

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/ CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2015

« De l'homme au citoyen, détours par les folies »

La liberté au cœur des parcours de soin et des itinéraires de vie

RENAUD Anaïs

Tuteur : Céline LOUBIERES

*Sur l'absence sans désir
Sur la solitude nue
Sur les marches de la mort
J'écris ton nom*

*Sur la santé revenue
Sur le risque disparu
Sur l'espoir sans souvenir
J'écris ton nom*

*Et par le pouvoir d'un mot
Je recommence ma vie
Je suis né pour te connaître
Pour te nommer*

Liberté.

Extraits de « Liberté » de Paul Eluard,

*Pour le souvenir d'un sourire,
A Sarah*

SOMMAIRE

Introduction	p. 4
<u>I. Du « grand enfermement » à une liberté sous contrôle</u>	
I. a) Des pratiques issues d'une histoire (les apports de Foucault/ Coupechoux)	p. 6
I. b) La psychothérapie institutionnelle : une incitation libre au soin	p. 9
<u>II. Du statut de « malade » à celui d' « handicapé » : quelle identité?</u>	
II. a) Changement de paradigme avec la création du « handicap psychique »	p. 14
II. b) Une expérience de terrain : une alternative aux hospitalisations au cœur des politiques de désinstitutionnalisation	p. 18
<u>III. Le parcours de vie comme support au rétablissement</u>	
III. a) Au service de la liberté, la maïeutique, créatrice d'identités	p. 22
III. b) Rencontres et mises en mots de soi...	p. 26
Conclusion	p. 30
Bibliographie	p. 32
Glossaire	p. 34

INTRODUCTION

Bien que naturelle et inhérente à la vie humaine, la maladie est un phénomène étrange. Sentie ou reniée, perçue ou observée, l'épreuve de la maladie vient nécessairement bousculer l'être en ses fondements. Cette épreuve s'accompagne généralement d'une rupture dans l'itinéraire de vie de la personne (qualifiée désormais de « malade »), pouvant parfois entailler l'identité et la liberté en leur sein. Le libre arbitre, la volonté, le choix et l'implication de chaque personne peuvent être touchés : Qui désigne qui comme étant malade ? Qui a le droit de se soigner, ou de refuser certains soins ?

De la maladie nous revient une lucidité sur la précarité de nos vies : tout aussi impromptue qu'inévitable, elle surgit et redéfinit par son passage notre conception intime et subjective de la santé et plus généralement de la vie. Canguilhem, à travers son concept de « *normativité* », cherche à relier le normal et le pathologique : de sa posture (à la fois médicale et philosophique) la maladie et la santé ne sont que les deux faces d'une même pièce. Le corps et l'esprit vivent ensemble et constitue un tout indivisible. C'est l'homme lui-même, mû par un désir insatiable de classification, catégorisation, évaluation et définition (volonté vaine de compréhension totale et globale du système vivant...) qui divise le corps et l'esprit, opposant ainsi maladie et santé. Canguilhem nous apporte un éclairage en exposant, la possibilité de chaque homme, voire sa nécessité, à se créer, tout au long de sa vie, des nouvelles normes de vie. L'expérience maladie signifie alors, malgré tout ce qu'elle comporte comme zones d'inconforts et moments de rupture, l'occasion d'une création. Transformer ces contraintes imposées et vécues, (du fait même de la vie), en possibilités d'innover, de s'adapter notamment en se réinventant et se redéfinissant.

*« Il n'y a pas de santé en soi ; ce qui importe ici, c'est ton but, ton horizon, ce sont tes forces, tes impulsions, tes erreurs, et notamment les idéaux et fantasmes de ton âme, pour déterminer ce qui, même pour ton corps, est un état de santé. »*¹ Nietzsche, bien avant Cyrulnik, propose ici une première idée de ce que l'on nomme aujourd'hui résilience.

Ces concepts deviennent incontournables et majeurs si l'on veut penser la maladie, et plus particulièrement les maux de l'esprit, que l'on nomme maladies mentales, troubles ou handicaps psychiques. Comment, à partir de la raison et notamment avec l'aide de la philosophie,

1 Friedrich Nietzsche, *Le Gai Savoir* §120

pouvons-nous essayer de remédier à ces maux de l'esprit ? Comment cette vision du soin peut-elle favoriser le rétablissement, tout en garantissant une pleine liberté aux personnes concernées ?

Ce mémoire vise donc à travailler les notions d'implication, de liberté et d'identité, avec les apports que nous fournit la littérature scientifique et un éclairage pratique, s'appuyant sur les réalités du terrain que j'ai observé et observe encore dans ma pratique professionnelle. Il s'agira de mettre en lumière les conditions qui favorisent le rétablissement. Quels sont les cadres les plus favorables et les plus propices à un « bon usage de la liberté » ? Comment les identifier, les repérer et les mettre en action ? Cet usage raisonné de la liberté peut-il privilégier le rétablissement ? Est-ce que ce « rétablissement » passe nécessairement par une redéfinition de son identité ? Il sera difficile dans ce mémoire de répondre à toutes ces questions, toutefois elles méritent d'être posées et de s'y consacrer un peu..

Ancrée dans une réalité quotidienne de terrain, je souhaite m'attacher à étudier ces aspects que sont les notions de rétablissement, d'identité et de liberté, qui pourront, peut-être, alimenter la littérature scientifique sur ce sujet. Mais un des objectifs premiers de ce travail est avant tout de mettre en application ces avancées de recherche, qu'elles puissent directement bénéficier aux personnes concernées, si elles le souhaitent, bien évidemment... La notion de rétablissement, relativement récente dans le milieu psychiatrique est un concept nouveau pour moi, au moins dans la formalisation et conceptualisation théorique ; toutefois j'ai pu constater sur le terrain des formes de rétablissement. La mise à l'épreuve de ce concept dans une réalité observée et réelle est venue bousculer mes convictions, et les certitudes et évidences que j'avais forgé, tout au long de mon parcours. Par exemple, le concept de « chronicité » en psychiatrie est très dominant ; à force de l'entendre et de rencontrer des personnes, qui effectivement montrent des troubles depuis des années, et ce de façon chronique, j'ai pu, à certains égards ou moments, m'y plier, voire ne pas oser le contester. Dans ma pratique, je remarque donc des réticences et ou des difficultés à porter le concept de rétablissement, à l'incarner (la mise en œuvre est souvent compliquée), mais je ne peux pourtant qu'admettre son existence. Des rencontres dans ma vie personnelle ou professionnelle (par exemple « Les entendeurs de voix » à Lille) n'ont pu que confirmer mon engagement éducatif dans le sens du rétablissement (et ce, couplant parfois à d'autres concepts que je porte au quotidien ; par exemple la notion « d'éducabilité » de Meirieu).

L'enjeu est donc de taille : garantir la liberté des personnes accompagnées ayant des troubles psychiques et ne pas nier la possibilité d'une guérison.

I. Du « grand enfermement » à une liberté sous contrôle

I. a) Retour sur l'histoire de la psychiatrie

Les hospices nous arrivent tout droit du XVII^e siècle, précisément du 27 avril 1646, date à laquelle Louis XIV scelle un édit en faveur de la création de l'hôpital général et dont l'objectif est la suppression de la mendicité (notamment à Paris et dans ses faubourgs). Fondé pour l'accueil et la prise en charge de tous les déviants et « asociaux » : oisifs, déments, libertins, prostituées, païens... ; l'hôpital général est une solution nouvelle de l'époque. « *Il s'agit d'y accueillir, de loger, de nourrir ceux qui se présentent d'eux-mêmes, ou ceux, qui y sont envoyés d'autorité royale ou judiciaire* ». ² L'hôpital général accueille donc, comme maintenant, les personnes qui d'elles-mêmes s'y présentent, qui adhèrent à leurs hospitalisations (nommés, depuis la loi du 05/07/2011, « soins psychiatriques avec consentement du patient » qui représentent actuellement environ 80 % des personnes hospitalisées) ainsi que les personnes qui y sont envoyées par une autre autorité (royale, judiciaire ; ou à notre époque préfectorale, médicale ou familiale). Dès sa création, l'internement oscille entre les paradoxes : entre la volonté d'assister et le désir de châtier, d'exclure. L'officialisation de ces structures s'ancre au sein d'une époque : le pouvoir royal et la bourgeoisie gouverne et gère ces lieux, ainsi que la population qui les habite. « Il (l'hôpital) est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise en France à cette même époque. » ³

Comme le Moyen-Age a exclu les lépreux par ségrégation, l'époque classique a inventé l'internement comme châtiment moral de la misère. En 1793, un grand pas fait avancer les conditions de vie à l'hôpital : Pinel déferre les fous enfermés à Bicêtre. C'est « sur les conseils d'un gardien, Jean-Baptiste Pussin, préfiguration de l'infirmier moderne » ⁴ que Pinel enlève les chaînes qui attachent les « furieux ». Une nouvelle liberté est rendue aux aliénés : la liberté physique, et la libre-circulation, tout du moins au sein même de l'hôpital. Construit autour de ce Foucault ou Gladys Swain nomme un « mythe », si ce geste n'a pas réellement eu lieu, ou pas directement par Pinel, ce dernier a introduit pour la première fois la notion de traitement moral. Pussin, grâce à la voix scientifique de Pinel et à sa portée politique, étaye ce traitement moral au quotidien dans la pratique : « il explique quel mal il a eu à interdire à ses « garçons de service » de frapper les fous et il ajoute : *Je suis venu à bout de supprimer les chaînes (dont on s'était servi jusqu'alors pour*

2 Michel Foucault, « Histoire de la folie à l'âge classique », Gallimard page 72

3 Idem, page 73

4 Patrick Coupechoux, « Un monde de fous », Seuil 2006, page 53

contenir les furieux) en les remplaçant par des camisoles qui les laissent promener et jouir de toute la liberté possible, sans être plus dangereux [...] L'expérience m'a démontré et me démontre journallement que, pour avancer la guérison de ces malheureux, il faut les traiter autant que faire se peut avec douceur, leur en imposer, mais ne pas les maltraités, gagner leur confiance, combattre l'objet qui les a affectés, et leur faire envisager un avenir plus heureux. »⁵

