser les connaissances de l'EBM dans sa pratique, le soignant doit comprendre l'intérêt et les limites du calcul statistique (1).

Comprendre les limites de l'EBM conduit à diversifier les savoirs fondamentaux. Permettre aux soignants de puiser également dans les sciences sociales afin de construire leur savoir-faire et faire face à la réalité des personnes en demande de soin (54).

C'est pourquoi l'approche compréhensive du rétablissement expérientiel est une aide précieuse qui complète les approches déterministes du monde médical. Les derniers définissent l'état objectif pour *être rétablis*. La première permet d'envisager le rétablissement comme un

processus et non plus un état. Il s'agit alors de comprendre ce que signifie *être en rétablissement* (55).

La méthode qualitative est toujours considérée dans le monde médical comme le parent pauvre de la méthode quantitative. Elle est pourtant capable de combler les limites de la connaissance fondée sur les données probantes, en explorant la dimension non calculable des personnes concernées par la maladie mentale (1).

Larry Davidson considère que la méthode qualitative repose sur le postulat selon lequel il existe plusieurs formes de savoir à propos d'un même sujet. L'objet de ses travaux s'inscrit dans le cadre du courant phénoménologique dont l'héritage intellectuel permet selon lui de construire *une méthode rigoureuse pour la recherche psychologique* (22).

Il propose une méthode basée sur des entretiens semi-directifs. Il délaisse la description clinique et les études de cas — pourtant une référence historique de la recherche médicale — les considérant comme étant le reflet des connaissances du clinicien, plutôt que celui de l'expérience de la personne.

Pour *retourner aux choses mêmes* et accéder à l'expérience vécue des sujets, c'est les récits qu'il considère comme le mode d'expression privilégié du rétablissement expérientiel. L'activité narrative — en tant que manière de se présenter et de communiquer à propos de soi et de ses expériences vécues (56) — est envisagée comme le moteur interne du rétablissement.

Certains auteurs comme Sylvie Noiseux et Nicole Ricard ont adopté une méthodologie anthropologique plus large, en collectant les récits de vie des personnes concernées par la maladie mentale, mais également les récits de leurs proches et de leurs soignants (57).

1.1.2.b Les ingrédients du rétablissement expérientiel

L'ensemble de ces recherches qualitatives sur le rétablissement expérientiel s'accorde sur un des composants favorisant le processus de rétablissement. Je présenterai ici les quatre qui m'apparaissent comme faisant consensus : l'espoir, la redéfinition identitaire, l'*empowerment* et le soutien par autrui.

○ L'espoir

Patricia Deegan décrit comment le diagnostic de schizophrénie lui a fait perdre espoir :

« À cause de mon diagnostic, les professionnels ont perdu tout espoir en un avenir intéressant pour moi. [...] L'avenir inconnu et ambigu dans lequel je projetais mes espoirs, rêves et aspirations. Une fois diagnostiquée schizophrène, les professionnels agirent comme si mon avenir et mon destin étaient scellés » (58).

L'espoir c'est l'avenir indéterminé dans lequel la personne peut se projeter selon son désir et ses aspirations. Lorsque la maladie et son pronostic limitent cet avenir au pronostic probabiliste, il n'y a plus d'espoir. L'espoir renaît lorsque la personne réalise un décalage entre le pronostic de sa maladie et son avenir (27), afin d'intérioriser la pensée qu'*un lendemain viendra* (58).

○ La redéfinition identitaire

Larry Davidson (22) caractérise le rétablissement comme un processus de sortie de l'identité de malade. Une aptitude à redéfinir la maladie comme un seul aspect de la pluralité de ses facettes identitaire (39). Marie Kœnig apporte une profondeur supplémentaire à ce processus de reconstruction identitaire en le reliant à *des rapports différents entretenus par les sujets à l'entité « maladie »* (27) :

Les sujets se situant à la première étape évoquent une telle identification au trouble (fusion) que l'expérience de soi apparaît figée au stade pré morbide ;

- Pour les sujets s'inscrivant à la seconde étape, la maladie métaphorise leur souffrance (extériorisation), et oriente ainsi une démarche de lutte pour recouvrer un sentiment de soi « sain » ;
- Enfin, les sujets se situant à la troisième étape de notre modèle se distancient des représentations médicales, pour se rapprocher de leur expérience vécue (appropriation).

Le rétablissement est donc un modèle processuel et téléologique dans le sens où il se fixe comme objectif *la sortie du statut de malade* (30). Il n'est pas question d'un retour à une identité antérieure, mais plutôt d'une *transformation identitaire* (22,57).

- o ***L'empowerment***

Ce terme intraduisible en français est considéré comme l'expression même du processus identitaire dans les comportements, mais aussi comme un moyen et le moteur de cette démarche (31).

Ce concept est également mobilisé en dehors du modèle du rétablissement. Tout comme le rétablissement, l'empowerment désigne un processus et dans le même temps un objectif de transformation individuel. Mais il désigne également un processus d'augmentation de pouvoir collectif ayant une influence au niveau politique.

Cette composante collective et politique place l'*empowerment* au cœur des recherches concernant l'organisation des soins. Cela ouvre le questionnement éthique de soins qui favorise l'autodétermination des personnes concernées par la maladie et à travers ce questionnement la

place des personnes en rétablissement dans le système de santé. Mais pour l'instant nous nous limiterons à sa dimension individuelle.

L'*empowerment* dans cette acception se caractérise par la restauration d'un sentiment de contrôle sur sa vie, un sentiment de responsabilité et l'aptitude d'exercer des choix existentiels (22). Cette composante s'appuie sur la compréhension du savoir et du pouvoir dans les relations sociales au sens de Michel Foucault (59). Elle est communément comprise comme une augmentation de l'autonomie de la personne et se manifeste de différentes manières dans le processus de rétablissement :

- Contrôler les symptômes

Une des expressions de l'*empowerment* dans le rétablissement se retrouve dans les stratégies mises en place par les personnes pour vivre avec leurs symptômes. Ces stratégies sont bien issues d'un savoir expérientiel « par une suite d'essais et d'erreurs, j'ai découvert les stratégies d'autonomie qui m'allaient. » (Deegan 2001, 6). Et non par la seule intériorisation d'un savoir médical extérieur à la personne concernée par la maladie.

Ces stratégies ne recherchent pas la réduction systématique des symptômes, mais plutôt un changement de regard : « je les aborderai [les voies] désormais comme des amies et leur offrirai l'amour, la tendresse et le respect que je souhaite pour moi-même » (17).

- L'engagement dans des activités significantes

Si la reconstruction identitaire est considérée comme le moteur interne du rétablissement. L'*empowerment* est son moteur externe, celui qui s'objective dans le monde social par l'action. Il désigne une ouverture à des projets qui font sens pour la personne. Un engagement dans l'action vers la possibilité de l'appartenance à une communauté et de la restauration de statut

social. Il participe ainsi au processus de redéfinition identitaire en attribuant un sens au parcours existentiel. (27).

- **Le soutien par autrui**

Bien que le modèle du rétablissement expérientiel se construit dans le monde social anglo-saxon où domine le paradigme de l'individualisme, le rétablissement n'en demeure pas moins un processus éminemment social. Ce dernier se déploie *dans et par la relation intersubjective* (27).

Les témoignages de personnes en rétablissement rapportent des rencontres significatives qui les ont soutenues dans leur parcours (22). Ces relations soutenantes sont décrites dans la sphère familiale ou élective (19), mais également dans les relations thérapeutiques avec les professionnels de santé (60).

La rencontre de personnes ayant fait l'expérience du rétablissement est également décrite comme une aide précieuse, et contribue à transmettre l'espoir d'une vie après la maladie (22). C'est sur ce principe de *l'identification positive* que se base la pratique des pairs-aidants (61).

1.1.2.c Les étapes du rétablissement

L'ensemble de ces composants du rétablissement expérientiel ont fait l'objet de plusieurs modélisations processuelles du rétablissement. Ces modèles ne représentent pas un cheminement linéaire, représentant « le bon processus de rétablissement ». Mais plutôt une articulation des points communs entre différents parcours de rétablissement.

Je vous présente ici le modèle d'Andresen (23) qui permet de caractériser le rétablissement selon une échelle auto-évaluative (62). Il décrit le processus de rétablissement en 5 étapes, d'autres modèles en proposent sept étapes (24), mais l'idée générale est semblable.

La première étape nommée **moratoire**, renvoie au choc et au déni de la maladie. Elle se manifeste par la confusion, la colère, le désespoir, le repli et la révolte. L'envahissement par les symptômes psychotiques non contrôlés est également caractéristique de cette étape.

La **conscience** est la seconde étape. Elle débute lorsque la personne retrouve l'espoir d'un lendemain qui ne se réduit pas au pronostic de la maladie. La personne en acceptant la maladie peut endosser un autre rôle que celui de malade.

La troisième étape est celle de la **préparation**. Elle consiste à faire l'inventaire de sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces, de ses faiblesses. C'est lors de cette étape que la personne va apprendre à identifier les manifestations de sa maladie. Ne plus résumer son identité à la maladie, ne plus être schizophrène, mais avoir une schizophrénie.

La quatrième étape est nommée **reconstruction**. À cette étape le sujet est désigné comme le véritable acteur de sa vie. Il travaille à se forger une identité positive vers des buts personnels importants. Il y a donc une prise de responsabilité et de contrôle de la personne, ce qui implique des prises de risques, des échecs, des essais.

La **croissance** est la dernière étape. La personne n'est pas forcément libre de symptômes, mais elle est à même de les repérer et de les contrôler. Elle gère ses ressources et elle entretient une vision optimiste de son avenir. Surtout, elle considère être transformée positivement par

l'expérience de la maladie, avoir appris quelque chose sur elle-même. Loin d'un retour à l'état antérieur, la phase de croissance dans le processus du rétablissement renvoie à *un nouvel équilibre* (15, 22, 57, 63).

1.1.2.d Le soin des personnes en rétablissement

Le rétablissement expérientiel est donc un modèle construit par une approche qualitative de l'expérience des personnes vivant avec la maladie mentale. Il s'agit de conceptualiser les savoirs expérientiels des personnes concernées, de retrouver des points communs dans la trajectoire de vie de personnes qui se disent *être en rétablissement*.

C'est un savoir complémentaire aux limites de l'approche médicale. Il permet de clarifier la différence entre le diagnostic et le pronostic d'une maladie et (d') avec le devenir d'une personne. Ce qui conduit à considérer l'espoir comme un élément central pour aller mieux.

Il s'agit, sur son versant interne, d'un cheminement singulier de reconstruction identitaire, *la sortie du statut de malade* (30). Et sur son versant externe, un parcours d'augmentation de son pouvoir d'agir à dans le sens de *l'empowerment*.

Bien que décrit pour les individus, le rétablissement expérientiel s'inscrit dans les relations interindividuelles qui permettent l'appartenance à des groupes sociaux prodiguant protection et reconnaissance (64).

Il s'agit donc d'un modèle processuel, un cheminement, un parcours, une trajectoire de vie. Il décrit comment des personnes se sont relevées après avoir trébuché. Pour autant, il désigne dans

le même temps un objectif. Non pas un état à atteindre, mais plutôt comme un horizon vers lequel cheminer, ce fameux *nouvel équilibre* (15, 22, 57, 63). Le modèle du rétablissement expérientiel est donc à la fois processuel et téléologique.

Ce double sens du terme rétablissement (processus et but) peut être ambigu pour les professionnels de santé qui risquent de confondre dans la pratique les objectifs et les moyens. Il s'agit de reconnaître le savoir expérientiel des personnes qu'ils accompagnent sans renier leurs savoirs déterministes. Comment ne pas faire obstacle au rétablissement des personnes, tout en proposant des accompagnements et des thérapeutiques issus de connaissance relevant de l'EBM ?

Les modèles en étapes comme celui d'Andresen (23) peuvent être utiles pour orienter la pratique des professionnels dans la mesure où ils permettent de hiérarchiser les différentes interventions thérapeutiques et les accompagnements d'une personne en voie de rétablissement. Ainsi, on privilégiera l'entretien motivationnel au stade moratoire, la psychoéducation au stade préparatoire et l'on accompagnera les risques que la personne prendra au stade de reconstruction (15).

Mais cette hiérarchisation des techniques thérapeutiques n'est pas suffisante pour construire une pratique orientée rétablissement.

1.1.3 Les pratiques orientées rétablissement

Le modèle du rétablissement expérientiel ne se limite pas un ensemble d'énoncés théoriques que l'on peut lire dans les articles et les livres sur le sujet. Il est mis en action par des protagonistes. Dans l'organisation des soins, il est mis en acte par des professionnels qui développent de nouvelles façons d'accompagner les personnes concernées par la maladie mentale. D'autres professionnels adaptent leurs pratiques préexistantes, et les rebaptisent « orientées rétablissement » suite l'internalisation du modèle par leur service.

Nous l'avons détaillé précédemment, la recherche sur le rétablissement expérientiel met en avant l'espoir, la redéfinition identitaire, l'*empowerment* et le soutien par autrui. Tous ces composants sont mobilisés dans la relation entre les professionnels et les personnes en rétablissement.

L'enjeu pour les professionnels de santé est de réussir à identifier des pratiques compatibles avec le cadre éthique que pose le rétablissement expérientiel. Organiser les soins orientés rétablissement se comprend donc comme un ensemble d'énoncés et de pratiques structurant le champ d'action des professionnels d'un service afin qu'ils ne fassent pas obstacle au rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique (27).

Le courant du rétablissement propose pour cela d'intérioriser une éthique du soin et d'utiliser des outils techniques.

1.1.3.a Les valeurs des soins orientés rétablissement

Bernard Pachoud et ses collaborateurs (65) reconnaissent la spécificité des pratiques axées sur le rétablissement dans la compréhension approfondie de son processus, des facteurs qui le favorisent ou qui le freinent. Ainsi, il est fondamental d’appréhender *l’esprit du rétablissement*, sa *philosophie*. Avant de décrire une technique d’intervention, il est nécessaire de comprendre les valeurs et les principes qui la sous-tendent (66).

Marianne Farkas propose quatre valeurs essentielles au développement de *services orientés rétablissement* (49) :

- Avoir de l’espoir : la croyance selon laquelle les individus possèdent un potentiel pour « devenir » et évoluer en dépit de leur condition de malade.
- Respecter la personne : la croyance que chacun a des caractéristiques uniques telles que des ressources, des compétences et des intérêts qui sont des éléments essentiels à prendre en compte dans toute forme de soutien.
- Faciliter l’autodétermination : la croyance que chaque individu est l’acteur principal de son rétablissement, qu’il organise les services de soin en relation avec celui-ci, et qu’il soutient et facilite ses propres choix.
- Être partenaire : ou la conviction que le processus de rétablissement comprend deux experts où chaque expertise a un poids équivalent, autant au niveau individuel qu’au niveau de l’organisation du service de santé mentale.

Clair Le Boutillier dans une méta synthèse portant sur 30 études qualitatives consacrées aux pratiques orientées rétablissement (67), dégage 16 thèmes dominants caractérisant ces pratiques. 11 de ces thèmes renvoient aux différentes dimensions de la notion de personne :

(1) voir au-delà de l’utilisateur des services de santé mentale ; (2) promouvoir les droits des usagers ; (3) favoriser l’inclusion sociale ; (4) avoir des occupations dotées de sens ; (5)

individualiser le soutien ; (6) promouvoir les choix éclairés ; (7) favoriser le soutien par les pairs ; (8) se focaliser sur les forces et les ressources ; (9) promouvoir une approche holistique (prenant en compte les différents types de besoins de la personne) ; (10) favoriser le partenariat (plutôt que l'assistance ou une relation asymétrique de soin) ; (11) inspirer l'espoir.

Quant aux 5 autres facteurs, ils concernent directement l'organisation des soins :

(12) concevoir une organisation des services fondée sur une vision du rétablissement ; (13) produire des directives politiques incitant les établissements à développer des pratiques axées sur le rétablissement ; (14) avoir le souci d'améliorer la qualité des services, dont l'élaboration et l'évaluation sont réalisées avec les usagers ; (15) faciliter l'accès aux services de soin et de soutien ; (16) former et soutenir les professionnels pour accroître leurs compétences à promouvoir le rétablissement.

Pour Mike Slade (68), l'accompagnement dans les parcours personnels de rétablissement se fait dans l'objectif d'un accomplissement de soi et d'autonomie. En ce sens, les professionnels se doivent de favoriser dans leur intervention :

- La reconstruction d'une identité positive ;
- L'acquisition d'une aptitude à « gérer » soi-même ses troubles psychiques ;
- L'engagement dans des rôles sociaux valorisé selon son désir ;
- La recontextualisation de l'expérience de la maladie mentale pour parvenir à lui donner un sens.

Pour résumer l'ensemble de ces recommandations éthiques, nous pouvons nous limiter à la phrase d'Anthony qui déclare que les professionnels doivent se rappeler que *les gens atteints d'une maladie mentale sévère sont des personnes* (69).

C'est également par la notion de *personne* que Bernard Pachoud résume la philosophie du rétablissement :

« La notion de personne se prête en effet à intégrer les facteurs importants du rétablissement, en tant qu'elle renvoie intrinsèquement à une pluralité de dimensions, toutes importantes à prendre en compte : l'absolue singularité de la personne, sa liberté, à commencer par la liberté de s'auto-définir, de définir son identité ou de la reconstruire, mais aussi sa dimension sociale (avec notamment l'importance des rôles sociaux et des enjeux de reconnaissance), sa dimension politique ou citoyenne (avec ses droits, notamment à la participation sociale, et à ce que soit prise en compte "sa voix"). » (65)

Ces réflexions éthiques ont une place importante dans le mouvement du rétablissement. Pour autant, je n'ai pas retrouvé de description de moyens « orientés rétablissement » facilitant la résolution des problèmes éthiques que pose la pratique de la psychiatrie. Dans la littérature, les valeurs des soins orientés rétablissement sont souvent limitées à l'introduction. Dans les services elles prennent la forme d'une liste de règles de bonne conduite. Liste que chaque professionnel se doit d'intérioriser individuellement.

La philosophie du rétablissement est véritablement mobilisée par la mise en pratique d'un ensemble de techniques d'intervention structurant le champ d'action du professionnel dans sa relation à la personne concernée par le rétablissement.

1.1.3.b Les outils pour une relation soignante orientée rétablissement

Ces outils posent un cadre où la personne en rétablissement a plus de pouvoir dans sa relation soignante. En ce sens ils participent à la mise en acte des valeurs du rétablissement.

Nombreux sont construits pour guider la pratique du professionnel afin de favoriser l'autodétermination de la personne en rétablissement (70). L'un des plus emblématiques est le plan d'action pour le rétablissement et le bien-être (WRAP), permettant de mieux gérer la crise en s'appropriant les ressources internes et les ressources dans l'environnement social et professionnel (71).

Pour autant la relation soignante ne fait pas l'économie des soins sous contrainte en vigueur dans la plupart des sociétés occidentales. En conséquence le mouvement du rétablissement promeut la notion de décision médicale partagée, envisagée sous la forme d'une promesse entre les professionnels et les personnes concernées (72). Bien que controversées d'un point de vue juridique concernant leur mise en application, les directives anticipées en psychiatrie sont devenues un des outils légitimes du répertoire des professionnels défenseurs du rétablissement dans de nombreux États des États-Unis. Les directives anticipées prennent en compte les décisions des individus concernant le choix de leur traitement quand ceux-ci ne sont plus en mesure de s'exprimer lors d'une aggravation de leurs symptômes (73).

De nombreuses techniques issues de la psychologie sont également mobilisées dans des interventions axées sur le rétablissement. La plupart appartiennent au courant cognitiviste (15),

mais d'autres sont issus de la psychologie humaniste des besoins fondamentaux, notamment les thérapies narratives (27).

Certains outils dépassent la relation thérapeutique, pour s'intéresser à un dispositif de soins. C'est-à-dire un ensemble d'énoncés qui structure le champ d'action éventuel des professionnels entre eux et avec les personnes en rétablissement. Ces dispositifs en décrivent des protocoles d'intervention et dessinent en creux des parcours de soins.

De nombreux dispositifs issus du courant de la réhabilitation psychosociale sont maintenant considérés comme des outils *orientés rétablissement*, à l'instar de la remédiation *cognitive* (74).

Par exemple le *suivi intensif dans la communauté* (*assertive communisé traitement*) fut proposé par Stein 18 ans avant l'apparition du terme rétablissement dans les plaidoyers d'ex-usagers (75). Pour finalement être associé au modèle du rétablissement en 2007 (76). Ce phénomène d'appropriation du modèle du rétablissement par certains courants de la psychiatrie est un axe de travail central que je développe dans le troisième chapitre.

1.1.3.c Les outils pour un service orienté rétablissement

La relation soignante se déroule toujours dans le cadre d'un service de soins. L'organisation du service oriente l'objectif de cette relation, définit le lieu de la rencontre et sa temporalité.

Si l'on retrouve pléthore de techniques à mettre en œuvre dans la relation duelle, il n'y a pas d'équivalent en termes d'outils de gouvernance partagée, pour favoriser le respect du *rôle d'acteur* de la personne concernée par le rétablissement dans l'organisation des soins.

Il existe peu d'outils orientés rétablissement à l'échelle de l'organisation des soins (65).

Néanmoins il existe des outils d'évaluation des structures de soins mis au point par des chercheurs-pairs pour aider les gestionnaires et les administrateurs à évaluer *les indicateurs de rétablissement* dans leurs organisations, afin de mettre en place des changements si nécessaires (77). Les recherches sur le sujet indiquent toutefois qu'une organisation de soins *orientée rétablissement* s'évalue à la mise en pratique des valeurs du rétablissement, plutôt que par l'utilisation d'outils techniques considérés dans la littérature comme *orientée rétablissement* (66).

Par contre le courant du rétablissement met en avant l'embauche de personne vivant avec une maladie psychique. Ainsi la professionnalisation du pair-aidance est le moyen privilégié pour orienter une organisation des soins vers le rétablissement (78). Cette pratique n'est pas récente et remonte en France au XVIIIe siècle. François Pussin, considéré comme le premier infirmier de psychiatrie, a engagé des ex-aliénés pour s'occuper des ceux nécessitant le traitement moral du Dr Pinel (79). Les pairs-aidants sont une reconnaissance du savoir expérientiel de la par les organisations de soins (61).

Il existe néanmoins des services ayant une pratique construite entièrement sur le modèle du rétablissement. L'un des premiers dispositifs orientés rétablissement réalisé par des professionnels est celui de l'équipe de psychiatrie communautaire de rue à New Haven (80). Davidson et ses collègues ont considéré le logement comme un préalable aux soins. La moitié des professionnels du service sont des ex-usagers de la psychiatrie, recrutés au regard de leur savoir expérientiel. Le dispositif *housing first* (un chez soi d'abord) est loin d'être une suite de protocoles et d'organigrammes. Il se caractérise par une position éthique radicale et un

engagement humaniste dans la relation thérapeutique. Sa réussite et son efficacité tiennent essentiellement dans la motivation des différents acteurs et promoteurs (81). Et sa transposition dans un milieu social différent reste difficile à réaliser (82). Malgré une rigueur évaluative (83), l'expérience française peine à sortir du statut d'innovation pour devenir une véritable politique de santé publique (84).

D'autres dispositifs de soins construits avec la philosophie du rétablissement sont maintenant reconnus pour leur efficacité, par exemple l'accompagnement à l'emploi individuel (85) ou le projet de recherche-action participative ÉMILIA (86).

Ce dernier favorise l'*empowerment* et l'inclusion sociale des personnes concernées par le trouble psychique en les intégrant comme *co-chercheur*. Tout en développant un dispositif d'accompagnement dans le travail. Ce dispositif permet de construire une culture commune autour du rétablissement entre usagers et professionnels et s'ouvre vers la communauté en sensibilisant à l'accueil des personnes vivant avec un trouble psychique.

C'est le seul dispositif orienté rétablissement sur le territoire français qui tente de systématiser une organisation des soins participative, où les usagers ne sont pas uniquement des consommateurs de soins et les professionnels des techniciens. Il existe de nombreuses autres expériences (en particulier associatives) qui vont dans ce sens, mais qui n'ont pas la prétention de diffuser les pratiques orientées rétablissement.

Ce dispositif et expérience restent des exceptions. L'immense majorité des pratiques professionnelles est liée à l'utilisation d'outils de réhabilitation psychosociale articulée avec l'éthique du rétablissement qui s'incarne dans des listes de bonnes conduites et des formations sur les principes du rétablissement.

1.1.4 Conclusion

Le modèle du rétablissement pose de nombreuses questions aux professionnels français pour le transformer en pratiques de soins. Le caractère phénoménologique du modèle est en soi un obstacle épistémologique. Les professionnels sont invités à reconsidérer leur savoir médical à propos de la maladie. La prise en compte du savoir expérientiel conduit à réajuster l'équilibre des pouvoirs dans la relation soignante.

Cet ajustement relationnel conduit le professionnel à accompagner la reconstruction identitaire de la personne au-delà de la maladie. Ce qui correspond à ne pas faire obstacle à l'espoir d'un avenir ; à laisser de la place la relation de soin à l'autodétermination de la personne ; à favoriser et enrichir les sociaux soutenant.

Pour parvenir à ce repositionnement, les professionnels peuvent s'appuyer sur les discours à propos des valeurs du rétablissement et sur des outils plus techniques structurant l'accompagnement. Dans la pratique française et dans la littérature, les outils techniques sont prédominants pour la diffusion du modèle du rétablissement. Les valeurs sont abordées lors de formations à propos du modèle et de ses principes.

Concernant la diffusion du modèle dans l'organisation des soins, il n'existe pas de pratique normalisée en dehors d'expérimentations riches et diversifiées. Les pratiques orientées rétablissement à l'échelle institutionnelle rencontrent le même obstacle qu'à l'échelle individuelle. En effet, les pratiques de soins tendent à s'organiser autour des données probantes issues des approches médicales déterministes. Comment un modèle expérientiel, basé sur une

méthodologie qualitative peut-il être mis en pratique dans un milieu de soins où l'approche déterministe et quantitative domine ?

L'objectif de mon travail est de clarifier ces obstacles institutionnels et d'identifier des opérateurs afin de faciliter l'appropriation du modèle du rétablissement expérientiel par les institutions soignantes et par les professionnels qui les animent.

Mais avant d'explorer les pratiques de soins orientés rétablissement, il convient de questionner la légitimité d'une telle démarche. En effet, le modèle du rétablissement n'a pas un modèle médical. Il est né d'une lutte sociale d'associations d'usagers qui exigent la restauration de leur citoyenneté et le respect de leurs droits fondamentaux. Avant d'être un modèle de soins, le rétablissement est un modèle sociopolitique. Dans un tel contexte, quelle est la légitimité des professionnels de santé à se réclamer de ce modèle ?

1.2 Un modèle sociopolitique :

L'histoire du rétablissement est façonnée par deux protagonistes du monde social de la psychiatrie américaine : les associations d'ex-usagers des services psychiatriques et une branche de la psychiatrie qui s'intéresse au fonctionnement social, nommée de nos jours la réhabilitation psychosociale.

Dans cette partie je vous propose une description de ces deux protagonistes après avoir présenté le contexte sociohistorique de la psychiatrie américaine qui a permis leur rencontre.

1.2.1 Genèse américaine d'un modèle centré sur les droits civiques

1.2.1.a La désinstitutionnalisation comme contexte

Marianne Farkas, figure de la réhabilitation psychosociale américaine et promotrice du modèle du rétablissement, décrit l'institution psychiatrique des années 1950 comme ayant échoué à réaliser les ambitions du traitement moral asilaire. Les traitements sont jugés comme inhumains, notamment de par la surpopulation des établissements (50).

Le gouvernement fédéral décide d'engager une réforme de l'organisation des soins psychiatriques, elle prend le nom de la « Désinstitutionnalisation ». Les premiers centres de santé mentale communautaires sont créés en 1963. Le nombre de patients vivant en institution hospitalière tombe de 560 000 (record atteint dans les années 1950) à seulement 130 000 en 1980 (87).

Cette réforme n'aboutira pas aux effets escomptés. Les observateurs des années 1980 constatent l'échec de la politique de désinstitutionnalisation. Le manque de moyens financiers est l'une des premières explications, puis viennent les difficultés de la société civile à accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques (88,89). Au-delà de ces facteurs économiques et sociologiques, l'institution psychiatrique est également pointée du doigt. Notamment par sa difficulté à réaliser une bifurcation de paradigme : des soins hospitaliers aux soins communautaires (89).

Le modèle biomédical centré sur la réduction de symptômes est resté l'objectif principal des services de psychiatrie. Les espoirs déçus de la neurobiologie font le lit de ce constat d'échec. Jusqu'aux années 1980, aucune donnée probante ne permettait de faire la preuve qu'un médicament antipsychotique, ou tout autre classe de médicament spécifique, était supérieur à un autre dans le traitement de la schizophrénie (90,91). Plus récemment, des études à grande échelle ont démontré que, malgré les progrès des antipsychotiques, des médicaments de première génération sont aussi efficaces et limités dans le contrôle des symptômes psychotiques que des médicaments plus récents, et qu'une intégration réussie des individus dans la communauté nécessite plus que des médicaments. (92–94).

Une autre critique de la politique de désinstitutionnalisation réside dans le fait qu'elle s'intéresse presque exclusivement au lieu du soin, au détriment de la réflexion sur la nature et l'efficacité des pratiques (95). La distinction entre asile et pratique asilaire n'est alors pas possible. Ce qui aboutit à ce que Marianne Farkas appelle des *asiles sociaux* : « les personnes qui d'un côté pouvaient être libérées d'une forme d'incarcération civile et, d'un autre côté, pouvaient aussi être celles qui subissaient d'autres formes de privation dans la communauté » (50).

Les centres de santé mentale communautaires sont devenus réticents à soigner les patients ayant un handicap sévère (96). De nombreuses personnes concernées par les troubles psychiques sévères sont devenues dépendantes à l'alcool (97). Des pratiques asilaires ont été observées dans les lieux d'hébergements dans la communauté (98).

La tendance à la fin des années 1980 était à la réhospitalisation, mais c'est sans compter l'émergence du mouvement des ex-usagers de la psychiatrie

1.2.1.b Le mouvement des usagers

La fin des années 60 voit apparaître un ensemble de mouvements sociaux qui luttent pour les droits des populations afro-américaines. Ils empruntent les termes clés de l'affirmation des droits pour tous, exigent une place dans la société, une reconnaissance. Puis des mouvements similaires émergent autour de la lutte pour l'émancipation de la femme, la reconnaissance de l'homosexualité et quelques années plus tard celle des usagers des services de psychiatrie.

La maladie devient une force pour contester les stigmates de la folie et revendiquer l'égalité des droits.

Le contexte social de l'époque est favorable au développement d'une contestation du pouvoir de la psychiatrie. La fragilité nosologique de la psychiatrie est mise à nu dans les médias avec l'étude de Rosenhan (99) qui décrit l'internement sans consentement de faux patients pendant plusieurs mois.

Des travaux intellectuels de l'époque représentent les lieux de soins psychiatriques comme des institutions disciplinaires qui contrôlent les comportements considérés comme socialement anormaux. On peut citer les plus emblématiques : le sociologue Erwin Goffman (100) et le philosophe Michel Foucault (101).

Les anciens patients des institutions psychiatriques se regroupent sous l'appellation juridique « usagers ». Bien que relativement imparfait cette appellation renvoie à la lutte pour l'égalité des droits civiques des personnes concernées par les maladies mentales.

Bien que faisant référence à l'administration ce terme « usager » est un acte politique fort qui se décale de la connotation de malade que porte le terme « patient » (65).

Ces groupes se sont élevés contre le soin sans consentement, le traitement par les médicaments, la lobotomie... Les noms de ces groupes dans les années 1970 reflétaient une affirmation radicale et sa dimension initiale antipsychiatrique : « Réseau contre l'agression psychiatrique », « le Front de libération des insensés » et « le Front de libération des malades mentaux ».

Le mouvement des usagers exige dans le champ politique la reconnaissance de leur liberté dans le système de santé. « *Nothing about us without us* » est l'un des slogans frappants qui résument les revendications politiques menées par les associations d'ex-usagers. Rien ne doit être décidé à propos de nous sans nous. Les discours et les écrits se multiplient sous la forme de plaidoyer. C'est parmi ces mouvements d'usagers, faisant suite à d'autres mouvements civiques, que le concept d'*empowerment* s'est incarné et a pris tout son sens (102).

Nous l'avons abordé dans la partie précédente l'*empowerment* est un processus qui peut être traduit de manière incomplète par l'augmentation du pouvoir d'agir. Il ne s'agit pas uniquement d'un processus qui participe à la reconstruction identitaire.

L'*empowerment* est un processus sociopolitique qui articule une dynamique individuelle d'estime de soi et de développement de compétences avec un engagement collectif et une action politique transformatrice (103). Nous reviendrons dans la partie suivante sur ce concept fondamental et pourtant non spécifique du modèle du rétablissement.

Judi Chamberlin (104), souvent considérée comme la « mère » du mouvement contemporain des usagers-survivants de la psychiatrie, relate son expérience de patiente à l'intérieur et en dehors de l'institution psychiatrique. Elle se fait l'avocate d'un système de soins développé par les personnes directement concernées. Ses propos influenceront le développement de groupes appelés « Mad Pride » dont le but avéré était de se libérer des émotions de honte concernant la maladie mentale pour s'approprier cette expérience comme une source de force. Elle dénonce ce qu'elle nomme le mentalisme, par analogie au racisme et au sexisme, pour décrire les atteintes aux droits humains dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique : « Il y a de véritables indignités et de vrais problèmes quand toutes les facettes de notre vie sont contrôlées — quand nous est prescrite l'heure à laquelle on doit se lever, manger, prendre une douche — et quand des substances chimiques sont mises dans notre corps contre notre volonté » (105).

L'*empowerment* à l'échelle collectif se manifeste par l'organisation d'un soutien aux personnes concernées par la maladie mentale. Selon la tradition du *self help*² anglo-saxon, les survivants de la psychiatrie construisent des pratiques alternatives de soins, ou plutôt de « prendre soin ». Pour remplacer ce qu'ils considéraient comme des méthodes inhumaines de contrôle.

Les expériences sont nombreuses et hétérogènes. Les club-houses sont devenus un emblème du *self help* du mouvement des usagers, certains ont évolué pour devenir multiservices, leur efficacité est maintenant vantée par des professionnels de la réhabilitation française (65 106 107).