Pussin parle de maladie et envisage la guérison au travers de remèdes moraux : il s'agit donc ici, et Pinel le théoriserait, de s'adresser à la part de raison du sujet. Le fou est un être rationnel, aussi, et malgré sa folie. Cette nouvelle image desdits « aliénés », dotés de raison pour partie, bouscule les pratiques : le dialogue doit s'immiscer et renverser les pratiques que Pussin combattait (maltraitance, privation de liberté, rationnement de nourriture, abus, vol...). C'est en s'appuyant sur la part de raison que Pinel et Pussin prétendent progresser sur les troubles. L'hôpital général, à travers ses changements dans les pratiques et ses renversements théoriques, tend à se rapprocher de l'*asile* au sens premier du terme : lieu inviolable, refuge où l'on se protège des dangers, mais également lieu où l'on se ressource, où l'on trouve protection et bienveillance. L'institution psychiatrique s'ouvre et cherche à ne plus être un lieu d'enfermement, d'exclusion et de bannissement; elle se propose d'être un espace refuge, lieu de rencontre et d'échange, face à une société plus dure et intolérante. « *A partir de l'âge classique et pour la première fois, la folie est perçue à travers une condamnation éthique de l'oisiveté et dans une immanence sociale garantie par la communauté de travail. Cette communauté acquiert un pouvoir éthique, qui lui permet de rejeter, comme dans un autre monde, toutes les formes de l'inutilité sociale.* »⁶ L'hôpital qui était jusqu'alors lieu d'enfermement et d'exclusion, visant le contrôle social et la régulation des mœurs sociétales (l'âge classique enferme les fous, les libertins, les blasphémateurs, les débauchés...), se voit modifié en profondeur. Cette institution s'inscrit maintenant dans le champ médical, ces acteurs vont créer de nouveaux savoirs (apparition de la psychiatrie en tant que discipline) et faire émerger de nouvelles pratiques mêlant le soin et l'éducation : le traitement moral.

Esquirol, élève de Pinel, contribue à l'élaboration de la loi du 30 juin 1838, dite « loi sur les aliénés », qui donne à ces « internés » un statut de malade. Une autre forme de reconnaissance par la société a lieu : cette loi crée de nouvelles conditions d'accueil et de soins des malades mentaux, en imposant à chaque département l'organisation et la charge financière de structures de soins : les asiles d'aliénés. Elle réglementa également les conditions dans lesquelles un citoyen pouvait être,

5 Bertrand Quentin, « La philosophie face au handicap », Editions Erès, 2013

6 Michel, Foucault, *op. cit.*, page 102

contre son gré, enfermé dans un asile d'aliénés et les mesures légales de protection de la personne. Cette loi se proposait de mettre fin aux pratiques qui prévalurent jusqu'à lors en psychiatrie, elle amène l'idée que « l'asile d'aliéné est un merveilleux instrument de soins entre les mains d'un médecin habile »⁷.

L'expérience médicale de la folie s'affirme encore un peu plus avec cette loi : c'est le médecin qui va reconnaître une maladie, et attribuer à travers cette reconnaissance un statut, une place nouvelle pour le « fou ». Celui-ci est reconnu aux yeux de la société, à travers le regard médical, comme étant malade, il n'est plus coupable de sa déviance, ni responsable de son état ; maintenant c'est le corps médical, qui avec un traitement moral ; censé agir sur l'esprit et les mœurs, censé toucher la raison, partir de celle-ci pour évincer la partie démente ; va se lancer le défi de la guérison. En se médicalisant, cela signifie également un changement de population au sein des hôpitaux, ceux-ci abritaient et faisaient cohabiter les « fous », les libertins, profanateurs etc... « Dans cette confusion des hospices qui se débrouillera seulement au début du XIXème siècle, nous avons l'impression que le fou était méconnu dans la vérité de son profil psychologique ; mais c'est dans la mesure même où on reconnaissait en lui sa parenté profonde avec toutes les formes de déraison. Enfermer l'insensé avec le débauché ou l'hérétique estompe le *fait* de la folie, mais dévoile la *possibilité* perpétuelle de la déraison ; et c'est cette menace dans sa forme abstraite et universelle que tente de dominer la pratique de l'internement. »⁸

Le corps médical va donner naissance à tout un corpus de savoir, et créer une science : il va falloir identifier le dit « fou », la maladie justifiant alors l'internement, et non plus une déviance à certaines normes sociales (par exemple le libertinage). Avant cette période, l'internement n'était pas une pratique médicale, mais plutôt sur une pratique d'exclusion sociale soutenue par des volontés politiques.

L'étude historique de la psychiatrie (les lois, les modes d'accueil, de prise en charge par et au sein de la société civile) nous permet de comprendre les pratiques actuelles mais éclaire également notre vision et conscience des représentations collectives et individuelles, notamment sur ces pratiques.

7 Pierre F Chanoit, « Que sais-je ? La psychothérapie institutionnelle » PUF Paris, 1995

8 Miche, Foucault, *op. cit.*, page 210

I. b) La psychothérapie institutionnelle : les apports d'une conception libertaire du soin

C'est au cœur du Loir et Cher que je découvre, par une belle journée de mai, le monde des folies et de la psychiatrie. Du haut de mes vingt ans, je ne me suis pas encore vraiment interrogée sur l'origine de la folie, ses causes et ses possibilités d'en sortir. Très vite, ses questionnements vont m'animer et dix ans plus tard, toujours sans réelle réponse, ils ne cessent de me titiller... Dans le creuset de la psychothérapie institutionnelle, du côté de Blois, je termine ma formation et débute mon parcours professionnel au sein d'une clinique psychiatrique un peu particulière : La Chesnaie. Cette partie vise à expliquer l'essor et les principes de ce mouvement, basé sur une conception « libertaire » du soin, et plus généralement de l'homme et de la vie.

C'est au sortir de la seconde guerre mondiale que naît la psychothérapie institutionnelle, sous l'influence de François Tosquelles et de la « matrice albanaise » selon l'expression de Jean Oury. Le terme de psychothérapie institutionnelle apparaît pour la première fois en 1952 dans un article (dans la revue : *Anais Portugueses de Psiquiatria*) écrit par Georges Daumezon et Philippe Kœchlin. Ce courant de pensée va métamorphoser la façon de penser le soin en psychiatrie, et marquer une époque et des lieux particuliers (La Borde, la Chesnaie, Saumery). Les années d'après-guerre seront riches d'idées et d'initiatives : des nouvelles inspirations, perceptions humanistes naissent : la psychothérapie institutionnelle en fait partie. Une critique des conduites répressives, de la négation de l'Homme s'exprime haut et fort. Mais si la psychothérapie institutionnelle et ses précurseurs souhaitent une réhabilitation des dits « fous », et se pense, s'organise autour de la liberté ; ces conceptions ne sont pas pour autant répandues dans l'ensemble de la société : elles restent en marge des règles prescrites. Des personnalités comme Jean Oury vont alors à l'encontre de ces prescriptions pour créer et mettre en œuvre une autre façon de faire et de penser, des nouvelles manières de soigner.

Afin de bien cerner dans quelles conditions cette pensée s'est développée et mise en pratique, nous allons dans un premier temps revenir sur certains événements de la seconde guerre, qui ont marqué l'esprit des psychiatres. La guerre ravage les principes humanistes, la dignité, les droits de l'homme et bien d'autres valeurs. « Plus jamais ça ! », c'est le sentiment et la formule criée haut et fort après le tragique de l'existence et de l'humanité que ces hommes viennent de vivre ou d'en être les témoins, tragique des camps de concentration...

Trois expériences et événements sont à noter :

- *la famine dans les hôpitaux psychiatriques* : à partir de septembre 1940, des rations alimentaires furent distribuées à la population, il s'agissait de « ration de famine », trop insuffisantes, celles-ci conduisaient inéluctablement à une mort lente par malnutrition. Les gestionnaires des hôpitaux finirent par ne plus pouvoir détourner ces rations, et le taux de mortalité dans les hôpitaux psychiatriques augmenta de façon sidérante. Après la libération, on estima le nombre de morts entre 40 000 et 50 000, soit près de la moitié des internés de l'époque. A l'hôpital de Saint-Alban, où Jean Oury travailla quelques années (entre la fin de la guerre et son arrivée à la clinique de Saumery en 1953), le docteur Tosquelles et son équipe n'ont, eux, aucun décès de patients dans leurs services... Étonnant ? pas vraiment., l'instinct de survie stimulé par des concepts humanistes et des pensées libertaires, a amené l'hôpital à s'ouvrir : « open-door ». Les patients et les soignants sortent de l'hôpital, vont dans les villages et les villes aux alentours, rencontrent les habitants de ces cités et échangent, trouvent de la nourriture. C'est parce qu'ils pouvaient sortir que les patients ne sont pas morts de faim. C'est grâce à cette liberté, qui n'est pas seulement accordée, ni autorisée, mais bien voulue, pensée, soutenue et nécessaire face au tragique humain : l'instinct de survie et la liberté couplés à des formes de solidarité ont alors permis la survie effective de tous les patients de Saint-Alban. Cet épisode sera, je pense, fondamental, dans la façon dont par la suite les penseurs et les faiseurs de la psychothérapie institutionnelle défendront farouchement la liberté des hommes.

- *le bombardements des hôpitaux psychiatriques* : ces événements furent à l'origine de plusieurs évacuations dans les hôpitaux. Le Dr Le Guillant, médecin chef de l'hôpital de la Charité-sur-Loire, mena une enquête, après-guerre, pour retrouver les malades disparus. Il se surprit alors de constater qu'une part non négligeable d'entre eux (qu'il estima à environ 30%) avaient été recueillis dans leurs familles et ne posaient plus de problèmes de comportement. Un autre tiers fut ré hospitalisé en raison de l'insistance des troubles, et enfin le dernier tiers disparu. On supposa alors que certains avaient dû décéder, d'autres être ré hospitalisé ailleurs, et enfin peut-être que certains avaient repris une vie normale. Ces conséquences interrogèrent des psychiatres sur le bien-fondé du maintien de certains malades à l'hôpital psychiatrique. On commence tout juste à questionner le caractère carcéral de l'institution psychiatrique, et la légitimité de celui-ci dans les soins ou la réhabilitation.

- *l'expérience de Saint-Alban*: nous sommes en 1940, en pleine débâcle, l'hôpital de François Tosquelles (psychiatre catalan du XXème siècle) ouvre ses portes : « *C'est l'accueil des réfugiés dans l'hôpital, qui apportait cette vie du dehors, cette vie grouillante, une atmosphère de catastrophe et d'universalisation de la souffrance, qui rendait la folie la plus authentique presque*

dérisoire devant l'affolement général » explique-t-il. L'hôpital s'ouvre en accueillant des réfugiés politiques, des écrivains, peintres, poètes.. qui cohabitent alors avec les psychiatres, et bien sur les dits « aliénés ». Saint-Alban devient un refuge pour nombre d'intellectuels, de médecins (Daumezon par exemple), d'artistes (Eluard), de réfugiés politiques, de résistants... Les grilles disparaissent, les murs tombent : peu à peu l'hôpital devient un lieu ouvert. Cette réunion d'hommes, de personnalités, dans ce contexte si particulier, va alimenter les réflexions autour de la psychiatrie, en théorisant et posant les premières bases de la psychothérapie institutionnelle.

Fort de son expérience, et de ses lectures, Tosquelles retient certaines pensées d'Hermann Simon (psychiatre allemand du XXème siècle) ; celui-ci pense que l'hôpital est menacé par trois maux : « l'inaction, l'ambiance défavorable et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même »⁹. Pour cela, il faut centrer la thérapeutique sur trois temps : la liberté, la responsabilisation du malade et la maîtrise du milieu avec une étude des résistances émanant du personnel de l'hôpital. Il s'agit donc pour **l'institution de « se soigner pour être soignante »**. On trouve dans cette pensée l'un des piliers de la psychothérapie institutionnelle : mettre le malade à sa place première : un sujet à part entière. Cette pensée est au cœur de la psychothérapie institutionnelle, et c'est d'après ce principe et le vécu de Saint-Alban que de nouvelles pratiques en psychiatrie naissent. En effet, à Saint-Alban, il faut bien que cette nouvelle population de l'hôpital s'organise : chacun participe donc à la vie collective ; et c'est cet aspect, très fort, qui fera émerger certains principes de fonctionnements tel que la polyvalence, la libre-circulation de la parole et la multiplication des occurrences de rencontre.

L'institution est porteuse de germes, d'aliénation : c'est pourquoi il faut une approche sociologique, en quelque sorte une « sociothérapie » (terme parfois utilisé pour décrire ce mouvement) : il faut traiter l'institution, soignants et soignés, avec des outils pratiques et des concepts philosophiques forts.

La psychothérapie institutionnelle naît donc sur ces bases-là, avec des actes faisant liberté et courage. L'année de création du terme de psychothérapie institutionnelle, 1952 est également l'année de la découverte des premiers neuroleptiques par Laborit, cette découverte et le nouveau traitement médicamenteux qu'elle va susciter va également modifier en partie le paysage psychiatrique et les fondements du soin. La même année (1952), la circulaire 148 du 21/08, amène à faire disparaître le caractère carcéral des hôpitaux psychiatriques. L'enfermement physique et psychique (camisole par les neuroleptiques et la médication) est devenue la solution la plus courante pour canaliser la folie, et cela perdurera au-delà de cette note. Pourtant, ce texte vise à redonner de

9 Que sais-je ? La psychothérapie institutionnelle. Pierre F. Chanoit, PUF, Paris, 1995

la dignité aux personnes hospitalisées, par des mesures concrètes : suppression des uniformes des malades, droit de conserver des objets personnels pendant leur hospitalisation, et aménagement des locaux en lieux conviviaux pour une vie quotidienne plus agréable. Enfin, le ministère de la santé nomme ces établissements « Centres psycho-thérapeutiques » afin de marquer la rupture avec le monde asilaire. L'idée consiste à faire sortir les malades de l'hôpital psychiatrique, et accentuer davantage le « traitement » en extra-hospitalier.

L'idée d'une psychiatrie de secteur germera à cette période ; dans un élan pour casser les murs de l'hôpital et proposer des soins au plus près du patient, dans son environnement. L'hôpital est considéré comme un « instrument de soins » d'après Esquirol, et le malade un sujet de soins, non plus un objet de soins, que l'on regarde, observe, évalue, mesure... ; il devient un sujet que l'on écoute.

La politique de sectorisation, au fil des décrets , puis d'une loi (loi du 25/07/1985), reste le modèle de l'intervention en psychiatrie aujourd'hui. Un secteur recouvre une zone géographique d'environ 70 000 habitants et a pour but d'offrir un panel plus large et plus diversifié de soins, à travers l'apparition de nouveaux dispositifs (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) ainsi que les visites infirmières à domicile. La visée de cette politique est double : on souhaite aborder le soin différemment, en déplaçant l'intervention des équipes, vers des lieux de soin les plus proches du domicile du patient afin d'éviter les effets chronicisants, aliénants et désocialisants de l'hôpital psychiatrique critiqué comme asile. La politique de secteur a également pour but de maintenir une continuité dans les soins, inscrire la relation thérapeutique dans une temporalité, un suivi historique.

Un autre dessein, peut-être moins explicité, est le suivant : on cherche davantage à maîtriser les coûts, et ce en rationalisant l'intervention et en réduisant les dépenses ; la diminution du nombre de lits en psychiatrie est alors un moyen, une solution économiquement intéressante. Depuis les années 80, le nombre de lits en psychiatrie n'a cessé de baisser, et ce de façon considérable.¹⁰

La psychothérapie institutionnelle vient alimenter, controverser, contester, nourrir les pensées de ces époques, avec plus ou moins d'impact, de rayonnement. Actuellement très minoritaire, ce mouvement ; dont les deux jambes sont la psychanalyse et le marxisme résiste encore. Nous ne pouvons pas conclure cette partie sans évoquer Lucien Bonnafé : psychiatre désaliéniste qui a élaboré et œuvrer pour la mise en place d'une politique de sectorisation en psychiatrie et militer en faveur de soins hors les murs, avec une volonté farouche de détruire le

10 Source IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé)
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Lits.htm>
Le nombre de journée d'hospitalisation complète est passé de 40 323 en 1980 à 18 233 en 2008.

système asilaire installé en France. La psychothérapie institutionnelle s'inspire de Bonnafé en tentant de restaurer un potentiel soignant au cœur de la cité, chez les citoyens. « *Qu'y a t il pour votre service ?* » était une question à clamer sur la place publique, au cœur de l'agora et à laquelle il fallait réagir avec autant de disponibilité et de simplicité possible à la souffrance psychique qui nous est montrée là. L'idée des clubs thérapeutiques présents en psychothérapie institutionnelle va dans ce sens, un double mouvement doit s'opérer : les soignants et les patients doivent sortir de l'hôpital et on doit amener les citoyens à venir dans ce lieu d'asile. Les concerts mensuels à la clinique de La Chesnaie donne un prétexte artistique à la rencontre, ils participent d'une dé-stigmatisation et d'une ouverture sur la cité.

Dans ce type de lieux soignants, le soin et le rétablissement ne sont pensés qu'avec le préalable indiscutable de la liberté. La liberté d'être, de circuler (même si cette mobilité est davantage une déambulation errante qu'un chemin précis), de choix est au cœur du soin. Pour rétablir des formes d'harmonie entre la réalité interne du sujet et les conditions externes (vie en société notamment), il faut s'appuyer sur la liberté. L'hospitalisation y est donc toujours libre et les soignants adoptent des postures consensuelles pour favoriser au mieux l'adhésion et le consentement des patients. Partant du postulat, que le soin ne peut avoir lieu, en particulier auprès de personnes ayant des troubles psychiques, sous la contrainte. Comme si contrainte et soin étaient antinomiques par essence. Farouches défenseurs de la liberté, dans son idée et ses applications, ces psychiatres militants et dés aliénistes, au sortir de la guerre, fondent une nouvelle pratique en psychiatrie, arrimée à une nouvelle vision, où la liberté est le noyau dur.

II. Du statut de « malade » à celui d'« handicapé » : quelle place pour le rétablissement ?

« L'être n'a pas d'autres façons d'être que de devenir un déjà plus ou un pas encore. »

Jankélévitch

II. a) Changement de paradigme avec la création du « handicap psychique »

Les personnes que j'accompagne souffrent de pathologies mentales et de troubles psychiques divers : de la schizophrénie à la paranoïa, de la psychose à la dépression, des troubles maniaques et mélancoliques aux névroses phobiques, en passant par la toxicomanie ou la déficience intellectuelle..., la liste de noms apportés par la science est vaste. Les maladies mentales, quels que soient leurs noms, leurs manifestations et leurs traitements, ont, en France, depuis la création de l'hôpital général, été sous l'autorité médicale et psychiatrique. De l'aliéné au dément, la psychiatrie a établi des diagnostics, a nommé les folies observées.

« *Nommer, c'est souvent normer.* »¹¹ Un discours prend toujours le risque de créer ce qu'il nomme, et Patrice Desmons nous en fait la preuve : la grande majorité des pathologies psychiatriques et des noms que la médecine leur a attribués sont passés dans le langage courant, pour devenir des injures... On observe une transformation des mots savants, issus tout droit du registre médical, en insultes : un *idiot*, un « *schizo* », une « *hystérique* » sont autant de termes qui se sont immiscés dans le langage familial et populaire, prenant une connotation péjorative et disqualifiante.