²que l'on pourrait traduire de manière incomplète par autodétermination collective (50)

Ces clubs ont mis en place des stratégies pour accompagner les personnes à développer leur propre capacité d’agir dans un contexte donné (plus particulièrement le travail), plutôt que d’accepter passivement leur maladie (108–110).

Le rôle des professionnels dans un tel mouvement peut être problématique. Dans les années 1980 le psychiatre William Anthony et ses collègues du centre de réhabilitation psychiatrique de l’université de Boston demandent directement aux leaders du mouvement des usagers comment ils pourraient leur être utiles en tant que professionnels de santé mentale ?

Cette première rencontre permettra à Judi Chamberlin de trouver le financement nécessaire pour fonder le *National Empowerment Center* (102).

La réhabilitation psychosociale est à l’origine une politique des États-Unis conçue après la Première Guerre mondiale. Elle était initialement axée sur le handicap physique. Elle avait pour vocation d’aider les vétérans de guerre à reprendre un travail. Elle investit ensuite d’autres domaines (l’intégration sociale, l’éducation et le soutien communautaire) avec l’ambition de faire de la réhabilitation une responsabilité sociétale et non individuelle (95).

C’est un modèle qui met en avant la reconnaissance des compétences des personnes comme des facteurs protecteurs du stress environnemental.

La réhabilitation psychiatrique américaine des années 1980 est un courant minoritaire et William Anthony la définissait lors de cette période comme « un ensemble de prestations de services en santé mentale basé sur une philosophie et des techniques contribuant à ce que l’usager puisse endosser des rôles sociaux selon des préférences qui lui sont propres » (111).

Il s'agit d'un courant de la psychiatrie hétérogène mobilisant des concepts divers et rassemblant de nombreuses pratiques qui ont pour point commun une approche par l'apprentissage. Dans son sens le plus strict³, l'objet de la réhabilitation psychosociale est l'entraînement à différentes habiletés dans l'hypothèse qu'elles favoriseront l'autonomie de la personne dans son milieu social.

Les outils proposés qui développent les compétences de la personne sont variés. Certains s'intéressent à des compétences cognitives comme la remédiation cognitive (107) qui a pour objet l'entraînement des fonctions cognitives comme la mémoire de travail, la planification ou l'attention. Le but est d'augmenter quantitativement ces fonctions afin que la personne puisse les mobiliser dans sa vie quotidienne. Ce type de programme est proposé dans des centres universitaire ou hospitalier. Il s'agit d'une approche fonctionnelle de la personne qui s'articule avec le modèle de stress-vulnérabilité-protection de Zubin⁴.

Dans les services de soins communautaires, les professionnels de la réhabilitation psychosociale ont développé des pratiques centrées sur l'apprentissage, mais directement dans le quotidien de la personne. Ceci plutôt que d'augmenter ses compétences cognitives ou

³Réadaptation est la traduction française du terme anglais *réhabilitation*. La réadaptation concernait initialement les techniques thérapeutiques et la réhabilitation renvoyait à la philosophie du soin. Ces termes ont progressivement fusionné.

⁴Dans ce modèle construit pour la schizophrénie, la vulnérabilité neuropsychologique découle d'une prédisposition génétique ou d'une constitution cérébrale créant un dysfonctionnement du circuit frontal temporal limbique. Cette vulnérabilité rendrait ainsi les sujets atteints de schizophrénie plus sensible à des stress tels que la consommation de drogues, l'expression de fortes émotions par l'entourage, ou bien encore la précarité du soutien social. Les traitements pharmacothérapeutiques, l'entraînement cognitif et les interventions psychosociales sont considérés comme des facteurs de protections. Ils contribuent non seulement à la diminution des symptômes du trouble, mais aussi à la compensation du handicap qu'il génère (112).

relationnelles. Les professionnels accompagnent la personne dans son quotidien afin de l'aider à développer des habiletés nécessaires (111).

Associées à ces outils, les valeurs de la réhabilitation psychosociale selon Cnaan (113) semblent faire l'unanimité. Elles prennent la forme de 12 principes qui guident la pratique des professionnels afin qu'ils respectent l'autodétermination et croient dans les compétences des personnes. La participation à la vie communautaire est mise en avant et des interventions directement sur le milieu social sont préconisées. La relation soignante est envisagée en dehors d'un cadre psychopathologique pour préférer une relation de réciprocité.

Malgré ces principes communs, le courant de la réhabilitation psychosociale n'est pas une pratique systématisée et elle n'a pas produit d'outils pour institutionnaliser ses valeurs. La conséquence est une grande diversité d'appropriation. Les énoncés éthiques de la réhabilitation psychosociale et l'approche centrée sur l'apprentissage relient des professionnels aux pratiques parfois très différentes.

Ces pratiques peuvent même s'opposer sur le plan méthodologique. Les chercheurs ayant construit le modèle du rétablissement expérientiel travaillent plutôt dans des services de réhabilitation psychosociale communautaire de proximité. Tandis que les professionnels du rétablissement objectif relèvent d'une pratique plus hospitalière.

1.2.1.c La co-construction d'une organisation orientée rétablissement

La colère des mouvements des usagers retombe dans les années 1990. Différents groupes locaux ont d'eux-mêmes commencé à se coordonner et à collaborer en dehors de la communauté des usagers. Ils se sont organisés en réseaux d'État, prenant des noms moins militants. Ils ont accepté des subventions du gouvernement, ce qui était à l'époque très controversé, pour mettre en place des services alternatifs tels que des centres d'accueil dirigés par des pairs, des programmes de formation et d'autres activités.

Le rétablissement est un initialement un mouvement civique qui a rencontré des équipes de soignants et de chercheurs en réhabilitation psychosociale. De cette rencontre émerge un modèle théorique du rétablissement expérientiel. À l'aide d'une méthode qualitative conduite par des chercheurs parfois eux-mêmes concernés par la maladie psychique (114). D'autres chercheurs ont repris le terme de rétablissement pour développer un modèle objectif par la méthode de la médecine fondée sur les données probantes.

Cette légitimité scientifique naissante et le partage d'expériences d'accompagnement entre les deux protagonistes ont fourni des concepts et des termes pour penser une nouvelle réforme des soins psychiatriques américaine, centrée sur la personne et non sur sa maladie.

La première pierre de cette réforme de santé publique est posée en 2003 (115) et a permis le développement des recherches sur le rétablissement, l'expérimentation de pratiques d'accompagnement et la diffusion d'outils « orienté rétablissement ».

Mais force est de constater que 17 ans plus tard, cette réforme peine encore à passer du statut d'expériences locales et de centres pilotes, à une véritable politique de santé publique (50).

En 2017 le congrès a adopté une loi allant dans le sens opposé au rétablissement expérientiel, préférant renforcer l'accès aux soins intrahospitaliers et attribuer la subvention des programmes en fonction des résultats quantitatifs centrés sur les symptômes et la maladie.

L'organisation du système de santé mentale américain est hétérogène. Il dépend de la volonté politique de chaque État. Mais il reste globalement insuffisant au regard des besoins de soins. Les conséquences de la politique de « désinstitutionnalisation » restent importantes.

Les personnes vivant avec une maladie mentale dans la communauté risquent la précarité sociale et des atteintes de liberté dans des lieux d'accueil médico-sociaux.

Le syndrome de « la porte tournante » (116–118) illustre les difficultés du système de santé américain. Il décrit les allers-retours fréquents et rapprochés de personnes en crise entre des services de soins psychiatriques hospitaliers et des lieux des foyers d'hébergement temporaire. Les premiers étant sous la contrainte d'un nombre de places limitées et d'une volonté de réduire le temps des hospitalisations. Les seconds n'ayant pas les moyens institutionnels d'accueillir humainement des personnes en période de vulnérabilité importante.

C'est pourquoi il est important de garder à l'esprit que le rétablissement ne se limite pas à un modèle de soin. Avant d'être un modèle, le rétablissement est un mouvement civique dirigé vers un but de justice sociale. Les collectifs d'usagers ont organisé des accompagnements alternatifs au système de soin psychiatrique. Ils ont porté dans le champ politique la question du soin de la folie dans la société américaine.

En ce sens le rétablissement se rapproche plus d'un modèle de santé dans son acception juridique : le droit à la santé en tant un droit fondamental des êtres humains (119). Il ne concerne

pas la maladie, mais le citoyen d'une société démocratique qui repose sur l'autonomie de ses membres souverains (120).

Le rétablissement est donc un processus sociopolitique qui se fixe comme horizon le respect des droits humains. Et c'est par la restauration de l'autonomie des personnes vulnérables, ne pouvant pas exercer leurs droits, que l'articulation avec la psychiatrie est possible.

1.2.2 La responsabilité collective du rétablissement

1.2.2.a Entre individu et collectif, l'agentivité du rétablissement

Le modèle du rétablissement expérientiel peut être décrit sur son versant individuel par un processus de reconstruction identitaire au-delà de la maladie (22,27). Ces éléments sont articulés dans des modèles processuels décrivant les étapes possibles du cheminement des personnes (23).

Il peut également être décrit comme un mouvement sociopolitique centré sur le respect des droits fondamentaux des personnes concernées par un trouble psychique. Cette approche complexe est résumée par la définition du rétablissement selon Bernard Pachoud :

le rétablissement consiste à *sortir du statut de malade* (30).

Dans son acception sociologique anglo-saxonne, le statut social est à l'interface des contraintes sociales qui le structurent et de la liberté de l'individu à en redessiner les contours.

Cette conception de l'agentivité (121) des personnes en voie de rétablissement permet de relier un processus de reconstruction identitaire personnel avec le cadre législatif, culturel et moral qui structure leurs relations sociales.

L'opposition entre contrainte sociale et liberté individuelle est articulée dans le modèle du rétablissement par le concept d'*empowerment*. Il est décrit comme le moteur du rétablissement (22). Les actes conduisant à une augmentation du pouvoir d'agir provoquent un sentiment d'efficacité personnelle (121) alimentant le processus de construction identitaire.

Ces actes ont pour objectif de combattre les injustices sociales et de restaurer une égalité de droits. Ils conduisent donc à une modification des contraintes sociales, des normes qui structurent et normalisent le milieu dans lequel les personnes concernées par le rétablissement vivent.

Le modèle du rétablissement n'est donc pas centré sur une personne vivant dans le vide social. Il a pour objet une personne dans un monde social. Pour agir sur le milieu social afin de favoriser le rétablissement, c'est-à-dire restaurer l'égalité en droit et en situation réelle pour les personnes. Les chercheurs articulent l'*empowerment* et le rétablissement avec le concept d'inclusion sociale.

1.2.2.b L'inclusion sociale

« L'intégration dans la collectivité désigne le processus qui consiste à aider quelqu'un à participer à nouveau à la vie de sa ville, de son quartier, et le processus parallèle consistant à aider une collectivité à accepter et accueillir à leur retour celles et ceux qui ont été mis à l'écart, après que leurs troubles aient été résolus. » (Larry Davidson dans 17).

L'*intégration sociale* est l'objectif principal de nombreuses organisations de soins psychiatriques orientées vers le fonctionnement social (psychiatrie communautaire,

réhabilitation psychosociale hospitalière, psychiatrie de secteur). Poursuivre cet objectif revient à dire à la personne concernée par un trouble psychique sévère :

« Rétablis-toi tout d’abord, remets-toi des symptômes et déficits qui sont associés à ta maladie, ensuite nous t’accueillerons parmi nous à ton retour ». (Larry Davidson dans 17).

Le paradigme de *l’inclusion sociale* quant à lui concerne l’accueil des individus par le groupe sans attendre leur guérison ou leur rémission fonctionnelle. Les personnes ayant un handicap psychique doivent être accueillies là où elles vivent, telles qu’elles sont, avec leurs symptômes et leurs déficits.

Michael McCubbin décrit au sein du paradigme du rétablissement une causalité circulaire entre inclusion sociale, *empowerment* et espoir (122). Il considère que la relation entre l’inclusion sociale et l’*empowerment* est dialectique : l’inclusion sociale est facilitée par, et contribue à l’*empowerment*. Cette dialectique est représentée par le modèle du rétablissement par un changement du regard porté sur soi et sur son devenir. Ce qui inclut l’espoir *d’être mieux, d’être plus* et, surtout, *d’être avec*.

Pour Larry Davidson l’espoir est également l’une des dimensions de l’inclusion sociale chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves (les deux autres étant le sentiment d’avoir une valeur à travers des activités significatives et faire l’expérience de l’amitié) (22).

Le mouvement sociopolitique et le modèle du rétablissement souhaitent un accueil dans la société sans attendre la disparition des symptômes ou le développement de capacités préalable. Cet accueil est considéré comme un instrument favorisant le rétablissement, le lieu de vie et les soins nécessaires doivent s’organiser selon ce modèle.

Ainsi la pratique de soins orientés rétablissement s'organise dans le monde social et non autour de l'établissement de soins ou médico-social. Cette organisation dépasse largement le seul pouvoir des professionnels et la responsabilité incombe aux acteurs de l'ensemble des champs sociaux. Le rétablissement devient une responsabilité sociétale.

1.2.2.c Handicap psychique

La notion de handicap psychique légitime l'effort sociétal pour l'accueil des personnes exclues par l'expérience de la maladie mentale. La dernière version de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (123) modélise le handicap en distinguant :

- Les *déficiences* qui correspondent aux troubles biologiques, cognitifs et psychiques.
- Les *limitations d'activités* renvoyant à ce que l'on « peut » faire dans la vie quotidienne. Une branche de la réhabilitation psychosociale place les déficits de compétences sociales dans cette catégorie (107).
- Les *restrictions de la participation* qui correspondent à ce qui est réellement fait par les personnes dites handicapées.

Cette modélisation du handicap dépasse largement la notion de maladie (*déficiences*) pour s'inscrire dans une logique environnementale (*restrictions de la participation*). Le handicap est donc situationnel, compris comme le produit de l'interaction des personnes (facteurs personnels) avec leur milieu de vie (facteurs environnementaux). L'intérêt de ce modèle réside dans le fait que les interventions des professionnels se concentrent sur la participation sociale. En parallèle l'effort sociétal converge vers la levée des obstacles à l'autonomie pour permettre l'inclusion sociale : l'*accessibilité* (124).

La notion de handicap est un concept relatif au lien social de citoyenneté. Il est relatif au droit civique, ayant une fonction de protection au sens de Paul Paugam (64). En démocratie, l'individu est censé appartenir de plein droit à la communauté politique. Le lien de citoyenneté est fondé sur la reconnaissance de la souveraineté du citoyen, mais également sur la logique d'égalité démocratique. L'individu doit avoir « les moyens nécessaires pour rester cet être indépendant et autosuffisant qui est à l'origine de la légitimité politique. L'organisation de l'éducation, de la protection du travail, des secours aux plus malheureux se justifient par le fait que le citoyen doit avoir la capacité *d'être autonome* (120).

Le paradigme du handicap est compatible avec celui du rétablissement dans la mesure où il concerne l'autonomie de la personne en situation de vie réelle et relève d'un dispositif juridique transversal à tous les champs de la société.

Il est maintenant communément admis que l'accueil dans la communauté des personnes concernées par des troubles psychiques sévères favorise leur rétablissement (122 125). Larry Davidson le décrit ainsi : « on a plus de chances de se débarrasser de son handicap en apprenant à vivre pleinement avec, que de passer directement de l'état handicapé à celui de bien portant » (17).

1.2.2.d L'obstacle de l'autonomie objective

Mais envisager l'inclusion sociale en s'appuyant sur la notion de handicap nécessite une réflexivité sur les conséquences d'une telle ouverture. Héloïse Haliday décrit cette bascule dans l'organisation des soins ainsi :

« la boussole théorique n'est plus la relation du sujet avec ses propres symptômes, mais celle de l'adaptation à la norme, c'est-à-dire de la relation des symptômes du sujet avec le monde social. » (41)

Les mêmes problématiques épistémologiques se posent avec le paradigme du handicap. Comment prendre en compte l'approche compréhensive et subjective du rétablissement dans le paradigme du handicap qui mesure quantitativement un degré de dépendance ?

La conception médicale du handicap cherche à compenser les déficits pour in fine permettre une participation sociale dans les normes. La conception sociale du handicap reconnaît les déterminants environnementaux qui limitent une adaptation dans la norme. C'est la relation des symptômes du sujet avec le monde social qui est interrogé par la notion d'inclusion sociale telle qu'elle est mobilisée par les tenants du rétablissement (17, 30 126).

Pour eux, la société doit assouplir ses normes pour permettre aux personnes *d'être autonomes* (au sens d'adaptation aux normes sociales) dans la communauté avec ou sans leurs symptômes.

La notion de handicap est construite de nos jours au regard d'une norme économique et véhicule une forte stigmatisation. L'attribution d'un pourcentage « d'invalidité » peut être vécue par la personne concernée comme une épreuve supplémentaire dans son processus de reconstruction identitaire. Le modèle du rétablissement propose de dépasser la notion de handicap social. Il s'agit d'un changement de regard concernant la façon dont la personne considère elle-même sa situation de handicap (17).

Pour dépasser le statut social de handicapé, des personnes concernées par un trouble psychique, il est nécessaire de distinguer les questions éthiques que soulèvent l'autodétermination et l'injonction à l'autonomie de nos sociétés néolibérales.

Alain Ehrenberg dans son livre « la société du malaise » (127) montre comment l'autonomie, qui a longtemps été une aspiration, est devenue quelque chose que l'on subit dans une société où le lien social se délite et où chacun doit devenir l'agent de son propre changement. Devenir autonome dans ce paradigme revient à trouver une place dans la production et la consommation de biens et de services, laissant à la marge les inégalités sociales et la remise en question du système capitaliste.

Cette critique qui pourrait passer comme radicale se retrouve pourtant dans le traité de réhabilitations psychosociales français : « *La phrase “deviens autonome” est devenue une injonction de toutes les institutions qui conduit à contraindre les individus en leur faisant croire qu'ils agissent librement* » (107).

1.2.3 L'empowerment un moteur vulnérable

Le modèle du rétablissement expérientiel, en s'inscrivant dans le champ sociopolitique, devient particulièrement vulnérable aux différentes idéologies détournant le sens premier des concepts qu'il mobilise. La diversité des pratiques de soins orientés rétablissement s'explique également par le sens attribué à l'autonomie qui reste un concept flou et libre d'interprétation.

L'*empowerment* est emblématique de cette vulnérabilité conceptuelle aux idéologies animant la société. Explorer cette vulnérabilité revient à poser la question : de quel pouvoir parle-t-on ?

1.2.3.a L'empowerment dans le rétablissement

Le mouvement du rétablissement propose, par son héritage militant, une réponse politique à l'injonction d'être autonome selon des critères préalablement établis par d'autres.

Cette réponse réside notamment dans la notion d'*empowerment* indissociable du rétablissement. Sa référence explicite au rapport de pouvoir et ses multiples dimensions (individuelle, collective et politique) en font un opérateur déterminant pour que le système de santé bifurque vers une *nouvelle hiérarchie des valeurs* (31).

Le modèle du rétablissement expérientiel concerne un processus de reconstruction identitaire dirigé vers un mieux-être. Ce qui met en mouvement ce processus, mais également l'objective dans le monde social c'est l'« *empowerment* » (126).

Il se manifeste notamment par un engagement dans des *activités significatives* ou la constitution d'une *médecine personnelle* (128). Il s'observe également collectivement dans les associations d'usagers qui construisent des dispositifs de soins alternatifs (106).

Enfin, il a pour finalité un projet de transformation sociale mené par les associations d'usagers, qui luttent pour obtenir l'égalité des droits (102). À travers ce concept d'*empowerment*, le modèle du rétablissement est également un modèle téléologique (dirigé vers un objectif) concernant l'égalité des droits humains.

Cette notion d'*empowerment* a d'abord été incarnée par le mouvement des usagers, puis a été internalisée dans le modèle du rétablissement. Pour devenir l'un de ses composants en s'appuyant sur la notion d'agentivité (121), et en l'articulant avec l'espoir et l'estime de soi (39).

L'*empowerment*, comme l'inclusion sociale, est également articulé à l'extérieur du modèle du rétablissement pour créer une cohérence externe au modèle afin de conserver un objectif collectif de transformation sociale qui ne se limite pas à l'effort individuel (129).

1.2.3.b Définition et traduction

Ce terme anglais ne trouve pas d'équivalent dans la langue française. Il articule deux dimensions, celle du pouvoir et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Selon les sociologues Bacqué et Biewner, il désigne :

« Autant un état (être *empowered*) qu'un processus, cet état et ce processus étant à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques, même si, selon les usages de la notion, l'accent est mis sur l'une de ces dimensions ou au contraire sur leur articulation.

Cela implique une démarche d'auto-réalisation et d'émancipation des individus, de reconnaissance des groupes ou des communautés et de transformation sociale » (103).

Devant l'étendue de cette notion, la traduction française ne peut être que réductrice. Le courant du rétablissement a choisi de le traduire en autodétermination ou de pouvoir d'agir. Cette dernière permet de conserver cet ancrage dans la notion de pouvoir. La traduction par « l'appropriation d'un pouvoir d'agir » permet d'articuler le pouvoir avec la notion de savoir dans une compréhension proche de la pensée foucauldienne (59).

Ce pouvoir-savoir est au cœur de la lutte pour la reconnaissance du savoir expérientiel aux côtés du savoir médical sur le trouble psychique. Mais cette traduction en « pouvoir d'agir » ou « d'appropriation d'un pouvoir d'agir » ne rend pas compte des dimensions collectives et politiques de ce terme.

Le modèle du rétablissement est lié historiquement et conceptuellement à la notion d'*empowerment*. C'est pourquoi j'ai fait le choix de prendre au sérieux l'avertissement du sociologue Christian Laval qui propose pour mieux appréhender l'appropriation française du rétablissement, de méditer « la fortune du concept de l'*empowerment* [...] Ses différents usages sociaux montrent les ambiguïtés morales et politiques de sa diffusion à travers le monde » (16).

1.2.3.c 3 niveaux d'empowerment

Le milieu universitaire s'est approprié le terme l'empowerment à partir des années quatre-vingt, et parfois de manière assez fidèle aux sens donnés par les mouvements civiques. C'est le cas du travail de William Ninacs qui publie sa thèse de philosophie en 2002 (130), dans laquelle il modélise l'empowerment dans le champ des interventions sociales communautaires.

Il réussit à articuler les facteurs sociopsychologiques⁵ à l'ensemble des dimensions de l'*empowerment*.

L'empowerment individuel mobilise chez les individus la motivation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. La mobilisation de ces facteurs amène à une augmentation de la liberté d'action personnelle qui se manifeste en particulier par la construction de communautés. Ces dernières sont caractérisées par un fonctionnement participatif qui favorise les libertés individuelles. Le mot « communauté » est à comprendre au sens anglo-saxon, c'est-à-dire des corps intermédiaires avec un État qui n'est pas providence.

Cet *empowerment communautaire* comporte également quatre composants : la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. Ce niveau d'*empowerment* est considéré comme un intermédiaire entre l'augmentation de pouvoir et de savoir individuels et la finalité de transformation sociale qui institutionnalise cet accroissement du pouvoir d'autodétermination individuel et communautaire.

L'empowerment organisationnel (dimension politique) est donc décrit comme étant le lieu où s'exécute la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique des individus. L'organisation est à la fois le lieu où l'*empowerment* individuel se réalise

⁵Facteurs que l'on retrouve dans le modèle du rétablissement expérientiel

1.2.3.d 3 formes d'empowerment.

○ **Empowerment radical**

La représentation de Ninacs, proche des mouvements civiques, est maintenant considérée comme « *radicale* » (103). Ce modèle est nourri des théories sociales où l'objectif d'émancipation individuelle et collective débouche sur un projet de transformation sociale qui *vient d'en bas*. Reprenant une articulation de l'individu avec la structure proche de l'agentivité selon Albert Bandura (121), et la conception d'une démocratie participative dans le sens de John Dewey (131).

○ **Empowerment social-libéral**

Dès les années 1990, l'*empowerment* fait partie du vocabulaire international de l'expertise et des politiques publiques comme l'Organisation des Nations Unies ou des bailleurs de fonds comme la Banque mondiale.

Lors de la quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes en 1995, sa traduction française est « pouvoir d'action », alors qu'en 2000 dans le texte du troisième objectif du millénaire pour le développement, il est traduit par « autonomisation ». Cette dernière acception ne prend plus en compte la notion de pouvoir. L'intégration du concept s'est faite au prix d'un affaiblissement de sa portée radicale.

Cette nouvelle représentation de *l'empowerment* est dénommée par les sociologues Bacqué et Biewener « *social-libéral* ». Elles associent à cette représentation la pensée de John Maynard Keynes qui a participé à la construction d'un modèle qui « peut prendre en compte les

conditions socio-économiques et politiques de l'exercice du pouvoir, sans pour autant interroger structurellement les inégalités sociales » (103).

○ **Empowerment néolibéral**

Au cours de leur enquête, les deux sociologues ont démontré l'hégémonie actuelle d'une troisième représentation de l'*empowerment* dans notre société : *le modèle néolibéral*.

Le néolibéralisme est entendu ici selon la philosophie contemporaine qui le décrit comme une rationalité politique qui met le marché au premier plan. Ce qui ne correspond pas à la dissolution de l'État dans le marché, mais plutôt l'extension des valeurs du marché à la politique sociale et à toutes les institutions (132–134).

Ce paradigme néolibéral rejette les dimensions d'émancipation et de justice sociale. De l'*empowerment* radical le paradigme néolibéral retient seulement la capacité de faire des choix rationnels. « Avoir du pouvoir signifie dans cette acception être intégré au monde du travail et de la consommation, trouver sa place dans l'économie de marché, être entrepreneur de sa propre vie. » (103)

1.2.3.e Quelle est la nature du pouvoir dans le rétablissement ?

Ainsi, lorsqu'il est question de transformer l'organisation des soins par l'*augmentation du pouvoir d'agir*, il est nécessaire de s'interroger la nature du pouvoir convoqué.

Par extension, il convient d'être vigilant sur le sens attribué au terme *rétablissement* de plus en plus fréquemment dans les énoncés institutionnels.

Il est probable que ce modèle s'intègre à la politique de santé publique actuelle dans son acception néolibérale : être rétabli signifierait alors un processus de reconstruction identitaire permettant d'investir un rôle social de producteur-consommateur (135).

L'analyse réflexive du modèle du rétablissement est l'un des principaux axes de ce travail de mon travail de thèse. Je rejoins la prudence de la sociologue Lise Demailly qui retrouve dans la diffusion du modèle du rétablissement une ambiguïté similaire à celle de l'*empowerment* :

« Les luttes des usagers pour leur propre “rétablissement” [...] ont parfois une tonalité ambiguë quant à la responsabilité du malade. Le courant du “rétablissement”, très présent sur Internet, insiste sur l'autonomisation volontaire, sur l'*empowerment*, sur le fait que guérir, c'est savoir trouver ses propres ressources, ses propres formes, sa “partie saine”, s'appuyer sur elle et que c'est toujours possible. Ce faisant, ils risquent, à l'inverse de ce que signifiait le terme “aliéné”, de rendre la responsabilité de leur éventuel rétablissement, en accord avec les valeurs de la modernité avancée qui voient en tout un chacun un entrepreneur de lui-même et qui dédouanent les structures sociales de la “misère du monde” et le monde du travail des diverses souffrances psychiques qu'il génère » (136).

Du côté de l'organisation des soins, cette ambiguïté s'observe dans la promotion d'une *émancipation normalisée* où l'*empowerment* et l'autonomie s'envisagent par des programmes de psychoéducation qui ont pour principal objectif l'intériorisation par les usagers de connaissance médicale (137). Ainsi, *être acteur de sa maladie* peut signifier apprendre à être autonome « par rapport au dispositif mis en place autour de ses troubles [...] se maintenir, avec son plein consentement, dans ce même dispositif » (138).

1.2.4 Conclusion

Dans cette partie nous avons fait émerger ces questions en revenant sur le contexte socio-historique qui a permis l'émergence du modèle du rétablissement. Le monde social français en général et la psychiatrie en particulier diffère en de nombreux points. La diffusion du rétablissement en France ne se fait pas dans le champ politique, mais uniquement l'organisation des soins.

La transposition du modèle du rétablissement dans le monde social français pose de nombreuses questions. En premier lieu est-il possible pour les professionnels de santé de construire une pratique de soins orientée rétablissement, dans un monde social où les associations d'usagers ne se réclament pas de ce modèle ? Les valeurs du rétablissement peuvent-elles se diffuser dans le système de santé sans un mouvement sociopolitique pour incarner le rétablissement à l'échelle de l'organisation ?

J'ai proposé une première réponse à ces questionnements en explorant la polysémie des concepts sociopolitiques du modèle du rétablissement (inclusion sociale, autonomie, le pouvoir).

Ces notions sont mobilisées dans différents discours ayant parfois des effets opposés. La notion de pouvoir dans l'*empowerment* dans son acception initiale et radicale n'a pas grand-chose à voir avec le pouvoir dans son acception néolibérale. C'est sur ce point que la communauté des professionnels de santé français reste très critique à l'égard du rétablissement.

À quoi bon acquérir un pouvoir sans avoir le choix de discuter ni la nature ni le cadre dans lequel il s'exerce ? Le psychiatre Mathieu Bellahasen, auteur d'un ouvrage très critique envers

la néolibéralisation de la santé mentale (139), offre une tribune à l'association d'usagers Humapsy dans un article sur l'*empowerment* :

« L'*empowerment* est surtout entendu dans sa dimension individuelle, ce qui le transforme en démarche liée au rétablissement, lui-même entendu comme un parcours bien balisé : accepter et connaître la maladie avec la psychoéducation, travailler sur ses déficits de ceci ou cela, ses habiletés sociales, et ensuite ceux qui auraient bien travaillé seraient mieux adaptés au travail ? On ne voit pas comment cette façon de penser permettrait de retrouver l'envie de vivre, ou favoriserait un changement dans la tête. Le "pouvoir d'agir" ce n'est pas une compétence, un but à atteindre suggéré par les autres, parce qu'il s'agit de désir, d'invention... [...] Mais à en croire certains spécialistes du rétablissement, le plus efficace c'est l'entraide entre pairs [...] C'est un autre exemple de discours très "*empowerant*" : pas besoin de soignants. Nous aussi on dirait cela si tous les soignants étaient des robots prescripteurs de grosses doses, des blouses blanches qui vous infantilisent, vous méprisent. Mais on a bénéficié d'autre chose, c'est pour ça que ça va bien, ou pas trop mal, et ce n'est pas un hasard si on a été capable de fonder notre association. C'est de l'*empowerment* non ? »

Ce témoignage reprend l'ambivalence de l'*empowerment* à la française que décrit Alain Ehrenberg dans la société des malaises (127). Il renvoie dos à dos la mobilisation de la société face aux inégalités sociales grandissantes et le pessimisme de la désinstitutionnalisation. La pratique de l'augmentation du pouvoir d'agir se construit sur l'idée qu'elle vient compenser un défaut d'institution soignante.

Bernard Pachoud explique cette résistance du monde social français à dépasser l'acception néolibérale des concepts anglo-saxons pour s'appropriier leur essence plus radicale. Le

rétablissement par son articulation avec l'*empowerment* met à distance les stratégies traditionnelles de protection :

« C'est bien l'ensemble du système de soutien social français, structuré autour de l'institution et considéré comme une valeur à préserver qui se retrouve questionné. » (31)

Cette description me semble pertinente dans le sens où je me retrouve moi-même dans cette ambivalence. Entre une formation clinique qui m'a transmis les valeurs de l'institution et le constat de la nécessité de réactualiser ces valeurs dans un monde social en pleine transformation.

Le moteur de mon travail à l'instar d'autres chercheurs ou cliniciens de ma génération (60,133,134) est de construire un pont entre de nouveaux concepts anglo-saxons porteurs d'espoir, et l'héritage de la psychiatrie française.

Je commence la construction de ce pont en terminant ce chapitre avec une partie sur le contexte socio-historique de la psychiatrie française. La description des similitudes et des différences outre-Atlantique est un premier éclairage sur les obstacles à la diffusion des valeurs du rétablissement dans le système de santé mentale français.

1.3 Un contexte sociohistorique français différent

1.3.1 La naissance du secteur

1.3.1.a La guerre comme point de bascule

Après la libération, on retrouve la primauté du psychisme individuel et la recherche d'une réponse collective au service de l'individu (142). La liberté devient le nouveau l'objet que les psychiatres d'après-guerre vont s'employer à restaurer. Henry Ey le formulera en ces termes :

«La psychiatrie est une pathologie de la liberté, c'est la médecine appliquée aux amoindrissements de la liberté. [...] La psychiatrie est à cet égard, la pathologie de la liberté.» (137)

En 1940. Les malades de l'hôpital de la Charité sur Loire, dont le Dr Le Guillant était alors le médecin-chef, sont évacués lors d'un bombardement et livrés à eux-mêmes. Il fit une enquête pour retrouver les malades disparus. Il constata que 30 % furent recueillis par leur famille ou des tiers, auprès desquels ils ne posaient aucun problème de comportement. Ils s'étaient réadaptés à des activités rurales et agricoles. Un autre tiers revint à l'hôpital soit spontanément soit réadmis par voie d'autorité, ils étaient alors incapables de se réadapter à la vie courante ou présentaient toujours des troubles du comportement incompatibles avec une vie sociale. Le dernier tiers avait disparu.

Après cette expérience, certains psychiatres s'interrogèrent alors sur le bien-fondé de l'hospitalisation de certains malades. Ils intervinrent auprès des familles pour les encourager à reprendre «leur malade», ils multiplièrent les sorties d'essai pour échapper aux mesures administratives lourdes et lentes que nécessitait la levée des placements. Pour les patients dépendants se posait une question grave, celle d'une meilleure chance de survie dans ou en

dehors de l'hôpital psychiatrique en cette période où la disette sévissait partout. L'asile perdait clairement sa dimension hospitalière justifiée socialement depuis tant d'années. La famine signa donc la faillite de l'asile, la dénonciation de l'aliénation et l'impératif d'une réforme qui entrera en résonance avec la Libération.

1.3.1.b Soigner l'institution psychiatrique et construire des thérapies réadaptatives

La *thérapeutique active à l'hôpital psychiatrique* de Herman Simon (144) exerçait une influence importante sur les psychiatres réformateurs français. Ce psychiatre allemand fut le premier à proposer une organisation des soins afin de compenser l'influence négative de l'hôpital qu'il résume à l'inactivité, l'ambiance défavorable et le préjugé d'irresponsabilité (145).