L'anthropologie met en évidence le fait que dans toutes les sociétés la maladie est considérée comme indésirable, représentant une menace pour la société. Dans un souci de préserver le collectif, les malades doivent être secourus par une entité reconnue comme étant en capacité d'abord de nommer, puis de soigner, voire guérir (l'autorité biomédicale en France, mais cela peut être une entité chamanique au Brésil par exemple...). C'est ce « personnage médical » dont parle Foucault qui estime la maladie, donne le diagnostic, propose souvent un pronostic, et ce faisant assigne le sujet à un rôle de malade. Parsons¹² met donc en exergue la fonction de régulation sociale par la médecine : si la maladie est une menace, une déviance sociale, si le malade, du fait de sa maladie (et de ses impacts) échappe aux tâches, à certains rôles ou contraintes qui pèsent quotidiennement sur

11 Patrice Desmons, « Classifier sans stigmatiser » cours DIU Mars 2015, à Lille

12 Talcott Parsons (1920-1979) sociologue américain, structuro-fonctionnaliste

les individus bien portants, alors il acquiert une place particulière : cette place, à part (convoitée ou rejetée) doit être définie par une autorité savante : ici, en Europe, l'autorité médicale. Parsons pointe du doigt, notamment dans son ouvrage « *The social system* », publié en 1951, l'institutionnalisation de rôles et des comportements du médecin et des malades. Cette institutionnalisation des interactions, appuyée et soutenue par des formes de domination : le médecin est savant, il détient le savoir, représente l'autorité et établit des prescriptions. Le malade, lui, est en position de faiblesse, il souffre, représente aux yeux de la société un danger (Peut-il contaminer ? Est-ce une épidémie ? Doit-on se protéger ? L'exclure ?...), il vient chercher de l'aide. Cela devient très particulier dans le cas des maladies mentales : en effet, les individus ne comprennent pas ce qu'il leur arrive (surtout lors des premiers épisodes), sont parfois en « scission avec la réalité »¹³, vivant des hallucinations, pouvant mettre leurs vies en danger...La demande d'aide n'est pas toujours très claire et assumée pour la personne, et est parfois portée par l'entourage.

Néanmoins, ce qui semble distinguer très nettement le handicap de la maladie est la notion d'irréversibilité et de guérison, ou de rétablissement. Si le handicap n'est pas un constituant de l'être, il se manifeste dans certaines situations, et peut être permanent (par exemple la trisomie 21). La maladie, de façon générale, sous-tend une possible guérison, une sortie, une fin de l'état malade. Réversible, la médecine, la recherche, les malades cherchent et trouvent parfois les clés de la guérison. Concernant la maladie psychique, la recherche explore encore les causes d'une entrée dans ces pathologies (celles-ci multiples et variées, sont encore floues) et en cherche également la ou les sorties... La question de la guérison est presque « tabou » en psychiatrie : on entend tout juste parler en France de rétablissement ; et si cela constitue déjà un premier pas, un début de révolution dans cet univers, on préfère quand même le terme « rétablissement » à « guérison ». Comme dans les cas de pathologies somatiques, serait-il plus judicieux de parler de « rémission » ? La guérison, terme certainement jugé trop fort est occulté des pratiques et des discours (notamment de la part des professionnels).

Pourtant la question de la guérison soulève de véritables enjeux éthiques : Peut-on guérir d'une pathologie mentale ? Peut-on « se remettre » d'une schizophrénie, d'une paranoïa ? Si c'est le cas, il nous faut impérativement modifier notre langage, et parler davantage d'épisodes, de phases. Mais cela vient alors remettre en question, et ce de façon profonde, l'apport de Freud et les fondements de la psychanalyse que sont les structures psychiques. Existerait-il alors des structures psychiques fixes ? Depuis Freud, la science a amené de nouveaux possibles, notamment avec

13 Pour reprendre les termes exacts d'une résidente

l'imagerie cérébrale et nous avons désormais connaissance de ce que l'on nomme « la plasticité cérébrale ». Celle-ci modifie-t-elle les structures psychiques du sujet ? Une vision optimiste laisse à penser que cela est possible et qu'il est difficile d'exercer en psychiatrie sans au moins imaginer que oui.

Relativement récent, le concept de « handicap » a moins de deux siècles en Europe. Il émerge dans les pays anglo-saxons à partir du XVIIIe siècle et est utilisé tout d'abord dans le domaine hippique : il signifie littéralement « hand in cap » et exprime l'application d'un désavantage pour les plus « performants » (les meilleurs chevaux et jokers se voyaient désavantagés en devant porter une charge supplémentaire). A l'inverse d'aujourd'hui, il désignait donc une compensation des plus performants vis-à-vis des plus vulnérables. Il visait à rétablir une certaine égalité des chances en corrigeant les plus avantagés : aux meilleurs d'être, en quelque sorte, défavorisés. En deux siècles, le mot se popularise et est validé par l'académie française en 1917¹⁴, venant remplacer les termes « d'infirmité » et « d'invalidité » alors utilisés couramment. Un renversement de sens s'est opéré : actuellement on compense le handicap, on part de ces désavantages pour mettre en place certaines faveurs, certains privilèges ; et on ne désavantage pas (ou plus) les plus « performants » pour réduire les écarts.

Les personnes peuvent être reconnues « en situation de handicap » en demandant l'ouverture et l'accès à certains statuts auprès de la MDPH. Ce nouveau statut « d'adulte handicapé » ouvre des nouveaux droits pour les personnes (par exemple les allocations spécifiques¹⁵) mais également à de nouvelles obligations et devoirs. En effet, c'est la MDPH qui attribue les orientations nécessaires à l'accueil des personnes au sein des divers services existants sur le territoire. Une commission (où siègent différents acteurs médicaux, politiques et sociaux) définit à partir de dossier dans quelles institutions les personnes peuvent être accueillies, hébergées, accompagnées et soignées... Ces orientations jalonnent le parcours des personnes : ces attributions spécifiques permettent, ou non, l'accès à tel ou tel service. Les personnes sont, d'une certaine manière, soumises à cet organisme : c'est la commission qui, à partir des besoins définis et identifiés (à partir d'un dossier papier je le rappelle¹⁶...) ouvre ou ferme les portes des institutions. Les délais sont souvent longs et les démarches bureaucratiques très fastidieuses. Pour exemple la MDPH du Nord (200 agents) traite en moyenne 150 000 demandes par an, ce qui correspond à plus de 63 000 personnes. En classifiant et

14 Bertrand Quentin, « La philosophie face au handicap », Editions Erès, 2013

15 La très grande majorité des personnes que j'accompagne vivent avec cette allocation (AAH d'environ 790 euros) comme unique source de revenu

16 Ou ponctuellement après une rencontre (comme pour l'attribution de la Prestation compensatoire du handicap, où la rencontre sert à évaluer les besoins à domicile), ou un passage en commission

créant une multitude de catégories¹⁷ (censées aider à orienter, mais cloisonnant davantage les différences) la MDPH s'est organisée pour gérer des « masses », en transformant les démarches en procédures, elle a structuré de manière très bureaucratique le parcours des gens. En conditionnant de la sorte l'environnement médico-social, on propose aux personnes en situation de handicap, un univers administratif, empli d'acronyme. Derrière chaque acronyme, on identifie et cerne une « typologie » de public : un ensemble de personnes relevant d'une même institution, de part la généralité de leur handicap (par exemple : la trisomie 21) et non de part la singularité de leur vécu, de leurs difficultés, de leurs envies...

Comment un être singulier peut-il trouver sa place dans ces organisations ? Comment l'expression de son être, sa parole et ses envies peuvent-elles se déployer ? Avec une page « projet de vie » dans un dossier... ? Comment une telle organisation peut-elle faire preuve de suffisamment de souplesse, de flexibilité et de réactivité pour laisser l'entière liberté des personnes à disposer d'elles-mêmes ?

Chaque personne souffrant d'un trouble psychique est unique, et les troubles trouvent place dans cette unicité : aussi variés que divers, aussi surprenants chez certains que prévisibles et chroniques chez d'autres, les manifestations et symptômes prennent différentes formes et s'expriment dans la vie de la personne par autant de biais, de détours et de travers qu'il existe de personnes.

Avec le changement de paradigme expliqué ci-dessus, on observe alors d'autres impacts sur la liberté des personnes : aujourd'hui, les personnes dépendent toujours d'une autorité¹⁸ médicale à laquelle s'ajoute une autorité médico-sociale, qui prend forme dans la création du statut de « handicapé psychique ». Les personnes doivent désormais répondre à leur médecin et à l'équipe soignante ainsi qu'aux travailleurs sociaux et aux experts de la MDPH.

17 MAS, FAM, Foyer de vie, Foyer logement, Foyer d'hébergement, SAVS, SAMSAH...

18 Par exemple, en France, on parle encore d'observance du traitement médical et non d'adhésion (contrairement au Québec)

II. b) Une expérience de terrain : alternative aux hospitalisations au cœur des politiques de désinstitutionnalisation

Après mon expérience Chesnéenne, je découvre le Nord de la France, Lille et ses territoires oubliés ; son passé, son histoire, sa culture, ses gens. L'association dans laquelle j'exerce en tant qu'éducatrice spécialisée a été créée en 1982 suite à la fermeture de l'hospice général de Lille. Un scandale sur les conditions d'hébergement éclate en 1973, amenant les pensionnaires qui y vivaient à déménager vers d'autres établissements. La création de cette association, qu'on nommera ici *Interface*, se fait en pleine révolution psychiatrique : la politique de secteur fait ses premiers pas : on se met à imaginer fermer les endroits clos... L'hôpital psychiatrique doit s'ouvrir sur l'extérieur, de nouvelles pratiques émergent : elles visent à éviter les ruptures dans le parcours des personnes, les hospitalisations trop longues, dont on perçoit les effets iatrogènes. Pour cela, les équipes doivent « aller vers », au-devant des personnes, à domicile, amener le soin, l'écoute, le lien jusqu'à elles.

Interface se crée à travers ce mouvement de désinstitutionnalisation, l'épousant et s'appuyant sur les principes de psychothérapie institutionnelle : l'association accueille les personnes sortant d'hospitalisation en psychiatrie (parfois très longues) en proposant une alternative : un accompagnement éducatif centré sur le logement et le quotidien. Le terme « interface » vient souligner une démarche de transition entre une vie au sein des institutions et une vie (souhaitée, voulue et/ou espérée) au cœur de la cité (hors institution, en milieu dit « ordinaire ») ; l'association ayant pour but d'être un tremplin vers un retour à une vie plus indépendante. Ancrée au cœur de la ville depuis trente ans, l'association s'est développée en tissant un réseau important, avec les acteurs médicaux, sociaux et citoyens (par exemple les professionnels des EPSM, les acteurs sociaux, les maisons de quartier, les clubs de la ville etc). L'association a fait le choix de ne pas avoir de professionnels de la santé et du médical : l'approche est centrée sur la personne et non sur la maladie. En proposant un accompagnement éducatif et social, les professionnels ne cherchent pas les origines ou les causes de l'apparition de la maladie, mais ils tentent d'accompagner (et de modifier) les comportements invalidants. Il s'agit pour Interface de revendiquer une démarcation nette avec l'hôpital psychiatrique : les personnes sont d'abord accueillies dans leur entièreté, avec tout ce qui les compose comme individus singuliers (leurs histoires de vie, leurs envies, désirs, potentiels et aussi leurs difficultés). C'est une autre considération posée autour du sujet : il s'agit souvent de redéfinir (co-définir avec la personne serait plus exact comme terme) une part de l'identité de la personne. Nous reviendrons dans la troisième partie sur ce point.

L'association est constituée de cinq services :

- le foyer de vie (créé en 1985 est le premier service à voir le jour) qui accueille 24 personnes (à partir de 20 ans) avec un accompagnement permanent (personnels présents 24h/24h)
- Créé en 2004, la résidence service est situé au cœur de Lille et est composé de 20 appartements destinés à des personnes de plus de 50ans ayant besoin d'une aide et d'un soutien éducatif et social. Une présence éducative y est assurée de 8h à 20h.
- le SAVS accompagne plus de 50 personnes vivant en autonomie dans des logements ordinaires (dans la métropole Lilloise)
- le SAJ propose des activités encadrées par du personnel éducatif du lundi au vendredi (de 9h à 17h) pour les personnes vivants dans les structures d'hébergement ou sur l'extérieur
- les Habitats partagés : ouvert en 2013, ce dispositif est à mi-chemin entre un service de l'association et un dispositif hors-institution (je développerai autour de ce point dans les pages suivantes).

Le postulat de base de la politique associative est le suivant : l'institution, notamment psychiatrique renforce et alimente certains comportements considérés par la société (famille, voisinage, médecins, entourage social, professionnel) comme « déviants ». Il s'agissait donc au moment de la création d'Interval de faire sortir les personnes de l'hôpital psychiatrique. Trente ans plus tard, l'association, ses principes, ses valeurs et leurs mises en œuvre ont suivi les évolutions sociétales : la psychiatrie publique a fortement diminué ses capacités d'accueil (notamment en terme de « lits »), *Interface* par sa création vient pallier le manque de solution d'hébergement pour ces personnes. En effet, l'institution que pouvait représenter, par le passé, la famille s'est réellement et considérablement délitée (nombre croissant de divorce, émergence de nouveaux modèles familiaux, explosion du nombre de personnes vivant seules...) : la famille est donc souvent en grande difficulté face aux troubles psychiques d'un de ses membres et cherche des solutions, très pratiques et concrètes, autour notamment des lieux de vie et d'hébergement.

La désinstitutionnalisation a peu à peu pris forme dans le paysage psychiatrique et social, *Interface* accueille non plus des « malades mentaux » mais des personnes « en situation de handicap psychique ». Fort de son expérience de trois décennies auprès de personnes ayant des troubles psychiatriques, l'association développe de nouveaux projets, appuyant encore davantage le principe de désinstitutionnalisation. Les Habitats partagés en sont le meilleur exemple : inspirés des « familles gouvernantes », des maisons communautaires et des appartements thérapeutiques, ce dispositif répond à une formule exprimée de façon récurrente par les résidents d'*Interface* : « **Je tiens à ma liberté mais je ne peux pas vivre seul.** »

Pour s'affranchir de l'institution (de ses lois, ses contraintes, ses autorités), le dispositif a donc été pensé comme relevant du droit commun. Atypique dans le paysage social, (tout du moins au moment de l'ouverture, comme toute innovation elle tend à devenir obsolète) les Habitats partagés sont une colocation un peu originale. La création de ce dispositif s'est fait en concertation avec un certain nombre d'acteurs indispensables pour la mise en œuvre de ce dernier : l'EPSM, les associations tutélaires, les personnes demandeuses ainsi qu'un bailleur social. Révélateur des évolutions sociétales, ce projet est issu d'une collaboration, d'un travail fait en partenariat avec le réseau tissé au fil des ans sur le territoire. La mutualisation est le cœur même du projet, de son idée, sa naissance à sa réalisation d'aujourd'hui. Les acteurs cités précédemment ont donc mutualisé leurs idées mais également leurs moyens : en effet, la mutualisation et la désinstitutionnalisation, si elles peuvent avoir des traductions concrètes parfois intéressantes et bénéfiques, servent également les politiques du moindre coût. Le contexte dit « de crise financière » poussent les organismes (collectivités, associations...) à chercher des solutions pour réduire les coûts : les Habitats partagés illustre bien les économies possibles dans ce domaine. D'ailleurs, le projet a reçu quelques mois avant son ouverture un prix de l'innovation sociale, parce que le modèle économique est basé sur la mutualisation des moyens et permet donc une réduction des coûts. Le montage financier vise à allier économie et liberté. Le projet est de pouvoir amener 9 personnes à vivre dans un logement en autonomie, de façon pérenne ou provisoire, suivant les souhaits et libertés de chacun.

Les habitants sont sous-locataires de l'association (qui elle loue au bailleur les trois appartements et met à disposition une éducatrice spécialisée qui coordonne et pilote le projet). Neuf personnes sont accueillies dans trois appartements différents, au sein du même immeuble, et vivent en colocation dans ces trois espaces distincts : en effet chaque appartement a une fonction. Le rez-de-chaussée (appartement où vivent trois femmes) constitue le lieu de vie principal : la cuisine où les colocataires prennent leurs repas ensemble. Le 3ème étage (appartement « fumeur » partagé par trois hommes) est la buanderie et le 5ème étage fait place à un espace d'activité. Le choix d'attribuer une fonction spécifique à chaque appartement vise à inciter la mobilité et le mouvement, créer et faciliter la rencontre entre les colocataires. Pour leurs vies quotidiennes, les colocataires, en partageant leurs repas, la consommation d'eau, d'électricité, le loyer etc, réalisent des économies en divisant les frais. L'aide humaine dont ont besoin les colocataires est assurée par des AVS, présents 7h par jour (essentiellement le matin et le soir). Ces auxiliaires sont elles-mêmes salariés d'une autre association, prestataire de service, qui les rémunère grâce à la PCH. C'est là le principal coût pour la collectivité : le versement de cette allocation de compensation. Déterminée et fixée par la MDPH, suite à une évaluation individuelle, cette prestation est individuelle et vise à compenser les pertes d'autonomie des personnes en situation de handicap en couvrant les frais des aides humaines et

techniques. La MDPH fut donc un partenaire ponctuel dans la mise en route de ce projet : elle accepta de « traiter les dossiers » des personnes désireuses de vivre aux Habitats partagés simultanément et rapidement (les délais d'attribution de la PCH peuvent parfois atteindre un an entre le moment de la demande et la notification). Chaque colocataire bénéficie donc d'une aide financière permettant de rémunérer les auxiliaires de vie (et donc d'assurer le maintien à domicile). A travers « un chapeau commun », tous les colocataires mettent en commun une partie de leur PCH, qui va être utilisée pour les temps forts du collectif et assurer une présence quotidienne d'un AVS matin et soir (de 8h à 14h et de 16h30 à 20h). Puis, il reste une autre part de la PCH qui elle va directement et de façon individuelle à la personne pour permettre une aide personnalisée aux besoins de l'individu propre. Par exemple, Elizabeth a des troubles psychiques et un handicap physique et bénéficie de 45h de PCH par mois : 25h sont attribués au collectif et 20h pour une aide propre à Elizabeth et visant à satisfaire ses besoins individuels (une AVS va l'accompagner pour ses achats de vêtements ou être détaché en plus sur les temps des repas pour l'aider à se nourrir). La répartition de la PCH entre individuel et collectif est faite par la coordinatrice du projet : celle-ci rencontre tous les colocataires individuellement tous les mois pour établir leurs besoins spécifiques à un temps t. Par exemple, Annabelle en septembre a démarré une activité d'animatrice radio avec un groupe, cela a nécessité dans un premier temps la présence d'un AVS, puis elle a su et pu y aller seule. Les temps d'aide individuelle se sont alors réduits, mais ont ré-augmenté avant l'été, Annabelle organisant des vacances à l'étranger, il a fallu des accompagnements individuels pour préparer ces séjours. L'avantage de ce montage est d'être souple, réactif et cherche à être au plus près des désirs, des besoins et des capacités de chaque personne.

En créant du « commun » et en insufflant du collectif, *Interface* s'appuie également sur la connaissance intime de la maladie et l'expertise subjective des troubles de chaque personne pour favoriser une compréhension mutuelle des difficultés et une réciprocité dans les relations. Basée sur l'entraide, la réciprocité entre les colocataires et la vie quotidienne les amène à prendre soin les uns des autres, donc à adopter des positions soignantes. La coordinatrice est garante de la bienveillance des postures et assure une veille sanitaire et sociale. Si aucun règlement de fonctionnement ou quelconque paperasse administrative et institutionnelle n'a été mis en place, en revanche un espace de parole régulier s'est ouvert dans la vie de la colocation. Une réunion hebdomadaire, ou bimensuelle, rassemble les colocataires pour débattre du fonctionnement, poser des mots, réajuster et réguler humeurs et ambiances. La coordinatrice veille à cet espace de parole, garant du respect et des libertés collectives et individuelles.