Il met en valeur *la nécessité de soigner l'institution pour qu'elle devienne soignante et l'importance des thérapies actives à visée réadaptative sur le modèle de la médecine somatique* (146). C'est cette dernière proposition qui est retenue par la réhabilitation psychosociale française. Ce qui la différencie de la psychothérapie institutionnelle laquelle retient la première.

Pendant l'occupation, l'hôpital psychiatrique de St Alban a accueilli des réfugiés et participe à la résistance Lozéroise. Pour lutter contre la famine, les malades sont mis à contribution au côté du personnel soignant et des réfugiés. La frontière entre les soignants et les malades s'amincit, une nouvelle conception du soin moral émerge. Considérant non plus l'hôpital comme le lieu de soins, mais en considérant le pouvoir soignant de la vie quotidienne, hospitalière ou non.

Cela prendra la forme d'un ensemble théorico-pratique qui prendra plus tard le nom de psychothérapie institutionnelle.

Dans la conception communément admise, l'hôpital est le lieu où sont prodigués les soins. Dans le paradigme de la psychothérapie institutionnelle, c'est la vie qui se déroule à l'intérieur de ce lieu qui est l'instrument du soin.

François Tosquelles est un psychiatre espagnol ayant combattu Franco pendant la guerre d'Espagne, il deviendra l'un des promoteurs de la psychothérapie institutionnelle à St Alban. Selon lui, elle s'appuie sur deux «jambes» : la psychanalyse et le communisme. Ces deux jambes renvoient à la double aliénation : sociale et psychopathologique du sujet (147).

Ces deux jambes ne vont pas l'une sans l'autre, sans pour autant se recouvrir. L'aliénation sociale dans la dialectique marxiste est à comprendre comme l'action d'un milieu régi par les lois du champ social, où l'individu se trouve souvent écrasé par des logiques de compétition (hiérarchiques, marchandes, etc.). Lutter contre l'aliénation sociale consiste à amoindrir la distinction entre soignant et malade, favoriser la créativité et l'autodétermination, afin d'éviter d'écraser les soignants et les malades sous le poids d'une idéologie normative.

L'influence de la psychanalyse est essentielle dans le développement de la psychothérapie institutionnelle. Elle permet la prise en compte des échanges affectifs sous sa modélisation libidinale freudienne et l'extension dans le champ de la psychose que propose Lacan. Cette approche psychopathologique permet aux psychiatres de St Alban de penser au sein de la quotidienneté, une dynamique psychothérapeutique de la psychose par le truchement de l'analyse réflexive du jeu transférentiel qui a lieu dans l'ensemble soignants-malades.

Le centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard est l'une des premières expériences de la réhabilitation française (141). Il s'agit de l'œuvre du Dr Sivadon qui arrive à obtenir des moyens et réorganise son service après de longues négociations avec les décideurs politiques. Il crée notamment des centres de postcure, des centres de réadaptation professionnelle, des hôpitaux de jour. Sa conception des troubles mentaux fait appel au concept d'adaptabilité de l'individu, il s'inscrit dans le paradigme circulaire du modèle biopsychosocial et le courant systémique de l'école de Paolo Alto. Il ne rejette pas pour autant la psychanalyse, mais contrairement à la psychothérapie institutionnelle, l'aménagement de l'appareil de soin est centré sur une position rééducative et réadaptative :

« La maladie mentale est la conséquence avant d'être la cause d'un trouble dans les rapports individu-milieu. [...]

La maladie est constituée par une régression, mais sa cause nous paraît résider dans l'incapacité pour l'individu d'établir un mode satisfaisant d'adaptation au lieu. Cette incapacité est liée à l'écart entre les exigences du milieu et les aptitudes fonctionnelles du sujet (148).

Il centre ses préoccupations théoriques sur l'ergothérapie, les techniques corporelles et l'architecture, auxquelles il attache des fonctions resocialisantes.

En 1945 le mouvement réformateur de l'asile, réunissant les psychiatres « désaliénistes » est uni dans la lutte pour obtenir des moyens financiers et sortir l'appareil de soin de l'hôpital. L'ancienne amicale des aliénistes se transforme en Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, ce syndicat jouera un grand rôle dans la défense de la politique de secteur. La revue, l'information psychiatrique naîtra à cette occasion. Henri Ey, le père de la psychiatrie française, rendra la création de ce syndicat possible. À l'origine de sa fondation, comme le décrit Coupechoux (149), se trouve un groupe de réflexion rassemblant la fine fleur de la psychiatrie française. Ce

groupe a notamment permis le travail sur l'analyse de la loi de 1838 qui encadre les pratiques de la psychiatrie et a préparé ainsi une réforme juridique de l'organisation psychiatrique.

1.3.1.c Un secteur entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale

En 1951, un échange entre Tosquelles et Le Guillant porte en germe le conflit qui scindera le courant de la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psychosociale. Les propos de Le Guillant sont rapportés ainsi : « Ces transformations à l'intérieur du dispositif matériel de l'asile nous éloignent des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation.

L'hôpital n'est ni un village ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade doit certes participer à des groupes, mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir. »(150)

En réponse Tosquelles l'accuse de faire l'impasse sur le rejet des patients par la société dont l'hôpital constitue parfois le seul refuge possible. La psychothérapie institutionnelle propose ainsi un *asile sans pratiques asilaires*. Un temps de repos au cours duquel la personne peut retourner à son rythme vers des groupes d'appartenances. Il faut également considérer que les expériences extrahospitalières à l'époque sont très rares faute de moyens. Les psychiatres de l'époque disposaient comme instrument de soins presque exclusivement de l'hôpital rural isolé. Alors même qu'ils étaient en train de travailler à l'extension des soins psychiatriques dans la cité. (41)

Dès lors, vont cohabiter des concepts ayant trait à la réhabilitation comme ceux de Silvadon, Le Guillant et Ey et des concepts ayant trait à la psychothérapie institutionnelle selon deux courants.

Le premier correspond à l'expérience du Dr Paummel dans XIII^e arrondissement de Paris, dont la pratique extrahospitalière inspire les *Community Mental Health Center* aux États unis, et la politique de secteur mené par Bonnafé et Daumézon.

Le second courant de la psychothérapie institutionnelle correspond aux expériences de Tosquelles et Oury, qui revendiquent le pouvoir soignant de la psychanalyse lacanienne sur l'aliénation psychopathologique (141).

Malgré les dissensus conceptuels, les courants réformateurs aboutissent à l'émergence d'une politique de santé publique avec la circulaire de 1960. Cette initiative politique fut l'œuvre de nombreux psychiatres qui entretiennent de bonnes relations avec le Ministère de la Santé dans les années 1950.

Le secteur psychiatrique propose une organisation des soins découpée en zones géo-démographiques rassemblant soixante-dix mille habitants. Les équipes de professionnels médico-sociaux ont la mission d'assumer la prévention, les soins et les postcures des citoyens. Pour cela de nombreux appareils de soins extrahospitaliers sont créés : centre médico-psychologique, hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, des centres de crises, des appartements associatifs, etc. En parallèle, les centres hospitaliers psychiatriques sont conservés, bien que leur nombre de places soit drastiquement diminué.

Il faudra attendre 1985 soit 25 ans, pour que la politique de secteur en psychiatrie soit intégrée au code de la santé publique.

1.3.2 De la psychiatrie à la santé mentale

1.3.2.a Un secteur inachevé

Très tôt les promoteurs de l'esprit *du secteur* ont réalisé l'échec de sa mise en pratique. Dès 1975, George Daumézon écrivait :

« Le secteur, ça devrait permettre des abords et des prises en charge variées du patient dans la communauté. Or ces prises en charge n'existent pas dans la plupart des cas. Le médecin n'a ni les moyens ni le pouvoir pour organiser ces diverses possibilités, si tant est que la vocation du psychiatre soit d'être un organisateur. En tout état de cause, aujourd'hui le secteur se résume à un mot : "il y a un médecin qui est responsable de".

Mais le médecin, dans toute l'organisation française, n'est rien. Seule l'administration a le pouvoir. L'administration de l'hôpital. Et comme je le disais tout à l'heure, elle est liée par le mode de financement de l'hôpital : le prix de journée. » (151).

George Daumézon aborde un paradoxe de l'administration du secteur : les hôpitaux avaient la charge de transformer leur offre de soins hospitaliers en soins ambulatoires, alors que leur financement restait indexé sur le nombre de lits d'hospitalisation. Autrement dit, les établissements qui souhaitaient appliquer cette politique de dé-hospitalisation étaient voués à diminuer eux-mêmes leur budget.

Plus récemment, la géographe Magalie Coldefy (152) reprend ce constat d'échec. L'échec de la traduction d'un idéal d'humanisation des pratiques psychiatriques en une organisation

coordonnée de parcours de soins. Elle montre une hétérogénéité forte des moyens et des offres de soins entre les secteurs. Elle constate que le dispositif administratif de secteur a majoré les inégalités préexistantes et conclut que les principaux facteurs de réussites locales peuvent se résumer à la volonté et au charisme de quelques protagonistes.

La géographe insiste également sur un manque de moyens financiers importants : entre 1989 et 2003, la file active a doublé alors que les moyens financiers et humains sont restés identiques.

1.3.2.b Une dilution du pouvoir psychiatrique

En 2011, la Cour des comptes rappelle l'incohérence du cadre administratif de la psychiatrie (153) : le secteur administratif est dissous depuis 2003, pourtant l'organisation des soins reste au moins partiellement tributaire des secteurs, notamment concernant les soins sans consentement.

En 2015, malgré sa dissolution administrative du secteur, le nouveau projet de santé mentale décrit une *mission de psychiatrie de secteur* (154). Dans le même temps, certains secteurs sont rebaptisés « pôle » et de nouvelles unités émergentes sont baptisées « intersectorielle ».

Ces incohérences administratives et leur décalage avec *l'esprit du secteur* promu par les psychiatres réformateurs du XXe siècle, s'expliquent en partie par la rationalisation gestionnaire assumée au nom de la transparence des administrations (5). Ces dernières ont peut-être toujours envisagé le secteur psychiatrique comme un découpage territorial, un simple contenant destiné à recevoir des moyens financiers.

Les sociologues Benoît Eyraud et Livia Velpry considèrent quant à eux que les difficultés de la politique de secteur résident dans la disparition concomitante des moyens institutionnels pour sa réalisation (155).

Nous l'avons vu dans la partie précédente, l'idéologie du secteur s'ancre dans une considération globale de la personne avec une attention particulière à son retour dans son milieu de vie.

Selon les deux auteurs, la création de l'allocation adulte handicapé, puis sa généralisation en 1975, représente le début de la perte du pouvoir psychiatrique sur la vie sociale des personnes concernées par la maladie mentale. L'insertion professionnelle, le logement et la protection des biens des personnes sortent du champ de la psychiatrie.

Bien que l'on puisse d'un côté se réjouir de l'affaiblissement d'une institution historiquement disciplinaire et ségrégative. Ce transfert de pouvoir vers des institutions sociales ou médico-sociales empêche également la mise en pratique des théories réformatrices proposées par les psychiatres de l'après-guerre.

En effet, il devient difficile pour le secteur psychiatrique d'assumer une mission de réinsertion dans le milieu social alors même que les compétences nécessaires sont dans le même temps distribuées à d'autres institutions.

La sociothérapie, le pouvoir thérapeutique de la communauté et de la vie quotidienne échappent à l'institution psychiatrique pour rentrer dans d'autres champs sociaux.

Le dé-hospitalisation ne sera pas accompagnée d'une réflexion concernant l'aliénation sociale. Le *pouvoir soignant du peuple* cher à Bonnafé (156) est parfois réduit à l'accueil dans de nouvelles institutions sociales ou médico-sociales. Et dans le même mouvement, le *pouvoir soignant de l'institution* cher à Tosquelles et Oury (157) reste une pensée marginale pratiquée dans des lieux reculés.

1.3.2.c La santé mentale comme nouveau paradigme

Le secteur, dans sa dimension extensive avait l'ambition de résoudre seul le problème de l'articulation du sanitaire et du social. C'est-à-dire de maintenir une continuité entre les établissements hospitaliers, les dispositifs de soins ambulatoires intégrés dans la ville et l'ensemble des dispositifs appartenant au champ social. Les lieux d'accueils de personnes avec un handicap ne sont pas moins concernés par le paternalisme et donc susceptibles d'une *pratique asilaire*.

C'est dans ce décalage entre l'idée du secteur et sa réalisation partielle que, selon Héloïse Halliday, la santé mentale s'est progressivement imposée comme *une alternative pour s'institutionnaliser et remodeler le dispositif de soins*. (41)

Selon l'Organisation mondiale de la Santé qui est à l'origine de l'utilisation de ce concept, la santé mentale est l'aptitude parfaite à mener des relations harmonieuses avec ses semblables et devient un droit fondamental.

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (151).

Patrick Mordelet (158) rappelle que l'aspect positif de la santé n'est pas retenu et la politique publique se concentre sur la lutte contre les maladies mentales. Néanmoins cette politique de santé publique ne se fait pas dans le paradigme médical traditionnel.

Cette lutte ne se limite pas à un traitement en rapport à une maladie. Mais plutôt avec l'idée d'une norme de bien-être personnel et social que la maladie empêcherait d'atteindre.

Les moyens mobilisés ne sont pas centrés sur la lutte contre l'aliénation sociale des institutions, mais sur la résolution de problèmes par des techniques de compensation centrées sur les individus.

Ce changement de paradigme est pour le monde de la psychiatrie française source d'une ambivalence oscillante entre l'espoir de l'émancipation citoyenne (pile et Roelandt 2001), et l'opposition farouche par son association au processus de néolibéralisation à l'œuvre dans la société française (139).

La psychiatrie est en train de se diluer dans le paradigme de la santé mentale. Avec d'une part la diminution de son pouvoir de quadrillage de la vie des personnes concernées par la santé mentale, redistribué parmi les institutions médico-sociales relevant du champ du handicap psychique. Et d'autre part, il y a eu une extension de la demande et du domaine d'action de la psychiatrie. Ce que Demailly & Autès nomment une *modification de la place du souci de santé dans les modes de vie* (159).

L'idée d'un secteur psychiatrique comme unique promoteur d'une politique de santé mentale, est maintenant révolue. En 2009, le rapport Couty (160) impute l'échec de la politique de secteur à sa trop grande ambition. L'ambition de confier la responsabilité au champ sanitaire un ensemble de compétences qui relève de nombreuses institutions et recouvre de nombreux champs de la société.

Cet argumentaire sera repris dans les directives gouvernementales du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 :

« A la lumière des critiques de son fonctionnement (que ne peut toujours expliquer un manque de moyens) le secteur doit évoluer d'une approche totale vers une approche globale » (161).

1.3.2.d Du secteur au réseau

La question de l'articulation de la psychiatrie avec les autres institutions du champ de la santé mentale est l'enjeu des politiques de santé publique depuis maintenant deux décennies. Le secteur n'a peut-être jamais eu les moyens de ses ambitions. Dans la continuité de l'analyse d'Alain Ehrenberg à propos de l'*empowerment* (127). Les professionnels du monde de la psychiatrie restent selon moi attachés à *l'esprit du secteur* dans une lutte contre les inégalités grandissantes, tout en constatant avec pessimisme le déclin de la psychiatrie de secteur.

Ce déclin est unanime, la psychiatrie contemporaine « offre l'image d'un système à bout de souffle, illisible, très hospitalo-centré, proposant aux patients des parcours de soins morcelés, souvent mal coordonnés avec des structures d'amont et d'aval souvent engorgées... » (7).

L'enjeu du paradigme de la santé mentale paraît alors complexe : résoudre l'organisation interne de la psychiatrie tout en construisant un réseau entre ces acteurs et d'orienter leur pratique vers une inclusion et une réinsertion sociale plus efficace. Cela revient en pratique à jongler entre des cadres idéologiques, culturels, juridiques, administratifs et financiers cloisonnés.

L'unification conceptuelle est recherchée par la notion sanitaire d'*état de bien-être* (162). Il est appréhendé par les institutions sanitaire et sociale par l'évaluation objective et hétéro-évaluative d'une autonomie fonctionnelle.

La santé mentale internalise la dimension sociale de la maladie mentale dans le dispositif juridique. La notion de handicap permet la reconnaissance juridique de citoyenneté des personnes afin qu'elles puissent exercer leur souveraineté démocratique.

Les politiques de santé abordent l'autonomie à travers la notion de handicap, qui nous l'avons décrit plus haut calcule un degré d'écart à une norme, un degré d'invalidité de fonctionnement dans le milieu social.

Ainsi le paradigme de la santé mentale considère la dimension sociale de la santé mentale en faisant table rase des savoirs construits par le courant désaliéniste du siècle dernier.

1.4 Conclusion

Le rétablissement est donc à la fois un modèle de soins centré sur la personne et un modèle de sociopolitique centré sur les droits fondamentaux. Il a émergé dans un système de santé mentale marqué depuis les années 1980 par l'échec du virage ambulatoire des soins psychiatriques qui a précipité de nombreuses personnes dans la précarité sociale.

Le modèle du rétablissement est issu de la tradition anglo-saxonne du *self help*, où l'organisation à l'échelle communautaire compense la faible protection sociale de l'État.

Les usagers se sont organisés depuis le milieu du XXe siècle pour prendre soin les uns des autres. Ils ont ensuite alimenté le débat politique concernant la fonction sociale de la psychiatrie américaine en contestant son pouvoir sur la vie des malades.

Le modèle prend la forme d'un ensemble d'énoncés universitaires reliés à des pratiques réalisées au sein de services de santé ou d'associations d'usagers. Ces énoncés théoriques et ces pratiques d'accompagnement sont divers et parfois antagonistes.

L'histoire et le monde social de la psychiatrie française sont autres. La réforme d'après-guerre s'est déroulée progressivement et accompagnée par des professionnels engagés dans l'humanisation des pratiques. La réforme française, à l'instar de la réforme américaine, reste inachevée. L'organisation de la psychiatrie française se dilue progressivement dans le paradigme de la santé mentale et du handicap.

C'est dans cette transition sanitaire que le modèle du rétablissement fait irruption dans le monde de la psychiatrie française. Il a alors mobilisé des professionnels de santé qui interprètent et incarnent de manière très variée le rétablissement.

J'ai fait le choix de privilégier l'acceptation expérientielle du rétablissement. Je m'intéresse plus particulièrement à la dimension sociopolitique du modèle qui permet de penser une organisation de soins plus égalitaire et inclusive.

Car finalement les soins orientés rétablissement ce sont avant tout un cadre éthique. Il s'agit de simplement considérer la personne et non le malade. De respecter son humanité et ses droits fondamentaux.

Dans un système de soins de plus en plus technique, où l'évaluation statistique détermine la pratique de la médecine, les services sont mis en concurrence par des appels d'offres qui restent insuffisants aux besoins. Dans ce monde social en transformation, le modèle du rétablissement rappelle aux professionnels de santé que leur pratique est avant tout relationnelle, humaine et éthique.

2 MÉTHODE ET PARTIS PRIS

« S'il n'y a pas eu de question, il ne peut y avoir connaissance scientifique. Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit. »

(Gaston Bachelard, La Formation de l'esprit scientifique, p.14)

Les quatre parties de ce chapitre ont pour fonction d'éclairer ma subjectivité au cours de cette enquête. Afin que vous puissiez saisir les moyens mis en œuvre pour produire l'hypothèse théorique présente formulée dans le dernier chapitre.

Dans un premier temps je vous propose une clarification de ma représentation du lien social, pour mieux poser l'inclusion sociale comme un concept unificateur des courants de la psychiatrie évoqués au chapitre précédent.

Dans une deuxième et troisième partie, je vous présenterai l'influence sur mon travail de la santé mentale communautaire et de la psychothérapie institutionnelle.

Enfin vous pourrez lire, dans la quatrième partie, une description détaillée de la méthodologie utilisée pour le processus de problématisation et ses éléments de réponses.

2.1 Le lien social

Cette notion floue se trouve en amont de toutes les notions mobilisées jusqu'à maintenant : identité, *empowerment*, relation thérapeutique, pair-aidance, inclusion sociale, intégration sociale, réhabilitation psychosociale, aliénation sociale, organisation, institution et cohésion sociale.

J'ai tenté de construire une modélisation claire à force de lecture et j'ai enfin compris que tout savoir sur le lien social porte en lui le germe d'un récit ou d'une pratique politique.

La description du lien social, réduit à un contrat marchand entre deux individus rationnels et égoïstes, comme le fait Adam Smith dans *l'Essai sur la nature et les causes de la richesse des nations*, sert toujours de socle philosophique et conceptuel aux politiques économiques mettant en compétition des acteurs.

Selon la définition du néolibéralisme (132 133), cette même conception du lien social tend à se diffuser dans des champs qui relevaient historiquement d'un autre paradigme du lien social. Par exemple la santé et l'hôpital.

Mais si les médecins français sont habitués à prodiguer des soins en dehors de la logique de l'économie libérale, c'est à lier en partie au concept de solidarisme proposé par Léon Bourgeois à la fin du XXe siècle (6). Ce dernier fournit une description du lien social centré sur la solidarité et la dette intergénérationnelles, ce qui fera le lit idéologique de la Sécurité sociale du Conseil de la Résistance.

S'il concerne un savoir sur l'ensemble du monde social, ce savoir constitue un pouvoir pour gouverner. C'est-à-dire « *structurer le champ d'action éventuel des autres* ». (7)

La modélisation du lien social est une réponse construite aux interrogations fondamentales de la vie relationnelle humaine. Ces constructions sont réalisées par des individus, baignant dans un contexte socio-historique, avec des croyances et des idéologies.

La construction d'un savoir concernant le lien social devient vectrice de pouvoir lorsqu'elle est mobilisée pour structurer le champ d'action des personnes. Le lien social lorsqu'il est contrat marchand, soutient la liberté d'entreprendre et protège le secret des affaires. Lorsque le lien social s'inscrit dans une solidarité au regard de déterminants socioéconomiques, il devient le socle idéologique de la Sécurité Sociale, des congés payés et de la retraite.

Ainsi décrire le lien social n'est pas anodin puisqu'il diffuse dans l'ensemble des discours et pratiques le choix d'un modèle du rétablissement expérientiel ou d'un modèle du rétablissement médical et renvoie à une représentation du lien social.

Ces représentations sont trop complexes pour que je puisse les approfondir. Je me contenterai dans cette partie de vous livrer mon approche du lien social. Mais également quelques clefs de compréhension sociologique afin d'articuler les différents courants de la psychiatrie évoqués précédemment autour de la notion d'inclusion sociale.

2.1.1 De l'écologie à la Psychiatrie

Le contexte initial de mon travail de recherche est ma découverte de la permaculture (163) au cours d'un voyage de plusieurs mois. C'est avec l'émergence d'une conscience écologique que mon questionnement sur le lien social a débuté.

La permaculture envisage l'organisation humaine dans la continuité de la théorie des systèmes et un ensemble de valeurs éthiques puisant dans la psychologie humaniste. Son objectif est de créer des habitats au sens large, à l'image d'écosystèmes résilients.

Cette recherche éthique rigoureuse d'une culture permanente à l'époque de l'anthropocène (164) s. d.), la sociologue Laura Centemeri la nomme «l'art de réhabiter ou comment concevoir, de manière écologiquement et socialement durable, la réponse aux besoins fondamentaux des êtres humains » (165).

Cette perspective écosystémique et cette éthique centrée des besoins fondamentaux m'ont amené à questionner la fonction du système de santé mentale dont je faisais l'expérience au quotidien. Ma réflexion est largement influencée par la recherche d'une cohésion sociale empreinte du solidarisme de la fonction publique française (166).

Ma thèse de départ réside dans la croyance que l'écosystème humain pour être pleinement fonctionnel, au sens de Bernard Stiegler (167), doit être localisé en un lieu et augmenter le potentiel dynamique de l'ensemble du système. Notamment en incluant l'ensemble des individus dans des relations riches et complexes, y compris lorsqu'ils ont une maladie mentale.

En somme je fais partie de ce que le linguiste Philippe Genestier désigne comme une formation discursive qui croit en l'idéal commun d'un lien social se construisant à l'échelle locale (168).

La fonction sociale de la psychiatrie est pour moi de permettre la reconstruction du lien social des personnes exclues par les stigmates de la maladie mentale.

Il n'est pas question pour autant de réduire l'expérience de folie à sa seule dimension sociale. Mais plutôt de considérer, à l'instar de la psychothérapie institutionnelle (169), la lutte contre l'aliénation sociale dans le système de soins comme une condition préalable pour lutter efficacement contre l'aliénation psychopathologique. Par ce positionnement je précise l'objectif de ce travail :

Participer à une pratique de soins localisée qui a pour objectif de favoriser la reconstruction de liens sociaux. Et de manière plus opérationnelle, proposer un énoncé théorique qui articule l'éthique du rétablissement expérientiel avec l'héritage réflexif de l'analyse institutionnelle.

2.1.2 Le lien social d'appartenance

Je me suis consacré dans un premier temps à donner une forme à la notion de lien social. Je me suis pour cela appuyé sur la pensée de Georges Simmel et son actualisation par le courant de la sociologie clinique et les travaux de Paul Paugam.

Les tenants de la sociologie clinique insistent sur le caractère processuel du lien social et son articulation avec l'identité (170). Dans cette perspective, le lien social prend le nom de socialisation. Il est défini comme un processus d'actions réciproque et permanent par lequel se lient et se délient les individus, se constitue et se désagrège les groupes.

Le lien social est ici envisagé comme l'appartenance au groupe. L'appartenance n'est pas à comprendre ici comme une donnée pragmatique qui considère que l'homme a besoin de coopérer pour survivre. Mais comme une condition même de l'existence d'une individualité qui dépasse la relation duelle pour se référer à un tiers, le groupe.

La construction et dissolution permanente de ces groupes (ou cercles d'appartenances) est un double processus.

Le premier se déploie sur un axe qualitatif d'identification et de différenciation, participant à la construction des identités sociales de statut par le biais de symboles. Cela s'observe chez l'adolescent qui, en s'identifiant à d'autres cercles d'appartenance par ses choix musicaux, de langages et de vêtements, va se différencier du cercle d'appartenance familiale.

Le second se déploie sur un axe quantitatif ou segmentaire. Il peut être résumé par la métaphore de George Simmel : *lorsque l'on ferme une porte, un pont se crée*. Il concerne l'unité et de la pluralité des positions et des statuts. Cela se manifeste lorsque ce même adolescent privatise sa chambre à coucher mettant ainsi une distance avec sa famille, tout en laissant rentrer ses amis par la fenêtre.

En m'appropriant ce modèle, je fais l'hypothèse que l'individu n'existe qu'à travers l'autre, auquel il s'identifie et auquel il se distingue en permanence. Comme le dit Paul Paugam : *la reconnaissance d'un « nous » est constitutif d'un « moi »* (64).

La reconstruction identitaire décrite dans le modèle du rétablissement ne peut être alors comprise sans la notion de lien social. *Ce processus de redéfinition identitaire* (Davidson 2003) consiste à *sortir du statut social de malade* (30) sous le regard du groupe. *Statut de malade* décrit comme *une identification de la personne au trouble* (27). Ici le trouble est à comprendre dans le sens de *l'entité maladie* qui se forme par identification au *groupe des malades*.

Le processus de rétablissement consisterait alors pour la personne à diminuer son sentiment d'appartenance au *cercle des malades mentaux*, tout en construisant de nouvelles

appartenances. La sortie du statut de malade advient lorsque la personne définit une identité qui *se distancie des représentations médicales* (Kœnig 2016, 192) c'est-à-dire du groupe des malades.

2.1.3 Inclusion sociale et stigmatisation

Comme nous l'avons décrit lors du premier chapitre, l'un des principaux obstacles à sortir du statut de malade réside dans la stigmatisation de cette maladie qui conduit à l'exclusion sociale du malade.

Paul Paugam travaille à décrire l'exclusion (64 171) et la précarité sociales qu'il définit comme des ruptures de liens sociaux. Cette rupture renvoie à un déficit de protection et/ou de reconnaissance du groupe pour l'individu. Pour étudier ces déficits, il a créé une typologie des liens sociaux : lien social de filiation, lien social de participation élective, lien social de participation organique et lien social de citoyenneté.

Par exemple, une personne peut être exclue si elle n'est pas assurée de garder son emploi. Elle présente alors un déficit de protection dans son lien de participation organique. Une autre personne peut également être précaire si elle ne trouve pas de sens à son travail. Alors même que son emploi est stable et lui assure une protection financière contre les aléas de la vie, cette personne présente un déficit de reconnaissance dans son lien de participation organique.

Les dispositifs d'intégration ou de réinsertion sociale au sens de Davidson, concernent l'accompagnement individualisé afin de favoriser la construction d'un ou plusieurs types de

lien social. L'institution psychiatrique est riche de ce type de dispositifs. L'accompagnement à l'emploi des personnes ayant une maladie psychiatrique vise à reconstruire des liens de participation organique.

L'implication des familles dans les soins a pour fonction de reconstruire des liens de filiation. Les activités occupationnelles et les accompagnements vers les associations communautaires soutiennent les liens sociaux de participation élective. L'intégration et la réinsertion permettent de reconstruire le lien social en accompagnant la personne afin de trouver protection et reconnaissance auprès de groupes d'appartenances.

S'il est possible dans un accompagnement individuel de favoriser la construction de liens sociaux apportant une protection et ainsi permettre à l'individu de *compter sur* le groupe, il est bien plus complexe de favoriser une modification *de nos attentes normatives quant à la conduite et au caractère d'autrui* (172), afin que ces personnes puissent *compter pour* le groupe.

La stigmatisation de la maladie mentale et du handicap entrave la reconnaissance du groupe vis-à-vis des personnes usagers des services de psychiatrie. Il n'y a pas de société où les personnes atteintes de troubles mentaux sont traitées comme des égaux (173).

Cette conception de l'inclusion sociale, au sens de l'appartenance, articule le mouvement du rétablissement expérientiel, la psychothérapie institutionnelle, la réhabilitation psychosociale et la santé mentale communautaire.

Je rejoins Mathieu Duprez qui déclarait en 2008 (174) que la réhabilitation psychosociale et la psychothérapie institutionnelle se rejoignent sur un même point central de leurs pratiques : «le fait que les personnes souffrant de pathologie mentale doivent être soignées dans la cité et non en des lieux ségrégatifs et désocialisant » et « (...) autour de l'idée fédératrice que ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social ».

Mon travail consiste à apporter un éclairage de la complémentarité de ces approches. Afin de permettre la rencontre des valeurs humanistes de la psychiatrie française et les valeurs anglo-saxonnes du mouvement du rétablissement.

2.2 La Santé mentale communautaire

Dans cette partie je souhaite décrire le premier terrain d'observation que j'ai exploré au cours d'une enquête préliminaire afin de préciser mon sujet. Cette visite m'a profondément influencé dans ma perception du rétablissement. La créativité et l'engagement éthique des professionnels ont changé mon rapport à ce modèle que je n'envisageais que sous le prisme du soin et non d'un mouvement sociopolitique. C'est donc ici que j'ai saisi ce qui signifiait travailler dans le milieu communautaire.

J'ai découvert la santé mentale dans la communauté lors d'un congrès organisé par l'association de réhabilitation psychosociale réh@bilite (175).

J'ai assisté pour la première fois à des interventions réalisées par des usagers de services de santé mentale. Ils étaient pour la plupart des représentants d'associations actives dans le militantisme ou la construction de dispositifs de soins complémentaires aux institutions psychiatriques.

Leur revendication ne concernait pas l'augmentation de capacité fonctionnelle, mais faisait état de leur lutte pour la reconnaissance de leurs droits et ainsi que pour une meilleure inclusion sociale.

Le service de santé mentale de la banlieue lilloise fut la seule à proposer des interventions qui correspondaient aux plaidoyers des usagers. L'organisation des soins est envisagée avec un objectif clair d'inclusion sociale. Leur discours se référait à la démocratie sanitaire et aux droits humains.

L'*empowerment* et le rétablissement y étaient associés à des pratiques de psychiatrie communautaire. Il ne m'en fallait pas plus pour m'enthousiasmer et deux mois plus tard je louais une chambre à Lille.

2.2.1 Le secteur 59G21

Mes premières explorations se déroulèrent dans les locaux d'un petit immeuble dans une rue de la banlieue lilloise. Je ne remarque pas tout de suite la plaque discrète désignant la présence d'un centre de santé mentale. Le comptoir d'accueil donne sur les postes informatiques utilisés par les secrétaires et les soignants. L'unique salle de consultation est spacieuse, elle peut servir pour des consultations de thérapie systémique (vitre teintée, nombreux fauteuils). Derrière la vitre, une petite salle d'observation que je m'empresse de rejoindre.

La psychiatre est occupée avec le psychologue-coordonnateur par le staff téléphonique du matin. Dans la pièce une étudiante psychologue est en retrait. L'écran d'ordinateur affiche un tableau Excel qui résume les soins dans le secteur de 110 000 habitants : 10 personnes hospitalisées, 12 en suivis intensifs dans la cité, 9 en suivis attentifs et 24 autres situations à risque. Le son du haut-parleur est de mauvaise qualité, mais le silence règne dans la petite pièce. Chaque équipe fait la synthèse des activités et des événements de la veille. Ils font le tour des urgences pour établir le suivi. Cela dure 30 minutes et aboutit à quelques ajustements de prise en charge et modifications du planning du médecin d'astreinte pour des consultations d'urgences. Le fichier et les décisions prises sont notifiés et coordonnés par la secrétaire en poste à l'unité d'hospitalisation.

2.2.2 Le paradigme de la santé mentale dans la communauté

Le Dr Jean-Luc Roelandt, longtemps responsable du secteur, est l'un des promoteurs français de la santé mentale communautaire. Il travaille maintenant avec l'Organisation mondiale de la Santé, qui accompagne et diffuse les pratiques du pôle de psychiatrie communautaire lilloise, à travers le Centre Collaborateur d'Organisation mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS).

Ce courant de la psychiatrie souhaite créer un réseau de soins pour lutter contre un pouvoir psychiatrique décrit comme totalitaire et contraire aux droits humains. Cela implique pour la psychiatrie d'abandonner sa position de force pour créer un réseau, *ne plus avoir des partenaires, mais être un partenaire* (176).

La santé mentale dans la communauté s'appuie sur la notion italienne de *citoyenneté thérapeutique* (177). Le savoir du patient est reconnu dans sa légitimité et son utilité thérapeutique, et plus encore dans sa fonction politique. Cette approche Basaglienne ne peut s'accommoder de l'hôpital, lieux de privations de liberté et de domination.