III. Le parcours de vie comme support au rétablissement

Les deux premières parties de cet écrit nous ont permis, de façon assez succincte, de dresser un tableau, à la fois théorique et pratique, des évolutions de la psychiatrie (de la création de la discipline à son état actuel). Cela me permet de resituer le contexte dans lequel j'évolue actuellement : en tentant d'appréhender de plus près l'histoire de cette discipline, des lieux, des formations, je cherche à cerner les enjeux qui sous-tendent les politiques actuelles de santé, particulièrement en psychiatrie.

III. a) Au service de la liberté, la maïeutique créatrice d'identité

Mais le cœur de mes interrogations vient se loger un peu ailleurs, juste à côté... Passionnée par l'humain, je m'intéresse d'abord et surtout aux gens : qui sont-ils ? D'où viennent-ils ? Par où sont-ils passés ? Que visent-ils ? Quels rapports entretiennent-ils avec leurs troubles ? Que disent-ils de leurs maladies ? De quoi ont-ils besoin ? Puis-je les soutenir, et en quoi ? Je vais dans cette partie développer un récit de mon activité professionnelle : l'entretien ou la mise en mots d'identités.

Depuis trois ans, à *Interface*, je rencontre des hommes et des femmes qui formulent une demande d'aide. Chargée des admissions et des réorientations sur l'ensemble des services du pôle hébergement¹⁹, je mène donc des entretiens avec les personnes concernées par la demande, mais également avec l'entourage, qu'il soit familial ou composé de professionnels soignants ou éducatifs. Je vais dans cette dernière partie approfondir cet aspect pour tenter de dégager des pistes d'amélioration des pratiques. Avant d'aborder le vif du sujet, il me semble important de faire un point méthodologique : je souhaitais au départ de cet écrit créer un « observatoire » des pratiques et des discours par le biais d'entretiens individuels et/ou collectifs. Avec le président du CVS, nous avons proposé (par courrier, environ un mois avant) une rencontre que nous avons nommé « *invitation à vos paroles* » autour de la liberté, du choix et de l'implication de chacun dans son parcours de vie. L'idée était, dans le cadre de cet écrit, de créer un « focus groupe » : le temps d'une rencontre, recueillir les témoignages de personnes accueillies au sein d'Interface et appréhender la manière dont ces personnes s'étaient senties impliquées ou non dans les décisions fondamentales qui les concernent directement (le traitement, le choix du lieu de vie etc). J'imaginai ma posture comme la suivante : professionnelle dans cette association, avec le soutien du président du CVS (qui a cœur sa mission de défendre le droit des « usagers »), je souhaitais réfléchir avec eux dans un groupe

19 Foyer de vie/ Foyer logement et foyer d'hébergement/ Habitats partagés/ SAVS/ Résidence service et SAJ

restreint, anonyme et sans autorité, à leur liberté, notamment de choix. Une dizaine de jours avant, nous commençons à nous douter, avec le président du CVS que la rencontre n'aurait pas lieu, pour diverses raisons : en plein de mois juillet, beaucoup de personnes partaient en vacances, puis d'autres nous disaient ne pas vouloir s'exprimer sur ce sujet, et d'autres semblaient ne pas être intéressé par le thème. Il me semble que nous aurions pu faire différemment pour rassembler plus de personnes et faire exister cette rencontre : en la prévoyant plus en amont, à un autre moment ou en s'inscrivant dans les espaces de paroles déjà existant (par exemple le CVS ou l'assemblée communicante). Toutefois, j'ai pu, par le passé (dans le cadre d'une recherche en Master²⁰), expérimenter les entretiens de recherche comme support méthodologique à la pensée, l'écriture et l'avancée dans la recherche. Si des choses intéressantes peuvent évidemment émerger de ces entretiens, j'ai été également frappé (à plusieurs égards et à maintes reprises) sur le caractère artificiel de ces entretiens. L'aspect « fictif » de ces rencontres peut amener les personnes à adopter un discours quelque peu emprunté, qui ne manque pas de me sauter aux yeux. En effet, au vue de mon parcours (plus de dix ans d'une pratique de terrain) et de ma connaissance du public, je distingue très nettement, comme une fausse note, les discours convenus, forcés. Bref, cette rencontre n'a pas eu lieu, peut-être également parce que j'y crois moins et je m'y fie moins que mes rencontres et mes observations quotidiennes ; même si je comprends également bien (notamment avec ces travaux de recherche) le caractère parfois « fabriqué ou simulé » de n'importe quel entretien...

Il existe, de fait, un hiatus entre le discours officiel (la parole dite), le sous-texte pourrait-on dire (l'inexprimable sensible)²¹ et l'être, le faire. Ce hiatus peut être aussi ténu que considérable. Dans mon métier, à travers l'entretien, je cherche sans cesse à créer des passerelles entre ces diverses perceptions, mettre en déséquilibre ces hiatus, tout en les observant et les utilisant. Inspirée par Carl Rogers, je cherche à adopter, au plus près possible, une posture impliquant *l'empathie*, la *congruence* (indispensable pour relier l'identité, ses sphères et ses hiatus) ainsi que l'incontournable *considération positive inconditionnelle*. Lors des entretiens que je mène quotidiennement, j'essaye d'être la plus vigilante possible à ces trois aspects de la posture : ils sont des garanties au respect et à la bienveillance et offre à la rencontre des potentialités à dire.

20 Master AERTEF (Analyse, Études et Recherches dans le Travail Éducatif et la Formation) Université Lille 3

21 Comme pour un mot d'humour, parfois l'homme rit sans réellement savoir ou pouvoir identifier ce qu'il trouve drôle et pourquoi...

L'art de la maïeutique exige une écoute attentive, une grande disponibilité d'esprit ainsi qu'une justesse d'être. A travers la rencontre, j'exerce mon métier en pratiquant une maïeutique libertaire. Les mots et la pensée servent de supports premiers à l'introspection : il s'agit de guider l'autre dans ses réflexions, l'accompagner, entre autre, à reconquérir des droits, des responsabilités et des libertés.

La liberté est un thème qui m'interpelle et tout particulièrement en psychiatrie. Comme je l'ai dit précédemment, j'ai fait mes premiers pas dans cet univers au sein de cet univers à la clinique de La Chesnaie. Clinique ouverte, les hospitalisations y sont libres et un des principes fondateurs est d'amener la personne soignée à retrouver initiative et responsabilité. La libre circulation est prônée, pour autant on y observe certaines restrictions de liberté : par exemple, les pensionnaires ne peuvent avoir aucun contact avec l'extérieur pendant les quinze premiers jours (cette règle est érigée dans nombre de service). Au sein des hôpitaux psychiatriques, on peut observer encore de nombreuses traces du fonctionnement asilaire des hospices d'antan. Ces règles ne sont pas toujours (loin de là!) explicitées et formalisées mais existent pourtant et se mettent en place de façon tacite. Par exemple que veut dire réellement « hospitalisation libre » en psychiatrie ? Par son existence même, ce terme sous-tend des hospitalisations contraintes et forcées : cela nécessite de réelles interrogations et considérations philosophiques. J'ai en tête la rencontre avec Lucien²² au sein d'une unité de l'EPSM d'Armentières (sur site), ce trentenaire y était hospitalisé depuis quatre ans, en hospitalisation libre. Pourtant, au sein de son unité de vie il était contraint de demander l'autorisation pour sortir, les portes étant perpétuellement fermées. Par manque de place, ou d'unités adaptées, deux personnes étaient dans ce pavillon alors qu'elles étaient en soins à la demande du représentant de l'état (SDRE, ancienne HO), l'ensemble des autres patients (ils étaient une vingtaine) se voyaient alors enfermés sans aucune raison valable, de façon tacite et informelle, mais bel et bien enfermés.

On ne peut pas ne pas se pencher sur ces questions sans avoir recours à la philosophie. J'aimerais ici citer les premières lignes d'Épictète²³ : « *Est libre celui qui vit à sa guise, celui qu'on ne peut ni contraindre, ni empêcher, ni violenter, celui dont les propensions ne sont point entravées, dont les désirs se réalisent, dont les aversions ne subissent point d'échec.* » La définition qu'il propose de la liberté est si pleine, vaste et entière qu'elle inclut difficilement qui que soit...Quelques échanges plus loin, Épictète observe qu'on ne trouve d'aucun qui soit libre. La liberté, considérée comme l'un des plus grands biens humains, est difficile à avoir et à être. Une des clés qu'apporte la

22 Tous les noms et prénoms des personnes citées ont été modifiés afin de conserver leur anonymat.

23 Épictète, « De la liberté », Editions Gallimard, Collection Folio (Société d'édition Les Belles Lettres, 1991)

philosophie stoïcienne réside entre autre, il me semble, dans le travail quotidien à distinguer ce qui dépend de nous et de ce qui n'en dépend pas. La maladie, comme la mort, fait partie des ces impondérables auquel l'homme ne peut échapper. Jusqu'à preuve du contraire, tout homme est confronté à la mort et à la maladie. C'est un état de fait, un invariant naturel, une réalité vécue et observée. En distinguant ce qui ne dépend pas de nous, nous mettons en lumière le pendant : ce qui dépend de nous. C'est une étape indispensable pour retrouver « initiative et responsabilité », c'est en comprenant et discernant cela que nous pouvons savoir où et comment user de sa volonté et de sa liberté. Il me semble donc primordial de questionner sans cesse la privation de liberté : pourquoi Lucien reste-t-il quatre ans en hospitalisation libre dans une unité qui, en fait, est fermée ? L'assistante sociale qui accompagne Lucien est révoltée de ce traitement, elle évoque les contraintes architecturales, l'absence de résistance du corps médical, la résignation (parfois) des familles et/ou de la personne elle-même. Dans cette situation précise, Lucien n'est pas résigné : il veut absolument sortir, et pour ça il a compris les codes et les comportements qu'il doit adopter. Il « étouffe » donc (si je puis dire) ses troubles, ne les nomme pas et cherche à en dissimuler l'existence : il est (ou devient) alors, d'après l'équipe médicale, pris dans un « déni »...

Il me semble que la question de l'identité est centrale en psychiatrie. Les enjeux identitaires sont majeurs et exacerbés pour les personnes ayant des troubles psychiques : en effet, la personnalité de chaque personne est bouleversée par la nature même de la folie. Le tempérament est altéré par les phases successives de la maladie : cet aspect de la maladie mentale est très prégnant notamment chez les personnes souffrant de ce que l'on nomme troubles bipolaires ou psychose maniaco-dépressive.

Mais qu'est-ce que l'identité d'une personne ? Des informations objectives sur un passeport ? un numéro d'allocataire à la MDPH ? Une façon d'être ? Des expressions ? Un regard ? Une fonction ? Un rôle ? Comment accompagner, entendre, accepter, comprendre ces changements identitaires, tant chez la personne concernée que pour son entourage ?

Il s'agira dans le prochain et dernier sous-chapitre d'essayer de « sonder » l'identité vécue de la personne. Comment se raconte-t-on ? Quelles narrations de soi fait-on et que viennent-elles signifier ? Dans quelle mesure ce récit de soi peut-il ouvrir les horizons du rétablissement et de la liberté ?

III. b) Rencontres et mises en mots de soi...

Je vais, ici, me remémorer quelques souvenirs de rencontres, de moments vécus me semblant bien illustrer les notions évoquées précédemment (liberté, rétablissement, identité). De manière très parlante, j'ai choisi des récits font émerger ces thèmes parfois de façon fulgurante et fugace, mais également, de temps à autre, de façon très limpide, claire et explicite. Si mes réflexions se sont portées, tout au long de cet écrit, sur les liens entre récit de soi et identité/rétablissement/liberté, c'est bien parce que dans mon quotidien et mes rencontres, ces thèmes se dégagent de façon marquante. Ma pratique professionnelle, axée sur l'entretien, met en lumière ces connexions. J'ai donc choisi de vous présenter ici quelques personnages qui peuplent mes rencontres : Ludovic, Carine et Clotilde, chacun à leur manière se sont racontés et m'ont éclairé sur leur rapport (vécu intimement) au monde, à la liberté, à soi. Ces exemples ne sont pas exhaustifs et reflètent une part infime de mes rencontres, toutefois ils m'ont semblé très révélateurs, de part la limpidité et la spontanéité des propos tenus, et je les ai choisis pour leurs puissances d'illustration.

Ce matin d'hiver est un matin de ma première semaine à Interface ; faisant le tour des services de l'association, je vais à la rencontre du public, définit comme « toutes personnes en difficulté, et ayant des troubles psychiques ». Ce matin-là, je suis avec Martin, moniteur-éducateur au SAVS, qui m'emmène dans une ville de la métropole, pour une visite à domicile chez Carine. Cette quinquagénaire vit dans un petit studio, où trône au milieu de l'unique pièce un cheval à bascule, vestige décalé d'enfance...Je me présente, avec hésitation et doute, ne sachant pas exactement jusqu'où me livrer... Carine interroge du regard Martin, qui l'invite à se présenter à moi : « Je m'appelle Carine, j'aime le ciel bleu et les marronniers ! ». Immédiatement, le décalage entre ma présentation distante et formelle (en expliquant mon statut d'éducatrice et mon rôle de coordinatrice) et la présentation de Carine me frappe... Si cette définition de soi peut faire sourire, elle vient également nous dire beaucoup sur son rapport au monde. Carine me présenta ensuite « Catholique », un petit ours en peluche qui l'accompagne partout, et particulièrement lors de ses sorties à l'extérieur : mis dans son sac à dos, Catholique fait office « d'amortisseur contre les coups de la vie »...La personnalité de cette femme est étrange, imprégnée d'une « folie douce », et si Carine n'est peut-être pas « rétablie » (elle prend tous les jours un traitement, va voir plusieurs fois par mois une équipe soignante de psychiatrie, un éducateur vient chez elle toutes les semaines) l'équilibre qu'elle a su trouver lui offre liberté et autonomie.

Ce qui me semble frappant et primordial dans cet exemple est l'importance de l'accueil des

folies dans la société. Malgré la présence indéniable des troubles, Carine s'est construit et se raconte un monde, un univers qui lui est rassurant (Catholique veille...). Grâce à cet étayage, Carine utilise ces béquilles pour pouvoir vivre seule, en autonomie, dans son appartement. Aussi variés soient-ils, ces différents soutiens (suivi CMP ; accompagnement SAVS ; son sac à dos et Catholique comme « amortisseurs de coups » ; le chocolat chaud pris dans la même brasserie tous les matins et bien d'autres encore) lui offrent un équilibre, qui, s'il n'est pas un rétablissement au sens strict du terme, s'approche d'une réhabilitation sociale. Carine, comme tout citoyen, jouit de sa liberté dans la cité.

C'est dans un grand hôpital Roubaisien, tout refait à neuf, propre, lumineux que je rencontre Ludovic. Il a à peine quelques mois de plus que moi, une trentaine d'années. Il connaît bien ce lieu, qui me semble, malgré ces grandes fenêtres lumineuses, obscure et triste, malgré tout. Ses premières hospitalisations ont eu lieu il y a une dizaine d'année à l'initiative de la famille. Un diagnostic de schizophrénie a été établi par son médecin psychiatre, que je rencontre en même temps que Ludovic. Ce dernier évoque peu les signes et symptômes de la pathologie, mais ne s'oppose jamais au discours de sa psychiatre, qui doucement mais fermement revient sur ses difficultés, le handicap causé par la maladie. Elle l'inclut dans la conversation, il ne dément pas, opine parfois mais il n'a visiblement pas envie de s'attarder sur ce sujet.. Il m'accueille avec curiosité et enthousiasme : c'est volontiers qu'il se raconte, m'explique qui il est, ce qu'il pourrait envisager souhaiter, hors de ces murs... Quelques mois plus tard, il vient passer une journée au foyer d'Interface, dans le cœur du vieux Lille. Ludovic, toujours hospitalisé, arrive un peu sédaté, son traitement a été augmenté. Autour d'un café, lui et sœur, qui l'a accompagné, me racontent des bouts de leur histoire familiale, définissent des parts d'identité, délimitent des places. Ludovic a échangé quelques mots avec une habitante des lieux : celle-ci a insisté pour lui signifier qu'ici personne n'était « un malade » et personne ne « patientait ». Je soulève la réplique pour expliquer à Ludovic, relativement interloqué qu'effectivement si la maladie psychiatrique existe, se manifeste, elle n'est pas dans ce lieu un objet de soin. La personne en revanche, Ludovic par exemple, est accueillie dans la totalité de son être, avec la maladie, ses signes, ses bizarreries, ses impacts handicapants, mais surtout avec son vécu, ses forces, ses envies, son avenir à créer. Derrière un sourire un peu planant, Ludovic, d'après ses termes exacts, me confie « aimer le concept ».

On voit ici l'importance que revêt la sémantique : au-delà du regard porté sur la personne, le langage et les mots utilisés pour définir une personne participent de la construction d'une identité. Ici, de façon claire, Ludovic me signifie préfère être nommé « résident » ou « locataire » plutôt que « patient ». Dans quelle mesure ces appellations induisent-elles des enfermements identitaires ? Peut-on, en modifiant ces dénominations, influencer sur l'identité, et modifier la maladie ?

Les entendeurs de voix²⁴ expriment clairement les révolutions que ces ouvertures ont pu provoquer, en bousculant dans leurs fondements certaines identités construites. Se constituant en groupe, ils cherchent d'abord à s'entraider, à maîtriser ensemble ces troubles. Mais un des bénéfiques, peut-être indirect au départ, est de les amener à se considérer différemment, à porter sur eux un regard autre que celui du « fou chronique », et à s'autoriser l'espérance. En se revendiquant « entendeur de voix », ces personnes cherchent également à transformer le statut qui leur est proposé dans la société, à modifier les désignations communes, donner un autre regard, d'autres termes à la folie, tout en marquant et assumant leurs différences : oui, ils entendent des voix. Cette prise de position fait contrepoint aux autorités (médicales, administratives, sociales), et fait entendre d'autres voix, moins connues, celles des entendeurs de voix...

Toujours à Roubaix, je vais à la rencontre d'une femme, qui, me dit-on, a une déficience intellectuelle, des troubles psychiques, et ne travaille plus depuis deux ans : elle doit partir du foyer qui l'accueille²⁵, celui-ci étant uniquement réservé aux travailleurs. Elle ne me connaît pas et se présente spontanément : « Connaissez-vous Yolande Moreau ? J'ai arrêté de travailler après un dernier tournage avec elle, je trouvais que c'était une belle fin... Je suis comédienne, et vous quel est votre métier ? » Je réponds que malheureusement je ne connais pas personnellement Yolande Moreau, n'étant pas actrice, mais éducatrice (une autre forme de rôle..). Dans cette situation, l'asymétrie de la relation devient intéressante, pour moi (de la place « d'aidante »), elle s'inverse par rapport aux habitudes normées du rapport soigné/soignant ou éducateur/éduqué : le fait d'être non-sachante à cet endroit (la comédie) rappelle l'humilité nécessaire à la création d'une relation où les enjeux de pouvoir sont limités et non-violents.

Là encore, la qualification donnée est primordiale : cette femme ne se reconnaît ni sous la dénomination de patiente, résidente ou personne en situation de handicap, son identité perçue et vécue est celle d'une comédienne. Et c'est au travers de cette considération qu'elle construit sa vie, ses relations et son identité. Il en va de même pour les personnes hospitalisées à la clinique de Chailles, si ceux-ci sont parfois nommés patients ou pensionnaires, le terme le plus employé est celui de « chesnéen », habitant de la Chesnaie, confondant ainsi soignants et soignés.