Dans ce paradigme, la lutte contre l'aliénation sociale revient à implanter les soins en ville pour mieux raser l'hôpital. C'est une lutte contre la stigmatisation afin de favoriser l'accueil des personnes concernées par la maladie mentale.

En ce sens, la santé mentale dans la communauté est le prolongement de l'esprit du secteur pensé par Lucien Bonnafé proposant de lutter contre l'aliénation sociale des pratiques asilaires. D'ailleurs l'objectif affiché en 2001 dans le premier rapport ministériel concernant une

politique de santé mentale proposée par le Dr Roelandt et le Dr Piel, est bien de mener à son terme la politique du secteur :

« Le concept est toujours pertinent par ses principes fondamentaux de proximité et de continuité des soins, ainsi que par la notion d'implantation, dans une zone géographique accessible, d'une équipe pluridisciplinaire fonctionnant en réseaux sanitaires et sociaux. Le secteur est une option thérapeutique et pas la délimitation d'une aire géographique, ni seulement un dispositif fonctionnel. C'est le seul cadre qui permet d'aborder les tâches de santé publique réclamées par les intervenants de terrain... » (176).

Les alternatives à l'hospitalisation sont priorisées avec notamment les soins intensifs dans la communauté (178). Lorsque celle-ci est nécessaire, l'isolement et les contentions sont proscrits (179). Des instances administratives comme les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont mobilisées pour réunir les différents acteurs de la santé mentale sur le territoire et coordonner leurs actions (180).

La pratique Lilloise des soins psychiatriques communautaires est l'aboutissement d'un travail d'ouverture vers les élus locaux et les acteurs du champ social qui a débuté en 1979. Elle est également l'héritière d'un travail théorique qui tente de modéliser une organisation des soins dans le paradigme de la santé mentale.

À l'instar des services pratiquants encore une psychothérapie institutionnelle, les expériences de psychiatrie communautaire font exception sur le sol français (29 181). Lors de la pause déjeuner, une personne insiste sur les résistances des autres pôles de psychiatrie à reconnaître cette organisation des soins : « Les gens ne nous aiment pas trop, on a du mal à recruter, surtout

des médecins ». À distance de Lille, dans d'autres services de psychiatrie les gens ne les connaissent tout simplement pas.

Pourtant le discours administratif reprend régulièrement les termes employés par la santé mentale communautaire selon Jean-Luc Roelandt et ses collaborateurs, comme le projet territorial de santé (182), qu'ils ont proposé 16 ans avant son inscription dans la loi (176).

Malgré une évolution sémantique et l'apparition de nouveaux dispositifs administratifs, le passage d'une organisation de secteur psychiatrique à une organisation en réseau de santé mentale est encore aujourd'hui *une réforme qui n'en finit d'aboutir* (183).

2.2.3 Une pratique citoyenne

Le pôle lillois fait figure d'exception dans les soins psychiatriques, mais plus encore dans son approche de l'accompagnement dans le milieu social. La réinsertion est assurée par un lien étroit avec trois associations, une pour le logement, une autre pour les activités (dont le travail) et une dernière association artistique. Il n'y a pas de groupe de patients, pas d'accueil à temps partiel, pas d'hôpital de jour.

Lorsque des usagers veulent chanter, ils ne rejoignent pas la chorale de l'hôpital. Un infirmier ou un éducateur les accompagne dans la chorale de leur quartier. Cette conception des soins psychiatriques en prônant la thérapeutique du milieu social est proche de *l'esprit du secteur*.

Malgré cette affinité historique, c'est du côté de la psychiatrie sociale anglaise et particulièrement québécoise (177) que les professionnels lillois puisent leurs références

théoriques. À côté de la citoyenneté thérapeutique, le modèle du rétablissement est depuis peu le nouveau socle éthique de la relation soignante.

J'ai retrouvé les documents institutionnels et les publications publiques de ce courant. Cinq principes structurent cette organisation des soins :

- Les droits humains et du citoyen sont inaliénables, les troubles psychiques ne les annulent en aucun cas.
- Justice et psychiatrie, prison et hôpital, enfermement et soins ne doivent pas être confondus.
- La société doit s'adapter aux besoins des patients et non le contraire.
- La fermeture des lieux d'exclusion médicaux et sociaux.
- La lutte contre la stigmatisation et les discriminations : sensibiliser la population afin de modifier les préjugés et de dangerosité, d'incompréhension et d'incurabilité entourant les personnes ayant un contact avec la psychiatrie.

Nous retrouvons les similitudes avec le cadre éthique recommandé aux services orientés rétablissement décrit dans le chapitre précédent.

La relation professionnel/usager est marquée par cette redistribution des pouvoirs, renvoyant à une logique foucaldienne de la domination. C'est à partir de cette éthique du soin centrée sur les droits civiques qu'il faut comprendre le témoignage d'un professionnel à la fin d'une journée de consultations qui me confiait : « *Finalement, je me considère plus comme un prestataire de service* ».

À mon retour, j'ai repris mon activité clinique enthousiaste d'avoir découvert un moyen de construire une pratique orientée vers l'inclusion sociale dans le paradigme de la santé mentale.

Il me semblait possible de réaliser des dispositifs de soins, dont l'organisation favorise l'intégration des personnes dans la communauté et, dans le même temps, construit des partenariats solides avec de nombreux acteurs de champs sociaux divers, afin de favoriser l'inclusion sociale de personnes concernées par la maladie mentale. L'inclusion sociale avait pour moi trouvé une incarnation opérationnelle : le réseau.

Mais mon appropriation d'une pratique clinique issue de la psychothérapie institutionnelle, lors de mon dernier stage d'internat, va apporter une certaine réflexivité sur les pratiques de santé mentale communautaire et enrichir l'exploration du modèle du rétablissement.

2.3 L'approche institutionnelle

« La ruse de l'asile, c'est de nous faire croire qu'il existe en un lieu appelé hôpital psychiatrique. L'asile est au-dehors, comme au-dedans ; avec des gens, à l'intérieur et au-dehors, aussi aveuglés par ce qu'ils sont, aussi empêtrés par ce qu'ils font. » Majastre, 1972

(27).

2.3.1 L'impasse de l'approche organisationnelle

Avant ma rencontre avec la psychothérapie institutionnelle j'avais déjà débuté mon processus de recherche autour du modèle du rétablissement, le lien social et l'organisation des soins.

Mon analyse avait pris une direction qui m'amenait à préciser le terme d'organisation. J'avais choisi d'ancrer ma réflexion dans l'approche foucauldienne du pouvoir. Organiser des soins est sous ce regard la structuration du champ d'actions éventuelles des professionnels de santé (59).

Cette approche me permettait d'appréhender la notion d'*empowerment* qui sous-tend le modèle du rétablissement et la santé mentale communautaire. Elle permet de penser les relations humaines en termes de pouvoir et de savoir.

Cette approche m'a été utile pour comprendre le fonctionnement des services hospitaliers que je fréquentais. Particulièrement l'approche foucauldienne de l'organisation moderne du travail selon Marie-Anne Dujarier (185).

À partir de l'observation de nombreuses structures, notamment de centres hospitaliers universitaires, elle décrit une technique d'organisation du travail (management) orientée vers des objectifs. Les managers pensent des dispositifs, qui fixent les buts et les moyens du travail des professionnels de terrain. Ces derniers réalisent alors ce travail pensé par d'autres. Les managers créent pour cela des outils techniques encadrant un travail qui expliquent comment le faire, par exemple un protocole. Mme Dujarier met en valeur une tendance à la concentration du pouvoir concernant la pratique du travail par quelques personnes ne connaissant pas le terrain. Au regard de leurs tâches de planification et de leurs distances avec le terrain, la sociologue les surnomme *les planeurs*. Elle décrit une organisation du travail qui prend la forme de dispositifs qui définissent quoi faire (objectifs), comment le faire (protocoles) et pourquoi le faire (séduction, la carotte et le bâton).

J'avais une compréhension de cette sociologie des organisations selon laquelle elle traite les *faits sociaux comme des choses* (186). Je comprenais ces relations de pouvoir-savoir dans une perspective structuraliste (187). Ainsi l'organisation du travail est réduite à la somme des façons dont elle divise les tâches et comment elle réussit ensuite à les coordonner (41).

Cette approche me rendait aveugle à l'aspect relationnel, non rationnel, affectif, aux valeurs, aux représentations intériorisées par les professionnels. Il m'était impossible avec cette approche d'appréhender le modèle du rétablissement dans son ensemble. Je n'ai jamais fait l'expérience de la maladie mentale et encore moins d'un processus de rétablissement comparable à notre sujet d'étude. Ce modèle tel qu'il est décrit dans la littérature représente un cadre éthique, un ensemble de valeurs qui sont mises en pratique dans les soins. Et je ne disposais pas des outils conceptuels pour appréhender dans l'organisation des soins cet ensemble de valeurs.

Je me suis trouvé devant un obstacle : comment penser l'émergence d'un nouveau cadre éthique dans un champ d'action ?

2.3.2 La psychothérapie institutionnelle

C'est ma rencontre avec la psychothérapie institutionnelle qui m'a permis de franchir cet obstacle épistémologique. Je n'ai pas visité de lieux emblématiques au cours de mon enquête, mais j'ai réalisé deux stages d'internat avec le Dr Galli qui m'a transmis jour après jour sa représentation du soin psychiatrique.

Il s'agit d'un ensemble d'outils théorico-pratique qui propose une réflexion sur l'aliénation sociale et la façon dont l'institution porte ces contradictions. Il s'agit d'analyser les rapports de forces à l'œuvre dans l'institution et de construire la pratique du soin en conscience de leur présence.

La conscience des rapports sociaux de production qui régissent toute l'activité sociale revient pour Marx à sortir d'une position *aliénante*. C'est pour l'homme prendre la juste mesure des conditions de son exploitation, c'est-à-dire la réalité. C'est prendre conscience de vivre dans un espace social pétri de langage et d'idéologie qui occultent le fonctionnement conditionnant de l'exploitation capitaliste (188).

Le professionnel salarié est, par son statut, aliéné au système de santé. Il doit se soumettre à lui sous peine de conséquences.

En revanche, et on retrouve là l'esprit de la psychothérapie institutionnelle (189), *se soumettre* se distingue d'*être assujetti à*. L'obéissance renferme la notion de conscience : il faut reconnaître l'aliénation sociale pour être sujet de celle-ci, en identifiant par exemple que

l'enfermement des malades puise sa source dans la crainte qu'a la société de la différence d'une part, et en reconnaissant l'emprise de l'établissement sur nos pratiques d'autre part.

La création (d'activités thérapeutiques, de médiation, de clubs, etc.) s'érige alors en résistance contre l'aliénation sociale.

La lutte contre l'aliénation sociale dans un service de soins, revient à prendre conscience du cadre de pensée normatif qui correspond à la demande de la société et, ensuite, d'organiser en *conscience* un travail créatif de manière à ce que le poids idéologique n'entrave pas trop la liberté de la personne concernée par les soins.

Cette approche institutionnelle du système de santé n'est pas idéale pour décrire la division et la coordination des tâches au sein d'un réseau de soins. Mais elle permet d'explorer la représentation que les professionnels ont d'un parcours de soins. En bref, l'approche institutionnelle s'intéresse non pas à la structuration du champ d'action éventuelle, mais à la culture du soin par la production de normes et de valeurs.

Selon Farkas et Anthony, des psychiatres relevant de la réhabilitation psychosociale Américaine et promoteurs du rétablissement, c'est bien cette culture du soin et ces valeurs qui sont considérées comme un préalable pour tout service orienté rétablissement (66).

Pourtant, ces mêmes personnes et presque la totalité des tenants du rétablissement considèrent l'*institution* avec méfiance. Même les professionnels lillois de santé communautaire se refusent à utiliser ce terme, alors même qu'ils se réclament les héritiers du psychiatre rouge Lucien Bonnafé (176). L'ambiguïté est similaire concernant la psychiatrie communautaire américaine,

dont le premier dispositif fut inspiré par l'expérience institutionnelle du 13^e arrondissement de Paris.

2.3.3 Distinguer institution et établissement

Héloïse Halliday nous propose une explication éclairante au sujet du malentendu autour de la notion d'institution (41).

Dans le monde anglo-saxon, l'institution est définie de cette façon dans sa dimension statique, ce qui est « institué », renvoyant à une grande organisation (190) ou un bâtiment (191).

La sociologie de Goffman (100) reprendra cette définition statique de l'institution. Étant lui-même un grand lecteur de Goffman, Basaglia fera de même (192). John Wing (193) reprendra le sens statique de l'institution lorsqu'il décrira l'influence toxique d'une hospitalisation prolongée sous le nom d'*institutionnalisme*.

Dans cette acception, il n'y a pas de distinction entre l'établissement psychiatrique et l'institution psychiatrique. Ainsi la *désinstitutionnalisation* anglo-saxonne a consisté à extraire les personnes du lieu d'hospitalisation pour les rendre à la communauté.

Alors même que John Wing et ses collaborateurs décriront des syndromes d'*institutionnalisme* dans les foyers sociaux et même au sein de familles. (41)

La définition française quant à elle privilégie une acception dynamique : l'action d'instituer (195 196). Les psychiatres réformateurs français s'intéressaient aux pratiques asilaires et non aux murs de l'asile.

La confusion est pourtant présente du fait que l'hôpital fut avant les années 60 l'unique lieu de soins et que le mot institution resta flou jusqu'au début des années 80 dans la pratique psychiatrique. En réponse au mouvement antipsychiatrique, une partie de la psychiatrie française a précisé le terme d'institution afin de clarifier leur démarche :

« Nous n'éprouvons pas le besoin d'utiliser le terme de "désinstitutionnalisé" qui nous paraît peu clair : s'il s'agit du sens moderne, pétrifié, d'institution, c'est-à-dire qu'on ne peut donc jamais parler de soins sans prendre l'hôpital pour point de repère ?

Et s'il s'agit du sens référé à la dynamique des échanges, alors nous refusons de qualifier les soins de "désinstitutionnalisés" au moment où il n'a jamais été plus nécessaire d'analyser ce qui s'institue dans les interventions diverses du secteur et les soins implantés dans la communauté » (197).

La distinction entre établissement et institution est indispensable pour lutter contre l'aliénation sociale. Ces deux réalités ne sont pas du même ordre. Celle de l'établissement renvoie à un projet encadré juridiquement, que l'on peut délimiter dans le temps et dans l'espace. Elle se trouve dans un certain lieu, elle est pourvue d'un règlement intérieur, d'une administration et de fonctions officielles comme soigner, éduquer ou instruire, et elle mobilise pour cela des outils organisationnels plus ou moins efficaces et appropriés. La réalité de l'institution, en revanche, est plus difficile à cerner, à délimiter. Ses frontières sont plus floues, car elles se rapportent aux normes et aux représentations de la folie, de l'enfance, du soin ou de l'enseignement, aux stratégies que les professionnels mettent en œuvre dans leurs pratiques (147).

*« L'établissement, c'est un bâtiment et un contrat passé avec l'État, un prix de journée.
L'institution, quand ça existe, c'est un travail, une stratégie pour éviter que le tas de gens
fermente, comme un pot de confiture dont le couvercle a été mal fermé »*

Oury 2003 (198).

2.3.4 Penser l'aliénation sociale dans la santé mentale contemporaine

Quatre décennies plus tard, le glissement de langage est advenu, l'institution est comprise en France dans un sens de fixité. Elle est associée à un pouvoir disciplinaire et dominant. Les politiques de santé sont donc entrées en lutte contre l'institution pour lutter contre la chronicisation hospitalière. Pourtant nous gagnons en clarté en distinguant l'administration, l'organisation, l'institution et l'établissement (199). Je ferai moi-même cet effort de clarté pour la suite de mon travail.

Penser l'institutionnalisation des soins c'est prendre conscience des idéologies qui pèsent sur les représentations du soin.

Pour Louys (162), *le modèle dégradé de l'individualisme généralisé* s'est imposé comme modèle social, la maladie mentale devenant dès lors une maladie individuelle faisant passer du *modèle fort du psychisme individuel* des psychiatres réformateurs de l'après-guerre, au *modèle faible de l'individualisme*. Ainsi dans les services de santé mentale communautaires ne parlant plus de psychisme individuel ou de psychiatrie, mais de santé mentale devenue une idéologie par affaiblissement du modèle social originel.

Louys caractérise ce phénomène comme une idéologie, car « il y a une recherche d'un systémique et synthétique qui explique tout avec la tentation hégémonique des partisans de ce modèle social de l'étendre à presque tout le champ de la psychiatrie jusqu'à la faire disparaître dans sa diversité scientifique » (162).

Ainsi comme le formule Bouleau (142), cette nouvelle idéologie, malgré toutes les bonnes volontés de la santé mentale communautaire, risque de transformer les professionnels en agents de contrôle social des troubles mentaux perturbateurs et des évaluateurs de handicap. La souffrance individuelle est réduite à un indicateur de dysfonctionnement social qu'il convient d'effacer ou de compenser.

Bouleau identifie les conséquences de cette nouvelle forme d'aliénation sociale. Les « précaires sociaux » sont devenus les nouveaux exclus parfois considérés comme des inadaptés sociaux et donc par glissement conceptuel, en mauvaise santé mentale.

Ainsi le risque est de passer du modèle social fort de l'après-guerre, où l'individu est pris en compte pour trouver sa place dans la société, à un modèle affaibli, rassemblant les personnes en situation de grande précarité et les malades dans un nouveau grand renfermement tel que Foucault l'a décrit (101).

L'approche institutionnelle propose un travail de réflexivité permettant d'être consciente de l'aliénation sociale qui pèse sur la psychiatrie en 2020. Ce qui à mon sens permet de soutenir la diffusion du modèle du rétablissement expérientiel et l'inclusion sociale des personnes concernée par la maladie mentale. Et ainsi rester vigilant pour que les pratiques orientées rétablissement ne glissent pas vers de nouvelles pratiques asilaires.

2.4 La méthode qualitative

Mon intérêt pour la fonction sociale de la psychiatrie m'a conduit à chercher une méthodologie compréhensive pour conduire mon enquête.

J'ai eu la chance de rencontrer Laurent Marty, anthropologue de la santé. Il a commencé par orienter mes premières lectures concernant la méthodologie qualitative. Puis il m'a aidé dans mon enquête par des échanges réguliers durant deux ans. J'ai également pu bénéficier des conseils du professeur de santé publique Laurent Gerbaud. Il m'a permis de travailler pendant six mois dans son service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand. Cela a été l'occasion pour moi de partager le quotidien de chercheurs plus familiers aux méthodes qualitatives. J'ai demandé au professeur Llorca de diriger ma thèse. Sa rigueur conceptuelle et sa profonde connaissance du monde sociale de la psychiatrie m'ont été précieuses pour mon travail d'exploration, d'analyse et de réflexivité.

Je me suis inspiré de la démarche méthodologique décrite dans les ouvrages de Daniel Bertaux (2002) et de Jean-Claude Kaufmann (2002). Le premier décrit la perspective ethnosociologique comme un type de recherche particulière qui se fonde sur l'observation directe et des récits de vie. Dans la tradition ethnographique, le chercheur réalise une description d'un terrain local, une communauté humaine aux dimensions restreintes. Elle produit une connaissance descriptive. Cette méthode, associée à l'approche sociologique, permet de monter en généralité, c'est-à-dire, d'identifier au sein du terrain observé, des formes sociales, susceptibles d'être présentes dans une multitude de contextes similaires.

L'hypothèse centrale de l'approche ethnosociologique est de considérer la logique étudiée dans un microcosme comme identique à celle dans le monde social qui contient ce microcosme. Dans

ce travail j'ai pris comme objet d'étude le monde social de la psychiatrie, puis dans un second temps je me suis intéressé au flux de trajectoire sociale de certains professionnels.

Mon objectif est de décrire des phénomènes et d'élaborer un ensemble d'hypothèses plausibles. Pour autant ce travail n'est pas une recherche scientifique qualitative au sens strict. Je fais partie du monde social que j'ai exploré. Je reviendrai peut-être un jour sur certains terrains que j'ai visités. Je travaillerai probablement avec certaines personnes que j'ai interviewées, d'autres me connaissaient de vue lorsque j'ai recueilli leurs témoignages.

Mon objectif de travail est interventionnel. Je souhaite construire une pratique collective favorisant la reconstruction de liens sociaux, en s'appuyant sur l'éthique du rétablissement expérientiel et l'héritage réflexif de l'analyse institutionnelle.

En ce sens, mon enquête est dirigée vers un objectif non descriptif qui relève d'une méthodologie particulière. Des méthodes de recherches-actions existent, mais je ne les ai pas mobilisées au profit d'une clarification de certains concepts de la psychiatrie contemporaine. Ce qui m'a permis de préciser les valeurs que j'attribue au soin et sa possible institutionnalisation au sein d'un service de santé mentale. Malgré cette prise de liberté, je me suis néanmoins efforcé d'appliquer la rigueur de cette méthodologie.

2.4.1 Les terrains d'enquêtes

Pour recueillir le matériel nécessaire, en plus de la lecture d'ouvrage de référence, j'ai réalisé dans un premier temps une analyse documentaire des productions numériques des trois courants de la psychiatrie que j'ai déjà cités : réhabilitation psychosociale, la santé mentale communautaire et la psychothérapie institutionnelle. Pour cela, j'ai collecté tous les nouveaux

documents publiés sur trois sites internes représentatifs de chacun des courants sur une période de deux mois (203–206).

J'ai ensuite visionné de nombreuses conférences organisées par l'une de ces trois institutions.

Enfin, je me suis rendu dans deux congrès, dans lesquels j'ai observé la diffusion des pratiques dite « orientées rétablissement ». C'est dans ces lieux que j'ai trouvé des contacts me permettant de poursuivre l'enquête dans d'autres services de soins.

J'ai réalisé trois sessions d'observation directe sur trois terrains différents, d'une durée de 2 à 5 jours. Chacun de ces lieux appartenait à un microcosme bien distinct. En effet pour éviter *la montée en généralité abusive* de la méthode inductive, il est nécessaire de diversifier les terrains (200).

La dernière phase de cette enquête est réalisée dans de multiples microcosmes sociaux à travers la réalisation de récits de vie de professionnels de santé, avec l'objectif d'étudier le flux de trajectoires sociales des professionnels qui décrivent leur pratique comme relevant du modèle du rétablissement.

2.4.2 L'observation directe

Concernant la lecture de documents texte ou vidéo sur les sites Internet des établissements de santé mentale, je n'ai pas appliqué de méthode systématisée. Il s'agissait de réaliser une enquête documentaire préliminaire, d'enrichir mes connaissances du monde social étudié et de choisir les terrains d'observation directe.

L'observation directe telle que je l'ai pratiquée sur les terrains d'enquête a été construite lors de mon stage en santé publique, avec l'aide du Pr Gerbaud et ses collaborateurs.

Plus que regarder autour de soi, il s'agit d'enregistrer activement des informations selon un certain nombre de dimensions telles que les lieux, les personnes et des actions. Observer signifie porter son attention sur le détail, l'information visuelle ainsi qu'auditive, la dimension temporelle, l'interaction entre les personnes, et l'établissement de liens avec les catégories mentales (207).

Chaque jour d'observation sur le terrain, je rassemblais l'ensemble de mes notes dans un document complété par mes impressions et analyses. J'ai également réalisé une liste de vérification comportant une entrée unique : la séparation ou non des toilettes des professionnels de celles des usagers. Ce qui d'après le Pr Lançon est la meilleure manière d'observer l'institutionnalisation du rétablissement expérientielle dans un service de soins (208).

Le choix des informations à collecter est guidé par l'objectif de la recherche. J'ai relevé les actions des personnes et leurs interactions, ainsi que les caractéristiques de la situation dans laquelle ces personnes agissent. Par exemple, j'ai réalisé pour les trois établissements de soin visités, un organigramme fonctionnel que j'ai superposé à l'organigramme hiérarchique. Je notais les lieux où se faisait la pause du déjeuner. Je notais l'emploi du temps des professionnels. L'objectif in fine de la collecte du matériel est de permettre par son analyse une compréhension de la représentation du soin qui sous-tendait les pratiques.

2.4.3 Les récits de vie

Dans la dernière phase de collecte de matériaux, j'ai réalisé neuf entretiens compréhensifs (201) dans l'objectif de reconstituer des récits de vie de professionnels. L'entretien individuel semi-structuré vise à collecter des données en interrogeant les participants en face à face (ou à distance). Ils ont été construits à l'aide d'une grille d'entretien (annexe 1) rassemblant vingt-trois questions ouvertes que j'intègre dans une conversation d'allure souvent informelle. L'ensemble des enregistrements a été retranscrit intégralement pour un total de 287 pages. Trois entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des professionnels. Trois dans un autre lieu et trois autres par visioconférence.

Lors d'une visioconférence, le hasard de l'emploi du temps d'un informateur a abouti à réaliser l'entretien avec un autre professionnel. Les deux récits de vie qui en émergent sont d'une nature différente. Leur contexte de production change leur réalité discursive, puisque chacun des observateurs construisait un récit sous le regard de son collègue. Cette particularité de collecte sera compensée par un statut différent de ces deux récits de vie lors de leur analyse. Cela porte donc le total de récit de vie à 10.

L'échantillonnage des informateurs est une « construction progressive et réfléchie ». Il doit permettre une variété des positions dans un même monde social. Je n'ai pas respecté cette règle, c'est l'une des faiblesses de mon étude. Sur les dix récits de vie, huit sont médecins, deux sont cadres infirmiers. Parmi les médecins tous travaillent dans un établissement public ou reconnu d'utilité publique. On retrouve un chef de pôle, six chefs de service et un dernier qui travaille maintenant dans une agence régionale de santé. Tous les informateurs ont une position hiérarchique procurant un certain pouvoir sur l'organisation locale des soins. Cela affaiblit la représentation du monde social, puisqu'il est décrit à partir d'une seule position, celle du médecin ou de l'encadrant.

Néanmoins cet échantillonnage permet peut-être de mieux étudier le flux de trajectoires sociales de professionnels qui agissent pour transformer l'organisation des soins à travers l'appropriation du modèle du rétablissement.

Le *différentialisme* des informateurs correspond à la diversité de parcours de vie, des intentions, des intérêts et des convictions. Il s'agit de réaliser des récits de vie de personnes n'ayant pas le même ensemble de schèmes de perception, d'appréciation et d'action. Cela permet de rendre visible ce qui ne relève pas de l'habitus des personnes, mais ce qui relève des logiques propres au monde social de la psychiatrie. C'est pourquoi j'ai réalisé un échantillonnage progressif, au cours de l'analyse. Ce qui m'a permis de sélectionner des informateurs travaillant dans des microcosmes sociaux divers, d'écoles de pensées psychopathologiques variées et de générations différentes.

2.4.4 Analyse du matériel

Si l'observation directe m'a permis l'exploration des différents microcosmes du monde de la psychiatrie, ce sont les récits de vie qui ont fourni l'essentiel du matériel pour l'élaboration de la théorie.

Dans un récit nous pouvons observer trois niveaux de phénomènes : l'intériorité du sujet, l'historique de ses relations durables interpersonnelles et les rapports sociostructurels. J'entends ce dernier comme la relation pouvoir-savoir et l'intériorisation inconsciente des normes sociales.

C'est dans la confrontation des phénomènes qui relèvent du premier niveau (acteur) avec ceux qui relèvent du troisième (structure) qu'il devient possible d'identifier les processus sociaux. Processus que j'aborde par l'analyse institutionnelle, c'est-à-dire l'intérêt porté à la représentation du soin par les professionnels et l'influence de celle-ci dans l'organisation et l'exécution de sa pratique.

Pour éclairer cette analyse, j'aborde ce processus en distinguant trois réalités dans les récits de vie recueillis. La réalité historico-empirique correspond au parcours biographique de la personne. L'histoire réellement vécue et agie par le sujet. Il s'agit d'une succession de situations au sens large. L'analyse porte sur la manière dont la personne est passée d'une situation à une autre.

La réalité psychique et sémantique fait référence à ce que le sujet sait et pense rétrospectivement de son parcours biographique. L'observation de cette réalité est indirecte, elle est particulièrement visible dans l'utilisation de termes ou de concepts pour décrire une action.

La réalité discursive correspond au récit de vie dans sa production dialogique. Cette réalité est particulièrement importante dans mon travail. De par mon statut de médecin, l'entretien prenait souvent la couleur d'un dialogue entre collègues.

J'ai réalisé deux types d'analyses des récits de vie. Les premières lectures m'ont permis de réaliser faire une analyse diachronique des récits de vie. Pour chaque récit, j'ai réalisé des schémas reprenant l'enchaînement chronologique des situations et des actions en insistant sur l'enchaînement causal.

Le second type d'analyses fut plus long. Il consistait à comparer les récits entre eux par l'utilisation des schémas diachroniques, mais surtout par de nombreuses autres écoutes et lectures à la recherche de récurrences, dans une construction continue d'hypothèses.

2.4.5 La construction des hypothèses

J'ai choisi de réaliser des va-et-vient entre le matériel et les hypothèses. Ce frottement des hypothèses avec les faits est rendu possible par une alternance de modes de pensée. Une pensée rationnelle lorsque le dépouillement est calme fait que les hypothèses agissent comme une grille de lectures des observations garantissant une certaine rigueur d'analyse.

Une pensée intuitive (voire émotionnelle) lorsque l'histoire est forte et lorsqu'elle révèle un aspect nouveau, ce qui permet alors de reformuler les hypothèses et la bifurcation de l'ensemble.

La soudure idéale selon Jean-Claude Kaufman (202) est « de partir d'un fait, le relier à une hypothèse centrale en transformant cette dernière ».

J'ai travaillé à l'aide d'un logiciel de gestion de type Kanban qui m'a permis de rédiger de nombreuses fiches au cours du dépouillement des récits de vie, de nombreuses fiches comportant chacune le verbatim du sujet, la formulation de l'hypothèse et un ancrage théorique. Chacune de ces fiches était ensuite placée dans un plan évolutif structuré autour des hypothèses centrales. Régulièrement je reprenais l'ensemble du plan pour tester sa cohérence interne, ce qui a conduit à dix restructurations importantes.

Comme évoqué précédemment, l'échantillonnage s'est poursuivi au cours de l'analyse. Cela m'a permis de tester une hypothèse centrale. Dès la phase d'observation directe, j'ai constaté que l'appropriation du modèle du rétablissement par les professionnels variait selon les établissements dans lesquels ils ont été formés. J'ai alors recherché des cas négatifs au regard de cette hypothèse, c'est-à-dire des personnes qui se sont appropriées le rétablissement de manières différentes de celles de leurs établissements de formation ou même de pratique. Leurs récits de vie n'ont pas pour autant invalidé cette hypothèse, au contraire ils l'ont enrichie en mettant en lumière les mécanismes de normalisation du modèle du rétablissement aboutissant à une dilution de ce modèle dans le courant de la réhabilitation psychosociale.

L'analyse a pris fin lorsque je n'arrivais pas à faire émerger de nouvelles hypothèses lors de la lecture ou de l'écoute de récit de vie. Ce phénomène se nomme saturation, il indique une certaine cohérence dans l'agencement du groupe d'hypothèses.

2.4.6 Le processus de problématisation

Toute recherche commence par une question. Cependant cette question est restée floue un long moment. Cette problématique de recherche s'est précisée progressivement dans l'articulation des observations de terrain et des hypothèses que je formulais à l'aide de l'ancrage bibliographique.

L'évolution de la problématique se retrouve dans l'évolution du plan rassemblant les hypothèses de travail. Elle se retrouve également dans le carnet de thèse que j'ai tenu pendant 4 ans, dans lequel je réinterrogeais régulièrement la pertinence de ma problématique au regard de mes nouvelles lectures, discussion, hypothèse ou observation.

Au début de l'enquête la problématique de recherche se formulé ainsi :

Comment l'organisation des soins peut-elle créer du lien social ?

Après ma visite sur le terrain d'observation lillois à la recherche d'innovation organisationnelle il m'est apparu que le modèle du rétablissement était porteur d'un potentiel prometteur. Ainsi la question de recherche était devenue :

Comment le modèle du rétablissement favorise-t-il une organisation des soins reconstruisant le lien social ?

J'ai ensuite clarifié la notion de *lien social*, ce qui m'a mené à le remplacer par *inclusion sociale*. Réunissant ainsi la lutte contre la stigmatisation du paradigme du rétablissement avec la lutte contre l'aliénation sociale dans celui de la psychothérapie institutionnelle.

J'ai ensuite réalisé un basculement de mon processus de recherche. Plusieurs éléments l'ont favorisé. Premièrement, je me suis familiarisé à la clinique institutionnelle pendant mon travail de thèse. Les discussions quotidiennes autour de l'éthique du soin et sa pratique réflexive m'ont beaucoup influencées.

Ensuite, j'ai constaté qu'il existait dans le monde psychiatrique français presque autant de versions du modèle du rétablissement que de courants disant en relever (16). Cela m'a conduit à orienter la problématique vers :

Comment l'appropriation du modèle du rétablissement par les professionnels de santé peut-elle favoriser l'inclusion sociale des usagers du système de santé mentale ?

Le dernier chapitre rassemble les éléments que je propose en réponse à cette question.

3 INSTITUTIONNALISER LE RÉTABLISSEMENT

Dans le chapitre précédent, j'ai choisi de vous présenter une des conceptions françaises du modèle du rétablissement (16). Je vous ai détaillé le modèle du rétablissement expérientiel comme un processus de reconstruction *identitaire* (27) et de *sortie du statut social de malade* (30).

J'envisage les pratiques *orientées rétablissement* comme une philosophie. Ou plus précisément comme un ensemble de valeurs qui guide une pratique ne faisant pas obstacle au rétablissement des personnes. C'est-à-dire donner de l'espoir, favoriser l'*empowerment*, accompagner la redéfinition identitaire et cultiver le soutien par autrui (22–24).

J'ai articulé ce modèle avec la notion d'*empowerment* (103) et d'inclusion sociale (17). L'inclusion sociale est à comprendre comme l'ensemble des actions qui influence le milieu social afin de limiter l'exclusion et faciliter l'accueil dans la communauté des personnes concernées par la maladie mentale.

J'ai décidé d'explorer le modèle du rétablissement dans cette perspective d'inclusion sociale. Pour cela j'ai adopté une approche institutionnelle afin d'identifier les opérateurs communs permettant de penser la représentation de la maladie, du soin et du système de santé.

Je m'apprête dans ce chapitre à questionner l'appropriation par les professionnels du modèle du rétablissement expérientiel. Afin de mettre en lumière les transformations des pratiques de soin des institutions dans lesquelles ils exercent. Dans l'objectif d'identifier les déterminants institutionnels de l'inclusion sociale (17) des personnes concernées par la maladie mentale.

3.1 Le rétablissement dans la relation soignante

3.1.1 La conscience d'un malaise

3.1.1.a Le paternalisme médical

Avant de rencontrer le modèle du rétablissement, les professionnels ont ressenti les limites de la formation médicale pour considérer l'autre comme une personne. Certains l'ont réalisé très tôt et ont suivi des trajectoires atypiques. D'autres, plus nombreux, le réalisent à la sortie des études en éprouvant un malaise dans la relation soignante.

« On n'a pas du tout appris au cours de notre internat comment diriger les entretiens. Éventuellement on est bon en sémiologie, car on a bien révisé dans les manuels. Mais très rapidement on se rend compte qu'il y a quelque chose qui nous manque avec le patient » (RV3M21).

Il *manque* quelque chose au professionnel fraîchement formé pour qu'il puisse *diriger* ses entretiens. Le terme de direction renvoie à la position d'expert du professionnel, qui accumule un savoir concernant la conduite d'entretien afin d'aider la personne. Dans la culture médicale, l'entretien est dénommé « l'interrogatoire ». Il a pour fonction de rassembler des informations concernant les processus pathologiques à l'œuvre chez la personne interrogée. Ce positionnement peut être qualifié de paternaliste où le médecin est le gardien d'un patient infantilisé (209). Cette approche est jugée insuffisante, *il manque quelque chose*.

« Je me souviens en particulier d'une jeune anorexique qui s'était rasé la moitié de la tête, elle vivait dans sa chambre dans la pénombre visiblement pour se protéger. Elle devait avoir vécu beaucoup de traumatismes. Quand on faisait le tour lors la visite médicale avec le grand

médecin et compagnie, on arrivait cinq ou six dans sa chambre : internes, médecins, infirmiers et cadres de santé. On allumait les lumières, on ouvrait les fenêtres, le patient était un peu comme un rat sous les projecteurs. Le professeur nous faisait la grande théorie sur l'anorexie, en décrivant devant la patiente ce qu'on est en train de voir avec plein de termes très techniques que la patiente ne pouvait pas comprendre. On repartait après tout cela sans même avoir adressé la parole à la jeune. Qui elle n'attendait qu'une chose c'était qu'on éteigne les lumières et qu'elle puisse se retrouver dans son petit cocon. Ça, c'était relativement violent à vivre pour moi, j'avais essayé de communiquer avec la jeune elle a commencé à me dire deux, trois choses... il y avait un petit quelque chose qui se créait avec elle, et qui a complètement été écrabouillé par la violence de la visite médicale. Ça c'était la naissance de ma vocation de psychiatre : il y a sûrement mieux à faire. Alors je me suis dit comment aider quelqu'un qui a des difficultés dans sa vie dans une posture qui soit humaine. » (RV5M4)

Le *quelque chose* qui manque à l'approche paternaliste est la rencontre du professionnel avec la personne en souffrance. Le positionnement est ici plus radical : le savoir biomédical est décrit ici comme un obstacle à la relation singulière. Il *écrabouille* la confiance possible entre un professionnel et un malade, même lorsque celle-ci se réduit à un *petit quelque chose*.

Cette approche de la relation soignante renvoie à la conception foucaldienne de la médecine. Pour le philosophe la rencontre n'existe pas dans le modèle médical (10). Elle ne permet pas la compréhension du malade, mais la connaissance de sa maladie.

La relation soignante dans ce paradigme, consiste à conformer la parole et le corps du malade au langage et au regard de la médecine. Ce type de relation médicale que l'informatique semble mépriser n'a rien d'une rencontre intersubjective. Puisque le médecin recherche à l'examen clinique le bruit des symptômes et non la parole de la personne.

La personne qui porte la maladie n'est pas reconnue dans ce modèle. Ce défaut de reconnaissance est problématique pour la personne soignée et révèle une asymétrie de pouvoir immense entre soignant et soigné. Une relation existe dans le paradigme médical, mais entre le soignant et la maladie.

« Il y a eu des moments où j'ai ressenti un malaise. Quand tu vois que les patients arrivent en consultation, s'assoient devant toi et te disent : "Ça va, je dors bien, je n'ai pas pris de poids, je prends bien mes médicaments." » Et tout cela avant que je pose des questions. Et cela te renvoie que dans la relation à l'autre finalement, avec l'usager, etc. tu es dans une relation très factuelle, objective. Mais en fait l'usager vient te dire ce que tu as envie d'entendre. Je me disais qu'il y avait un problème » (RV1M17).

Le malaise des médecins grandit lorsqu'il constate l'absence de rencontre au cours de leur entretien médical. Les usagers ayant bien compris comment fonctionne la relation médicale, ils présentent un discours plaqué à propos de leurs symptômes pour satisfaire leur médecin. La démarche rationnelle, *factuelle* et *objective* du médecin le rend aveugle à l'expérience vécue par la personne qu'il a en face de lui.

Jérôme Favrod (48) décrit ce phénomène où les usagers disent ce que veulent entendre leurs médecins. Ils ont bien conscience que s'il confie à leur médecin une augmentation de symptômes, ils vont ressortir de la consultation avec une augmentation de traitements. C'est une démarche tout à fait *factuelle* et *objective*. Ainsi, l'usager qui ne souhaite pas vivre une majoration d'effets secondaires parfois très invalidants va cacher des informations à son médecin, soit à propos de ses symptômes, soit à propos de sa prise de médicaments.

La personne concernée par la maladie tente donc de retrouver du pouvoir dans la relation soignante en cachant des informations à propos de sa maladie pour orienter la décision médicale.

3.1.1.b La pensée psychanalytique comme alternative

Dans le monde de la psychiatrie française, la représentation biomédicale de la maladie cohabite avec d'autres courants de pensée. Les professionnels peuvent donc se tourner vers ces savoirs, combler ce *manque*, trouver *une posture humaine*, apaiser ce *malaise*.

« *Quand j'étais interne, il y avait implicitement un choix à faire. Soit on prenait une orientation psychanalytique, soit on prenait une orientation qu'on pourrait qualifier de neuroscientifique. Ce n'était pas dit, mais quelque part on avait que ces deux choix-là. Et c'était quelque chose d'assez extrême.* »(RV8M57)

Cette opposition extrême et cette absence de *choix* sont la conséquence d'une opposition plus que centenaire entre le tenant de l'organogénèse et ceux de la psychogénèse. D'un côté une psychiatrie scientifique qui tente de construire un savoir fondamental sur la maladie mentale, et d'autre part l'art de la rencontre, du savoir-faire psychiatrique (210). Le jeune psychiatre qui émerge dans ce monde est alors sommé de choisir un camp et d'entretenir la querelle.

« *Il m'a fallu un moment pour rentrer dans un processus qui permet de prendre de la distance pour mieux revenir vers le patient. Ce qui pour moi est passé par une psychanalyse. [...] C'est*

à ce moment-là où je me suis mis à écouter un petit peu plus les symptômes comme étant quelque chose qui a du sens dans la vie des patients. » (RV3M23)

Cette prise de *distance* avec les normes de la pratique médicale intériorisée par le médecin peut débiter par un travail de psychanalyse. Se mettre dans la position de l'analyser pour reconnaître que l'expérience de la maladie ne se résume pas à la description symptomatique.

Le professionnel déclare se décaler de la position paternalisme par l'acquisition du savoir psychanalytique. Cela renvoie également à l'expérience de la position d'analysant qui constate que ses symptômes peuvent être reliés avec son histoire de vie. Il peut maintenant interpréter les symptômes de son patient au regard de l'histoire de vie de la personne. Ainsi, le professionnel écrase moins la personne comparativement à une relation où seule compte la maladie. Mais l'approche psychanalytique n'est pas pour autant garante d'une relation moins asymétrique.

3.1.1.c Enfermer par des discours déterministes

«J'avais l'impression que les modèles biologisants enfermaient le sujet dans le normatif, la case. Cela laissait peu de place à la mise en sens. Et puis je me suis rendu compte que l'on enfermait le sujet également dans la psychodynamie. On l'enfermait dans un discours médical. Dans les deux cas, on borne le sujet dans une narration unique, dans un choix unique d'explication. Le sujet est aliéné par les manifestations de la maladie, mais il est d'abord enfermé par le discours médical, qu'il soit très objectif et neurobiologique ou très psychanalyste. » (RV8M23)

L'informateur reprend la dialectique de la double aliénation. L'aliénation des manifestations de la maladie qui « amoindrit la liberté » (143), mais également l'aliénation du discours médical qui *enferme, borne* la personne dans une représentation déterministe de sa vie.

À l'instar du neuroscientifique, le psychanalyste reste détenteur du savoir initial, de la compréhension des mécanismes inconscients. Bien qu'il place l'analysant dans une position favorisant l'introspection et la reconstruction identitaire. La personne reconstruit son identité à partir d'un savoir qui lui est extérieur, celui de la psychanalyse.

L'approche médicale construit donc une narration en créant des liens de causalité entre le passé (les causes de la maladie), le présent (les symptômes) et l'avenir (le pronostic de la maladie). La personne concernée se retrouve enfermée dans cette narration qui ne distingue pas son devenir du pronostic de sa maladie (27).

Lorsque le professionnel fait la distinction entre le devenir d'une personne et le pronostic, il prend une distance avec les savoirs qu'il a accumulés au cours de sa formation. Il les reconnaît comme incomplets et rejette leur prétention hégémonique.

Lors de mes interviews, j'ai retrouvé un cas négatif à ce cheminement. Ce professionnel a d'emblée rejeté les modèles déterministes, avant même de se les approprier.

« Quand j'ai commencé mon internat, la première année, la première semaine, il y avait un gars que j'aimais bien. Il voulait reprendre l'université, mais il n'y arrivait pas. Moi je lui dis et que ce n'était pas grave, que j'allais l'accompagner pour l'aider à s'inscrire. Mon chef de service m'a dit : « nan tu sais quand on a la schizophrénie tu ne peux plus faire d'études ». Et j'avais dit « et donc il n'aura pas de copine, il n'aura pas d'enfant ? » « Ah non ce n'est plus possible ». J'ai trouvé ça assez incroyable comment peut-on savoir ? Je trouvais ça très triste et quelque

part je n'adhérais pas cette position-là. Mais je ne savais pas comment faire. Je n'avais pas encore le rétablissement pour me dire que c'était de la connerie. La seule chose que j'ai faite, c'est que j'ai fui. J'ai organisé ma fuite. J'ai été le premier interne à demander une disponibilité après un an d'internat. Je leur ai dit : écoutez je ne peux plus faire ce métier, je ne peux plus, il faut que je parte. » (RV2M10)

L'informateur refuse ici l'impasse épistémologique du modèle médical qui ne peut dissocier le devenir du pronostic. Ce refus l'amène à rejeter le rôle social traditionnel du professionnel de santé. Le modèle du rétablissement est présenté par cette personne comme l'unique moyen de dépasser la pensée déterministe. C'est ce que nous abordons dans la partie suivante.

3.1.2 Du déterminisme à la complexité

L'appropriation du rétablissement est décrite par les professionnels comme un changement de paradigme. Le passage d'une médecine fondée sur un sujet objectif, vers une médecine qui compose avec le sujet subjectif (211). Ce nouveau paradigme permet aux professionnels d'envisager la complexité de la personne concernée par la maladie mentale. Ainsi le professionnel adopte un regard complexe sur sa pratique, considérant qu'il existe plusieurs formes de connaissances sur un même objet (22).

3.1.2.a La créativité

« Il va s'agir de l'encourager, lui montrer qu'il lui appartient aussi de trouver les voies de son rétablissement. C'est l'idée du savoir expérientiel que je trouve intéressante. Et donc de valoriser la personne, de croire en elle, de croire en sa capacité à créer. C'est ça que je trouve intéressant. C'est ça qui m'avait touché dans les travaux de Davidson, c'est des types qui trouvent des choses. Et qui, quelque part, offrent aussi des leçons aux psychiatres, aux cliniciens. Mais pour peu que le clinicien se dote des moyens de recevoir cette leçon. Et c'est là où quelque part, il y a un partage de pouvoir. De façon assez honnête par rapport à la dimension relativement indéchiffrable de la clinique qui nous fait face. On n'y comprend pas grand-chose au final. Il n'y a qu'à voir la question du diagnostic. Hier on avait une réunion dans le service sur le trouble schizoaffectif. Dans 80 % des cas, les psychiatres ne sont pas d'accord quand il s'agit de poser un trouble schizoaffectif. Lorsqu'il s'agit de décrire la base de ce qui fait la médecine, le diagnostic, on n'est déjà pas d'accord. Notre connaissance est extrêmement floue en psychiatrie, elle mérite de se nourrir de tout ce qui permet d'avancer et d'aller mieux. » (RV7M67)

La pratique du professionnel reprend le lexique du guide. Celui qui montre, accompagne et encourage. L'informateur précise l'objet d'une pratique qui prend en compte le rétablissement expérientiel, il le nomme la *créativité*.

Les moyens qu'il met en œuvre dans la relation thérapeutique ne font pas référence à la restauration d'une liberté, d'un pouvoir d'agir ou d'une autonomie. Selon l'informateur l'accompagnement est celui de la créativité de la personne. Et la laisser trouver des choses, ses choses à elle.

Et ces choses, ce savoir expérientiel deviennent alors une inspiration pour le professionnel et sa propre créativité. La relation thérapeutique est décrite comme un apprentissage mutuel à propos d'une expérience de vie, d'une maladie. Le moyen décrit est la créativité des individus en relation. Cette même créativité qu'érigent les tenants de la psychothérapie institutionnelle en lutte contre l'aliénation sociale (150).

3.1.2.b De la complexité théorique à une position relationnelle complexe

« Maintenant je revendique la complexité. J'assume de ne rien comprendre aux gens que je rencontre. Mais s'il y a un jeu relationnel ou une histoire qui leur permet d'avancer, ils la choisissent, cela va vraiment dépendre du sujet. » (RV8M27)

Cet informateur arrive à dépasser le déterminisme médical par la relativité de son savoir, tout en préservant sa légitimité. Il existe alors plusieurs savoirs possibles sur un même objet.

L'identité du professionnel ne trouve plus sa cohésion par l'appartenance à une ou plusieurs écoles de pensée. Elle la trouve en favorisant la construction d'une *histoire* par le *sujet* à propos de son propre vécu.

Les outils relationnels et autres techniques issus des différentes écoles de pensées sont mis au service de la personne qui s'en empare dans la rencontre avec le professionnel. Le professionnel ne donne pas d'explication, mais cherche avec la personne concernée une compréhension de ses expériences.

C'est véritablement à la personne de choisir à partir d'un savoir qu'elle a construit elle-même et non de consentir à un récit médical extérieur à son vécu. Il semblerait que cela soit le rôle du professionnel orienté rétablissement. Mais cela suppose d'accepter le savoir expérientiel aux côtés des savoirs dits objectifs.

Ce transfert de savoir conduit à une forme d'humilité sur le rôle des professionnels et leur pouvoir sur le devenir des personnes qu'ils accompagnent. En acceptant un nouvel équilibre des savoirs, ils acceptent un nouvel équilibre des pouvoirs. C'est cette humilité qui conduit un autre informateur à déclarer avec le plus grand sérieux :

« *Nous sommes au pire des obstacles, au mieux une solution parmi tant d'autres* » (RV4M42).

Ce réagencement conceptuel se manifeste par un repositionnement relationnel. Du psychiatre paternaliste gardien de ses patients au psychiatre collaboratif (209) qui se considère comme *une solution parmi tant d'autres*. L'appropriation du modèle du rétablissement expérientiel par les

professionnels se fait par un remaniement de la relation de savoir et de pouvoir avec les personnes concernées par la maladie.

« Ne pas oublier cette part de créativité, de potentialité qui existe chez l'autre. Ne pas imaginer qu'en utilisant tous nos modèles, aider la personne à s'en sortir dans l'intégralité. Il y a encore autre chose que toutes les techniques et les modèles qu'on a à notre disposition. Cette autre chose, c'est tout ce qu'une personne va trouver, d'elle-même pour arriver à s'en sortir. »
(RV7M59)

La reconnaissance du savoir expérientiel entraîne le professionnel dans un nouveau paradigme. Lorsque le médecin reconnaît le savoir de la personne qu'il accompagne, il partage la responsabilité de son devenir. En cela il lui reconnaît un pouvoir pour s'en sortir.

Ce qui ne signifie pas que les savoirs théoriques et techniques du professionnel sont faux ou inutiles. Ils deviennent complémentaires au savoir expérientiel, leur articulation est rendue possible par la rencontre entre le professionnel et la personne lui demandant de l'aide.

« Il va s'agir à la fois de l'encourager, à chercher par elle-même, à lui montrer qu'elle a sa part aussi de responsabilité dans le fait de s'en sortir. Tous les systèmes qui l'entourent ne pas être à lui seul à même de l'aider à retrouver un certain état de bien-être. Il lui appartient aussi de trouver les conditions et les voies de son rétablissement. » (RV7M60)

Dans la collaboration qu'est devenue la relation médicale, le professionnel peut s'appuyer sur son savoir médical. Mais il permet également à la personne concernée par la maladie de

découvrir, d'engager et d'encourager la capacité de l'individu à se rétablir au-delà du champ de connaissance du professionnel (60).

« Je prends les ingrédients minimums du rétablissement. À commencer par la lutte contre l'auto-stigmatisation : quand la personne vient et me dit "je suis schizophrène", je lui demande s'il est schizophrène à temps plein ou à temps partiel. Pour décroiser très rapidement quelqu'un qui se fige dans une identité unique de malade. Je laisse de la place à l'espoir, les choses comme ça. La normalisation du symptôme psychotique aussi. Je raconte en permanence l'histoire où je suis sur une petite barque sur le Pacifique, avec pour seule nourriture de la marijuana, je ne peux pas dormir pendant sept jours. Et là je me fais mon expérience de la psychose. Voilà j'essaie dès le départ de décroiser la maladie de l'identité. » (RV8M57)

Le professionnel construit sa pratique pour aider la personne concernée par la maladie à se décaler du statut de malade. Il alimente le processus de reconstruction identitaire en réduisant le stigmate de la folie. Le professionnel s'efforce de déstabiliser les représentations normatives de la folie par l'humour et la mise en récit du continuum entre la norme et l'expérience psychotique (212). Les connaissances médicales sont ici mobilisées au service du « dé-auto-stigmatisation ».

L'informateur présente un mode relationnel presque amical qui fait rupture avec les rituels habituels de l'entretien médicale. Cette subversion consciente transforme la situation sociale de l'entretien ce qui amène la personne concernée par la maladie mentale à se réajuster à son tour dans la dynamique interactive.

3.1.2.c Respecter l'autonomie ou protéger la vulnérabilité ?

« Et puis il y a la question de l'empowerment, en tout cas au niveau des soins. J'essaie de ne pas être sûr de moi. Je laisse de la place aux choix de la personne. Mais il y a quand même une limite, c'est celle où je me dis que le mec qui va se mettre en danger par exemple. Il y a une personne que je suis en consultation qui veut monter une entreprise complètement farfelue. Il veut fabriquer des arcs et des arbalètes. Avant ma rencontre avec le rétablissement, j'aurais dit : « Oh là là non il faut être raisonnable ». Maintenant je dis : « OK. On commence par quoi ? » C'est une posture quand même beaucoup plus facile, parce que c'est eux-mêmes qui se rendent compte de leurs limites. Je ne vais pas mettre de bornes à leur rêve. Je vais essayer de les accompagner, et le renoncement se faisait automatiquement. Pour moi c'est une posture assez rétablissement. Je ne mets pas de bornes sur ce que je pense qu'il peut faire ou pas. Et des fois on est surpris, agréablement surpris. » (RV8M59)

La stigmatisation du professionnel est révélée par la question de l'empowerment dans la relation soignante. En essayant de ne pas être sûr de soi, le professionnel prend une distance avec la stigmatisation sociale de la folie intériorisée. La dangerosité présumée de la folie est abordée en creux par l'entreprise complètement farfelue. La fabrication d'arbalète par une personne ayant une schizophrénie provoque chez son psychiatre le désir d'être raisonnable en imposant son opinion à son patient.

Le choix de ne pas mettre de bornes aux rêves des personnes revient une fois de plus à lutter contre la stigmatisation en considérant les personnes comme responsables de leur projet de vie malgré sa maladie. Le travail du professionnel ne consiste pas à dire ce que la personne peut faire ou non. Favoriser l'empowerment du malade dans la relation soignante revient pour le

professionnel à laisser plus de pouvoir à la personne concernée par la maladie. Cette valeur du respect de la liberté individuelle afin d'augmenter l'autonomie se heurte à la valeur de la responsabilité du professionnel qui considère également la vulnérabilité de la personne.

Ce conflit éthique conduit cet informateur à décrire un peu plus tard son approche parfois comme *manipulatrice*. Dans le sens où il fait en sorte consciemment ou pas d'amener la personne là où il le souhaite.

En effet, l'appropriation du modèle du rétablissement par le professionnel et la prise en compte du savoir expérientiel ne résout pas les conflits éthiques que pose la complexité de la relation soignante. En effet, la notion d'autonomie à laquelle renvoie le concept *d'empowerment* ne peut être pensée sans la notion de vulnérabilité (213). Le modèle du rétablissement permet seulement de déplacer le questionnement vers un peu plus de liberté pour un peu moins de protection. Un peu plus de savoir expérientiel pour un peu moins de savoir médical.

« Donc on est dans une conférence de psychiatrie, et lui parle d'une expérience où il emmène un patient manger des fraises avec de la crème. Ces fraises avec de la crème, c'était un vrai projet pour la personne. Cela faisait des années que c'était ça son projet, c'est ça qui était important pour lui. Il nous disait que quand une personne a un tout petit projet, notre rôle c'était de l'accompagner sans se poser de questions. Là je sens que dans la salle il y a plein de gens que cela énerve. Et moi ce sont ces personnes qui m'énervent » (RV2M19)

Le thème de la quotidienneté est central dans les études qualitatives sur le rétablissement (22–24). Patricia Deegan parle *d'action significative* lorsqu'elle a accepté d'accompagner sa mère faire les courses, laissant derrière elle son fauteuil sur lequel elle fumait ses cigarettes en

attendant de se recoucher (58). Respecter la liberté de la personne c'est pouvoir centrer les soins sur ce qui compte pour elle. Même s'il s'agit de fraises à la crème.

Le modèle du rétablissement déplace le questionnement éthique de la relation soignante vers la liberté de la personne et son savoir expérientielle. En cela il demande aux professionnels de se repositionner au sein de cette relation soignante et peut être même de redéfinir leur identité professionnelle (214).

Pour cet informateur, qui s'est construit en opposition à l'identité traditionnelle du professionnel de santé, l'approche phénoménologique du rétablissement a fait tout de suite sens. Alors que pour d'autres professionnels de santé pétris de savoir sur la maladie et les processus psychopathologiques, elle provoque de la colère. Une forme de réactance à imaginer leur savoir réduit à des fraises à la crème.

« *Le rétablissement c'est avant tout un positionnement* » (RV1M56)

L'informateur résume l'intériorisation du rétablissement par le professionnel dans un changement relationnel. L'ensemble des informateurs décrivent leur travail dans une *alternance de positions*. La connaissance du rétablissement expérientiel amène une nouvelle position permettant aux soignants d'alimenter le mouvement de va-et-vient entre ses savoirs objectifs et l'expérience subjective de la maladie de la personne (215).

Si la plupart des informateurs se sont appropriés le savoir expérientiel. Chacun lui a fait une place singulière aux côtés des autres chemins qui forment le carrefour des sciences sur lequel le médecin exerce son art.

3.1.3 La rencontre comme catalyseur

3.1.3.a Entre eux et nous

Les professionnels rencontrent de nombreux obstacles avant de considérer le savoir expérientiel dans la relation soignante. J'ai retrouvé un élément qui favorise les professionnels à franchir ces obstacles. Il s'agit d'une rencontre avec une personne faisant ou ayant fait l'expérience de la maladie mentale.

Une rencontre qui sort du cadre de la relation soignante. Une rencontre au cours de laquelle le professionnel ne peut pas se cacher derrière son statut de soignant et cacher son interlocuteur derrière le statut de malade. Cette rencontre consiste finalement à amoindrir la frontière entre *nous et eux* (114) :

« Mon binôme Florian était un ancien usager, c'est lui qui m'a vraiment fait comprendre ce que c'est le rétablissement » (RV4M19).

Cette rencontre peut être une relation entre collègues. Cette rencontre a pu avoir lieu dans l'enfance :

« J'ai grandi dans une communauté dans laquelle vivaient des personnes avec handicap intellectuel. Dans ces communautés-là, le principe c'est de dire : les personnes qui ont un handicap intellectuel ont quelque chose à nous apporter. Parce que justement elles sont un petit peu déconnecté du mental. Donc à leur contact on peut aussi développer ces choses-là, on peut se transformer. En psychiatrie c'est peut-être un peu pareil. Ces personnes qu'on va étiqueter comme malades, elles ont sûrement quelque chose à m'apporter à moi personnellement, et à la

société en général. Inverser un peu le truc, si on est dans un donnant-donnant, on va probablement arriver à d'autres résultats que dans une relation qui dans un sens uniquement de donneur à receveur, de sachant à non-sachant, ou de médecin au malade. » (P5M10)

Cette expérience relationnelle auprès de personnes déficitaires a profondément changé la façon dont le professionnel envisagera la relation soignante. Il nous propose d'envisager le modèle du rétablissement comme une modélisation conceptuelle d'un cadre relationnel qui permet une forme de socialisation plus équilibrée. Avec le souci des rapports de pouvoirs entre les personnes dites *déficitaires, receveurs, non-sachant, soigné* et d'autres *donneurs, non sachant, soignés*.

Pour reprendre les termes utilisés par l'ensemble des informateurs :

« le modèle du rétablissement c'est une philosophie » (RV3M54).

Cette philosophie peut se traduire en un outil technique relationnel, mais c'est avant tout un cadre éthique structurant la socialisation de la rencontre en dessinant un *positionnement*.

Elle s'appuie sur la thèse de la construction identitaire, au sens de la conscience d'un « moi ». Dans la reconnaissance par l'autre de sa nature humaine. Le rétablissement s'inscrit dans la tradition de la philosophie humaniste qui postule l'existence d'une nature humaine et de besoins fondamentaux à satisfaire pour permettre l'épanouissement de cette nature.

« Aujourd’hui, les frontières artificielles établies entre les groupes de personnes vivant avec une incapacité, quelle qu’elle soit, peuvent être abolies grâce à la reconnaissance des besoins fondamentaux et des aspirations que la plupart de ces personnes partagent. »

Patricia Deegan (19).

« C’est la rencontre du frère de cet ami [en rétablissement d’une maladie mentale] qui m’a permis de me dire : voilà on va le faire, on va monter un projet pour embaucher un médiateur de santé pair. [...] c’est quelqu’un d’extrêmement perspicace, en faisant rapidement le tour des services, il a très bien cerné les organisations, en repérant bien les fonctionnements en allant poser quelques questions aux usagers qui étaient dehors. [...] Quand tu es dans ton train-train, tu as du mal à prendre du recul par rapport à ça. Ou bien tu le perçois et tu ne fais rien. »

(RV1M63)

Que cela soit entre collègues, dans la famille ou entre amis, le médecin construit une relation dans laquelle il ne peut plus se cacher derrière son statut de médecin. Il semble que ce soit le levier le plus efficace pour construire une relation médicale prenant en compte la subjectivité des patients. Et par conséquent de s’approprier le modèle du rétablissement expérientiel.

Lorsque le médecin entre en relation en dehors de son rôle médical, avec des personnes qui sont concernées par la maladie, le professionnel peut dans ce cas plus facilement se libérer de l’objectivation du malade par la réduction à sa maladie et des limitations fonctionnelles qu’elles entraînent.

Ici l'informateur marque une forme d'admiration pour la personne concernée par la maladie mentale. Il comprend tout de suite un fonctionnement de service que l'informateur n'avait que supposé. Il est sorti du statut de malade, il est *perspicace*.

3.1.3.b Entre norme et pathologique

La nouvelle relation médicale qui émerge renvoie à la conception de Canguilhem. La reconnaissance de la subjectivité du patient par le médecin nécessite que le médecin prenne conscience de sa propre subjectivité et, plus fondamentalement, de leur commune et égale condition devant la précarité de la vie. La reconnaissance de la subjectivité de la maladie présuppose que le médecin se conçoive lui-même comme un *malade potentiel qui n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse* (216).

Cette rencontre en dehors du cadre médical aide le professionnel à se détourner de l'objectivation du malade qui relève du déterminisme médical, de la stigmatisation de la folie, et des mécanismes psychiques de défense qui le protège de l'identification au malade. Il peut alors faire un retour sur sa propre situation ontologique de sujet vivant, fragile et mortel. Cela lui permet d'abord d'imaginer l'expérience de malade en général, ensuite d'admettre la subjectivité de son patient, enfin de saisir qu'une relation de compréhension et d'accompagnement est indispensable (215).

Cet exercice de dédoublement et de projection permet au médecin de se considérer lui-même comme un sujet : vivant, psychique et éthique. Et non plus comme un simple opérateur des savoirs et techniques de la médecine.

En ce sens, les informateurs témoignent d'une forme de libération, de soulagement.

« Pour moi, cela a été très confortable de conceptualiser les choses différemment. [...] C'est cela, qui a donné du sens à la pratique : le rétablissement en tant que processus, en tant que parcours, ce qui fait que l'on peut donner de l'espoir » (RV1M7).

L'acceptation du savoir expérientiel permet alors la constitution d'un nouvel équilibre des savoirs techniques et des savoirs relationnels. Vécus comme un soulagement, d'une mise en tension provoquée par une organisation des soins tournée sur la technicité de soins insuffisants pour espérer une guérison symptomatique. Ce qui renvoie au malaise décrit dans mon analyse articulant savoir et pouvoir. En ce sens, l'acceptation du savoir expérientiel participe à reconnaître la subjectivité du soigné et du soignant.

Franchir l'obstacle épistémologique entre le savoir déterministe et le savoir expérientiel consiste finalement à franchir la frontière entre la norme et le pathologique, *entre nous et eux*. Et le meilleur moyen de franchir cet obstacle est la rencontre dans une situation sociale où le professionnel ne peut pas mobiliser son savoir-pouvoir dans la relation.

3.1.3.c Les contraintes institutionnelles

La relation soignante entre deux individus ne se déroule pas dans le vide théorique et conceptuel. Elle se réalise sous l'égide d'un tiers (64). La rencontre a lieu dans une organisation de soin et une institution soignante. La première structure le champ d'actions éventuelles des professionnels et des personnes concernées par la maladie. La seconde produit des normes et des valeurs qui influencent les professionnels dans l'investissement de leur fonction.

Les différentes institutions de soins ont une représentation du soin souvent déterministe et remplissent des fonctions sociales parfois incompatibles avec le respect des libertés individuelles. En 2016 une hospitalisation sur quatre a été réalisée sans le consentement de la personne concernée (13). Un professionnel n'adopte pas le même positionnement relationnel quand la personne concernée par les soins n'a pas la liberté de se soustraire à la relation soignante.

Au cours de l'analyse des récits de vie, j'ai pu constater que l'appropriation du modèle du rétablissement par les professionnels de santé se faisait sous une contrainte institutionnelle. En effet, l'appropriation ou le rejet du modèle du rétablissement dépend du lieu de travail et de la culture institutionnelle dans laquelle baigne le professionnel.

La suite de mon travail sera consacrée à identifier les obstacles et les opérateurs favorisant l'appropriation du rétablissement expérientiel par les institutions psychiatriques.

3.2 Obstacles à l'institutionnalisation inclusive du rétablissement

3.2.1 Le détournement déterministe ou le rétablissement vitrine

3.2.1.a Faire cohabiter deux visions du monde

« À partir de la réhabilitation, on peut aller dans le rétablissement beaucoup plus facilement qu'à partir de la psychiatrie classique. [...] Les deux modèles se complètent très bien [...] le mode cognitif avec le mode expérientiel du rétablissement. Le modèle actuel de la réhabilitation, ou du moins le courant qui organise les centres de réhabilitation, il est très neuro-centré. Ce modèle a besoin de la pair-aidance et du rétablissement, pour être un modèle accompli. Pour aller jusqu'au bout de lui-même et du processus qu'il défend c'est-à-dire l'individuation de la personne selon ses objectifs propres. Ces deux modèles ont des racines extrêmement différentes. Le modèle du rétablissement vient des associations d'usagers survivants de la psychiatrie anglo-saxonne, c'est un modèle extrêmement horizontal. La réhabilitation psychosociale elle vient des neuropsychiatres, c'est un modèle qui reste vertical même s'il y a plus d'horizontalité que dans la psychiatrie classique. Il y a plus de respect des parcours individuels et aussi plus d'espoir pour les personnes. Donc il y a des choses assez proches du modèle rétablissement, mais il ne va pas au bout. Mais c'est rétablissement compatible, quand on parle avec certains réhabilitateurs, on arrive à communiquer. »

(RV5M32)

L'informateur ne se considère pas lui-même comme faisant de la réhabilitation psychosociale, et pourtant il travaille dans un service orienté vers le rétablissement. Son discours reprend les différences fondamentales entre la réhabilitation psychosociale et le modèle du rétablissement.

La première se trouve dans l'organisation hiérarchique, c'est-à-dire la répartition du pouvoir

concernant la pratique des professionnels et la place des personnes concernées par le rétablissement.

Le modèle du rétablissement émerge et se structure à travers une répartition horizontale de pouvoir parmi les différents protagonistes. Le second, la réhabilitation psychosociale, est la continuité de l'organisation académique et hospitalière, sa construction conceptuelle et sa mise en pratique opérationnelle sont réalisées dans une logique verticale.

La seconde différence entre ces deux modèles découle de la première, il s'agit de la manière de construire la connaissance, c'est-à-dire le positionnement épistémologique. Le rétablissement s'intéresse au vécu subjectif de la personne tandis que le modèle de la réhabilitation psychosociale s'intéresse à ce même vécu, mais de manière objective et souvent quantitative.

Ces deux modèles ont néanmoins une volonté commune : favoriser le processus d'individuation de la personne accompagnée. Leur positionnement épistémologique les amène à aborder ce processus de manière différente.

La réhabilitation psychosociale cherche à intégrer la personne dans le milieu social par la compensation de déficit objectif et le développement de nouvelles capacités sociales.

Le modèle du rétablissement expérientiel propose une approche singulière, construite sur des projets de la vie réelle de la personne concernée, ils sont initiés par elle-même et pour elle-même.

La réhabilitation favorise l'émergence de *savoir-faire*, alors que les soins orientés rétablissement consistent plutôt à ne pas faire obstacle au *pouvoir d'agir* des personnes (27).

La réhabilitation psychosociale et le modèle du rétablissement partagent la volonté commune d'accompagner la sortie de la personne malade de son statut social de malade (30).

Ils s'intéressent tous deux aux conséquences sociales de la maladie, l'un préférant les compétences objectivables et l'autre favorisant la reconstruction identitaire. Ils partagent également l'espoir d'un mieux-être pour les personnes qu'ils accompagnent.

Mais l'approche épistémologique diffère radicalement. La réhabilitation construit sa connaissance dans le paradigme déterministe de la médecine fondée sur les données probantes. Le rétablissement s'appuie quant à lui sur une approche compréhensive du monde, centré sur l'expérience de la personne. Autrement dit, si ces deux courants peuvent avoir des points communs, leur manière de penser le monde et donc le soin reste distinct.

L'enjeu pour l'informateur réside à faire cohabiter dans l'institution les savoirs déterministes et le savoir expérientiel. De cette cohabitation de ces deux *modes* pourra émerger un partage des pouvoirs dans l'organisation de soins. L'informateur a l'espoir d'un *modèle accompli* conjuguant ces deux approches. Mais les obstacles sont nombreux en particulier sur la question du partage des savoirs et des pouvoirs.

3.2.1.b Le pouvoir de prendre son traitement

« Aujourd'hui quand on met "soins orientés rétablissement" sur un service, il y a une sorte de validation de la bonne méthode. C'est très particulier. Donc il y a cette dimension de renversement des rôles, dans lequel "on va mettre le patient au centre de sa décision". Et dans le même temps, on va labelliser des centres "orientés rétablissement". Parce que maintenant il existe des grilles pour analyser les bonnes pratiques. Le rétablissement c'est donc ce truc

politique un peu incernable [...] le rétablissement c'est aussi toute cette question d'une narration qui arrive à se reconstruire, à se relancer, pour des raisons inexplicables, que l'on va essayer de comprendre par le récit. Cette deuxième partie du rétablissement est assez peu prise en compte. Aujourd'hui, on parle peu de la question politique, mais il faut que ce soit orienté rétablissement. » (RV8M34)

L'informateur décrit le mouvement du rétablissement en France porté par des médecins qui rebaptisent les services psychiatriques et médico-sociaux. Ils peuvent donner l'illusion qu'ils changent leur façon de délivrer leurs prestations utilisant un langage de rétablissement en surface. Le rétablissement n'est plus une philosophie, mais un *label*.

Helen Glover (129) décrit certains services de soins qui ont renommé les projets de soins « projet de rétablissement individualisé ». Mais ces derniers sont toujours sous-tendus par les mêmes processus : ils demeurent formulés par des professionnels de la psychiatrie, gérés et suivis par eux, et conservés dans les dossiers enfermés dans les tiroirs verrouillés de la structure, hors de portée de l'intéressé qui aimerait les utiliser pour s'orienter et prendre ses soins. Faire signer un projet de rétablissement à la personne et lui remettre un exemplaire ne signifie absolument pas l'accompagner dans son rétablissement, son inclusion sociale ou son *empowerment*.

« La démarche du psychiatre c'est aussi de savoir comment faire rentrer le patient dans son soin, comme accepter ses traitements. Alors même que les médicaments qu'on leur propose sont très insatisfaisants. Quand j'ai commencé mon internat, la position était très autoritaire, on ne disait jamais le diagnostic, on n'expliquait pas les traitements. Aujourd'hui il y a la psychoéducation pour que la personne devienne actrice de ses soins. » (RV3M63)

Les soins orientés rétablissement sont représentés par la transmission d'informations médicales du professionnel de santé vers la personne concernée par la maladie. Cette transmission d'informations est réalisée dans l'objectif de permettre à la personne concernée par la maladie mentale de faire ses propres choix.

Ce positionnement d'éducateur permet au professionnel de se décaler d'une position de toute-puissance dans la relation avec les personnes concernées par la maladie. Il y a une réduction de l'asymétrie relationnelle par le partage d'informations médicales. Il s'agit donc ici de permettre à la personne de reconstruire un nouvel équilibre de normes biologiques, psychologiques et sociales à partir du savoir médical. La personne est actrice selon le scripte de la connaissance médicale.

« Le médecin du centre expert du CHU a fait avec son équipe un livret de psychoéducation dans la bipolarité, on présente tous les traitements, les effets indésirables. C'est ce que l'on appelle la décision médicale partagée. [...] Par exemple : "on a décidé qu'il y avait trois options de médicaments. On va reprendre ces options une à une et on va voir avec vous quels sont les avantages et les inconvénients de ces options. À la fin on décidera quelle sera la meilleure option. » (RV3M73)

La psychoéducation permet de transmettre le savoir médical pour éclairer la démarche thérapeutique des professionnels de santé. Cette transmission de savoirs permet effectivement à la personne de devenir *un acteur de soin*. Puisque le patient se retrouve côte à côte devant la connaissance pharmacologique de sa maladie. La psychoéducation peut concerner d'autres

thèmes comme la gestion des émotions, la compréhension des mécanismes hallucinatoires délirants.

Dans tous les cas de figure, le professionnel ne détient plus le savoir, il le transmet. Un savoir scientifique qui tente de dégager objectivement des connaissances sur la maladie. Un savoir qui est synthétisé, organisé et transmis par des experts vers des profanes.

Si le terme éducation signifie étymologiquement « guider hors de », la psychoéducation présentée par cet informateur se réfère plutôt à l'apprentissage du patient des connaissances objectives sur sa maladie.

Cette transmission de connaissances peut être utile pour permettre à la personne de faire son choix. Mais le savoir sur la maladie reste un savoir médical, la volonté affichée est de permettre à la personne concernée de comprendre ce savoir objectif sur sa maladie.

Il ne s'agit pas de savoir expérientiel, mais de l'intériorisation du savoir déterministe médical (17, 58 217).

Si le patient n'a pas la possibilité de choisir l'option 4 : je ne prends pas mon traitement. Il est difficile d'évoquer un *empowerment* au sens radical (103). Mais plutôt d'envisager *d'être acteur* comme la capacité de s'adapter à la norme médicale.

3.2.1.c Quantifier objectivement l'expérience

«Je trouve qu'il y a quand même un risque de normalisation avec le rétablissement»
(RV4M86)

Cette ambiguïté énoncée par un psychiatre côtoyant un service de réhabilitation psychosociale « orienté rétablissement » révèle les travers de la mise en pratique du rétablissement qui conduit à la promotion d'une émancipation normalisée où *être acteur de sa maladie* peut signifier apprendre à être autonome « par rapport au dispositif mis en place autour de ses troubles [...] se maintenir, avec son plein consentement, dans ce même dispositif » (138).

Cette centralité du pouvoir médical est majorée par l'existence d'un modèle du rétablissement objectif décrit dans le premier chapitre. En réduisant le rétablissement à une hétéroévaluation quantitative, cette approche du rétablissement peut se déployer dans le champ scientifique dominé par la médecine basée sur les données probantes (211). Mais également de l'administration qui recherche des critères d'évaluation des soins quantitatifs afin de piloter les politiques budgétaires (218 219).

« Dans le service de réhabilitation dans lequel je travaille qui se réclame du rétablissement, les travaux de Larry Davidson ne sont jamais cités, on n'en parle jamais entre nous, personne ne les connaît. C'est pour moi un grand paradoxe, qui questionne quelque part l'honnêteté de la posture. Il y a un intérêt assez faible porté aux approches qualitatives. Or il me semble que ce à quoi invite la perspective du rétablissement, c'est l'intégration pleine et exigeante sur le plan méthodologique des approches qualitatives en psychiatrie. Dans les services de réhabilitation on reste dans des approches très evidence based medicin. Avec des programmes et une volonté

d'évaluer de façon quantitative. Je trouve ça très bien, mais je ne pense pas que la perspective du rétablissement doit s'appuyer préférentiellement sur ces approches. » (RV7M31)

La réhabilitation sociale est particulièrement susceptible de réaliser un détournement déterministe du modèle du rétablissement. Cnaan et ses collaborateurs (113) ont posé les principes fondamentaux de cette branche de la psychiatrie, il existe également des modèles explicatifs partagés comme le modèle stress – vulnérabilité – facteur protecteur (111 112).

Mais aucune théorie unificatrice ne systématise la pratique de la réhabilitation psychosociale. Et comme nous le rappelle cet informateur, elle est actuellement structurée par l'épistémologie hégémonique de la médecine basée sur les données probantes.

Les représentations objectives du rétablissement que diffusent certains courants de la réhabilitation psychosociale sont loin de l'expérience de la personne et de son autodétermination. Lors d'un entretien avec un responsable de service de réhabilitation orienté rétablissement décrit son rôle de médecin ainsi :

« J'ai une vision de ce qu'il faut faire pour le patient. Je coordonne une équipe, pour que cela puisse se faire » (RV6M17).

En sortant de cette interview, je vois un homme avec un chapeau faire des allers-retours devant le banc sur lequel je m'étais assis. Il me rejoint et me demande ce que je lis. Je lui explique que j'étudie le modèle du rétablissement dans la schizophrénie. Je lui dis que je suis interne en psychiatrie et que je fais une thèse sur ce modèle. Ce monsieur me confie qu'on lui a « donné un diagnostic de schizophrénie affective ». Il me raconte que c'est compliqué pour lui. Il suit

beaucoup de programmes, en ce moment il fait celui sur les émotions positives. Cela lui apporte un petit peu, ce n'est pas extraordinaire, mais ça aide. Par contre, il n'a jamais entendu parler du rétablissement dans la schizophrénie. J'essaie de lui résumer, puis je me ravise. J'écris sur un bout de papier le nom de Patricia Deegan et le tends à l'homme au chapeau. Je lui dis qu'elle sera bien mieux l'expliquer que moi, puisqu'elle l'a vécu. Il m'apparaît un peu dérouté, et me demande si je suis bien Docteur.

Finalement c'est peut-être cela le principal obstacle français au rétablissement expérientiel : ce sont les médecins qui l'expliquent aux personnes concernées par la maladie.

3.2.2 L'opposition du secteur : on fait déjà du rétablissement

3.2.2.a Une opposition de posture

«Je trouve que quelque part il y a quelque chose qui me gêne, quelque chose qui vient disqualifier, discréditer des personnes qui en soi ne se décrètent pas “orienté rétablissement”, peut-être par modestie ou parce qu'ils ne connaissent pas. Alors qu'ils le sont tout autant, et parfois beaucoup plus que certains services qui s'estampillent eux-mêmes “orientés rétablissement”. Voilà comme c'est à la mode. On dit nous, on est orienté rétablissement. Nous, on a un service humaniste. Et puis les autres... » (RV7M36)

Le modèle du rétablissement porté par la réhabilitation suscite une méfiance voire un rejet de la part des services décrétant relever de la pratique du secteur. Un courant qui reste encore rattaché aux idéaux d'égalité et de solidarité de ses fondateurs d'après-guerre. Un courant qui s'appuie sur le savoir de la psychodynamie, l'histoire de vie et la relation soignante. Un courant qui supporte difficilement de considérer leur pratique comme moins humaniste que leurs collègues réhabilitateurs majoritairement d'obédience neuroscientifique.

La diffusion du rétablissement objectif par certains services de réhabilitation, le plonge dans les clivages du monde la psychiatrie. Par ignorance ou par facilité, le rétablissement est réduit à son versant fonctionnel pour devenir la cible des critiques.

«La psychothérapie institutionnelle est restée une expérience. Ce n'est pas devenu une politique. La politique du secteur issue des réflexions la psychothérapie institutionnelle, n'a jamais été mise en place. C'est ça qui m'a choqué chez les psychiatres en général. C'est la déconnexion entre leur discours, leurs valeurs et ce qu'ils font. Les gens disent oui c'est bien

le secteur, mais quand tu leur demandes s'ils ont fait une visite à domicile, ils répondent : « ah non, je n'en ai jamais fait. » Comment peux-tu dire que tu défends la psychiatrie de secteur et que tu n'as jamais fait de visites à domicile de ta vie ? C'est comme quelqu'un qui te dirait : « moi je suis végétarien, et je mange la viande tous les jours ». (RV2M49)

Ce que dénonce ce témoignage, ce n'est pas que la légitimité de la psychothérapie institutionnelle et son actualisation dans les quelques structures de soins réussissant à renouveler ses concepts théorico-pratique. Dans ce discours, celui qui va faire des visites à domicile incarne dans sa pratique ses valeurs éthiques. Il est considéré comme un égal par l'informateur.

Ce qu'il dénonce c'est l'opposition de posture au rétablissement. Brandissant une éthique de soins qu'il ne pratique pas.

La psychothérapie institutionnelle n'a pas réussi à devenir un modèle structurant l'organisation des soins. Pour reprendre les mots de Magalie Coldefy (152), les idéaux humanistes et égalitaires des fondateurs n'ont pas abouti à une politique de santé publique.

Dès les années 70, peu étaient les professionnels investis dans la psychiatrie de secteur (155). Ses fondateurs ont rapidement constaté les difficultés politiques et administratives à étendre les fruits d'expériences locales à l'ensemble de la France (151). En 2010, seuls 20 % des secteurs psychiatriques avaient réussi à s'ouvrir sur la communauté (152).

La référence « visite à domicile » rappelle que les liens qui lient la psychiatrie communautaire et l'éthique du rétablissement sont nombreux : l'émancipation politique des personnes

concernées par la maladie mentale ; la remise en question de l'ordre hiérarchique au sein des structures de soins ; l'intérêt porté à la vie quotidienne et la construction de lien social ; le respect de la dimension expérientielle de la maladie. (41 141 220).

3.2.2.b Une ignorance mutuelle des similitudes et des complémentarités

« Avec les psychiatres qui font de la psychiatrie institutionnelle, on n'arrive pas à communiquer. Ils nous disent qu'on fait déjà du rétablissement, dans nos clubs thérapeutiques, tout cela on fait. On est dans une relation humaine, on est bienveillant. Mais ils n'arrivent pas à comprendre que c'est eux qui ont les clefs. Ce n'est pas les usagers qui ont les clefs dans leur système. Les psychiatres gardent le pouvoir. » (RV5M34)

Cet informateur lui, tranche la question. La répartition du pouvoir telle qu'elle est présente dans la psychiatrie de secteur n'est pas compatible avec le modèle du rétablissement. Dans son appropriation du modèle du rétablissement, il intègre la relation dialectique entre la reconstruction identitaire avec *l'empowerment* au sens radical (103).

Le parcours singulier du rétablissement suppose d'avoir les clefs des portes qui jalonnent le chemin.

Mais comme nous l'avons décrit précédemment il faut s'interroger sur la nature du pouvoir qui est laissé à l'utilisateur dans les services « orienté rétablissement ». La réhabilitation psychosociale ne garantit pas la sortie de la personne du savoir et du pouvoir médical, mais la place dans une position d'autonomie dans ce champ. Pourtant, contrairement aux tenants de la psychothérapie

institutionnelle, « *quand on parle avec certains réhabilitateurs, on arrive à communiquer* » (RV5M32).

Depuis le début de mon enquête, je n'ai cessé de trouver des similitudes entre le mouvement du rétablissement et la psychothérapie institutionnelle. Je ressentais une sorte de malaise de constater cette opposition *extrême* entre des courants de pensée qu'il me semblait pourtant possible de faire *communiquer*. Mes interrogations à propos des points communs et similitudes m'ont conduit à interviewer des personnes qui mettent en pratique cette éthique et cette approche institutionnelle.

« Liliane, elle était du côté de la psychose avec tout ce que cela peut avoir de déficitaire. Un jour elle a pris un crayon, elle s'est mise à dessiner et elle faisait des choses superbes. De fil en aiguille, il s'est trouvé que dans le service il y avait un mec qui peignait. Il a vu ça et ils ont fait un truc ensemble. Elle s'est construite un peu comme ça. Elle s'est inscrite dans des ateliers, elle a commencé à exposer. Nous on allait la voir jusqu'au jour où elle a trouvé une identité. Elle se présentait comme ça : "Liliane artiste-schizophrène". Elle a eu un appart en ville, elle a continué à être avec son étrangeté et ses bizarreries. Si ce n'est qu'elle avait construit quelque chose avec tout le voisinage. Elle avait fait des peintures pour le café du coin, d'autres pour le boulanger. Ce qui fait qu'elle avait une vie sociale. Elle est décédée en faisant une fausse route avec le croissant du boulanger. Le jour de son enterrement, tu avais tout le quartier qui était très triste de la disparition de Liliane. Et le boulanger était d'une grande culpabilité, car elle était morte à cause de son croissant. » (RV9M16)

Dans ce témoignage d'une personne se référant au courant de la psychothérapie institutionnelle, nous retrouvons la description d'un processus de reconstruction identitaire pour sortir du statut

de malade. Un engagement progressif dans des activités significatives. Une intégration dans une communauté malgré la présence des symptômes. L'informateur décrit le parcours de cette femme, car il représente selon lui le sens de son métier. Sens qu'il résume ainsi : « *Le soin est pour moi cet accompagnement pour que l'autre puisse prendre place au même titre que nous.* » (RV9 M19)

L'objectif de la psychothérapie institutionnelle semble identique à celui du rétablissement expérientiel et de la réhabilitation psychosociale : l'individuation de la personne dans la cité. Mais les moyens mobilisés différents. La compensation de déficit fonctionnel et l'apprentissage de nouvelles compétences sont les moyens de la réhabilitation psychosociale. L'empowerment et le savoir expérientiel sont les ingrédients du rétablissement. C'est la rencontre et la relation soignante qui constituent le moteur de la psychothérapie institutionnelle.

Mon hypothèse à propos de ces difficultés de communication entre le courant du rétablissement et de la psychothérapie institutionnelle réside dans une ignorance mutuelle des moyens et des objectifs respectifs. Ignorance entretenue par la confusion du rétablissement médical et expérientiel.

« *J'aimerais qu'il y ait un regard critique et une vraie réflexion sur les limites au niveau politique de la question de la liberté. Il faut absolument que les gens qui se situent dans le mouvement du rétablissement puissent en saisir les limites. Sinon on va arriver à une opposition stérile que j'ai vue en début d'internat entre les tenants des neurosciences et les psychanalystes. Je pense que les critiques doivent venir de l'intérieur, même si les psychodynamiciens sont bien armés intellectuellement pour aborder ces questions.* »

(RVM75)

Pour les professionnels interviewés, le paradigme phénoménologique du savoir expérientiel ne peut pas être la seule boussole de la pratique des soins. Ils articulent dans une relation complexe le savoir subjectif de la personne qu'il rencontre avec de nombreux savoirs objectifs qui s'inscrivent dans un paradigme déterministe. La psychoéducation par exemple est un transfert de savoir déterministe et objectif, mais elle peut également permettre l'acceptation et le contrôle de symptômes dans le cadre de la construction singulière d'un savoir expérientiel et subjectif.

De la même manière, une réflexion critique nourrie de référence psychodynamique sur le fonctionnement institutionnel d'un service de soins peut permettre d'entretenir les conditions nécessaires à l'acquisition d'un savoir expérientiel par les personnes concernées. Alors même que les principes qui mobilisent la réflexivité s'apparentent à un déterminisme philosophique.

De plus la qualité de la relation soignante et de la continuité des soins, au cœur du modèle la psychothérapie institutionnelle, est la première qualité reconnue aux professionnels par les personnes concernées par le rétablissement (60).

Mais le mouvement du rétablissement expérientiel se trouve actuellement au sein des clivages épistémologiques qui animent et structurent la psychiatrie française entre une médecine scientifique et une médecine artisanale ; entre le sujet et le cerveau ; entre singulier et statistique (1).

La psychothérapie institutionnelle est rejetée, car *elle garde les clefs*, renvoyée à une connotation hospitalière et paternaliste. Tandis que la réhabilitation est rejetée pour sa dimension technique, quantitative et normalisante.

3.2.2.c Le conflit éthique de l'autonomie

Pour continuer d'explorer ce clivage, je suis allé rencontrer un psychiatre d'inspiration institutionnelle qui travaille dans une unité d'hospitalisation accueillant les personnes ayant le plus de difficultés à sortir de l'hôpital, la plupart y sont présentes depuis des années. Je le retrouve en train de jouer avec ardeur avec un patient au baby-foot. Il me décrit avec subtilité les limites de *l'empowerment* qu'il voit dans le modèle du rétablissement expérientiel :

« C'est comme si c'était un déni, du côté du soignant. Mais si le patient sait tout et bien nous, on ne sert à rien. Mais si on ne sert à rien, à ce moment-là, il est tout seul. On le laisse tout seul [...] Je trouve que cela met de côté, le rôle, qui est loin d'être simple, du soignant. Cela le met de côté, cela fait un peu disparaître son aspect phénoménologique, qui produit quelque chose rien que par sa présence. Il ne peut pas être remplacé par un guideline, une intelligence artificielle, ou des choses comme ça. Cela a aussi leur intérêt, mais bon... » (RV4M53)

L'informateur met en opposition la promotion de la liberté des personnes concernées par la maladie mentale et leur vulnérabilité dans une société qui ne veut pas d'eux. Pour ce professionnel, le savoir expérientiel ne peut pas à lui seul résoudre le conflit éthique du professionnel qui a pour fonction d'accompagner les personnes concernées par la maladie. C'est dans la relation soignante que cet équilibre singulier peut se trouver. Le risque du rétablissement expérientiel est de construire un système de santé centré sur la personne en voie de rétablissement et d'oublier la relation soignante.

C'est-à-dire le risque de sous-estimer la vulnérabilité des personnes et surestimer la volonté de la société à les accueillir.

Ce que reproche l'informateur au modèle du rétablissement est une acception où le système de santé ne prend pas en compte la relation soignante au profit d'une technification de l'accompagnement. Le patient se retrouvant seul à lutter contre l'aliénation des idéologies dominantes qui va définir ce que signifie « être autonome » et « être rétabli ».

Le professionnel n'a plus la fonction politique. Il ne lutte plus contre l'aliénation sociale des institutions soignantes qui intériorisent les représentations et les valeurs sociales. Le professionnel est un spectateur de *l'empowerment* de la personne en voie de rétablissement.

«La psychiatrie c'est comme un match de rugby, il y a ceux qui sont sur le terrain et les spectateurs. C'est facile de critiquer le jeu des joueurs quand on est dans les tribunes. Eh ben là c'est pareil, il y a ceux qui regardent et ceux qui mouillent le maillot ». (RV2M41)

Cet informateur revient sur l'opposition de la psychiatrie de secteur au mouvement du rétablissement. L'opposition de posture de certains psychiatres est comparée à des spectateurs d'un match de rugby qui critiquerait les choix stratégiques des équipes. Les professionnels qui se réfèrent à une politique de secteur malheureusement souvent réduite à une répartition géographique de moyens financiers. En ce sens ils n'engagent pas leur pratique dans le champ politique. Ce sont des spectateurs qui possédant une partie du savoir théorique de la psychothérapie institutionnelle, ne l'incarnent pas dans leur pratique, devenant ainsi spectateurs de l'évolution du système de santé.

Ce témoignage rappelle la dimension militante et politique du mouvement du rétablissement. Il s'agit d'un mouvement de lutte pour les droits civiques. *L'empowerment* individuel et collectif

qui pousse usagers et professionnels à monter des services alternatifs afin de *mouiller le maillot* pour la transformation du système de santé voire de la société dans son ensemble.

Mais à l'inverse le modèle du rétablissement peut être modelé par les courants de pensée qui traversent notre société. Le projet de transformation sociale du rétablissement peut se transformer en un projet de transformation du rétablissement expérientiel par la norme sociale.

La méfiance du monde de la psychiatrie française à l'égard du rétablissement et de *l'empowerment* n'est-elle pas justifiée au regard de la montée des inégalités et des politiques budgétaires destructrices ? La méfiance envers un nouveau système de santé qui risque de laisser *tous seuls* les patients porter le fardeau de leur rétablissement, sous le regard de professionnel moins en moins nombreux, affairé à satisfaire les nouveaux protocoles de gestion de projets.

3.2.3 Le je-m'en-foutisme du psychiatre ou le rétablissement néolibéral

3.2.3.a Organiser les soins par la logique économique

« On est dans un entre-deux. On est dans une période un peu compliquée, dans laquelle on a du mal à comprendre que l'on se centre sur le patient. On est plus dans une psychiatrie d'évitement, dans une psychiatrie du nombre de lits. On a déshumanisé un petit peu la psychiatrie... je pense que l'on va se recentrer sur le patient tôt ou tard. [...], Mais c'est les politiques qui font ça, il y a plus d'argent, il faut dire les choses comme elles sont : on est obligé de changer notre modèle. En fait, on ne peut pas critiquer, on est obligé de changer de modèle, on va te forcer à le faire. » (RV3M108)

Cet informateur est un médecin responsable de plusieurs services de soins de réhabilitation. Il décrit son impuissance, sa place de spectateur d'un système qui *change*. Il reconnaît que ces transformations ne sont pas initiées par une politique de santé publique désireuse *d'humaniser* les soins, mais de réduire leurs coûts. Il s'agit d'une injonction politique faite aux professionnels de réorganiser une pratique malgré le manque de financement (160).

Le médecin considère qu'il *est obligé de changer*. Cette phrase révèle qu'il a intériorisé le courant politique qui envisage le système de santé selon la logique économique libérale. Ce processus d'extension des valeurs du marché à tous les champs de la société, je l'ai qualifié dans le premier chapitre de néolibéralisation (132 133).

Les professionnels et les décideurs du système de santé sont dans l'urgence de s'adapter au nouvel ordre social qui s'impose à eux (131).

« *Les résistances les plus vives, c'est au niveau de l'Agence Régionale de Santé. En effet, les décideurs et gestionnaires ont beaucoup de réticences à embaucher des pairs aidants.* »

(RV1M66)

L'instruction du 16 janvier 2019 (221) est une bonne illustration de ces *résistances*. Elle a pour objectif d'accompagner les acteurs des Agences Régionales de Santé dans la structuration de l'offre de soins de réhabilitation sur les territoires. Elle s'appuie sur les nouveaux dispositifs administratifs mis en avant dans le plan santé 2022 : les projets territoriaux de santé mentale (222). Ils mobilisent des crédits de dotation annuelle de fonctionnement 5 millions d'euros par régions. Les Agences Régionales de Santé réalisent des appels d'offres et les acteurs du terrain se mobilisent pour proposer des projets en réponse.

Dans cette note de cadrage censée aiguiller les décideurs politiques à financer les soins, il n'y a pas de définition de la réhabilitation psychosociale et encore moins du rétablissement. La pair-aidance pourtant au cœur du rétablissement n'est pas mentionnée. Elle décrit un dispositif permettant de faire rentrer les usagers dans des programmes thérapeutiques, des programmes de remédiation cognitive, des programmes d'entraînement à l'habileté sociale, et propose des modalités de case management.

Les indicateurs d'évaluation de la réussite de ce dispositif reposent uniquement sur des critères quantitatifs. Comme le nombre de professionnels formés, le nombre de types de soins proposés, le nombre de sessions proposées, le nombre de personnes réorientées, le nombre de partenaires, le nombre de nouveaux patients, le nombre de familles.

Le modèle de la médecine basée sur les données probantes tend, sous la forme des pratiques basées sur les données probantes, à infiltrer depuis les années 1990 la gestion publique. Cela

fait l'objet de nombreuses critiques, notamment parce que les dimensions politiques, idéologiques et économiques qui la caractérisent (rationalisation de l'organisation, optimisation du rendement) sont masquées au profit d'une éthique de la preuve quantitative autosuffisante (223).

Dans ce contexte, comment promouvoir un modèle construit sur une méthode qualitative et qui prône un projet de transformation sociale ?

« Tu ne peux pas mettre en place un système orienté rétablissement si tu ne changes pas la politique. Le rétablissement c'est d'abord un projet politique, c'est la démocratie. C'est pour ça que Basaglia parlait d'une psychiatrie citoyenne et démocratique. C'est les coopératives, c'est comment on peut vivre ensemble, la vie sociale quoi. Pour le dire autrement, tu évalues l'état d'avancement d'une démocratie à l'aulne de comment les fous sont traités. » (RV2M77)

Ainsi le mouvement du rétablissement expérientiel se retrouve dans le paradoxe de devoir organiser des soins « orienté rétablissement » dans un système qui lui fait obstacle.

À l'image des individus entravés dans leur rétablissement par des institutions paternalistes.

Nous retrouvons la dimension radicale de *l'empowerment* (103) où le service de soins orienté rétablissement devient un instrument politique qui travaille à la bifurcation du système de santé vers une démocratie sanitaire participative. À l'image des Coopératives italiennes de Trieste, où professionnels, personnes en rétablissement et habitants de la cité se sont organisés entre citoyens pour participer à la vie collective (224).

3.2.3.b Organiser les soins par le management de parcours

Le risque du mouvement du rétablissement est de suivre le même sort que le concept *d'empowerment*. C'est-à-dire un glissement vers une adaptation à la norme sociale dominante.

« Il n'y a pas beaucoup de réflexions pour corrélérer le modèle du rétablissement à notre société. Quel est le sujet du rétablissement ? Comment réfléchir à la liberté en psychiatrie ? On fait comme s'il y avait une espèce de règle à apprendre. Une recette à appliquer. » (RV8M45)

Ne pas questionner de manière réflexive l'influence des représentations de l'institution et des problèmes de santé à la construction des projets personnalisés pour les personnes concernées par le rétablissement peut conduire à une nouvelle forme d'aliénation où les professionnels se contentent d'*apprendre une nouvelle règle*.

La *recette à appliquer* s'inscrit dans l'analyse de Marie-Anne Dujarier évoquée dans la première partie (185). Le modèle du rétablissement peut très bien être approprié dans une vision managériale et néolibérale d'une psychiatrie qui se concentrerait sur les parcours de soins des personnes. Ces parcours étant modélisés par des « experts du rétablissement » (Emmanuelle Jouet dans 129).

« On se positionne différemment puisqu'on devient partenaire de son parcours. On devient presque éducateur du parcours de la personne, le parcours personnel et du soin. » (RV1M9)

Le glissement peut survenir lorsque les professionnels ne rencontrent plus la personne, mais deviennent le gardien *du parcours de la personne*. Ainsi à l'instar du modèle biomédical qui

prend pour objet la maladie selon un savoir centralisé par le savoir universitaire (10). Le mouvement du rétablissement pourrait prendre comme objet le *parcours*, et s'organiser autour de dispositif construit par des experts en rétablissement.

Selon la philosophe Barbara Stiegler, la fonction soignante se transforme vers le management, les patients deviennent des acteurs (131).

La démocratie sanitaire prônée par les fondateurs du modèle du rétablissement pourrait aboutir à une optimisation budgétaire du système de santé. Ainsi le système de santé pourrait reproduire l'asile social américain faisant suite aux politiques de désinstitutionnalisation (50 146).

3.2.3.c Glissement de sens et de concepts

L'intériorisation de la logique de marché par le système de santé ne se limite pas à une organisation libérale de l'économie du soin et à une organisation du travail autour de projet. Elle se réalise également par le recouvrement des termes et des concepts.

« On dit maintenant que le soin est du côté des humanités, mais tout notre langage est autre. On dit prise en charge, technique d'entretien, adhérer aux soins... » (RV9M14)

Cet informateur travaillant avec l'aide de la psychothérapie institutionnelle révèle le paradoxe du modèle du rétablissement qui souhaite humaniser la relation soignante avec un vocabulaire technique. Parmi les glissements de termes que produit la néolibéralisation de la santé mentale (135), la notion d'autonomie contenue dans le concept *d'empowerment* me semble le plus préoccupant.

« La critique que je peux faire à mon petit niveau à l'égard de l'empowerment. C'est d'imaginer que la liberté est quelque chose d'extrêmement positif. Le plein exercice de la liberté serait comme un Graal qu'il s'agirait d'offrir l'autre. Or en réalité la liberté fait peur [...] Pour tout un chacun, l'exercice de sa liberté est quelque chose d'angoissant. Moi lorsque j'ai fait le choix de réaliser mes études, ça m'a fait peur. [...] Prendre une décision, faire un choix c'est premièrement accepté le vertige de l'absence de sens. Quand je me lance dans mes études de médecine, je ne sais pas ce que je vais trouver. Je me lance dans un vertige. Et ça, ça peut faire très peur. Deuxièmement c'est être confronté à la solitude. C'est-à-dire que tous les choix forts pour mon existence, je ne peux les faire que seul. [...] Et puis troisièmement, prendre une décision c'est quelque chose de très connecté avec la question de la mort. Parce que quand je choisis que je fais des études de médecine, je sais que je ne pourrais pas faire des études d'architecte. Je ne pourrais pas faire un CAP cuisine. Je ne pourrais pas faire des études de sociologie. Pourquoi ? Parce que certaines choses ne se présentent qu'une fois dans la vie. Parce que notre vie est limitée. Donc l'exercice de l'empowerment, de la liberté est déjà difficile pour tout un chacun. Alors pour une personne qui a été blessée dans ses études, qui n'a pas confiance en elle, qui sort de quatre mois d'hospitalisation psychiatrique. Cela pourrait presque confiner au paradoxe que de l'inviter à prendre ses décisions alors même qu'elle est peut-être moins à même que tout un chacun pour exercer sa liberté.

Et en ce sens, j'aime beaucoup l'approche de Rogers. Qui dit que l'empowerment ce n'est pas un ingrédient du soin, c'est une finalité. Il ne faut pas confondre finalité et moyen. Et l'un des dangers, à mon sens, de l'approche rétablissement pris à la lettre c'est le je-m'en-foutisme du psychiatre. » (RV7M52)

L'informateur se réfère à Irvin Yalom (225) pour opposer la liberté de l'individu à faire des choix rationnels avec la vulnérabilité affective de ce même individu. Il rappelle que le conflit

éthique au cœur de la relation soignante ne peut être résolu par *l'empowerment* des personnes. Relation complexe et parfois paradoxale. Le positionnement du psychiatre contre le projet de la personne en voie de rétablissement peut parfois favoriser le rétablissement (60).

Mais *le rétablissement pris à la lettre* dans l'alphabet néolibéral donne pour horizon l'autonomie économique des personnes (226). *Les psychiatres je-m'en-foutistes* qui se limitent à favoriser l'autonomie laissent seuls leur patient avec leur vulnérabilité. Seul avec une liberté théorique qu'ils ne peuvent que difficilement appliquer en situation réelle.

La polysémie du rétablissement le rend vulnérable sa néolibéralisation. Le mot d'ordre de rétablissement, en effet, peut facilement se transformer en prétexte à l'abandon des personnes souffrantes.

La version néolibérale du rétablissement selon Jean Gagné (135) est une injonction pour les communautés de s'autonomiser et se déresponsabilise, peu importe la quantité et de la qualité des services et ressources disponibles.

Surtout lorsque les politiques de santé publique évitent de considérer activement les éventuels facteurs sociaux, économiques ou politiques à l'origine des troubles psychologiques ou de leur aggravation.

L'influence de cette idéologie sur la médecine tend également à faire l'impasse sur ces déterminants de la santé (227) en se concentrant sur le développement de pratiques standardisées, laissant aux individus la charge de défendre leurs autres droits.

3.3 Opérateur institutionnel pour une organisation inclusive

3.3.1.a Une différence franco-américaine

À l’instar de l’acceptation radicale de *l’empowerment* (103), le courant du rétablissement est un mouvement politique qui porte en lui le projet d’une réforme sociale, le projet de rendre la société plus accueillante à la maladie mentale, une société inclusive (122 125 129 228).

J’ai choisi d’explorer dans ce travail l’appropriation du modèle du rétablissement par les professionnels et les institutions de santé, au regard de cet horizon d’inclusion sociale des personnes en voie de rétablissement.

Pour cela j’ai analysé l’institutionnalisation du modèle du rétablissement dans les services de santé mentale. C’est-à-dire décrire les changements de représentation des professionnels. Cela consiste à observer l’intériorisation des professionnels des idéologies de la société. Afin d’organiser leur pratique pour ne pas faire obstacle au rétablissement des personnes. Il s’agit donc de travailler à l’accueil des personnes en voie de rétablissement dans les services, leur inclusion dans le système de santé.

«Je me demande comment cela se fait que l’université Yale, l’une des cinq meilleures universités des États-Unis, paye d’anciens usagers de la psychiatrie et qu’un professeur déclare aussi être un ancien usager. Je trouve ça incroyable, c’est tellement intelligent. C’est à la fois un choc, et à la fois je suis saisi par la rationalité et le sens scientifique. [...] Je découvre qu’il y a véritablement une alternative à la psychiatrie française telle qu’elle est l’enseignée. Notamment une alternative à cette phrase : psychotique un jour, psychotique toujours.»

(RV2M19)

Aux États-Unis *l'empowerment* des personnes en rétablissement et le système politico-judiciaire ont conduit à la création d'association d'usagers des services de soins alternatifs et la rencontre avec des chercheurs pairs (50). Cet *empowerment* se poursuit au niveau collectif dans le sens de Ninacs (130), par des associations, des services et des unités de recherches qui œuvrent à changer la politique américaine.

En France le courant du rétablissement est porté essentiellement par des services de psychiatrie. Les professionnels et les responsables ne se sont pas déclarés comme d'anciens usagers. Les associations d'usagers lorsqu'elles sont consultées, n'ont pas de pouvoir significatif dans la création des *services orientés rétablissement*.

Ainsi le processus d'institutionnalisation du rétablissement français se fait dans une dimension politique amoindrie. Ce qui entraîne le paradoxe soulevé par Lary Davidson :

« Nous qui travaillons dans ce système, nous ne pouvons raisonnablement pas nous attendre à ce que la collectivité cesse de stigmatiser et d'opérer une discrimination envers les personnes en voie de rétablissement si nous ne balayons pas devant notre porte. » (129).

La première étape du projet d'inclusion sociale selon les tenants du rétablissement est la lutte contre les discriminations sociales au sein des institutions de santé mentale. En d'autres termes : lutter contre la stigmatisation des professionnels.

3.3.1.b Lutter contre la stigmatisation des professionnels

« Pour moi, être soignant et stigmatiser des personnes, c'est comme les rendre malades une nouvelle fois. Je m'en suis rendu compte lors de retour des usagers. [...] Au bout d'un moment j'ai pu par exemple en parler avec ma fille. Lorsqu'on croisait l'un mes patients dans la rue qui me disait bonjour, j'ai commencé à lui demander ce qu'elle en pensait. J'ai commencé à parler de la maladie autrement dans mes relations personnelles. Le rétablissement m'a un peu déstigmatisé » (RV1M60).

Nous retrouvons une représentation proche de la double aliénation de Jean Oury (169), une stigmatisation qui rend *malade une nouvelle fois*. Le professionnel décrit un changement de regard sur le malade, pour voir la personne. La maladie mentale devient plus familière, plus proche et l'on peut *en parler autrement* en société.

La stigmatisation (172) peut se définir comme le produit d'une structure de pouvoir social qui permet à un individu l'expression de la désapprobation, du rejet et de la discrimination d'un autre. Cette structure de pouvoir se retrouve dans n'importe quel service de soins, la désapprobation dans n'importe quel accompagnement professionnel.

Robert W Surber (Robert Surber 137), dans un récit de vie professionnel, décrit comment il a découvert malgré sa bonne volonté la stigmatisation qu'il continuait à perpétrer dans sa pratique. La déstigmatisation n'est pas selon lui un objectif à atteindre, mais à l'instar du rétablissement, un processus continue à entretenir. Il se présente maintenant comme un « professionnel en voie de rétablissement ». Un professionnel qui lutte au quotidien contre l'intériorisation du stigmate de la folie qui influence sa fonction de soignant et de coordinateur.

Son témoignage fait une fois de plus écho à la citation de Majastre qui nous met en garde contre la reproduction des pratiques asilaires :

« la ruse de l'asile, c'est de nous faire croire qu'il existe en un lieu appelé hôpital psychiatrique. L'asile est au-dehors, comme au-dedans ; avec des gens, à l'intérieur et au-dehors, aussi aveuglés par ce qu'ils sont, aussi empêtrés par ce qu'ils font » (184).

3.3.1.c La créativité collective

Une institution qui favorise l'inclusion sociale est une institution qui prend soin de balayer régulièrement de fond en comble les stigmates de la folie. Cette stigmatisation institutionnelle qui érige une frontière entre *eux et nous* (114). Ce ménage régulier permet aux professionnels d'y voir plus clair. D'être un peu moins *aveuglés* et *empêtrés* lorsqu'ils rencontrent une personne concernée par la maladie mentale.

Cet informateur nous livre le premier outil institutionnel permettant de balayer devant la porte des services :

« Aujourd'hui le rétablissement est en train de s'organiser à deux niveaux. Il y a un premier niveau, le plus important c'est des communautés de pratique orientée rétablissement. Pour se créer une culture commune, des liens, et ça il n'y a rien de plus puissant que ça un collectif de personnes qui partagent les mêmes convictions et les mêmes valeurs, qui vont faire émerger à partir du terrain des projets qui vont être orientés rétablissement ou bien s'ils ont déjà fait émerger, ils ont besoin de se consolider en réseau. Mais c'est hyper important parce que le niveau politique qui n'est pas suffisant. Actuellement, le niveau politique est plutôt centré sur la réhabilitation psychosociale et les centres de réhabilitation. » (RV5M29)

Ce que propose cet informateur, c'est de permettre l'organisation des soins à travers une réappropriation collective et locale des savoir-faire. Ces communautés de pratique, pour y avoir participé, sont des lieux où des professionnels d'horizons très divers (y compris des pairs-aidants et des usagers) peuvent échanger et construire ensemble un savoir à propos du modèle du rétablissement.

Nous revenons dans le cas où des professionnels et des usagers construisent un savoir commun leur permettant d'augmenter leur pouvoir d'agir dans l'organisation des soins. Cette approche participative, locale et centrée sur les valeurs est d'ailleurs considérée comme un préalable pour les services orientés rétablissement (66).

Nous revenons à la notion de créativité qu'un informateur évoqué dans la relation soignante. Il s'agit de favoriser la créativité dans la construction des services. C'est cette créativité qui lutte contre l'aliénation sociale qui pèse sur les professionnels.

Elle permet également de ne pas transformer les pratiques orientées rétablissement en une nouvelle idéologie qui écrase les professionnels (229).

Ces communautés de pratiques restent pour l'instant minoritaires. Le premier niveau d'organisation du rétablissement consiste à transformer les pratiques de services déjà existants de réhabilitation psychosociale et elles peuvent s'appuyer sur les outils construits par leurs prédécesseurs. La littérature anglo-saxonne est prolix de techniques d'entretien et outils de parcours pour favoriser le rétablissement (70–72). D'autres concernent l'organisation des services orientés rétablissement ont été mises au point par des équipes de chercheurs pairs (66,77).

3.3.1.d Moins de techniques

Au cours de mon enquête, j'ai découvert que le déterminant principal qui favorise l'appropriation par le professionnel du rétablissement expérientiel est la rencontre. La rencontre d'une personne porteuse du stigmate de la folie. Dans une situation où le professionnel peut éprouver un sentiment d'appartenance qui réduit la frontière entre eux et nous.

Cette constatation correspond aux attentes des personnes en voie de rétablissement, c'est-à-dire des professionnels engagés dans la relation humaine et non des techniciens (60).

Les outils orientés rétablissement ne pourront jamais modifier à eux seuls la représentation des professionnels. Ils ne sont pas garants de l'éthique et des valeurs de leurs créateurs, les outils techniques ne sont pas fonctionnels par essence (167). Ce n'est pas la présence d'outils dans l'organisation, mais la socialisation de ces outils par le professionnel qui favorise l'inclusion sociale d'une institution.

À l'hôpital, le mode relationnel est lié à la façon dont les tâches habituelles sont orientées et mises en œuvre, et non une utilisation de techniques hypersophistiquées ou nouvelles (230).

Nous avons détaillé dans la partie précédente les obstacles à la socialisation de ces outils du rétablissement dans une perspective inclusive. Je considère que la déstigmatisation des professionnels apparaît comme l'opérateur principal d'une institution inclusive basée sur les valeurs du rétablissement.

Helen Glover (129) fait le constat de cette dynamique du savoir avec le pouvoir, fait le bilan des difficultés de services à s'approprier le paradigme du modèle du rétablissement dans sa dimension expérientielle, d'inclusion sociale et *l'empowerment*.

Cette consultante et ex-usagère de la psychiatrie a créé de nouveaux outils pour aider les services à s'approprier le modèle du rétablissement dans ce sens. Le premier est un schéma rappelant l'éthique du rétablissement. Le deuxième outil est une check-list concernant les entretiens et la coordination de parcours. Mais cette approche technique de stigmatisation des professionnels ne me semble pas la plus pertinente.

Des outils, même centrés sur l'éthique ne permettent pas de balayer les stigmates devant la porte du service. Ils sont tout au plus le balai.

J'ai donc recherché dans les récits et mes observations ce que le mouvement du rétablissement propose pour réaliser un ménage régulier des services. Comment institutionnaliser la déstigmatisation des professionnels ? Comment favoriser le rétablissement des professionnels des représentations sociales de la folie ?

3.3.1.e Plus de rencontre

Un informateur m'a mis sur la voie en formulant mes questionnements dans le paradigme de la psychothérapie institutionnelle. Il a grandi à côté de l'hôpital de St Alban où ses parents travaillaient. Sa nourrice avait une schizophrénie, il a appris à jouer de la guitare avec un patient de l'hôpital, lorsqu'il jouait au foot avec ses amis c'était devant les pavillons de soins. Il résume admirablement le pouvoir déstigmatisant de la rencontre humaine. Elle permet aux

professionnels de reconnaître l'humanité chez le patient. Et de commencer par le considérer autrement qu'à travers son statut de malade.

« Je crois que pour d'abord attaquer la question du soin, le préalable c'est la rencontre. Et la rencontre elle ne peut pas se passer du côté du symptôme. Le symptôme c'est ce qui par essence nous désunit. Tu délires, moi je ne délire pas. Je ne comprends rien. Par contre ce qui peut nous unir c'est : il aime le foot, moi j'aime le foot. On peut en parler. Comme on pourrait le faire avec n'importe qui d'autre finalement. Nos amitiés se construisent aussi à partir de ça, il y a quelque chose qui vient nous unir et puis il y a quelque chose qui se tisse entre nous. Moi je reste intimement persuadé que pour soigner, il faut passer par ce préalable de la rencontre. Ça ne veut pas dire que l'on va devenir des amis. C'est une rencontre particulière, dans un milieu particulier où le professionnel a la fonction de soigner. Pour revenir à la question des institutions totales de Goffman, où les sujets sont infantilisés, là aussi c'est pareil, le préalable c'est la rencontre avec le sujet. Il n'y a pas de soins possibles sans la reconnaissance du sujet politique chez la personne malade. » (RV9M16)

La psychothérapie institutionnelle s'est employée à lutter contre la stigmatisation en construisant de nombreux outils théorico-cliniques institutionnels (41) permettant la rencontre des soignants avec les malades. Dans une volonté de détruire le mur entre eux et nous.

Le mouvement du rétablissement expérientiel fait la même chose, mais avec un opérateur institutionnel unique : embaucher des personnes ayant fait l'expérience de la maladie mentale.

3.3.2 Favoriser l'inclusion sociale et lutter contre la stigmatisation par l'embauche

3.3.2.a Le rôle de pair-aidant

« La seule solution c'est de recruter des travailleurs pairs. » (RV2M39)

La pair-aidance est la solution privilégiée du courant du rétablissement pour diffuser ses valeurs et institutionnaliser ses pratiques.

Elle peut être mobilisée dans les services au nom d'une efficacité dans le paradigme des pratiques basées sur des données probantes. Elle permettrait d'augmenter l'efficacité dans l'éducation thérapeutique (Cook et coll. 2012), et la diminution des hospitalisations des populations précaires (Sells et al. 2008).

Mais cette pratique est envisagée ici dans l'institutionnalisation de la déstigmatisation des professionnels de santé. C'est-à-dire les conséquences de l'embauche d'un pair-aidant pour la vie d'une équipe soignante (231–234).

« Un moment important c'est quand les deux pairs-aidants sont arrivés dans l'équipe du centre médico-psychologique. J'ai vu le changement que cela opérerait dans l'équipe en termes de posture, de dynamique. Parce que cela questionnait tout le monde, de savoir comment travailler avec des pairs-aidants. Qu'est-ce que l'on peut dire, qu'est-ce que l'on ne peut pas dire ?

Du coup, les gens ont commencé par critiquer eux-mêmes leurs propres pratiques. Plus écouter les gens par rapport à leur traitement, savoir ce qu'ils en pensent. Rien que le fait qu'il y ait les pairs-aidant dans l'équipe, sans qu'ils n'aient rien dit, juste leur présence, ça change déjà les pratiques de l'équipe : qui se positionne positionne l'autre.

Et puis dans un second temps, on a tous pu commencer à parler de ce que l'on vivait mal dans la pratique. Surtout les moments où on se sentait dans l'abus de pouvoir. Par exemple on disait : "prends tes médicaments, où tu iras à l'hôpital". Ces choses que l'on disait par habitude sans trop y penser. Sans penser qu'on pouvait dire autrement, faire autrement. » (RV1M60)

Ce nouveau rôle vient bouleverser l'équilibre de l'équipe, provoquant une dynamique de rééquilibrage des différents rôles. Le pair-aidant *qui se positionne, positionne les autres*. Chaque membre de l'équipe entame un processus de déstigmatisation, la frontière entre « eux » et « nous » s'est amincie par la présence d'un collègue qui était de l'autre côté de cette frontière.

Ce travail institutionnel de repositionnement des rôles de chacun aboutit à une redéfinition des fonctions professionnelles à travers la création d'une culture collective et locale du rétablissement. Une culture qui se construit dans l'échange des difficultés que pose l'accompagnement des personnes avec une maladie mentale. Et à travers cette mise en commun, les professionnels peuvent envisager de *faire et dire autrement*.

3.3.2.b La fonction de plaidoyer institutionnel

Par ailleurs les pairs-aidants peuvent avoir un rôle plus direct dans le processus de déstigmatisation des professionnels. C'est ce que j'appelle le plaidoyer institutionnel. Ce qui correspond à amplifier la volonté des usagers au sein des équipes soignantes.

« Je sors d'une réunion dans laquelle il y a une médiatrice de santé paire. L'équipe est assez mal parce que l'on vient d'hospitaliser une personne contre son gré en soins à la demande d'un tiers en urgence. Parce que cette personne était en rupture de soins et que l'on avait une

injonction du CMP de l'hospitaliser s'il y a une rupture de soins. Voilà en effet différents moyens, mais la personne nous a dit : « voilà j'ai 39 ans, je prends des médicaments toute ma vie, j'arrête mon traitement. Arrêtez de me faire chier ». Le secteur avait refusé de faire un programme de soins obligatoire et légal parce qu'il ne voulait pas lui courir après. Mais il nous avait mandatés dans le même temps pour faire le suivi. On était dans un double lien complet par rapport à nos valeurs concernant la liberté de choix de la personne. Si cela ne tenait qu'à nous, on aurait accepté. Et puis on aurait continué de l'accompagner même si elle refusait de traitement. Là ce n'était pas possible. La médiatrice pendant la réunion elle nous dit : « mais d'où on est obligé d'adhérer et de se mettre à réaliser un accompagnement qui ne correspond pas à nos valeurs. Moi c'est quelque chose que je n'arrive pas à accepter, je me mets à la place de la personne et on est en train de la contraindre à quelque chose. Mais qu'est-ce qui nous dit qu'il pourrait ne pas aller mieux sans traitement ? Est-ce qui ne serait pas capable aujourd'hui d'y arriver ? Et puis elle a posé une autre question, est-ce que vous avez vu déjà ce monsieur délirant, vraiment pas bien ? Les infirmiers qui le connaissaient depuis longtemps ne l'ont jamais vu opposant, intolérant à la frustration. Même lorsqu'il est resté très longtemps en rupture. Mais parce qu'il est schizophrène on dit : pas traitement égal hospitalisation. Et ça dure depuis 15 ans pour lui. Et du coup elle nous remettait, cette médiatrice, dans la position de se poser la question sur notre pouvoir d'agir personnel et en tant qu'équipe. Est-ce que vous êtes capables de vous positionner face à des collègues avec qui vous travaillez en leur disant non, nous on ne va pas obéir à votre injonction d'hospitaliser cette personne, même si vous pensez que pour vous il faut qu'il prenne un traitement à vie. On ne l'a pas fait, ça s'est passé ce matin. Mais on l'a mis dans la balance, pour pouvoir assumer un peu plus ces valeurs de rétablissement par la suite. De pouvoir mieux respecter la liberté de choisir de la personne qu'on accompagne. Mais ça ne veut pas dire non plus qu'on s'occupe plus de lui, dans ce cas ce serait de continuer l'accompagner et de réfléchir avec lui sur qu'est-ce qui peut mettre en

place pour éviter de retourner à l'hôpital et comment il peut nous interpeller de l'aide. »

(RV5M32)

Dans ce récit l'informateur explique les difficultés que peuvent avoir à mettre en acte les valeurs du rétablissement. C'est la médiatrice de santé paire qui met en lumière l'aliénation sociale de l'équipe qui se retrouve dans ce *double lien* entre le respect de la volonté d'un usager et la soumission au service hospitalier référent. La médiatrice en se *mettant à sa place* incite les professionnels à se confronter à leurs valeurs. Si effectivement le service est orienté rétablissement pourquoi accepter d'hospitaliser sous contrainte une personne si on ne le juge pas nécessaire ?

Pour répondre à cette question, les professionnels effectuent un va-et-vient entre, d'une part, la logique de ses savoirs et de ses savoir-faire et d'autre part, la logique existentielle du malade (215). Il s'agit de trouver sans cesse un nouvel équilibre dans la *balance* de la relation soignante.

La médiatrice rappelle le point de vue de l'usager à l'équipe lors de ce moment de crise. Bien que ce rappel ne résolve pas le conflit éthique que provoque l'achoppement de la responsabilité des soignants avec la liberté d'une personne en situation de vulnérabilité.

Le plaidoyer institutionnel du pair-aidant favorise ce va-et-vient nécessaire entre la connaissance médicale concernant la dangerosité de l'arrêt du traitement, et le savoir expérientiel qui se réfère à la liberté d'essayer d'y *arriver aujourd'hui*.

« Par le contact direct avec l'injustice sociale, associé à une expérience propre, les travailleurs pairs développent un sentiment mêlé de responsabilité éthique et d'implication personnelle qui

les amènent à demander des traitements exceptionnels, puis à faire de ces exceptions la règle et ainsi modifier les règles des institutions. »(235)

C'est donc dans le questionnement éthique permanent de la relation soignante que la fonction de plaidoyer du pair-aidant participe à l'institutionnalisation des valeurs du rétablissement au sein d'une équipe.

3.3.2.c Des usagers au pouvoir

Balayer les stigmatisations des professionnels ne se limite pas à la professionnalisation de la pair-aidance. Il s'agit de manière plus globale de reconnaître le savoir expérientiel. Cela implique de donner la possibilité aux personnes avec une maladie psychique grave d'assumer de nombreux rôles constructifs et de prendre des initiatives au sein du système de santé mentale en matière d'effectif, de bilan, de suivi, d'évaluation, d'administration, et d'apporter leur contribution de toute autre manière au système (137).

« *On fait des groupes psychoéducation avec un pair-aidant, cela marche vraiment très bien* »
(RV6M17)

Cela semble paradoxal qu'une personne recrutée pour son savoir expérientiel se retrouve à promouvoir le savoir médical des programmes de psychoéducation.

Les associations d'usagers restent critiques à l'égard de la professionnalisation de la pair — aidance à la française. L'Humapsy (236) rappelle que les profils de pair-aidants formés et recherchés par les services de soins sont des personnes ayant accepté son traitement et sa maladie, étant objectivement rétablis grâce à la médecine. Il est attendu *qu'elle favorise l'adhésion au soin des autres patients*. Ce qui peut être une forme de détournement du savoir expérientiel au bénéfice du savoir médical déterministe.

Au-delà de la pair-aidance, c'est la place du savoir expérientiel dans l'institution à laquelle il faut s'intéresser. Nous avons décrit dans la première partie de ce chapitre que le repositionnement du professionnel à travers le modèle du rétablissement implique la prise en

considération du savoir expérientiel. La rencontre humaine, dépourvue des rituels de la relation médecin-malade, accélère ce repositionnement chez le professionnel. Les transformations institutionnelles que proposent les modèles du rétablissement consistent à considérer le savoir expérientiel par l'embauche de personnes ayant une maladie mentale.

L'organisation des soins orientés rétablissement revient à trouver un nouvel équilibre dans la répartition des pouvoirs-savoirs médicaux et expérientiels. Institutionnaliser les soins orientés rétablissement revient à déstigmatiser les professionnels afin d'aborder différemment le conflit éthique permanent du soin (213) : entre la responsabilité institutionnelle vis-à-vis de la vulnérabilité des personnes ; et l'autonomie des personnes par le respect de leurs libertés fondamentales.

« Ce qui manque énormément c'est un pouvoir de représentation des usagers au niveau institutionnel. Par les proches ou les familles, par les usagers eux-mêmes. Quelqu'un qui tient la route, qui peut soutenir la dynamique du rétablissement au niveau institutionnel » (RV5M40)

La prise d'un pouvoir décisionnel dans l'organisation des soins en santé mentale est au cœur du mouvement du rétablissement tel qu'il a été construit dans le monde anglo-saxon. Le mouvement du rétablissement s'est construit au sein de services gérés ou cogérés par des personnes ayant une maladie mentale.

Il s'agit de la principale limite à la transposition du modèle du rétablissement en France. Celui-ci n'est pas porté par des associations d'usagers, mais par des médecins. La pair-aidance pourra peut-être dépasser le stade d'expérimentation, mais elle reste à ce jour soumise au savoir médical dans sa formation, son recrutement et son évaluation.

Enfin, le système de santé français est loin du pragmatisme américain qui conduit à l'embauche de personnes ayant des troubles psychiques sévères pour assumer des responsabilités dans l'organisation des soins.

3.4 Conclusion

3.4.1 L'espoir d'une alternative inclusive

Le modèle du rétablissement est porteur d'espoir pour les professionnels et les personnes concernées par la maladie. Ses valeurs recentrent la relation soignante autour de la personne et son avenir dans le monde social qui ne se résume pas au pronostic de sa maladie. Cette caractéristique humaniste prônant le respect des besoins fondamentaux attise l'intérêt de professionnels de santé évoluant dans un système toujours plus technique. Le rétablissement prône une cohésion sociale par la démocratie participative. Il inscrit la pratique du soin dans la perspective politique d'un projet de transformation sociale.

En cela il participe à la prise de conscience des professionnels de leur agentivité (121) dans le système de santé. Après avoir réalisé que certaines de leurs pratiques étaient aliénantes, les professionnels se repositionnent dans la relation soignante et tentent de changer leur institution afin de changer ces normes qu'ils considèrent comme aliénantes.

Le rétablissement accompagne la prise de conscience de l'aliénation sociale, de la stigmatisation et de l'injustice sociale que révèle la pratique de la psychiatrie. Cette prise de

conscience n'est pas facilitée par les outils techniques orientés rétablissement, mais par la rencontre humaine.

Mais le modèle du rétablissement est fragile, il est vulnérable aux distorsions déterministes de la médecine fondée sur les données probantes. Il est vulnérable aux stigmatisations intériorisées des soignants qui malgré l'utilisation des bons outils, reproduisent les pratiques asilaires. Il est vulnérable au calcul comptable d'une administration dévouée à la réduction budgétaire.

3.4.2 L'impasse des outils orientés rétablissement

Les soins orientés rétablissement envisagent la pratique des professionnels comme une attitude coopérante du point de vue de la rationalité des actions. Le mouvement du rétablissement n'a pas d'outil conceptuel pour intervenir sur la valeur des professionnels réalisant des actions supposées rationnelles. L'éthique propre au rétablissement se retrouve dans des énoncés de valeurs que chacun doit intérioriser individuellement dans un accord tacite.

Cette conception des soins orientés rétablissement est problématique lorsque l'on considère la stigmatisation comme le premier obstacle au rétablissement des personnes concernées par la maladie mentale.

Une approche organisationnelle du modèle du rétablissement ne permet pas d'aborder la question de la représentation de la folie, de son soin et de sa place dans la société.

Un outil technique ne sera jamais garant d'une pratique orientée rétablissement, même s'il a été élaboré par une équipe qui favorise le rétablissement des personnes qu'elle accompagne.

C'est la manière dont cet outil est utilisé par l'institution ou le professionnel qui va favoriser ou non le rétablissement des personnes accompagnées.

La distinction des outils « orienté rétablissement » et leur socialisation dans les services de soins, permet de mettre en lumière l'unique opérateur institutionnel que propose le modèle du rétablissement : professionnaliser des personnes ayant vécu l'expérience d'une maladie psychique sévère. En effet la présence en nombre important de personnes ayant vécu la maladie mentale à tous les échelons de l'organisation est un opérateur puissant pour réorienter la normalisation des valeurs produites par l'institution soignante. Les institutions soignantes qui reconnaissent le savoir expérientiel des professionnels produisent un ensemble de normes qui incitent les professionnels à considérer le savoir expérientiel des personnes qu'ils accompagnent.

Mais cette stratégie est inopérante lorsque les soins orientés rétablissement sont portés par des institutions où aucun représentant d'usagers n'a de pouvoir décisionnel. D'autant plus si la confusion règne dans le système de santé entre le terme de réhabilitation psychosociale et celui de rétablissement expérientiel.

Ainsi les moyens développés par le monde anglo-saxon pour diffuser les valeurs du modèle du rétablissement dans les institutions soignantes ne sont pas transposables en l'état. Les médiateurs de santé pairs sont en France au stade d'une expérimentation prometteuse, mais elle reste insuffisante pour exercer un quelconque effet sur la production de valeur institutionnelle favorisant le rétablissement. L'évaluation qualitative de l'une des rares expérimentations de soins orientés rétablissement français va dans le même sens (237).

3.4.3 L'absence d'un mouvement sociopolitique

Le modèle du rétablissement dans son articulation avec *l'empowerment* fixe un nouvel horizon politique à la psychiatrie. Mais les professionnels qui le prônent sont dans une position ambivalente. Ils peuvent soutenir et accompagner les individus à faire valoir leurs droits dans le dédale du système de soins français. Pour cela, ils évitent d'être eux-mêmes un obstacle au rétablissement des personnes concernées par la maladie mentale. Mais ils ne peuvent se substituer aux associations d'usagers pour mener le combat politique du sens premier de *l'empowerment*.

« *On devrait peut-être laisser faire les associations* » disait un professionnel de santé communautaire alors que je l'accompagnais faire des photocopies d'une brochure concernant un nouveau dispositif orienté rétablissement.

Le projet de transformation sociale porté par le rétablissement n'est pas envisageable sans le combat politique des personnes concernées par la maladie mentale. Il semble nécessaire de « démedicaliser » le rétablissement français pour que les associations d'usagers puissent se l'approprier.

Le rôle des institutions soignantes n'est peut-être pas de mener ce combat politique à la place des personnes concernées. Mais il est possible de modifier le processus d'institutionnalisation des soins afin qu'il respecte en pratique les valeurs du rétablissement, c'est-à-dire réussir à *considérer la personne* (25).

3.4.4 Une approche partielle de l'éthique du soin

Le modèle du rétablissement alimente le conflit éthique au cœur de la pratique médicale, sans pour autant le résoudre. Il déplace le questionnement vers une augmentation de l'autonomie des personnes en droit, mais les situations de vulnérabilité demeurent (213).

CONCLUSION

Malgré le constat que les pratiques orientées rétablissement ne peuvent pas être transposées à l'identique dans le monde social français, l'espoir persiste que le système de soins français puisse favoriser l'inclusion sociale des personnes concernées par la maladie mentale. Mais le modèle du rétablissement ne peut y parvenir à lui-même.

Au lieu de chercher l'hégémonie d'un modèle ou la construction d'un méta-modèle intégratif, l'enjeu actuel est peut-être la stabilisation d'un nouveau paradigme au sens de Kuhn.

A partir de la notion d'inclusion sociale, on peut tisser *le réseau des relations de similitudes et de différences* entre la santé mentale communautaire, le mouvement du rétablissement, la réhabilitation psychosociale et la psychothérapie institutionnelle.

Ce réseau de relations permet de distinguer les murs de l'établissement et les pratiques paternalistes de l'institution. De distinguer les maladies des personnes. De distinguer l'expérience du fonctionnement. De distinguer le savoir expérientiel du savoir médical.

Ce réseau de relations tente d'articuler l'individu au lien social, la stigmatisation avec l'aliénation sociale, l'autonomie avec la vulnérabilité, la liberté des personnes avec la responsabilité des institutions.

Une explication hégémonique et univoque ne peut résoudre les conflits éthiques rencontrés dans la pratique et notamment dans les services de soin.

La mise en tension qui sous-tend le réseau de relations évoqué, est le cœur du métier de soignant, de psychiatre. Mais aucun modèle ne dispense de se positionner dans la relation, de faire un choix à propos de l'existence d'une autre personne. Aucun modèle et aucun outil ne peuvent se substituer à la responsabilité du médecin qui soigne et ne peuvent prendre soin d'une personne en situation de vulnérabilité.

Le modèle du rétablissement alimente la problématique éthique au cœur de la pratique médicale, sans pour autant le résoudre. Il déplace le questionnement vers une augmentation de l'autonomie des personnes en droit, mais les situations de vulnérabilité demeurent.

Le Professeur Fulford, psychiatre et philosophe, propose de dépasser le savoir construit par la médecine basée sur les données probantes, à l'aide d'un ensemble d'outils théorico-pratique pour aborder les conflits de valeurs au sein des équipes et entre les équipes et les personnes accompagnées. Cette approche pourrait, pour certains professionnels, compléter le modèle du rétablissement.

La réactualisation des opérateurs théorico-clinique de la psychothérapie institutionnelle peut également être une source d'inspiration. Leur utilisation semble à même d'incarner les valeurs du rétablissement dans l'institution soignante, à condition d'envisager cette pratique comme un instrument dont les professionnels de santé et les personnes en voie de rétablissement ont l'usage pour la résolution des conflits éthiques que pose le soin des maladies mentales.

Mr le Doyen

Pr P Clavelou

Mr le Président du Jury

Pr P-M Llorca

BIBLIOGRAPHIE

1. Abel Guillen. Essais d'épistémologie pour une psychiatrie de demain [Internet]. érès. 2017 [cité 2 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.leslibraires.fr/livre/10695504-essais-d-epistemologie-pour-la-psychiatrie-de-d--guillen-abel-eres>
2. Amiens : l'hôpital psychiatrique en dépression [Internet]. France Culture. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/choix-de-la-redaction/amiens-lhopital-psychiatrique-en-depression>
3. Objectif national de dépenses d'assurance maladie (institut Montaigne) [Internet]. financespubliques.fr. [cité 5 févr. 2020]. Disponible sur : http://www.financespubliques.fr/glossaire/terme/Eco_ONDAM/
4. France 3. Echange musclé entre Emmanuel Macron et une infirmière du CHU de Rouen [Internet]. France 3 Normandie. CHU ROUEN ; 2018 [cité 13 juin 2020]. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/seine-maritime/rouen/echange-muscle-entre-emmanuel-macron-salariee-du-chu-rouen-1453337.html>
5. Bélart C, Dembinski O. 6 — Les nouveaux outils de gestion en psychiatrie [Internet]. La politique de santé mentale en France. Armand Colin ; 2012 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/la-politique-de-sante-mentale-en-france--9782200275945-page-87.htm>
6. Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. Inspection général des affaires sociales ; 2017 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur : https://ceapsy-idf.org/sites/default/files/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf
7. Leboyer M, Llorca P-M. Psychiatrie : l'état d'urgence. Paris : Fayard ; 2018. 432 p.
8. France inter. Vers une ubérisation de la psychiatrie, le coût humain du management [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/emissions/le-focus-de-la-semaine/le-focus-de-la-semaine-27-avril-2019>
9. Martin J-P. Emancipation de la psychiatrie : Des garde-fous à l'institution démocratique. Editions Syllepse ; 2019. 192 p.
10. Foucault M. Naissance de la clinique. Presses Universitaires de France ; 1994. 240 p.
11. Briki M. Psychiatrie et homosexualité : lectures médicales et juridiques de l'homosexualité dans les sociétés occidentales de 1850 à nos jours. Presses Univ. Franche-Comté ; 2009. 236 p.
12. Demailly L. La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique. In: La psychologisation de l'intervention sociale [Internet]. Harmattan. 2006 [cité 13 sept 2020]. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/237616170_La_psychologisation_des_rapports_sociaux_comme_thematique_sociologique
13. Soins sans consentement et droits fondamentaux. Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ; 2020 mars.
14. Justice Tableaux de l'économie française [Internet]. Insee. 2018 [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303474?sommaire=3353488>

15. Favrod J. Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels. 2015.
16. Laval C. Apprendre le rétablissement. : 40.
17. Greacen T, Jouet E. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie [Internet]. éres ; 2012 [cité 20 févr. 2019]. (Actualité de la psychiatrie). Disponible sur : <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089.htm>
18. Alcoholics Anonymous World Services B, Anonymous A. Alcoholics Anonymous: The Story of how Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism. Alcoholics Anonymous World Services; 1939. 616 p.
19. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11-9.
20. Joseph L. On peut dire que je suis rétabli non ? *Santé Mentale*. 2012 ; 66 :p17-22.
21. Sells DJ, Stayner DA, Davidson L. Recovering the Self in Schizophrenia: An Integrative Review of Qualitative Studies. *Psychiatr Q*. 1 mars 2004;75(1):87-97.
22. Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. NYU Press; 2003. 240 p.
23. Andresen R, Oades L, Caputi P. The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. oct 2003;37(5):586-94.
24. Provencher H. L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *smq*. 2002;27(1):35-64.
25. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *APA psyc* [Internet]. 1993 [cité 1 oct 2020]; Disponible sur : [/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0095655](https://doi.org/10.1037%2Fh0095655)
26. Deegan PE. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*. 1997;25(3):11-24.
27. Kœnig M. *Le rétablissement dans la schizophrénie : Un parcours de reconnaissance*. Presses Universitaires de France — PUF ; 2016. 217 p.
28. Deegan PE. Recovering Our Sense of Value After Being Labeled: Mentally Ill. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1 avr 1993 ; 31 (4):7-9.
29. Besançon M-N, Jolivet B. *Arrêtons de marcher sur la tête ! : Pour une psychiatrie citoyenne*. Editions de l'Atelier ; 2009. 212 p.
30. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*. 2012;88 (4):257-66.
31. Pachoud B. Se rétablir de la maladie mentale. *Santé Mentale*. 2012;(166):24-30.
32. Carpenter WT, Strauss JS. The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *J Nerv Ment Dis*. sept 1991;179 (9):517-25.
33. DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *Br J Psychiatry*. sept 1995;167 (3):331-8.

34. Marneros A, Deister A, Rohde A. Comparison of Long-Term Outcome of Schizophrenic, Affective and Schizoaffective Disorders. *The British Journal of Psychiatry*. oct 1992;161(S18):44-51.
35. Ogawa K, Miya M, Watarai A, Nakazawa M, Yuasa S, Utena H. A Long-term Follow-up Study of Schizophrenia in Japan -with Special Reference to the Course of Social Adjustment. *The British Journal of Psychiatry*. déc 1987;151(6):758-65.
36. Tsuang MT, Dempsey GM. Long-term Outcome of Major Psychoses: II. Schizoaffective Disorder Compared With Schizophrenia, Affective Disorders, and a Surgical Control Group. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 1979;36(12):1302-4.
37. Harding CM, Zahniser JH. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994;90(s384):140-6.
38. Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. *American Sociological Review*. août 1940;5(4):681.
39. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*. 1 janv 2007;16(4):459-70.
40. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 1 janv 2002;14(4):256-72.
41. Haliday H. Qui prend soins du réseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français. 2018;651.
42. Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*. 1 sept 2007;65(5):868-79.
43. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*. 1 oct 2008;28(7):1108-24.
44. Levine SZ, Lurie I, Kohn R, Levav I. Trajectories of the course of schizophrenia: From progressive deterioration to amelioration over three decades. *Schizophrenia Research*. 1 mars 2011;126(1):184-91.
45. Llorca P-M, Lançon C, Lancrenon S, Bayle F-J, Caci H, Rouillon F, et al. The "Functional Remission of General Schizophrenia" (FROGS) scale: Development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*. sept 2009;113(2-3):218-25.
46. Leguay D. La vie quotidienne du patient schizophrène en « rémission ». *L'Encéphale*. déc 2005;31(6):24-8.
47. Koenig-Flahaut M, Castillo M-C, Blanchet A. Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*. 2011;Numéro 514(4):339-46.
48. Favrod J, Rexhaj S, Bonsack C. Le processus du rétablissement. *Santé mentale : le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*. 2012;(166):32-7.
49. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Ment Health J*. avr 2005;41(2):141-58.

50. Farkas M. L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie sociale*. 2018;23-24(3):53.
51. Hunt MG, Resnick SG. Two Birds, One Stone: Unintended Consequences and a Potential Solution for Problems With Recovery in Mental Health. *Psychiatr Serv*. nov 2015;66(11):1235-7.
52. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. PUF ; 2013. 290 p.
53. Demazeux S. *Qu'est-ce que le DSM ? : Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Ithaque ; 2013. 251 p.
54. Falissard B. *Cerveau et psychanalyse : tentative de réconciliation*. L'Harmattan ; 2008. 114 p.
55. Castillo M-C, Koenig M. Au-delà des déterminismes : le rétablissement. *Perspectives Psy*. juill 2017;56(3):217-23.
56. White M, Wijaya M, White MK, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton; 1990. 258 p.
57. Noiseux S, Ricard N. Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;8(45):1148-62.
58. Deegan PE. Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*. 14 sept 2001;17(3-4):5-21.
59. Giard L. *Michel Foucault: lire l'œuvre*. Editions Jérôme Millon ; 1992. 238 p.
60. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*. janv 2004;13(5):493-505.
61. Cardinal PL, Roelandt J-L, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*. 17 juin 2013;Volume 89(5):365-70.
62. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1 janv 2006;40(11-12):972-80.
63. Lysaker PH, Buck KD. Moving Toward Recovery Within Clients' Personal Narratives: Directions for a Recovery-Focused Therapy. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1 janv 2006;44(1):28-35.
64. Paugam S. *Le lien social : « Que sais-je ? » n° 3780*. Que sais-je ; 2018. 106 p.
65. Pachoud B, Roy-Hatala CL, Moutis C des, Cavroy J-P. Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'information psychiatrique*. 11 oct 2019;Volume 95(7):520-8.
66. Farkas M, Ashcraft L, Anthony WA. The 3Cs for recovery services: before beginning a transformation, make sure your agency has the culture, commitment, and capacity for recovery. *Behavioral Healthcare*. 1 févr 2008;28(2):24-7.
67. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *PS*. 1 déc 2011;62(12):1470-6.

68. Slade M. 100 ways to support recovery. 2009;32.
69. Anthony W. La réhabilitation psychiatrique. Socrate éditions Promarex ; 2004. 442 p.
70. McGuire AB, Kukla M, Green A, Gilbride D, Mueser KT, Salyers MP. Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. PS. 1 févr 2014;65(2):171-9.
71. Copeland M. Wellness Recovery Action Plan. Occupational Therapy in Mental Health. 12 oct 2008;17:127-50.
72. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. Schizophr Bull. 1 juill 2009;35(4):696-703.
73. Slade M, Oades L, Jarden A. Wellbeing, Recovery and Mental Health. Cambridge University Press; 2017. 357 p.
74. Franck N. LES DIMENSIONS DU RÉTABLISSEMENT. 2018;6.
75. Stein LI, Test MA. Alternative to Mental Hospital Treatment: I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. Arch Gen Psychiatry. 1 avr 1980;37(4):392-7.
76. Salyers MP, Tsemberis S. ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. Community Ment Health J. 1 déc 2007;43(6):619-41.
77. Onken SJ, Investigators C-P, Ridgway P. Mental Health Recovery. What Helps and What Hinders? 2002;104.
78. Roucou S. Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. L'information psychiatrique. 2008;Volume 84(10):913-21.
79. Pinel P (1745-1826) A du texte. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale , par Ph. Pinel, [...] Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée. [Internet]. 1809 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>
80. Davidson N. Housing First' for the Chronically Homless: Challenges of a New Service Model. J Affordable Hous & Cmty Dev L. 1 janv 2005;15:125.
81. Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S. Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. Research on Social Work Practice. 1 janv 2006;16(1):74-83.
82. Bernad R. Défis et stratégies pour l'appropriation du modèle Housing First dans la première expérience systématique d'implémentation en Espagne. Vie sociale. 2018;23-24(3):151.
83. Girard V. La mise en place d'une expérimentation psychiatrique et sociale : Enjeux et difficultés. 2014.
84. Laval C. Conclusion générale : questions politiques pour l'après-expérimental. Vie sociale. 2018;23-24(3):233.
85. Johnson-Kwochka A, Bond GR, Becker DR, Drake RE, Greene MA. Prevalence and Quality of Individual Placement and Support (IPS) Supported Employment in the United States. Adm Policy Ment Health. 1 mai 2017;44(3):311-9.

86. Jouet E, Greacen T. Retours en Emilia : de la recherche-action à la création de communautés vivantes et apprenantes. *Vie sociale*. 2017;n° 20(4):163-78.
87. Lamb HR, Weinberger LE. The Shift of Psychiatric Inpatient Care From Hospitals to Jails and Prisons. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2005;33(4):6.
88. Kiesler CA, McGuire T, Mechanic D, Mosher LR, Nelson SH, Newman FL, et al. Federal mental health policymaking: An assessment of deinstitutionalization. *American Psychologist*. 1983;38(12):1292-7.
89. Bachrach LL. Deinstitutionalization: What Do the Numbers Mean? *PS*. 1 févr 1986;37(2):118-21.
90. Donaldson SR, Gelenberg AJ, Baldessarini RJ. The Pharmacologic Treatment of Schizophrenia: A Progress Report. *Schizophrenia Bulletin*. 1983;9(4):504-27.
91. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*. sept 1988;45(9):789-96.
92. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry*. mars 2006;67(3):453-60.
93. Stroup TS, Lieberman JA, McEvoy JP, Swartz MS, Davis SM, Rosenheck RA, et al. Effectiveness of Olanzapine, Quetiapine, Risperidone, and Ziprasidone in Patients With Chronic Schizophrenia Following Discontinuation of a Previous Atypical Antipsychotic. *AJP*. 1 avr 2006;163(4):611-22.
94. Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, Davis SM, Capuano G, Rosenheck RA, et al. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study. *Am J Psychiatry*. mars 2007;164(3):428-36.
95. Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston University. 1990.
96. Braun P, Kochansky G, Shapiro R, Greenberg S, Gudeman JE, Johnson S, et al. Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *The American Journal of Psychiatry*. 1981;138(6):736-49.
97. Bachrach LL. The context of care for the chronic mental patient with substance abuse problems. *Psychiatric Quarterly*. 1986;58(1):3-14.
98. Ziskoven M, Cometa M, Morison J. Halfway to where? A critique of research on psychiatric halfway houses. *J Community Psychol*. 1 janv 1979;7(1):23-7.
99. Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science*. 19 janv 1973;179(4070):250-8.
100. Goffman E. *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Ed. de minuit ; 1961. 451 p.
101. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard ; 1978. 600 p.
102. National Empowerment Center. National Empowerment Center [Internet]. National Empowerment Center. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur : <https://power2u.org/what/>
103. Bacqué M-H, Biewener C. *Pourquoi l'empowerment ? Poche/Sciences humaines et sociales*. 2015;5-22.

104. Chamberlin J. The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*. 1990;11(3/4):323-36.
105. Chamberlin J. *On Our Own: Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System*. Hawthorn Books; 1978. 262 p.
106. Battin C. Le modèle Clubhouse en psychiatrie : évaluation clinique de la première expérimentation française [Internet] [These de doctorat]. Paris 10 ; 2017 [cité 3 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.theses.fr/2017PA100068>
107. Franck N. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Health Sciences; 2018. 909 p.
108. Fellowship House. Fellowship House [Internet]. Fellowship House. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.fellowshiphouse.org/about/>
109. Fountain House. Fountain House | Inspiring Communities for Mental Health [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.fountainhouse.org/>
110. Thresholds. Thresholds [Internet]. Thresholds. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.thresholds.org/about/>
111. Anthony WA, Liberman RP. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophr Bull*. 1 janv 1986;12(4):542-59.
112. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 1977;86(2):103-26.
113. Cnaan RA, Blankertz L, Messinger KW, Gardner JR. Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journa*. 1988;(11):61-77.
114. Davidson L. Personal Accounts: Us and Them. *PS*. déc 2001;52(12):1579-80.
115. Achieving the promise: Transforming Mental Health Care in America [Internet]. The President's New Freedom Commission on Mental Health; 2003 [cité 4 oct 2020]. Disponible sur : <https://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/downloads/ReportCover.pdf>
116. Mills MJ, Cummins BD. Deinstitutionalization reconsidered. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1 janv 1982;5(3-4):271-84.
117. Pilgrim D, Rogers A. The Troubled Relationship between Psychiatry and Sociology: *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 27 juill 2016 [cité 7 nov 2020]; Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764005056987>
118. Taylor Salisbury T, Killaspy H, King M. An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*. 29 févr 2016;16(1):54.
119. Constitution OMS 1946 [Internet]. OMS. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
120. Schnapper D, Bachelier C. *Qu'est-ce que la citoyenneté ?* Gallimard; 2000. 320 p.
121. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84(2):191-215.

122. McCubbin M, Dallaire B, Lagrange V, Wallot H, Bergeron-Leclerc C, Cormier C, et al. Reconstruction et rééquilibrage du lien social : Une étude exploratoire sur les rôles de l'inclusion sociale, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de l'espoir dans le rétablissement. = Rebuilding and rebalancing of the social link: An exploratory study on the roles of social inclusion, empowerment, and hope in rehabilitation. *Canadian Journal of Community Mental Health*. Spr 2010;29(1):1-18.
123. Organisation mondiale de la Santé, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève ; 2001. 304 p.
124. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
125. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. Remission and Recovery in Schizophrenia: Practitioner and Patient Perspectives. *Schizophr Bull*. 1 janv 2008;34(1):5-8.
126. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell MJ, Lawless MS. *A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2008. 272 p.
127. Ehrenberg A. *La société du malaise*. Odile Jacob. Paris; 2010.
128. Deegan PE. The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities: *Scandinavian Journal of Public Health* [Internet]. 25 nov 2016 [cité 7 oct 2020]; Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1080/14034950510033345>
129. Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*. 2013;89(5):359.
130. Ninacs WA. Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec. Université Laval ; 2002.
131. Stiegler B. « Il faut s'adapter ». Sur un nouvel impératif politique. Editions Gallimard ; 2019. 317 p.
132. Dardot P, Laval C. *La nouvelle raison du monde : Essai sur la société néolibérale*. Editions La Découverte ; 2009. 514 p.
133. Laval C. Foucault, Bourdieu et la question néolibérale. La Découverte ; 2018. 367 p.
134. Brown W. Les Habits neufs de la politique mondiale [Internet]. les prairies ordinaires. 2007 [cité 8 oct 2020]. Disponible sur : <http://www.editionsamsterdam.fr/les-habits-neufs-de-la-politique-mondiale/>
135. Gagné J. Rétablissement et appropriation du pouvoir: quelques enjeux brouillent le consensus. In *Bruxelle*; 2014 [cité 23 oct 2020]. Disponible sur : <https://r-libre.telug.ca/342/1/R%C3%A9tablissement%20et%20appropriation%20du%20pouvoir%20R-Libre.pdf>
136. Demailly L. Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France. *SociologieS* [Internet]. 18 juin 2014 [cité 8 sept 2020]; Disponible sur : <http://journals.openedition.org/sociologies/4653>
137. Greacen T. User empowerment: implications for training the mental health workforce. 2010 p. 6.
138. Caria A, Deliot C, Loubieres C. Bien-traitance et psychiatrie : comment changer l'ordre du discours ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 oct 2013;61:S229.

139. Bellahsen M. La santé mentale : Vers un bonheur sous contrôle. La Fabrique Editions ; 2014. 186 p.
140. Chabod B. la psychothérapie institutionnelle à l'heure de la réhabilitation. 2016.
141. Chevallier-Fougas S. Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte : La psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psycho-sociale. UNIVERSITÉ D'ANGERS ; 2009.
142. Bouleau J-H. Les structures de réhabilitation : du secteur au réseau. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. avr 2011 [cité 19 mars 2019] ; Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448711000266>
143. EY H. Etudes Psychiatriques Henri EY [Internet]. 1954 [cité 12 sept 2020]. (Desclée de Brouwer). Disponible sur : <https://www.livres-anciens-neufs.com/livre/henri-ey-etudes-psychiatriques-henri-ey---3-vol---e-o-desclee-de-brouwer-1954/4129.html>
144. Simon H. Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique, Berlin et Leipzig. Walter de Gruyter. 1929.
145. Delion P. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne [Internet]. Dunod ; 2011 [cité 14 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/accueillir-et-soigner-la-souffrance-psychique--9782100552597.htm>
146. Vidon G, Dubuis J, Leguay D, Habib M. Le mouvement de réhabilitation psychosociale : Une opportunité pour la psychiatrie française. In: Information psychiatrique [Internet]. 1999 [cité 25 oct 2020]. p. 348-56. Disponible sur : <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=1800878>
147. Schaepelynck V. Institution. Le Telemaque. 2 déc 2013;n° 44(2):21-34.
148. Ayme J. Histoire et actualité du courant français de la psychothérapie institutionnelle. Raison présente. 2002;144(1):69-80.
149. Coupechoux P. Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux [Internet]. 2014 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.decitre.fr/livres/un-monde-de-fous-9782757836644.html>
150. Delion P. Thérapeutiques institutionnelles [Internet]. 2001 [cité 16 sept 2019]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/4315/therapeutiques-institutionnelles>
151. Fourquet F, Murard L. Histoire de la psychiatrie de secteur. éditions recherches. 1975.
152. Coldefy M. De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France [Internet] [These de doctorat]. Paris 1 ; 2010 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.theses.fr/2010PA010588>
153. Cours des comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » [Internet]. Cours des comptes ; 2011 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/1132>
154. Code de santé publique. Sectorisation psychiatrique. [Internet]. Articles L3221-1 à L3221-6. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031928493/2015-01-28/>
155. Eyraud B, Velpy L. Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?. Des éléments de réponse à partir d'une étude de cas. Socio-logos Revue de l'association française de sociologie

- [Internet]. 2 mars 2012 [cité 19 sept 2020];(7). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2651>
156. Bonnafé L. L'esprit du secteur. Entretien avec Lucien Bonnafé. *Santé Mentale*. 2000;(51):16-20.
 157. Patrick F, Jean A, Pierre BJ, Maurice C, Alain C, Hélène C, et al. L'ombre portée de François Tosquelles. Ramonville Saint-Agne : Erès ; 2007. 381 p. (Des travaux et des jours).
 158. Mordelet P. La santé mentale, organisation et gestion [Internet]. BERGER-LEVRAULT. 1987 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.leslibraires.fr/livre/1595265-la-sante-mentale-organisation-et-gestion-patrick-mordelet-berger-levrault>
 159. Demailly L, Autès M. La politique de santé mentale en France [Internet]. 2012 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.cairn.info/la-politique-de-sante-mentale-en-france--9782200275945.htm>
 160. Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. République française ; 2009 [cité 19 sept 2020]. Disponible sur : http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/images/pdf/PSY/rapport_missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie.pdf
 161. Plan psychiatrie et santé mentale [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; 2011 [cité 19 sept 2020] p. 42. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
 162. Louys J. Changement de paradigme en psychiatrie : la santé mentale et le modèle social du psychisme. *Texte Psy* [Internet]. 1 juill 2002 ; Disponible sur : <http://www.textes-psy.com/>.
 163. Bill Mollison. *Permaculture 1* [Internet]. Debard. 1981 [cité 17 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.permatheque.fr/PDF/Bill%20Mollison%20-%20Permaculture%201.pdf>
 164. Quaternary Stratigraphy. Working Group on the 'Anthropocene [Internet]. 2017 [cité 17 août 2019]. Disponible sur : <http://quaternary.stratigraphy.org/working-groups/anthropocene/>
 165. Centemeri L. *La permaculture ou l'art de réhabiter*. Quæ ; 2019. 163 p.
 166. Mièvre J. Le solidarisme de Léon Bourgeois. Naissance et métamorphose d'un concept. *Cahiers de la Méditerranée*. 15 déc 2001;(63):141-55.
 167. Stiegler B, Montévil M. Entretien sur l'entropie, le vivant et la technique. :10.
 168. Genestier P. L'expression « lien social » : un syntagme omniprésent, révélateur d'une évolution paradigmatique, Abstract, Resumen. *Espaces et sociétés*. 2006;no 126(3):19-34.
 169. Delion P. Comment Jean Oury (1924-2014), un géant de la psychiatrie, peut nous aider à pratiquer une psychiatrie à visage humain ? |. [cité 14 sept 2019] ; Disponible sur : <http://www.revue-pps.org/comment-jean-oury-1924-2014-un-geant-de-la-psychiatrie-peut-nous-aider-a-pratiquer-une-psychiatrie-a-visage-humain/>
 170. Dartiguenave J-Y, Bot J-ML, Garnier J-F. Repenser le lien social : de Georg Simmel à Jean Gagnepain et à la sociologie clinique, *Rethinking Social Ties : from Georg Simmel to Jean Gagnepain and Clinical Sociology*. *Pensée plurielle*. 1 août 2012;(29):51-60.
 171. Paugam S. *Le salarié de la précarité : Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*. Préface inédite de l'auteur. Presses Universitaires de France ; 2007. 497 p.

172. Goffman E. Stigmate : les usages sociaux des handicaps. Les Éditions de Minuit ; 1975. 175 p.
173. Giordana J-Y, CPNLF. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Elsevier Masson ; 2011. 272 p.
174. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. L'information psychiatrique. 2008;84(10):907.
175. Reh@bilite [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.rehabilite.fr/>
176. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. VST — Vie sociale et traitements. 2001;no 72(4):9-32.
177. Morin P. De quelques théories et pratiques en santé mentale communautaire. smq. 2005;30(1):115-30.
178. Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. sept 2013;171(8):524-30.
179. Goulez C, Defromont L, Dekerk B, Tarlet F. Objectif zéro isolement, zéro contention. Santé Mentale. nov 2017;(222):7.
180. Guézennec P, Roelandt J-L. Conseils locaux de santé mentale. 2016;(436):3.
181. Laval C. Housing first: au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie. 2019 ;
182. Code de santé publique. Projet territorial de santé mentale [Internet]. Code de la santé publique, Articles R3224-1 à R3224-10 avr 30, 2017. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000035319378/2017-07-30/>
183. Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. L'information psychiatrique. 2010;Volume 86(9):777-83.
184. Majastre J-O. L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public. FeniXX ; 1972. 423 p.
185. Dujarier M-A. Le management désincarné : Enquête sur les nouveaux cadres du travail. La Découverte ; 2017. 228 p.
186. Durkheim É. Les Règles de la méthode sociologique. République des Lettres ; 2019. 310 p.
187. Mintzberg H. The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research. Prentice-Hall; 1979. 536 p.
188. Marx K. Le Capital. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2015. 772 p.
189. Delion P. Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle. Eres ; 2018. 514 p.
190. définition Institution [Internet]. Cambridge Dictionary. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur : <https://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/institution>
191. Définition Institution [Internet]. oxford Dictionary. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/institution>
192. Basaglia F. Psychiatrie et démocratie. Conférences brésiliennes [Internet]. 1979 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.decitre.fr/livres/psychiatrie-et-democratie-9782749208107.html>

193. Wing JK, Brown GW. Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals: 1960-1968. Oxford, England: Cambridge U. Press; 1970. xiii, 260 p. (Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals: 1960-1968).
194. Wing JK. Reasoning About Madness. Transaction Publishers; 2009. 286 p.
195. Littré. Définition Institution [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.littre.org/definition/institution>
196. Larousse É. Définitions : institution [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/institution/43444>
197. Chaigneau H. Ce qui suffit. réflexions surgies de la fréquentation au long cours des schizophrènes. 1983;(59):434-46.
198. Depusse M, Oury J. à quelle heure passe le train... Conversations sur la folie [Internet]. Calmann Levy. 2003 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur : <https://halldulivre.com/livre/9782702132739-a-quelle-heure-passe-le-train-conversations-sur-la-folie-jean-oury-marie-depousse/>
199. Bonny Y. L'institution plurielle. Presses Universitaires du Septentrion ; 2016. 182 p.
200. Bertaux D. L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie 2e édition — Daniel Bertaux [Internet]. 2016 [cité 14 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.decitre.fr/livres/l-enquete-et-ses-methodes-9782200341282.html>
201. Bertaux D. Le récit de vie — 4e édition. Armand Colin ; 2016. 95 p.
202. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif — 4e éd. Armand Colin ; 2016. 96 p.
203. Clinique de la borde [Internet]. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur : <http://www.cliniquedelaborde.com/la-clinique.html>
204. CCOMS [Internet]. CCOMS. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/>
205. Solidarité Réhabilitation [Internet]. Solidarité Réhabilitation. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.solidarite-rehabilitation.org/>
206. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive — [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. [cité 11 oct 2020]. Disponible sur : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>
207. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;Tome LIII(4):67-82.
208. Lançon C. Conférence association Solidarité Réhabilitation [Internet]. 2014 [cité 11 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=q7N03pMFNkY>
209. Emanuel, Emanuel. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA. 1992;6.
210. Goodman NW. Ethics and Evidence-Based Medicine: Fallibility and Responsibility in Clinical Science. J R Soc Med. mai 2003;96(5):251.
211. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé : Perspective méthodologique et statistique. Elsevier Masson ; 2008. 132 p.

212. Stip E, Letourneau G. Psychotic Symptoms as a Continuum between Normality and Pathology. *Can J Psychiatry*. 1 mars 2009;54(3):140-51.
213. Svadra P. Rendre à l'utilisateur des soins le pouvoir d'agir. *Santé Mentale* [Internet]. [cité 24 oct 2020]; Disponible sur : <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/rendre-a-l-usager-des-soins-le-pouvoir-d-agir.html>
214. Shepherd G, Boardman J, Rinaldi M, Roberts G. Implementing Recovery Organisational Change. 2010;34.
215. Lefève C. De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical. *Revue de métaphysique et de morale*. 10 juill 2014;N° 82(2):197-221.
216. Canguilhem G. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Vrin ; 1983. 434 p.
217. Bellahsen M. Les pièges de l'empowerment. *Santé Mentale* [Internet]. 2016 [cité 8 oct 2020];(212). Disponible sur : <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/les-pieges-de-l-empowerment.html>
218. Bouet P. *Santé : explosion programmée*. Humensis ; 2018. 133 p.
219. Pierru F, Vincent F, Juven P-A. La casse du siècle. A propos des réformes de l'hôpital public. [Internet]. *Raison d'agir*. 2019 [cité 17 févr. 2020]. Disponible sur : <https://livre.fnac.com/a12979176/JUVEN-La-casse-du-siecle-A-propos-des-reformes-de-l-hopital-public>
220. Cattin. *D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle*. 2017.
221. Ministère des solidarités et de la santé. DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires [Internet]. DGOS/R4/2019/10 janv 16, 2019 p. 9. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44293>
222. DGOS. *Projet territorial de santé mentale* [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 9 févr. 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
223. Dréano C. Miriam Solomon, *Making Medical Knowledge*. *Lectures* [Internet]. 2 mars 2016 [cité 19 août 2020]; Disponible sur : <http://journals.openedition.org/lectures/20270>
224. Dell'Acqua G, Marsili M, Zanusi P. L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *SMQ*. 11 sept 2007;23(2):148-70.
225. Yalom I. *L'Art de la thérapie*. Le Livre de Poche ; 2018. 391 p.
226. Autés E. L'émergence du rôle politique du patient. *Santé Mentale* [Internet]. 2017 [cité 25 oct 2020];(220). Disponible sur : <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/l-mergence-du-role-politique-du-patient.html>
227. Brun C, Demazeux S, Vittorio PD, Gonon F, Gorry P, Konsman JP, et al. La construction des catégories diagnostiques de maladie mentale. *Revue de la régulation Capitalisme, institutions, pouvoirs* [Internet]. 17 juin 2015 [cité 1 avr 2020];(17). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/regulation/11299>

228. Fenton L, White C, Gallant KA, Gilbert R, Hutchinson S, Hamilton-Hinch B, et al. The benefits of recreation for the recovery and social inclusion of individuals with mental illness: An integrative review. *Leisure Sciences*. janv 2017;39(1):1-19.
229. Aston V, Coffey M. Recovery: what mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;19(3):257-63.
230. Mino J-C. Soins intensifs : La technique et l'humain. Presses Universitaires de France ; 2013. 31 p.
231. Niard C. Place et rôle des travailleurs pairs. *French Journal of Psychiatry*. 1 nov 2018;1:S21.
232. Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 1 mars 2003;40(3):321-32.
233. Embuldeniya G, Veinot P, Bell E, Bell M, Nyhof-Young J, Sale JEM, et al. The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling*. 1 juill 2013;92(1):3-12.
234. Vignaud A. La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 oct 2017;175(8):736-40.
235. Girard V, Driffin K, Musso S, Naudin J, Rowe M, Davidson L, et al. La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une co-occurrence psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*. janv 2006;71(1):75-85.
236. Humapsy. De l'effet subversif du pair aidant. *Santé Mentale [Internet]*. 2017 [cité 24 oct 2020] ; Disponible sur : <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-248-mai-2020.html>
237. Laval C. *Housing first: au-delà du sans-abrisme et de la psychiatrie*. 2019.
238. Montaigne MD. *Les Essais - Livre III*. Bibebook ; 2013. 533 p.
239. Kuhn TS. *La structure des révolutions scientifiques*. Flammarion ; 1983. 284 p.
240. Willett G. Paradigme, théorie, modèle, schéma : qu'est-ce donc ? *Communication et organisation [Internet]*. 1 nov 1996 [cité 26 oct 2020];(10). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/1873>
241. Fulford BKWM, Peile E, Carroll H. *La clinique fondée sur les valeurs : De la science aux personnes*. Doin - John Libbey Eurotext ; 2018. 324 p.

ANNEXE

Annexe 1 - Grille d'entretien pour les récits de vie

<p>Changement relationnel et d'identité professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi avoir choisi la psychiatrie ? • Comment pouvez-vous décrire votre rôle professionnel ? • Comment vécu les premiers contacts avec les patients ? • Comment vous positionnez dans cette relation avec le patient ? • Comment se modèle du rétablissement a-t-il modifié La manière d'aborder vos patients ? • Quelle expérience avez-vous de l'application de ce modèle dans votre vie professionnelle ? • Quel est votre ressenti quant à l'évolution de votre fonction de soignants ? • Comment avez-vous vécu ce changement de pratique ?
<p>Transition du cadre théorique</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quelle manière la théorie (en psychologie ou en psychiatrie) est une aide pour accompagner au patient ? • Vers quelle école de pensée vous êtes-vous tournés au début de votre carrière ? • Avez-vous trouvé l'aide nécessaire dans ces outils conceptuels • Pourquoi vous êtes-vous intéressés au modèle du rétablissement ? • Comment avez-vous vécu cette transition théorique ? • Avez-vous perçu ou ressenti des incohérences ou des antagonismes entre vos différentes références théoriques ?
<p>Transfert de pouvoir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est votre place dans le processus de rétablissement de vos patients ? • Pensez-vous qu'une relation symétrique est possible dans notre métier ? • Comment vivez-vous votre responsabilité légale sur ses patients ? • Avez-vous fait l'expérience d'avoir un pouvoir sur le devenir de vos patients ? Comment ce pouvoir peut s'articuler avec le rétablissement ?
<p>La fonction symbolique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous de l'évolution linguistique de votre métier : soignants, professionnels de santé, intervenant d'un réseau de santé ? • Quelle place à le modèle du rétablissement dans l'évolution de l'organisation des soins en France ? • Comment vivez-vous cette évolution ? • Selon vous, quelle est la valeur politique du modèle du rétablissement ? • Comment vivez-vous votre engagement dans les soins orientés rétablissement ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Serment d'Hippocrate du Conseil national de l'ordre des médecins

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Serment d'Hippocrate de l'Université Clermont Auvergne

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Nom CIEROLES Josselin

Titre

Pourquoi le rétablissement ? Essai sur l'institutionnalisation du modèle du rétablissement expérientiel dans la psychiatrie française.

Résumé :

Depuis une dizaine d'années, le terme de rétablissement se diffuse dans la psychiatrie française. Ce terme anglo-saxon de rétablissement renvoie à un modèle de soin centré sur la reconstruction identitaire et à un mouvement sociopolitique centré sur les droits humains fondamentaux.

Le rétablissement est cependant un terme polysémique mobilisé ou rejeté par des protagonistes qui le conceptualise de manière différente, voire antagoniste. Néanmoins tous le rattachent avec espoir ou appréhension à une nouvelle organisation en santé mentale. Ce travail a pour objectif d'explorer les représentations communes « des soins orientés rétablissements » par les psychiatres travaillant dans des services de psychiatrie française. Ces représentations sont décrites comme un ensemble de valeurs guidant la pratique de la psychiatrie.

L'analyse de l'institutionnalisation du modèle du rétablissement porte plus spécifiquement sur l'inclusion sociale des personnes concernées par les troubles psychiques. Inclusion sociale considérée comme le pendant de l'exclusion sociale en raison de la stigmatisation de la maladie mentale. L'exploration de ces notions a été réalisée selon la méthode de l'enquête qualitative et plus particulièrement par l'analyse de récits de vie de professionnels de santé français.

Trois obstacles à l'institutionnalisation du modèle du rétablissement favorisant l'inclusion sociale ont été retrouvés. L'approche médicale du rétablissement, l'opposition de la psychiatrie de secteur et la néolibéralisation du modèle du rétablissement.

L'embauche de travailleurs concernés par un trouble psychique au sein à tous les échelons hiérarchiques du système de santé est un opérateur institutionnel puissant. Il s'agit de faire du système de santé lui-même l'instrument de l'inclusion sociale pour lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale.

Le modèle du rétablissement ne peut pas assumer seul la diffusion et l'incarnation des valeurs qu'il prône. Mais il peut s'inscrire dans un paradigme où cohabitent différentes représentations du soin pour aborder les conflits éthiques que pose la pratique de la psychiatrie.

Mots-clés :

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| - Rétablissement | - Organisation des soins |
| - Empowerment | - Éthique médicale |
| - Réhabilitation psychosociale | - Santé mentale communautaire |
| - Psychothérapie institutionnelle | - Pair-aidance |