24 Rencontré au DIU et entendu sur France Culture, « Les pieds sur terre » émission du 09/03/2015

25 La catégorisation démentielle des organismes administratifs regroupe et distingue (entre autre) les travailleurs des non-travailleurs : classifiés, les foyers deviennent alors FH, FL, FAM, FL, FV... Ces attributs administratifs limitent les conditions d'accueil des personnes

Cette fois-ci, c'est à la frontière belge, à Armentières que je vais à la rencontre de Clotilde, une jeune trentaine, qui a déjà passé quasiment la moitié de sa vie en hospitalisation. Victime toute son enfance de parents maltraitants, elle a connu l'enfermement (dans une cave), l'humiliation, les maltraitances physiques, sexuelles et psychiques ; c'est suite à un signalement qu'elle est prise en charge à l'âge de 14 ans par un service de psychiatrie (adulte, car il n'y avait pas de place en pédopsychiatrie). Enjouée et ravie de désertier l'hôpital, elle arrive un mardi matin au foyer, elle se raconte. Revisitant Perret, elle est fière de me dire qu'elle chante régulièrement cette parodie à sa psychiatre, et sa voix fluette se met à chantonner...

*« Ouvrez, ouvrez la cage aux barjots
Regardez-les s'envoler, c'est beau
Les psychiatres, si vous voyez
Des p'tits barjots prisonniers
Ouvrez leur la porte de la liberté! »*

Ce dernier exemple résonne en moi comme un élan citoyen et démocratique, une pulsion libertaire : Clotilde, par ce chant, clame son envie de liberté et à plusieurs reprises elle m'exprimera son besoin de se ré-inventer, par la liberté, celle-ci étant posée comme condition sine qua non. Sa reconstruction identitaire passe par une introspection, une analyse de son passé, un présent doté de liberté et un futur ouvert, où l'espoir y a une place. La liberté ressentie, le changement de statut dans la société, l'espoir que peut véhiculer le changement, par exemple de lieu de vie (très fort chez Clotilde, celle-ci porte beaucoup d'espérance : sortir d'hospitalisation est pour elle la possibilité réelle et concrète de ne plus être seulement identifier comme malade) font certainement partie des conditions à réunir pour favoriser le rétablissement. La mise en mots de cela fait partie de mon métier, ce sont ces mots qui constituent le matériau de base de ma pratique. En pétrissant avec les gens ces mots et ces passés, en imaginant des avenir et des possibles, nous aménageons ensemble des espaces de liberté propices à la guérison.

Conclusion

M'inspirant de la clinique narrative et de la maïeutique, j'ai construit, au fil des rencontres qui ont jalonné mon parcours, une pratique de l'entretien et ces quelques pages visent à mettre en évidence comment la mise en mots permet, de façon intrinsèque, par l'énonciation même des choses, « ouvrir les possibles ». A travers la narration de soi, nous explorons avec les personnes passé, présent et futur. Le passé a eu lieu : il s'agit d'y revenir et de le comprendre, le présent est l'actualité de la personne, moment vécu en suspension, et le futur reste à imaginer, à penser, puisque rien n'est encore joué...

Mais cette mise en mots est-elle une condition nécessaire au rétablissement et à la prise de pouvoir et de liberté (« empowerment ») ? En effet, les personnes dites « rétablies » ou « guéries » n'ont alors plus besoin d'un accompagnement, que celui-ci soit social, éducatif, médical ou psychologique. Elles ne s'adressent plus aux professionnels justement parce qu'elles sont guéries, et nous avons donc peu de recul et de visibilité sur cette guérison, si elle existe... Il est donc difficile d'apprécier l'impact de notre action, et particulièrement de la mise en mots. Les Habitats partagés sont un dispositif (de droit commun) nous permettant d'avoir, à certains égards, prise, sur ce rétablissement : nous y avons observé, tout d'abord, une nette diminution des hospitalisations (seulement un des neuf colocataires se fait hospitaliser très régulièrement, les autres depuis leurs entrées aux Habitats n'ont plus jamais été hospitalisé), une baisse des traitements médicamenteux et un allègement des mesures de protection juridique (en l'occurrence pour 1 personne). Toutefois, si ces colocataires sont, pour certains, sur la voie du rétablissement, la mise en mots de leurs parcours est-elle centrale dans cette guérison ? J'ai pu observer dans mon parcours personnel (auprès d'une amie) un rétablissement fait sans l'aide d'aucun dispositif, et avec une mise en mots très limitée, voire inexistante, autour des troubles, du parcours (ce qui n'exclue par pour autant le travail d'introspection et d'analyse). Est-ce qu'une sortie rapide des structures spécialisées ne favoriserait-elle pas, à certains égards, le rétablissement, à travers un « retour à la norme ».

En interrogeant ici les limites de la mise en mots, je questionne aussi ma pratique quotidienne : en effet, que faire quand je rencontre M. Brauchon ? Accueilli dans un centre d'urgences, ce M. vivait depuis toujours (environ 30 ans) avec son frère, chez celui-ci. Son frère ne souhaitant plus l'accueillir, M. se retrouve contre son gré dans cette structure, où les professionnels font appel à mes services pour proposer et imaginer avec lui une solution durable et pérenne. Je me rends donc dans les Pévèle, en pleine campagne, à la rencontre de M. Brauchon : il ne veut parler à personne, a priori ne comprend pas (ou ne veut pas l'entendre) ce qui lui arrive. Je me présente donc à un homme, qui a tourné sa chaise, presque dos à moi, ne me regarde quasiment pas, et nous

« boude » tous autant que nous sommes. On peut imaginer qu'ici une des missions des travailleurs sociaux et des soignants va être, au-delà de la protection, d'amener M. à parler, à formuler une demande, à travailler un projet de vie souhaitable, possible et réalisable (par exemple, trouver un lieu de vie autre que chez son frère). En attendant, et ces situations urgentes deviennent parfois durables..., la mise en mots ne peut nous servir d'outil, l'énonciation étant impossible... Que dire également des personnes trop envahies par les troubles ? Je pense à Daphné, cette femme prise dans des logorrhées interminables, ayant sa parole prisonnière de sa pensée, qui tourne ne boucle sur des délires. Quand le traitement médical, l'accompagnement éducatif, le contenant social n'arrive pas à apaiser la personne, à réduire la prégnance des troubles, comment utiliser la narration de soi comme support à la liberté et à la guérison ?

Je suis quotidiennement interpellée dans ma pratique professionnelle, peuplée de rencontres ordinaires et extraordinaires, par ces questions. Sans réponse unique, chaque situation exige alors un regard personnalisé, une coordination avec l'entourage pour et au service de la personne concernée. Le temps me paraît être un invariant d'une aide précieuse, en effet personne ne peut faire sans le temps, il s'impose à nous, contraignant ou porteur d'espoir, mais bien réel.

La guérison comme l'entrée dans la folie reste encore pour moi des domaines bien mystérieux : comment le cerveau humain, sa pensée, ses émotions perdent-elles ainsi les racines de la raison ? Comment ce même cerveau humain, qui a « décroché » à un moment donné se rattrape-t-il aux branches de l'entendement ? C'est parce que ces questions n'ont pas trouvé toutes les réponses et parce que la rencontre avec le cœur de l'humain me passionne, que je continue de chercher et de pratiquer, inévitablement et nécessairement soumise à mon cerveau et ses flux de pensée, de questionnements.

Bibliographie :

Œuvres littéraires :

- CHANCIT Pierre F, *Que sais-je ? La psychothérapie institutionnelle.*, PUF Paris, 1995
- COUPECHOUX Patrick, *La déprime des opprimés, enquête sur la souffrance psychique en France*, Seuil, 2009
- *Un monde de fous, Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Seuil, 2006
- EPICTETE, *De la liberté*, Les belles lettres, 1991
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1972
- GORI Roland et DEL VOGO Marie-José, *La santé totalitaire, essai sur la médicalisation de l'existence*, Flammarion Champs essais, 2009
- GREACEN Tim et JOUET Emmanuelle, *Pour des usagers de la psychiatrie, acteurs de leur propre vie*, Editions Erès, 2012
- LANDMAN Patrick, *Tristesse Business, le scandale du DSM5*, Max Milo, 2013
- QUENTIN Bertrand, *La philosophie face au handicap*, Editions Erès, 2013

Sites internet consultés:

- <http://leportique.revues.org> Revues de philosophie et de sciences humaines
- <http://collectifpsychiatrie.fr> « Collectif des 39 contre la Nuit sécuritaire »
- <http://mediapart.fr> (Divers articles et entretiens portant sur la psychiatrie et ses évolutions)
- <http://cairn.info> « Chercher, Repérer, avancer »
- www.chesnaie.com Site de la clinique de psychothérapie institutionnelle, La Chesnaie
- www.meirieu.com Site de Philippe Meirieu : Histoire et Actualité de la pédagogie

Œuvres cinématographiques ou artistiques :

- « San Clemente » film documentaire de Raymond DEPARDON et Sophie Ristelhueber, Italie, 1981
- « Vol au-dessus d'un nid de coucou » film réalisé par Milos FORMAN, Etats-Unis, 1975
- « A Dangerous Method », film réalisé par David Cronenberg, 2011
- « Radio schizo », documentaire réalisé par Karin RONDIA, Belgique, 2002
- « La moindre des choses », documentaire réalisé par Nicolas PHILIBERT, France, 1997
- « Jimmy P, Psychothérapie d'un indien des plaines » film réalisé par Arnaud Desplechin, 2013
- « Les mains de Camille ou le temps de l'oubli » par la compagnie Les anges au plafond, France, 2013 (vu à l'hippodrome de Douai)

Emissions de radio :

« Extramuros : chroniques de la folie à Bondy », France Culture, documentaires de F. SELORON et Y. TRUCHBAND, 1995

« La Borde : une clinique psychiatrique toujours hors-norme », France culture (Sur les docks), un documentaire de Jeanne Aptekman et Christine Robert, le 10/04/2014

Autres sources d'inspiration, de réflexion :

Philosophie Magazine

Santé Mentale

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre Médico-Psychologique

CVS : Conseil de Vie Social

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HO : Hospitalisation d'Office

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

PCH : Prestation Compensatoire du Handicap

SAJ : Service d'Accueil de Jour

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale