

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM /CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme interuniversitaire
« Santé Mentale dans la Communauté »

Un Psy-Trialogue à Saint Etienne : mise en place pratique et réflexions théoriques

Année 2019

Romain Pommier

Remerciements

A Aude Caria, tant sa détermination à la direction du Psycom, est source d'inspiration. Elle m'a permis de donner encore un peu plus de cohérence aux multiples « identités » qui me constituent et m'a encouragé à lutter contre toutes les formes de discrimination.

A Jean-Luc Roelandt, qui m'encourage fortement à passer par la fenêtre, si on ne m'ouvre pas la porte. L'enjeu est trop important pour nos concitoyens aux prises avec des troubles psychiques pour ne pas se résigner et ne pas se décourager face à la situation actuelle.

A tous les intervenants qui nous ont partagé leurs connaissances et leurs expériences lors de ce DIU, leur engagement sincère est une motivation supplémentaire.

A mes compagnons du DIU, pour les échanges nombreux et les témoignages personnels que nous avons pu échanger, certains ont particulièrement résonné avec mon histoire et mes différents engagements, merci à Marion, Janique, Cyril, Jean et Xavier tout particulièrement.

A notre Copil du Trialogue, nouvel équipage engagé dans la transformation de cette société que nous sommes nombreux à appeler de nos vœux, plus fraternelle, et plus égalitaire.

Ce que vous faites pour moi...si vous le faites sans moi...vous le faites contre moi (Gandhi)

Table des matières

Introduction	4
I. L'intérêt d'une approche collaborative pour cerner les problématiques en santé mentale.....	5
1) <i>Le nécessaire et encore insuffisant travail avec les proches aidants.....</i>	5
2) <i>« Rien sur nous sans nous », la participation des personnes directement concernées comme postulat fondamental en santé mentale communautaire</i>	7
3) <i>Le Psy-Trialogue : comme une approche innovante déjà expérimentée ailleurs.....</i>	9
II. Le développement du Psy-Trialogue sur Saint Etienne, dans une ville en mutation.....	13
1) <i>Psy- Quadrialogue ou Psy- Trialogue ? Récit d'une ambition avortée et l'importance des dynamiques locales.....</i>	13
2) <i>Sur la renaissance de Saint Etienne : par et pour ses habitants ?</i>	15
3) <i>Derrière une discrimination à tous les niveaux, une volonté farouche de faire face ensemble pour transformer le réel.....</i>	17
III. La mise en place du Psy-Trialogue en pratique	20
1) <i>Historique et insertion dans la dynamique de la réhabilitation psychosociale sur la Loire</i>	20
2) <i>Constitution du Copil : entre co-invention et détermination</i>	22
3) <i>L'observateur observé ou la présence de l'association DanaeCare : l'enjeu de la relation humaine en santé.....</i>	28
IV. Réflexions théoriques et perspectives.....	30
1) <i>L'expérience de Paulo Freire sur l'éducation de tous par tous et l'engagement de Frantz Fanon.</i>	30
2) <i>L'apport de Cynthia Fleury : une nouvelle philosophie pour le soin.....</i>	33
3) <i>Ouverture à l'engagement écologique comme principe humaniste fédérateur : Le Jardin des Mélisses dans le réseau des Jardins de Santé de la Loire</i>	35
Conclusion	37

Introduction

Ce mémoire, réalisé dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire de Santé Mentale dans la Communauté vise à rendre compte d'une réflexion et d'un projet mené dans le champ de la Santé Mentale Communautaire.

Cette proposition a pris forme au carrefour de mon activité professionnelle en cours en tant que psychiatre, responsable médical d'un centre référent de réhabilitation psychosociale, poste que j'occupe depuis 3 ans, et de la réflexion menée lors de mon cursus d'étudiant au sein de ce DIU durant l'année 2019.

L'origine de cette proposition faisait suite à l'impérieuse nécessité de prendre en compte la place des aidants familiaux dans le cadre de ma pratique professionnelle. La question n'étant plus de savoir si nous devons associer les aidants des personnes que nous accompagnions, cela est aujourd'hui une évidence et nous le faisons déjà.

La question était de savoir comment et avec quels dispositifs ?

Ainsi, nous verrons que la découverte d'un dispositif comme le Psy-trialogue permettait d'aborder cette question sans mettre de côté la volonté farouche et si nécessaire d'y associer les personnes concernées, non plus regardées comme elles le sont trop souvent en tant qu'objets de soins, mais avant tout comme sujets de droits.

Nous en rappellerons l'importance en première partie.

Dans la suite de ce mémoire, il sera aussi question d'évoquer l'environnement local, car si, comme d'habitude nous manipulons des concepts parfois abstraits, ceux-ci ne doivent jamais être hors sol, déconnectés d'une réalité locale qui nous est contingente, qui nous limite souvent mais qui porte pourtant en elle de nombreuses ressources. Cela est particulièrement vrai dès lors qu'on parle de santé mentale communautaire. Nous évoquerons la ville de Saint Etienne, lieu de notre pratique et ville en transformation, qui nous paraît être un terreau fertile à cette expérimentation et à d'autres initiatives engagées, que nous esquisserons comme ouverture finale à ce travail.

Il s'agira ainsi de mener une réflexion sur l'aspect communautaire de ce dispositif en termes de possibilités mais aussi de limites. En cela, nous proposons de mettre en perspective les étapes de sa mise en place avec les ressources qui nous ont été transmises à travers ce DIU, particulièrement en ce qui concerne la participation des usagers et l'importance de la lutte contre la stigmatisation.

Nous rendrons ainsi compte, de manière pratique de comment s'est élaboré ce dispositif, et tenterons de l'articuler avec des réflexions plus théoriques et philosophiques sur les dynamiques qui nous semblent être à l'œuvre. Nous focaliserons le propos sur la participation des personnes directement concernées aux politiques de santé leur enrichissement par la contribution de leur vécu expérientiel.

C'est à ce prix que se développera selon nous une vraie pratique orientée vers le rétablissement à tous les niveaux de l'organisation du système de santé.

I. L'intérêt d'une approche collaborative pour cerner les problématiques en santé mentale

1) Le nécessaire et encore insuffisant travail avec les proches aidants

« Aidant familial », « proche aidant », « aidant naturel », « aidant familialier » ...

Plusieurs appellations existent pour désigner les aidants.

Les statistiques prouvent que les aidants sont dans leur quasi-totalité issus de l'environnement familial. On parle alors d'aidant familial ou de proche aidant.

Ainsi dans le sondage Baromètre sur la schizophrénie, *publié* le 27 septembre 2018 : enquête réalisée en mai-juin 2018 par téléphone auprès d'un échantillon de 2007 personnes représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, on apprend que les répondants sont 86% à aider un membre de leur famille et on apprend que 58% sont des femmes.

Selon l'article R245-7 du Code d'action sociale et des familles, « l'aidant est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide peut être prodiguée de manière plus ou moins régulière, sur des périodes plus ou moins longues voire de façon permanente. »

On distinguera ainsi l'aidant familial, de la personne de confiance et du tuteur familial, même si fréquemment l'aidant assume également ces rôles, ce n'est pas toujours le cas.

On parle aujourd'hui par extension du concept de « *burnout des familles* » « *d'épuisement des familles* » et même de « *traumatisme pour les familles* » dans le champ de la gérontologie ou encore des soins palliatifs, mais peu voire pas en psychiatrie. « Au mieux » dans le champ de la psychoéducation on parle de « fardeau » des familles mais on ne tient pas compte de l'effet traumatique chronique de la maladie.

Plusieurs familles que nous accompagnons sur le centre de réhabilitation depuis quelques années nous font part de cette expérience qu'a été la découverte de la maladie chez leur proche :

« *C'est comme un tsunami dans nos vies* » ; « *On se retrouve à prendre des décisions pour lui qui est devenu incapable de le faire* » ; « *C'est une chape de plomb qui nous tombe dessus et nous écrase* » ; « *C'est lui le patient c'est lui qui va le plus mal, mais c'est la vie de toute la famille qui bascule* » ; « *Et si je ne faisais pas ce qu'il fallait ?!* »

La psychoéducation à destination des patients, reconnue aujourd'hui comme intervention thérapeutique complémentaire des prises en charges classiques, notamment dans la schizophrénie a donné lieu à de nombreuses recherches et évaluations. Elle constitue aujourd'hui une recommandation dans les guidelines internationales. Elle permet à la personne aux prises avec un problème de santé d'être plus actif dans sa connaissance et sa gestion de sa situation personnelle (**Petitjean, 2011**).

Il est d'ailleurs très intéressant de voir que les personnes ne souhaitent plus que l'on parle d'éducation thérapeutique ou de psychoéducation tant ce terme ramène à une position infantile,

et que de plus en plus de personnes concernées par les troubles y préfèrent le terme de « formation à la santé et au rétablissement ».

Aujourd'hui cette proposition thérapeutique se décline aussi pour les aidants. Dans ce champ, le terme apparaît en 1980 dans un article d'Anderson et Hogarty (**Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980**) et renvoie à une intervention familiale à visée dialectique et thérapeutique .

Onze ans plus tard, ces auteurs démontrent que la psychoéducation est devenue incontournable du point de vue de l'efficacité thérapeutique et tout particulièrement dans la schizophrénie (**Hogarty et al., 1991**).

Car dans de nombreuses situations, la famille peut constituer un « partenaire » précieux et un levier thérapeutique majeur. A contrario, « l'exclusion » de la famille peut concourir à une fragilisation indirecte du patient (**Ausloos, 1994**) risquant de compromettre l'alliance thérapeutique (**Foreman & Marmar, 1985**).

Plusieurs processus psychiques peuvent être « mis en jeu » au sein de la dynamique familiale dans la réalisation de certains objectifs des personnes accompagnées en réhabilitation comme le processus de séparation et d'individuation à l'œuvre dans la question de l'autonomie des personnes et une forme de conflit de loyauté à l'œuvre quand la famille n'est pas associée ou ne soutient pas le projet de la personne.

Comme le rappelle Bantman, « *Les projets élaborés avec le patient auront d'autant plus de chance de se concrétiser que la famille y aura participé ou en aura été informée (...) En l'absence d'un soutien parental, il existe peu de chance pour qu'un projet d'autonomisation aboutisse. La séparation, si elle intervient, doit se produire sans rupture. (...) Les parents sont revalorisés par la découverte de leurs capacités d'aide pour leur enfant, que leurs échanges fréquents avec les soignants les amènent à investir autrement* (**Bantman, 2005**).

Par ailleurs, en réhabilitation une offre de soins particulièrement développée en remédiation cognitive, d'entraînement aux habiletés sociales ou de psychoéducation produisent des effets qui se mesurent dans l'environnement de vie du patient qui se trouve souvent être la famille.

C'est le groupe d'Education Thérapeutique A.V.E.C (Accompagner, Valider, Ecouter, Comprendre) qui a été proposé dans un premier temps au sein du centre de réhabilitation. Son contenu a été élaboré par une psychologue québécoise, Tania Lecomte.

Ce groupe de psychoéducation proposait plusieurs objectifs : mieux appréhender la maladie de son proche, s'informer sur les manifestations de la maladie, travailler à partir de sa propre expérience et de son propre ressenti, partager son vécu et son expérience avec d'autres familles. Il réunissait jusqu'à 8 proches aidants au contact de 2 thérapeutes (en l'occurrence le psychiatre et la psychologue clinicienne du service).

Inspiré de l'approche de la thérapie comportementale et cognitive, il invite les participants à considérer les expériences de leur proche de manière différente (en distinguant notamment les comportements, les émotions et les pensées, grâce à des exemples censés représenter les situations vécues par les familles dans la rencontre avec leur proche et la manifestation de sa maladie.)

Parmi les retours de ces animations deux remarques ont particulièrement attiré notre attention, issues directement des propos des proches aidants : un discours parfois trop technique et l'absence de témoignages de personnes directement concernées.

La perspective qu'un groupe de psychoéducation du type Pro-famille puisse être développé par des partenaires nous a donc conduit à une nouvelle réflexion et une nouvelle proposition complémentaire à destination des aidants en respectant cette parole recueillie auprès des familles et en y intégrant les personnes concernées.

- 2) « Rien sur nous sans nous », la participation des personnes directement concernées comme postulat fondamental en santé mentale communautaire

Le 6 Juin 2019, alors que nous nous apprêtions à connaître notre dernière semaine de formation du DIU sous le soleil de Marseille, se tenait à Paris le dernier atelier de rencontres « Parlons Psy », évènement co-organisé par l'Institut Montaigne et la Fondation de France.

Cette démarche réunissait les « acteurs régionaux de la santé mentale, les familles et surtout les personnes concernées pour élaborer ensemble des solutions et des moyens d'actions pour améliorer le quotidien des personnes souffrant de troubles psychiques. »

Ainsi plus d'une centaine de personnes étaient réunies pour partager leur expérience et formuler des recommandations ensemble selon plusieurs thématiques.

L'atelier parisien a été organisé en présence de Iannis Mc Cluskey, fondateur du réseau romand des pairs praticiens en santé mentale, et membre de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, au sein du laboratoire d'enseignement et de recherche en santé mentale et psychiatrie. « *Il faut amener les personnes malades à être bien mais pas forcément leur imposer sa propre perception du bien-être* », a-t-il plaidé à cette occasion.

Cette rencontre clôturait un tour de France initié en 2018 dans 8 Villes de France (après Marseille, Lyon, Lille, Nantes, Colmar, Nancy et Bordeaux) qui rendra ses conclusions globales le 9 décembre 2019 à Paris.

Cet atelier a été conclu par Claire Le Roy-Hatala, sociologue, et Frédéric Théret, directeur du développement à la Fondation de France.

Selon eux, et selon les rapports qui retranscrivent cette expérience, ce huitième atelier fut un moment exceptionnel de travail en commun avec des échanges, des partages d'expériences, et des rires... qui ont pu être exprimés par les participants : « nous allons faire ensemble ! ».

Les participants ont su se parler sur un pied d'égalité et c'est là la première petite pierre à ce souhait d'expérience partagée : « apporter des idées et être force de propositions (« c'est le sujet de tout le monde »).

Il est essentiel de faire de la psychiatrie un sujet attractif, pas parce qu'il est compliqué et révoltant mais parce que sur le terrain des hommes et des femmes créent, innove et font en sorte que la qualité de vie des patients soit améliorée. On s'aperçoit aussi qu'entre toutes les

personnes qui ont participé aux ateliers, il y a de la convergence : aller vers des pratiques laissant la place à la personne concernée par des troubles psychiques.

La remarque entendue lors de ce groupe de psychoéducation réunissant proches et professionnels a particulièrement fait écho au vécu ressenti lors de ma formation au DIU cette année.

En effet, chacun y venait avec son expérience et l'autorité de son vécu. Au fur et à mesure des sessions des liens se sont tissés entre les participants et le contact avec des personnes concernées par le trouble psychique, sans que je sois leur thérapeute, a transformé le regard que je portais sur eux et inévitablement sur moi.

Il a légitimé chez moi une forme de savoir d'expérience que nous n'avons pas toujours la possibilité de convoquer dans le colloque singulier avec nos patients parfois par manque de temps mais surtout parce que l'on ne se l'autorise pas assez. Il est ainsi heureux de voir le système de formation du monde de la santé actuellement se réformer tant il nous a pour beaucoup déformés...

Il m'a rappelé encore que le savoir, et donc le pouvoir doit être partagé, redistribué pour que s'opère vraiment cette révolution dont le système de santé a besoin.

Il est un espace déjà investi par les personnes concernées, même s'il a tendance à être invisible de prime abord : c'est internet

Lecteur assidu du blog « Comme des Fous », espace d'expression organisé entre autres par le président de l'association qui organise ce blog, un certain Joan, j'y ai trouvé la prise de parole de personnes concernées qui revendiquaient une « citoyenneté thérapeutique ».

Il considérait que « ce n'est pas parce qu'on est malade qu'il faut conquérir le droit à s'exprimer publiquement mais que « la citoyenneté et son droit à l'expression est valable avant, pendant et après ce qu'on appelle la maladie ».

La maladie certes peut empêcher son expression, mais notre société peut tout autant empêcher les personnes aux prises avec elle de s'exprimer compte tenu des représentations qui entourent la maladie, et au fond « la seule différence peut empêcher »

Ainsi que l'annonce sa page de présentation : *Le blog Comme des fous est né en 2015 comme un média collectif pour changer les regards et oser parler de folie, non pas juste pour positiver, esthétiser ou politiser la folie, mais pour changer ensemble les représentations sociales.* »

En avril 2019, l'association *Comme des fous* est créée avec pour objet la dé-stigmatisation des troubles psychiques par la communication numérique et médiatique de la parole des personnes concernées par et pour elles-mêmes afin de :

- promouvoir l'expression et la communication de personnes en situation d'isolement ou de fragilité, confrontées à un problème de santé mentale ;
- permettre une participation effective des usagers de la santé mentale aux instances de la vie publique.

Les participants des ateliers « Parlons Psy » citaient ainsi Edgar Morin et sa théorie de la complexité « qui ne se réduit ni à la science ni à la philosophie mais qui permet leur intercommunication ». Il nous rappelait que « le vrai problème c'est que nous avons trop bien appris à séparer. Il vaut mieux apprendre à relier. Relier, c'est-à-dire pas seulement établir bout à bout une connexion, mais établir une connexion qui se fasse en boucle ».

La pensée complexe englobe trois modes de pensée : la pensée critique, la pensée créative et la pensée responsable.

La psychiatrie NOUS OBLIGE ainsi à créer cette dynamique de connexions en boucles. Un des participants de ces ateliers débats nationaux déplorait ainsi l'absence de lieux de discussion et de partage d'expérience sur le modèle des ateliers Parlons Psy : « Il faudrait inventer de nouveaux instruments de fraternité nous proposait-il ».

Alors à partir de quoi nous pouvions inventer comment après avoir « pensé global », nous pouvions agir « local » ?

3) Le Psy-Trialogue : comme une approche innovante déjà expérimentée ailleurs

Le Psy-Trialogue se réalise sous la forme d'ateliers de débats et d'échanges autour du vécu des patients et ex-patients, de leurs proches et des professionnels. C'est un espace où partager sa propre expérience et s'enrichir du vécu de l'autre, où confronter sa propre réalité et ses certitudes à celles des autres. Pendant longtemps, les patients se sont trouvés confinés dans le rôle d'objets de traitement, alors que leurs proches étaient considérés comme des perturbateurs.

Ils se rencontrent à présent en tant que participants au Psy-Trialogue et ils ont tous le même statut. Les rôles s'échangent : les patients sont considérés comme des experts, les proches apportent leur expérience personnelle, et les professionnels sont poussés à se mettre au niveau de l'expérience subjective. Toute personne intéressée ou concernée par le vécu de l'altérité psychique peut participer aux séances

Voilà comment est présenté ce dispositif selon Pro-Mente-Sana, une organisation suisse romande privée d'aide aux personnes en situation de handicap psychique.

Historiquement, le Psytrialogue (ou Psychosen-Seminar) est né à Hambourg au début des années 1990, suite à l'émergence des groupes mécontents du système psychiatrique, décrit sur type carcéral depuis des décennies dans ce pays. D'après les sources, le quotidien clinique se déroulait sur la base d'endoctrinement par un minimum d'humanité, de surcroît sans aucune remise en question des risques potentiels des médicaments massivement infligés par routine à tour de bras. Compte tenu de déplorables expériences traumatisantes, sans parler du statut social dénigrant pour cause de « maladie mentale », ces personnes ont dû redoubler d'effort à l'extérieur des lieux de soins pour exprimer leur désaccord. Toutefois entre le groupe directement concerné (ex-patients) et indirectement (leurs proches) il régnait des points de vue opposés mais malheureusement inconciliables. Chacun restait sur sa position sans aucune possibilité de communication et d'évolution de son point de vue. Vu cette discordance il fallait

constituer impérativement un espace d'écoute où les doléances des uns et des autres puissent être prises en considération mutuellement.

Grâce à l'initiative de Dorothée Buck, ex-patiente, de Thomas Buck, professeur en psychologie et clinicien, il s'est créé le premier *psychosenseminar* tenu en tripartite, soulignant que l'on ne pourrait prétendre arriver à une compréhension élargie du phénomène sans prendre en compte le niveau de l'expérience concrète, subjective, des patients eux-mêmes et de leur entourage.

A ce jour de nombreuses psy-trialogues existent dans les pays germaniques et des collectifs se réunissent régulièrement afin d'organiser les différentes séances. Le cadre est clair, respectueux, sécurisant. La participation est gratuite et un moment informel (collation) est prévu. Toute personne intéressée ou concernée par l'expérience du trouble psychique de la psychiatrie peut participer au Psy triologue. Il n'est pas nécessaire de s'y inscrire, ni de s'engager à participer à un nombre déterminé de rencontres. Les usagers, les aidants et les professionnels de la santé mentale vont pouvoir ainsi aller au-delà des stéréotypes de rôle.

Une affiche de la saison 2017 du Psy triologue de Genève

Psytrialogue 2017

Un espace unique d'échange autour des troubles psy et du rétablissement.
Dialogue ouvert entre personnes concernées, proches et professionnels.

Découvertes au rythme des saisons

22 mars **Printemps : Racines et renouvellement**

7 juin **Eté : Des temps pour soi**

13 septembre **Automne : S'alléger sans s'oublier**

29 novembre **Hiver : Ombres et Lumières...**

18h30 à 20h
Entrée libre

Salles du Clos Voltaire
Rue de Lyon 49
1203 Genève

TPG : arrêt Prairie, bus 6 9 10 19
arrêt Lyon, tram 14 et 18

Comité d'organisation : Grepsy, Le BICEPS, Atelier Galiffe CSP, L'ApAI, Le R.E.E.V, Le RELAIS, AmiVie Genève.
Avec la collaboration de Pro Mente Sana et Pro Infirmis
Renseignement, Tél: 078 659 99 19
www.psytrialogue.ch / www.Grepsy.ch

On rappellera que le travail communautaire en santé mentale vise une orientation axée sur la personne, les ressources et le rétablissement (**Amering & Schmolke, 2009**). Les soins axés sur la personne et axés sur le rétablissement dans la communauté ont besoin d'une communication et d'une collaboration efficaces entre les intervenants en santé mentale de différents milieux et les usagers des services, leurs familles et leurs amis. Au cours des dernières années, dans le

domaine de la santé mentale - comme dans d'autres domaines médicaux - les patients ont assumé un rôle de consommateur plus actif dans un modèle de soins en partenariat au lieu d'être le sujet passif du traitement dans une relation paternaliste. De nouvelles formes de collaboration exigent de nouvelles compétences de la part des cliniciens, des utilisateurs des services et de leurs familles et amis.

Le Trialogue se produit dans des conditions spéciales - en dehors de la famille, en dehors des établissements psychiatriques, en dehors d'un cadre thérapeutique. Le but du Trialogue est de faciliter la communication sur les expériences personnelles dans le traitement des problèmes et troubles psychiatriques et leurs conséquences. Les groupes participants s'efforcent de sortir de leur isolement et de leur manque de langue commune. La compréhension mutuelle et la nécessaire délimitation entre la grande diversité des expériences et des connaissances des participants doivent être établies.

Essayer de comprendre et de partager les expériences subjectives complexes et hétérogènes aboutit à un langage commun et à une base pour une culture de la discussion qui est nécessaire pour travailler ensemble efficacement.

Dans différents domaines de recherche, on soutient généralement qu'il est nécessaire de reconnaître les expériences personnelles des usagers, de leur famille et de leurs amis dans la planification, l'organisation et l'exécution de travaux pratiques pour améliorer à la fois la recherche et la pratique dans le traitement des problèmes et troubles psychiatriques **(Thornicroft & Tansella, 2005)**

Dans les pays germanophones, environ 5000 personnes sont engagées dans plus de 100 groupes. En 2003, l'Organisation européenne des familles EUFAMI a recommandé la création de groupes trilogues pour leurs membres européens. Des trilogues ont débuté en Suisse romande, en Pologne et au Lichtenstein. L'intérêt pour les pays anglophones comme les États-Unis et le Royaume-Uni augmente.

Une expérience avec un Trialogue en Turquie en 2006 lors d'un congrès de l'Association mondiale de psychiatrie a permis de montrer son intérêt et les équipes de Trinidad et Tobago ont eux aussi développé le concept.

L'examen d'exemples de sujets couverts par les groupes Trialogue - par exemple la stigmatisation et la discrimination ; l'intégration professionnelle et sociale ; le diagnostic en tant que piège ; religion et psychose ; les utilisateurs silencieux donnent-t-il du crédit à l'idée que les gens du monde entier pourraient bénéficier de tels échanges ?

Le " Premier Trialogue de Vienne " a été créé après la Conférence mondiale de psychiatrie sociale à Hambourg en 1994 par un petit groupe de personnes représentant les usagers, les proches et les professionnels. Depuis lors, les réunions de Trialogue ont lieu deux fois par mois en présence de 10 à 40 personnes. Au début, les réunions n'étaient annoncées que verbalement, suivies d'annonces dans les journaux et d'annonces au sein d'organisations d'utilisateurs et d'organisations professionnelles.

Mais le Trialogue est un groupe ouvert et toute personne intéressée à participer est la bienvenue. D'après l'expérience de Thornicroft, dès le début, les utilisateurs formaient la plus grande partie des participants réguliers, suivis des membres de la famille, des amis et des professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, infirmières, avocats des patients, tuteurs, psychiatres).

En tant que groupe ouvert, le nombre de participants et la composition des membres des trois groupes varient à chaque fois, et il y a un mélange d'habitues et de ceux qui passent pour voir comment est le groupe.

Outre les considérations financières, les organisateurs des différents Trialogue se sont efforcés de trouver une place en dehors des institutions psychiatriques, en dehors d'une organisation d'entraide particulière et en dehors des relations thérapeutiques ou familiales, offrant ainsi un " terrain neutre " qui n'offre aucun avantage ou privilège pour les groupes participants. Pour la même raison, nous préférons un système de rotation de différents membres dans le rôle de modérateur à un modèle de modération professionnelle.

Le " séminaire sur la psychose " à Hambourg a été un modèle pour le " Premier Trialogue de Vienne ". Les plus de 100 séminaires trilogiques en Allemagne, en Suisse et en Autriche portent des noms différents, tels que " échange d'expériences sur la psychose " ou " Du dialogue au trilogue ".

Certains participants précise également : "Il y a beaucoup de rires dans le Trialogue, ce qui est considéré comme un remède puissant". Il s'agissait d'une conclusion d'une mère qui parle de ses expériences en tant que membre du groupe Trialogue.

Bock et Priebe (**Bock & Priebe, 2005**) décrivent les caractéristiques, les antécédents et les avantages possibles des séminaires sur la psychose et des groupes trialogiques. D'après l'expérience et les quelques données sur les séminaires sur la psychose en Allemagne. Les principaux avantages pour les aidants sont l'acquisition de connaissances, le partage d'expériences et la possibilité de discuter des problèmes concrets auxquels ils sont confrontés au sein de leur famille avec des personnes qui connaissent des situations similaires à leur propre expérience, mais avec lesquelles ils ne sont pas intimement liés par des liens émotionnels et biographiques.

Les personnes directement concernées tirent profit du respect de leurs expériences psychotiques et de la possibilité de comprendre ces expériences et d'autres dans leur contexte social et biographique personnel. Les professionnels apprécient non seulement la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances sur l'expérience des problèmes psychiatriques, mais aussi d'examiner leur rôle et leurs pratiques dans une perspective nouvelle et globale. De nombreux préposés partagent le désir d'améliorer les pratiques psychiatriques actuelles et de faire progresser les concepts de la maladie mentale et de la santé mentale.

Les trialogues sont peu coûteux, largement considérés comme bénéfiques et ont développé des concepts et une terminologie qui diffèrent d'un modèle biomédical de maladie mentale (qui est encore largement répandu dans le système de santé mentale). Plus précisément, il offre la possibilité d'interagir en dehors des stéréotypes de rôles et propose un forum d'apprentissage pour travailler ensemble sur un pied d'égalité - en tant qu'"experts par expérience" et en tant qu'"experts par formation".

On peut d'ailleurs facilement imaginer que de telles expériences pourraient conduire à la participation de la défense du droit des usagers dans les instances de la nouvelle démocratie sanitaire, tant de fois énoncée et encore rarement concrétisée.

II. Le développement du Psy-Trialogue sur Saint Etienne, dans une ville en mutation

1) Psy- Quadrialogue ou Psy- Trialogue ? Récit d'une ambition avortée et l'importance des dynamiques locales

L'idée de mettre en place le dispositif du Psy Trialogue a donc germé lors de nos rencontres avec d'autres professionnels de Santé travaillant dans le département de l'Ardèche, sur lesquels je reviendrai ultérieurement mais sa mise en place ne s'est vraiment accélérée que pendant mon année de formation du DIU de Santé Mentale dans la communauté.

En effet, inspiré par l'expérience des actions du PSYCOM sur la dé-stigmatisation et l'inspiration également provoquée par d'anciens sujets de mémoire du DIU m'ont convaincu de présenter ce sujet (**Cervello, Arfeuillère, & Caria, 2017**), (**Loubières, Caria, & Arfeuillère, 2018**).

Cependant, lors d'une première évocation au Pr Jean Luc Roelandt celui-ci m'avait indiqué l'intérêt qu'il percevait à ajouter aux 3 participants du trialogue, un quatrième groupe : les élus.

Avec du recul je pense qu'il partageait avec moi l'expérience inaugurale qui avait permis la constitution de l'association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté (AISSMC) et qui regroupait les acteurs concernés par la santé mentale sur six communes de la banlieue sud-est de Lille (**Beetlestone et al., 2015**).

C'est dans cette dynamique que le service de santé mentale de ces communes a progressivement déployé un large panel de soins et d'accompagnement en s'associant à des élus locaux et à un réseau de partenaires pour permettre l'intégration dans la cité des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Selon ma compréhension partielle de « cette histoire », cette expérience transformatrice semble avoir accompagné la reconversion du Pavillon de force d'Armentières, qu'avait découvert le jeune médecin Jean Luc Roelandt et qu'il a réussi à transformer des décennies plus tard en un service de santé mentale communautaire envié à l'international, le secteur 59G21 aujourd'hui Centre Collaborateur de l'OMS ou CCOMS (**Roelandt, Vaglio, Magnier, & Defromont, 2015**).

Récemment d'ailleurs, ce service a mis l'accent sur le partenariat avec les associations d'usagers et de pairs en santé mentale, comme le Réseau sur l'entente de voix (REV), ainsi qu'avec les usagers du service, en vue de renforcer la démocratie sanitaire locale et les pratiques favorisant le rétablissement.

Le Pr Roelandt avait donc réussi à me convaincre de rajouter un acteur au dispositif pour entraîner les élus locaux dans mon sillage. L'idée m'a séduit immédiatement.

Malheureusement l'époque n'est plus la même, et les dynamiques n'ont pas été favorables à un tel projet.

En effet, se développent actuellement sur toute la France les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) . Aboutissement consacré par la loi de modernisation de notre système de santé de Janvier 2016, ces instances d'organisation de la politique de santé mentale et de soutien à

l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) étaient implantées depuis peu sur le département.

Profitant que la ville de Saint Etienne développe une « démocratie de proximité », j'avais sollicité une rencontre avec l'adjoint en charge de la santé, et celui en charge de la démocratie participative.

Ils ont décliné l'invitation d'une participation à la co-construction de ce dispositif, mais plus que par manque de temps ils ont évoqué l'existence des CLSM déjà actifs comme instance de co –construction du système de santé.

Je m'apercevais alors que d'un côté la loi avait suffisamment avancé pour qu'il y n'ait plus à les convaincre de l'importance que le pouvoir politique s'intéresse à la santé mentale, mais il devenait impossible de les associer en tant que personne au-delà de leur fonction, ce qui était pourtant bien l'intérêt d'un tel dispositif.

En effet, ils renvoyaient chaque argument de l'intérêt de leur participation au fait qu'il existait maintenant une « instance dédiée » et que c'est cette instance qui devait s'impliquer le cas échéant (en méconnaissant que le rôle de la coordinatrice était bien de mettre autour de la table différentes parties prenantes et pas elle-même de « prendre parti »).

Par ailleurs le calendrier électoral ayant ses échéances, le projet tomberait en pleine période des municipales et cela a dû peser dans leur décision...

Un peu plus tard au contact d'un des GEM avec qui j'évoquerai le projet je comprendrai la mise en place douloureuse de quelques pionniers d'Ateliers Santé Ville qui au moment de la mise en place des CLSM ont vécu quelques déconvenues par la reconfiguration des acteurs institutionnels.

Je percevais alors le versant négatif de ces « nouvelles instances » (PTSM / CLSM) qui, si à terme produisent de réels effets positifs , en tout cas c'est ce qu'on espère, provoquent nécessairement quelques ruptures dans les précédentes alliances mise en places, et rendent moins personnel et plus institutionnel l'engagement des acteurs. Peut -t'il en être autrement tant le sujet de la vie en société avec des personnes aux prises avec des troubles psychiques reste un militantisme ? L'engagement des élus, représentants du peuple, provient encore trop souvent du fait qu'ils ont été touchés personnellement par le sujet. Cette situation n'est pas satisfaisante compte tenu du nombre de personnes touchées par les troubles psychiques en France.

Je profitais donc de cette déconvenue et de la nouvelle formation à Lille pour échanger avec Aude Caria, la directrice du PsyCom. A défaut de changer mon sujet de mémoire, je changeais de tuteur et prévoyais de raconter dans mon mémoire cette tentative avortée.

Cette expérience a été malgré tout importante car après réflexion et échanges avec d'autres personnes sur mon sujet, j'ai pris conscience que j'avais mené bien seul cette proposition d'associer les élus, alors que les autres participants déjà repérés (personnes concernées et proches) étaient beaucoup moins enclins à les intégrer. J'avais pris des décisions seuls dans l'intérêt des usagers, à mon sens...mais sans les usagers...cela ne pouvait pas marcher...

Seule l'adhérente de l'Unafam était aussi contrariée que moi probablement car l'association maintenant bien repérée dans le paysage politique y voyait un intérêt pour faire avancer

davantage les idées de l'Unafam sur le terrain politique local, le cœur de leur projet association sur 2019 étant le thème de la dé stigmatisation.

Ainsi cette expérience cathartique a décuplé mon énergie pour œuvrer localement et sans attendre de soutien spécifique institutionnel.

Arrêtons-nous enfin pour faire une petite comparaison internationale sur la question de l'implication du politique : alors que le Pr Franck Bellivier a été nommé auprès du ministre de la santé pour faire avancer la prise en compte de la situation de nos concitoyens aux prises avec des troubles psychiques, la Belgique comprend et tire les conséquences bien avant la France qu'un politique de santé mentale cohérent ne peut se faire qu'à l'échelle interministérielle car tous les domaines de l'état sont concernés (**Beetlestone et al., 2015**).

On peut espérer progressivement que les connaissances académiques, nécessaires à la réflexion et au débat pourront bénéficier à la plupart des associations qui veulent participer à la gouvernance du système de soins ce qui devrait être largement facilité par le développement d'internet (**Akrich, 2010**).

2) Sur la renaissance de Saint Etienne : par et pour ses habitants ?

Penchons-nous à présent sur la dynamique associative car celle-ci a une importance réelle dans ce projet et dans cette ville.

Il faut savoir que Saint Etienne, classée parmi les 22 métropoles françaises, doit composer avec des préjugés féroces. Ses habitants peuvent d'ailleurs souvent décrire la « stigmatisation » dont ils font l'objet à l'extérieur de ses murs (**Béal, Dormois, & Pinson, 2010**).

En effet, cette ancienne cité minière, qui a décliné au moment de la désindustrialisation dans les années 70, peine depuis quelques années malgré sa transformation à présenter ses atouts pourtant nombreux : bâti parmi le moins cher à la location ou à l'achat, nature à proximité, nombreux campus étudiants...

La dynamique associativen'est pas en reste comme le montre le descriptif de l'association Rues du développement durable (RDD) que nous allons solliciter pour trouver un lieu pour le dialogue :

Le projet associatif de « Rues du développement durable » (RDD) consiste à soutenir et encourager toute action, initiative, projet économique ou associatif susceptible de contribuer à faire du Crêt de Roch un quartier plus solidaire, plus convivial, plus économe en énergie, produisant moins de déchets, plus créatif.

L'action de RDD consiste notamment à faciliter l'installation de porteurs de projets dans des rez-de-chaussée vacants du quartier, via la recherche de mutualisation / le contact avec les propriétaires / l'organisation de chantiers de rénovation.

A ce jour, 8 locaux ont été ré-ouverts dans le quartier grâce à cette dynamique. Ils hébergent au total une vingtaine de structures. Deux autres projets sont en émergence : l'installation d'un vendeur de bières artisanales et l'ouverture d'un local mutualisé rue Neyron.

Par son action, cette association a refusé la fatalité de voir fermer les commerces. Au lieu de la résignation ils ont choisi l'action et ont pu induire une dynamique très positive, profitable à de nouveaux exploitants. Toujours selon leur site internet nous apprenons que :

par ailleurs RDD est partenaire de l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine (« Coop'roch ») désignée par l'EPASE pour travailler sur le quartier St-Roch. La mission consiste à transposer/adapter sur le quartier St-Roch ce qui a été expérimenté et réalisé sur le Crêt de Roch en matière de réactivation de rez-de-chaussée vacants.

Dans un deuxième temps c'est donc les acteurs institutionnels qui leur ont fait confiance pour construire une réhabilitation du quartier en coopération avec ses habitants.

Il nous fallait un endroit neutre pour les ateliers du Trialogue, et le « Bar de l'Aube » ,rue Durafour, a pu être mis gracieusement à notre disposition, au moins le temps du démarrage.

Il avait l'avantage de sa localisation, en centre-ville ce n'était ni une structure de soins comme le centre de réhabilitation, ni un local des Groupes d'Entraides Mutuels participants au projet, ni le local de l'Unafam.

Encore un mot sur Saint Etienne : le tissu associatif y est très dense, et une multitude d'acteurs s'inscrivent dans les traces de l'éducation populaire. Le Crefad Loire en est un des acteurs principaux, en voici la description :

Le Crefad Loire est une association d'éducation populaire membre du réseau du Crefad.

Le Crefad Loire est né en 2008 d'une volonté de partage et de transmission de savoirs et de compétences. Les membres fondateurs du Crefad Loire, également fondateurs et animateurs du café-lecture associatif le REMUE MENINGES à Saint Etienne, souhaitaient partager leur expérience de création d'un projet collectif et atypique et répondre aux sollicitations, de plus en plus nombreuses, de porteurs de projets qui, trouvant du commun dans les manières de faire et les valeurs, désiraient pouvoir être accompagnés par des pairs dans leurs parcours.

D'abord implanté pendant 2 ans dans les locaux partagés de la friche des murs du son rue Saint Joseph à Saint Etienne, le Crefad Loire a élargi et consolidé son réseau local et multiplié les expériences de coopération et de mutualisation avec des acteurs de l'agglomération de Saint Etienne.

L'association va alors mener une étude-action autour du bénévolat et de sa valorisation dans les organisations culturelles du territoire, contribuer à une dynamique locale de l'économie sociale et solidaire en organisant en 2009 et 2010 deux événements lors des rencontres solidaires (forum de l'ESS lors des assises régionales de la jeunesse, la semaine CulturEs-S), prendre part à la mise en place d'une politique territoriale en faveur de l'économie sociale et solidaire et participer à la création d'un réseau d'acteurs culturels et de l'économie sociale et solidaire CULTURE ET COOPERATION.

Entouré de tous ces acteurs et de leurs engagements respectifs, explicitons maintenant, l'injustice et le combat commun qui a été le carburant nécessaire au déploiement du trialogue sur Saint Etienne, en tout cas en ce qui me concerne.

3) Derrière une discrimination à tous les niveaux, une volonté farouche de faire face ensemble pour transformer le réel

Force est de constater que la stigmatisation et la discrimination envers les personnes souffrant de troubles psychiques graves sont ancrés dans notre tissu social, et ne changent pas facilement.

Si dans la Grèce Antique ces personnes étaient pourchassées, au Moyen -âge elles étaient considérées comme faibles moralement et étaient cachées. Au 18eme siècle, un lien était établi avec la possession démoniaque, et de fait au péché et à la condamnation (**Arboleda-Flórez, 2001**).

Si les asiles proposent des lieux pour traiter les personnes aux prises avec de tels troubles ils seront pourtant et malgré des intentions louables déviés de cette mission vers une surveillance rapprochée qui perpétuera l'exclusion sociale, les négligences et les abus.

Puis au 20^{ème} siècle, avec l'ouverture des asiles, mais l'insuffisante politique de santé soutenant cette ouverture a conduit de nombreuses personnes à la rue, certains présentant des comportements, souvent peu compris de leurs concitoyens (**Heather Stuart, 2003**).

Au Canada, plusieurs études en ont examiné les conséquences sur l'opinion publique, ainsi un sondage de la division de l'Ontario pour l'Association Canadienne pour la santé mentale, en 1994 notait que 88 % des sondés tenaient ces patients pour être violents et dangereux, 40 % pensaient qu'ils avaient un faible quotient intellectuel, 32 % pensaient qu'ils ne pouvaient apporter aucune contribution sociale, et 24 % enfin qu'ils manquaient de volonté et faisaient preuve de paresse.

Des études récentes menée au Québec retrouvaient des résultats similaires en 2001(**Stip, Caron, & Lane, 2001**).

Nous empruntons les propos de Goffman, qui a qualifié l'expérience de stigmatisation « d'identité abimée » : elle est en fait une expérience d'isolement sociale et de profond discrédit (**Heather Stuart, 2003**). S'y associent souvent des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité, et aboutit fréquemment a une dissimulation.

Goffman avait même décrit la « stigmatisation de courtoisie », c'est le phénomène vécu par association avec les personnes stigmatisées, qu'ils s'agissent des proches aidants, et jusqu'aux professionnels de santé qui leur dispensent des soins.

Une enquête réalisée en 2015 par Deborah Sebanne, alors président de l'AFFEP (Association Fédérative des Etudiants en psychiatrie) tentait d'objectiver les « clichés » portant sur la profession de psychiatre. Elle montrait en quoi la réalité sociodémographique était différente des représentations habituellement véhiculées.

Celles-ci, influencées par l'histoire de la discipline et le contexte culturel ne concourent pas à renouveler les effectifs de la profession, qui pâtit largement d'une mauvaise image et crée de la désaffection dans ces filières dont les besoins sont pourtant croissants.

Ce travail au plan national a même conduit à la constitution d'un groupe de travail européen le RPIP (*Recruitment and Positive Image Promotion*) au sein de l'EFPT (*European Federation of Psychiatric Trainees*).

L'intérêt de cette démarche est de contribuer à l'amélioration du recrutement des candidats dans la spécialité médicale de la psychiatrie dans les pays industrialisés, comme dans les pays en voie de développement(Sebbane, 2015).

On imagine à quel point ces entrelacements de phénomènes de stigmatisation touchant les personnes concernées, proches aidants et professionnels de santé s'auto-entretiennent et s'autoalimentent.

Selon l'approche de Michael Davidson, qui permet de sortir d'une conception uniquement individuelle, la stigmatisation en tant que phénomène social est exercée par des groupes d'humains, les uns envers les autres, pour répondre à des besoins psychologiques et pour obtenir des avantages, surtout économiques.

Ainsi les groupes « stigmatisateurs » tirent un soulagement psychologique et même une estime de soi du simple fait de savoir qu'il existe des individus moins capables et moins chanceux qu'eux. En outre, une concurrence économique féroce, en particulier sur fond de ressources limitées, a été associée à la stigmatisation. Par exemple, à la fin du XIXe siècle, le nombre de lynchages de Noirs aux États-Unis était en corrélation inverse avec le prix du coton.

Davidson rappelle à nouveau que la stigmatisation n'est pas seulement associée aux comportements liés à la maladie mentale en soi, mais aussi à tout ce qui y est associé, comme les classifications diagnostiques, les hôpitaux, les médecins, les infirmières, les médicaments, les conseillers en réadaptation et les programmes de soutien. Cela empêche les malades de demander et de recevoir de l'aide, perpétuant ainsi la maladie et la stigmatisation qui y est associée.

Il attire aussi notre attention sur le fait que les immigrants qui se sentent plus discriminés et stigmatisés par la société d'accueil sont plus susceptibles de développer une maladie mentale grave, ce qui sous-tend la relation bidirectionnelle complexe entre maladie mentale et stigmatisation.

Ainsi, en se concentrant sur les stigmatisateurs, il préconise l'éducation du public et le contact entre le public et les malades mentaux comme moyens de combattre la stigmatisation. Même s'il admet que l'éducation n'est pas très efficace et que son impact n'est pas durable.

L'accent mis sur les personnes stigmatisées devrait également être utilisé comme stratégie de lutte contre la stigmatisation.

Les personnes directement concernées par les troubles psychiques sont identifiées comme des cibles de stigmatisation par leur comportement périodiquement étrange, par les effets indésirables des médicaments qu'ils reçoivent et par leur association avec des établissements et des professionnels de la santé mentale.

De nouveaux antipsychotiques ont probablement réduit la durée et la fréquence des maladies actives qui se manifestent souvent par des comportements bizarres. De plus, les mouvements anormaux et les postures anormales induits par les anciens antipsychotiques et si étroitement associés à l'apparition de personnes aux prises avec des troubles psychiques graves sont sur le point de disparaître à mesure que davantage de patients sont traités avec ces nouveaux médicaments (Davidson, 2002).

La « dé stigmatisation » de ces personnes, avant d'être un discours, doit être une pratique : un processus personnel d'auto-désaliénation des représentations et des clichés. La dé stigmatisation du « fou » est un état de sensibilité qui mobilise nos repères les plus intimes. La dé stigmatisation, quand elle est une pratique concrète, mobilise et réinvente notre rapport au monde. De la même manière que la xénophobie, le sexisme, la misogynie, le racisme, l'homophobie, « ce n'est pas l'autre mais soi-même », la dé stigmatisation commence donc aussi chez soi-même.

Ce phénomène insidieux devient donc parfois plus contraignant que la maladie première et bien plus. Elle fait obstacle à l'intégration sociale, elle interfère largement avec la possibilité de nouveaux rôles sociaux, elle diminue la qualité de vie en en réduisant les attentes. Elle est un obstacle majeur au rétablissement des personnes concernées dans la recherche de travail, de logement, de soutien social et d'estime de soi, elles finissent par pousser à l'incapacité (**Prince & Prince, 2002**).

Une recherche qualitative a exploré les expériences de stigmatisation de personnes aux prises avec un trouble du spectre de la schizophrénie, mais aussi les expériences des proches et des professionnels de santé mentale. Leurs conclusions étaient que les impacts « débordent » du seul domaine interpersonnel immédiat. En effet, ce phénomène s'intériorise et façonne leur existence (**Schulze & Angermeyer, 2003**).

Il faut aussi le mentionner, mais ce phénomène de stigmatisation existe à l'intérieur même des systèmes de santé. Ainsi en Ontario une étude avait pu montrer qu'un quart des répondants se sentaient stigmatisés par les professionnels leur apportant des soins, ce qui avait conduit la moitié d'entre eux à reporter leur consultation médicale (**H. Stuart, 2002**) On voit donc à quel point les programmes de soins communautaires vont être tributaires du « climat » dans lequel tous ces soins vont se dérouler.

Enfin ces phénomènes participent aussi au fait que la recherche soit sous dotée en France dans ce domaine alors que leur impact en termes de coûts sur l'assurance maladie est récemment rappelé. Au Canada, la recherche en santé mentale représentait en 2001 environ 5% des budgets de la recherche nationale alors que les troubles psychiques existent chez 20% de la population (**Arboleda-Flórez, 2001**). En France le constat est similaire.

Le thème retenu pour la Semaine d'information sur la Santé mentale (SISM) en 2020 : Santé Mentale et Discriminations, permettra de revenir de manière large sur ce thème et c'est souhaitable.

III. La mise en place du Psy-Trialogue en pratique

1) Historique et insertion dans la dynamique de la réhabilitation psychosociale sur la Loire

Soutenue par l'instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 Janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires (http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44293.pdf), le déploiement de la réhabilitation sur la Loire et l'Ardèche se conduit donc par l'animation d'un réseau placé sous la responsabilité du centre référent de réhabilitation psychosociale de Saint Etienne.

Il est notamment chargé dans ses missions du soutien au déploiement de centres de proximité de réhabilitation récemment labélisés par l'ARS (avec une responsabilité populationnelle à l'échelle de son territoire). C'est le cas pour la Ville de Privas et le service de Réhabilitation dépendant de l'association Sainte Marie dirigé par le Dr Franck Giraud, mais aussi de Roanne et bientôt de Montbrison, les 2 autres chefs-lieux du département de la Loire.

C'est ainsi à l'occasion d'un échange de pratiques sur les objectifs des soins de réhabilitation, et notamment le souhait de développer une nouvelle offre à destination des aidants que le Dr Giraud, et Guillaume Jore, psychologue, ont porté à notre connaissance le dispositif du Psy Trialogue que nous ne connaissions pas.

Entraîné par des usagers motivés ayant fondé récemment une association d'usagers, ils ont mis en place le (Psy)-Trialogue à Montélimar, pour un début prévu en septembre 2019 et ont choisi le thème de l'exclusion pour commencer.

Un site internet est développé et explique la démarche : <https://psy-trialogue.webnode.fr>.

Il a été créé à l'initiative d'une usagère de la psychiatrie, aujourd'hui pair aidante et présidente d'une nouvelle association d'usagers de la psychiatrie à l'échelle régionale.

Cette équipe entraîne alors avec elle les autres participants du réseau dans leur sillage (Saint Etienne et Roanne décident de développer à leur tour le dispositif, ainsi que Montbrison qui a rejoint la démarche récemment).

Concernant Saint Etienne, 2 adhérents des 2 GEM décident de s'associer au projet du Trialogue, Mr P. adhérent au Gem Lucien Bonnafé et Mme R. au Gem Les Moyens du Bord.

Pour connaître un peu mieux ces 2 Groupes d'Entraide Mutuels en voici les descriptions respectives, récupérées sur internet, qui expliquent leurs activités :

GEM LES MOYENS DU BORD

Atelier pour tous, ouvert à quiconque passe le pas de la porte, nous avons créé l'association Les Moyens du Bord en mai 2002. Nous avons ainsi ouvert dans le centre de Saint-Etienne un lieu d'échanges culturels, de création artistique fondés sur l'intersubjectivité pour permettre à chacun d'accéder à une existence au monde par le biais de la création, d'éduquer son regard, d'élargir son potentiel créatif. L'expérience nous a conforté dans l'idée que le processus de création était restructeur de l'individu et des liens avec ses semblables.

L'ennui, la solitude dégradent, aussi nous avons voulu proposer une possibilité de penser, d'exister, de rêver, à des personnes éprouvant ou non un malaise social, psychique. Il ne s'agit ni de soin, ni d'accompagnement social, du moins pas directement.

Nous privilégions les pratiques plastiques et audio-visuelles, les premières pour leurs qualités de reliance, lorsque l'on regarde ou réalise une œuvre on peut s'exprimer verbalement dans un dialogue médiatisé, moins difficile que la relation directe, les secondes pour leur pluridisciplinarité (écriture, décors, musiques...) et leurs qualités de reliance à un autre niveau ; il faut être plusieurs pour réaliser un film.

Les rencontres entre les adhérents et les artistes partenaires ont constitué avec le temps une "communauté inavouable" d'hommes et de femmes, pour reprendre les termes de Maurice Blanchot, ils ont reconquis une part importante d'un sentiment d'existence malgré le handicap, le mal-être. Ces rencontres ont d'autre part ouvert à de nouveaux échanges, plus larges, amorçant de nouveaux réseaux de solidarité.

Pour que les personnes sortent de l'isolement, de l'assistanat, nous avons pu confirmer qu'il est nécessaire, en articulation avec les dispositifs d'insertion et réinsertion en place, de créer d'autres espaces officiels, interstitiels, permettant à chacun d'être citoyen à part entière.

L'association propose aussi des rencontres autour de la lecture et de l'écriture, du théâtre, de la danse et de la musique, permettant d'une part de partager ses goûts et ses connaissances, et d'autre part de développer ces diverses expressions.

Il est possible, à chacun de s'exprimer dans sa problématique collectivement et/ou individuellement. Il ne s'agit pas pour nous d'interpréter ni le travail plastique ni cette parole, mais d'être attentif à une émergence de sens. Ce processus favorise une autonomisation dans la démarche de création et dans sa propre vie.

En 2008 nous avons élargi l'espace de création en investissant un jardin. Le jardinage demande une constance, une rigueur, une attention dans les changements, rythmes, cycles, c'est une entrée pragmatique vers le "cultiver son jardin".

*Nous sommes actuellement reconnus par l'ARS comme **GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle)**, petite structure cogérée avec les adhérents ; loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, circulaire du 29 août 2005.*

GEM LUCIEN BONNAFÉ

Métamorphose, design local ou rénovation selon les usagers » est le nom donné à une expérience de design participatif avec les usagers d'un GEM, fruit d'une rencontre entre deux structures, l'une en lien avec la maladie mentale : un GEM ; et l'autre avec la culture : la Cité du design de Saint-Étienne.

Le GEM Lucien Bonnafé est un des 346 groupes que compte le territoire français. Les personnes ayant des troubles psychiques y trouvent un lieu dans lequel des activités centrées sur la socialisation sont proposées. Ce projet interroge le rendu visible du fou dans la cité.

Ces objectifs sont différents pour les deux structures : pour le G.E.M., il s'agit avant tout de rénover ses locaux afin d'améliorer les conditions de travail des salariés et des bénévoles, ainsi que l'accueil des usagers. Le projet a l'originalité de proposer des ateliers de design participatif avec un designer. Cette approche participative de rénovation est largement médiatisée. Cette valorisation pointe l'audace innovante de ce GEM. Cependant, transformer l'image d'un lieu qui accueille le handicap mental afin d'y convier des personnes dites « normales », est la raison la plus souvent évoquée par les usagers du groupe. Pour la Cité du Design, les objectifs sont eux aussi en lien avec la valorisation de leur image sur le territoire grâce à une action autour de la santé mentale. Ce projet fait partie des missions d'expérimentation du pôle recherche de la Cité du design qui vise à créer une méthodologie de design participatif. En avril 2013, c'est au sein de l'exposition que la biennale « L'empathie et l'expérience de l'autre » que le directeur du GEM remarque un projet de design participatif avec les enfants d'une école. Deux ans plus tard, le projet de design participatif « Métamorphose, design local, ou la rénovation selon les usagers », aux orientations thématiques très différentes, est présenté à l'exposition 2015 « Les sens du beau ». Bien des difficultés vont révéler les limites de ce projet en questionnant la place de l'image de la maladie mentale dans la cité. À la croisée de la santé et de la culture, celui-ci témoigne des interactions de ces domaines. Ainsi, très ancrée dans les mouvements actuels des évolutions sociales, cette expérimentation nous parle de bien des métamorphoses. Le projet interroge « l'image de soi » liée à la valeur sociale et à la norme esthétique. Peut-on donner une image qui efface la maladie psychique afin de faciliter l'intégration sociale des malades ? Des normes de santé peuvent-elles se confondre avec des normes esthétiques ? Quel lien la santé accorde-t-elle entre l'image de soi et des normes esthétiques et de santé de plus en plus mondialisée ?

2) Constitution du Copil : entre co-invention et détermination

Le dispositif du Trialogue de Saint Etienne est en cours de création. Pour se faire, nous avons constitué un COPIL de 6 personnes, chargées de réfléchir ensemble à son développement :

- 2 personnes directement concernées : Une personne adhérente au GEM « les moyens du bords » , Mme R et une personne adhérente du GEM « Lucien Bonnafé » , Mr P.
- 2 proches aidants : il s'agit de deux mères, dont une est adhérente de l'UNAFAM.
- 2 professionnels : Un psychiatre et une psychologue du centre référent de réhabilitation psychosociale de Saint Etienne

Nous avons pour objectif de proposer des ateliers à raison d'une fois par mois, organisé par trimestre avec un début prévu sur Janvier-Février-Mars 2020. Les thématiques des ateliers seront choisies par les membres du COPIL. Les réunions préparatoires vont donc s'échelonner de mai à décembre 2019 à raison d'une séance par mois.

Le 1^{er} CR de la réunion a été élaboré par la psychologue qui a initié le dispositif avec moi, et j'ai réalisé le deuxième. Afin de rendre plus vivante cette proposition j'ai fait le choix de vous diffuser les CR des 3^{ème} et 4^{ème} séance de préparation du dispositif :

CR de la séance du 01/07/2019 par Mr P. , adhérent en GEM « Lucien Bonnafé », avec l'aide de Romain Pommier, psychiatre sur le centre de réhabilitation

Membres du COPIL présents :

Mme R. (GEM Les Moyens du Bord) et Mr P.(GEM Lucien Bonnafé)
Mme S. et Mme B. (Unafam)
Romain Pommier (Centre de Réhabilitation)
André Simonnet (Association Danaecare)

Léa B., psychologue est présente au début de la réunion. Elle nous informe de son départ prochain. Elle sera présente sur le début de la prochaine réunion de 18h à 19h, pour faire le lien avec la personne qui la remplacera et qu'elle s'est engagée à rechercher dès à présent (Mme G., psychologue à la Ville de Saint Etienne, du service santé au travail est pressentie comme remplaçante, mais elle n'a pas encore confirmé sa présence).

THEMES retenus

- **LA CONFIANCE (1^{er} thème retenu, décliné en 3 sous thèmes)**
 - *La confiance entre les soignés, les soignants et les aidants*
 - *La confiance accordée par la société*
 - *Confiance en soi et estime de soi*

AUTRES THEMES POSSIBLES évoqués

- **La guérison (Le rétablissement, les survivants de la psychiatrie)**
- *La dé stigmatisation*
- *La relation (dans le sens du transfert dans la relation soignant soigné)*
- *L'exclusion (thème déjà choisi de Montélimar qu'ils mettent en place entre septembre et décembre)*

CADRE du groupe

1 fois par mois

De 18h à 20h

Au bar de l'aube, 61 rue Antoine Durafour, 42000 Saint Etienne

Autour d'une table

ROLE DES ANIMATEURS

- Annoncer le thème et recentrer
- Permettre la libre circulation de la parole
- Réguler, recentrer le débat si besoin
- Conserver le principe de l'anonymat des participants
- Accepter les blancs, sans les faire s'éterniser

- Proposition : si le nombre de participation au Trialogue est trop élevé, proposer de faire des petits groupes de débats, puis retour en commun à la fin de la séance. Jusqu'à 30 on reste en grand groupe

- *Réflexion* : peut-on proposer un autre moyen d'expression que la parole ? (dessin mime) On doit s'assurer de rester SIMPLE (pas trop de termes de spécialistes)

POINT SUR LE BUDGET

Rien n'est gratuit, il faut commencer à faire le budget pour le dispositif du Trialogue.

Les membres du Trialogue ne vont pas utiliser leurs ressources personnelles.

Le Copil propose que chacun des membres du Copil sollicite les employeurs (pour les professionnels) et les associations (pour les adhérents) pour une répartition de la charge financière

POINT SUR LES AFFICHES

Mme R. réalise une première ébauche pour la prochaine réunion qui sera informatisée avec l'aide d'André Simonnet.

POINT SUR LA COMMUNICATION

- Pour qui ? Le trialogue est ouvert au plus grand nombre : personnes directement concernées, proches aidants, professionnels mais également tous les citoyens.
- Où ? En priorité par le réseau. Centre de soins ? Bibliothèque ? Fac de médecine ?
- Comment ? Communiquer 3 fois dans l'année, en présentant tous les thèmes du trimestre.

Sous forme numérique à l'ensemble de nos contacts

Création de l'adresse email ; trialogue42@gmail.com (et mdp : XXXXXX) qui doit être consulté régulièrement (jusqu'à la prochaine réunion le 9 septembre par Romain Pommier et Mme B) et utilisable par tous.

Elle sera reprise sur les affiches.

POUR La communication (via les affiches et les flyers)

Prévoir quelques affiches en couleur / Format A3 qui attirent le regard (combien ?)

Prévoir des flyers, moins chers mais en plus grand nombre

Pour la location de la salle

Pour l'instant le Bar de l'Aube est prêté gracieusement. Le responsable Thomas Benoit de l'Association rue du développement durable a été joint au téléphone par Romain Pommier pour en discuter.

Ils souhaiteraient nous proposer un abonnement (25 euros mensuel, négociable) , soit 250 euros à l'année pour l'instant.

Si ce paiement n'est pas possible, il faudra prévoir une autre solution pour le Trialogue (la Maison des Associations peut être une piste ?)

PROJET DE REDACTION d'UNE CHARTE COMMUNE

La charte reste à compléter lors des prochaines réunions. Elle est pour l'instant au stade d'ébauche.

Nous proposons d'y insérer les logos, que doivent récupérer les membres du COPIL et les envoyer sur l'adresse mail du COPIL (du GEM Lucien Bonnafé , du GEM Les Moyens du Bord, de l'Unafam, du Centre de Rehabilitation de Saint Etienne)

Charte : comme un règlement mais moins coercitif, pas de connotation religieuse dans le terme

On propose ici un lieu d'échange, dans le respect de la parole de chacun.

Il s'adresse à tous sans discrimination.

La participation est libre. On est libre de ne pas parler. On est libre de juste d'écouter et de s'y intéresser.

On n'est pas obligé de révéler son identité.

Ordre du Jour de la prochaine réunion de septembre

- Point sur l'historique et l'avancement du projet, surtout pour accueillir le nouvel arrivant
- Participation au déplacement à Montélimar le 10 Octobre (Rencontre avec l'équipe du CATTP de Montélimar le matin, et Atelier sur le Trialogue l'après-midi) : Présence de Mme S., de Mme R et de Romain (confirmer l'organisation) / Discussion d'une intervention dans un congrès de réhabilitation en juin à Angers / Information sur le mémoire de DIU de Santé Mentale dans la Communauté de Romain Pommier (avec anonymisation des participants)
- Point sur l'affiche
- Point sur le plan de communication (qui ? Comment ? Quand ? Pourquoi ? Aide au mailing par André Simonnet
- Se répartir les tâches (rédaction de compte rendu / Rediscuter de la notion du partage leadership

Prochaines dates prévues, tous les 2eme lundis de chaque mois (sauf jour férié)

9 Septembre 2019 : 18h-20h

14 Octobre 2019 : 18h-20h

18 Novembre 2019 : 18h-20h

9 Décembre 2019 : 18h-20h

13 Janvier 2020 : 18h-20h – Animation par Mme S. et Mme R.

10 Février 2020 : 18h-20h – Animation à prévoir

9 Mars 2020 : 18h-20h – Animation à prévoir

CR du 9 septembre 2019 réalisé par Mme R. , adhérente aux Gem « Les Moyens du Bord »

Bonjour à tous, voici le compte rendu de la réunion triologue du 9 septembre 2019:

Léa a décidé de quitter le triologue donc nous recherchons un médecin qui peut se libérer. Nous avons parlé de l'affiche et de ses changements. Il faut mettre les logos de l'Una Fam, les gem et le chu. C'est intéressant de voir la conception ; le thème reste la confiance. 3 séances se déclinent

Nous avons prévu une sortie à Montélimar. On voit leur affiche et on percute de quoi elle parle. On part le 10 octobre à 8h pour le centre de réhabilitation. On revient à 18h. pour le matin il y aura des activités pour le mode de fonctionnement (de leur service) et l'après-midi des ateliers sur le triologue.

Nous avons une adresse mail.

L'embarcadère est une association d'usagers à Montélimar. Ils sont les utilisateurs et les créateurs ; on va discuter sur leur vécu. Il faut 250 euros donc 25 euros par mois. Nous avons des pistes pour l'argent. l'Unafam et le centre de réhabilitation et les gem peuvent contribuer. Il faut demander les logos. Les employés dans les entreprises et les adhérents des gems peuvent aider

Des flyers vont être créés et distribués à l'unafam dans les gems et les bars associatifs et les médiathèques et les mairies. 15 affiches seront faites et affichées plusieurs mois avec une imprimante normales Au lycée d'Urfé il y a une coopérative.la première étape sera le tirage.il faut qu'on soit ok le 14 octobre;

Merci pour votre attention.

Nous pouvons conclure cette partie en évoquant la rencontre du 10 Octobre à Montélimar : à cette occasion leur copil nous a fait part de leur première animation, et nous ont rassurés. La dynamique y a été décrite comme positive. Ils ont attiré notre attention sur le fait qu'il serait préférable qu'un usager anime systématiquement les débats et rappelle le cadre des rencontres. La dynamique de réseau motive toute le monde, Montbrison découvre le dispositif pour la première fois et paraît intéressé, il est déjà question d'une présentation conjointe au congrès de réhabilitation 2020 à Angers. L'aventure est bien engagée !

A l'heure où je termine ce mémoire , voilà à quelle étape nous en sommes et à quelle affiche nous en sommes arrivés ensemble :

**Vous souhaitez échanger, débattre
autour de la santé mentale ?
Nous vous proposons des rencontres entre**

SOIGNÉS
SOIGNANTS **PROCHES**

BIENVENUE AU TRIALOGUE

**Un espace de solidarité et de bienveillance où la parole est libre
Tous les deuxièmes lundi du mois entre 18h et 20h
Bar de l'Aube - 61 rue Antoine Durafour à Saint-Etienne**

Sur le thème de la confiance

13 Janvier 2020:

La confiance entre les soignés,
les soignants et les proches

10 Février 2020

La confiance en soi

9 Mars 2020

La confiance entre les soignés
et la société

Pour nous contacter
trialogue42@gmail.com

Logo GEM

Logo GEM

Logo CHU-centre de réhab

Logo unafam

3) L'observateur observé ou la présence de l'association DanaeCare : l'enjeu de la relation humaine en santé

Un acteur inattendu, rencontré lors de notre toute première réunion du Triologue s'est ajouté à notre esquisse, et il convient maintenant de vous en parler.

Cette personne c'est André Simonnet, Président de l'Association DanaeCare, et qui dans son activité mène une réflexion sur la relation humaine en santé.

Dès le début il a été accepté unanimement par les membres du COPIL qui lui ont réitéré dernièrement leur confiance et leur accord pour qu'il continue de participer à notre collaborative.

Proposant son aide en contrepartie de sa position d'observateur, notamment sur la réalisation de l'affiche avec Mme R. il a ainsi complété notre petite équipe. Je ne lui apprendrai que plus tard que je comptais en faire une partie de ce travail de mémoire en décrivant en détail son activité, l'observateur se retrouvait donc observé :

Avec sa compagne et cofondatrice de l'association Julia Gudéfin, ils parcourent le monde depuis 2012 avec un objectif grandissant à chaque étape : la sanctuarisation de la relation soignant-patient.

Inlassablement ils sensibilisent les acteurs de la santé et les décideurs aux conditions de travail dans le domaine de la santé et de leur lien intime à la qualité des soins qui sont prodigués, dans des systèmes de santé bien différents à travers le monde.

André ne s'en cache pas, ce sont ses problèmes de santé personnels qui l'ont conduit à fréquenter régulièrement les hôpitaux et à ressentir de l'intérieur et comme une évidence l'importance de la qualité de cette relation. Poussant la réflexion il la mettra en rapport avec les conditions de travail des personnels soignants.

Avec Julia ils rencontreront des médecins dans les environs de Lyon, jusqu'à Bhopal et New Delhi en Inde, mais aussi à Kaboul. Ils mettent aussi en perspective les contextes particuliers auxquels les systèmes de santé font face là-bas : la guerre en Afghanistan et des catastrophes sanitaires dans le cas de Bhopal).

Le projet prendra ensuite la forme d'une enquête internationale sur la relation entre patient et soignant en 2017.

Lui était ingénieur et documentariste, elle docteur en droit de l'environnement et enseignante mais ils sont désormais tout entier tournés vers leur projet qui prend la forme d'une enquête internationale sur la relation entre patient et soignant en 2017 (**SIMONNET & GUDEFIN, 2019**)

Ils perçoivent bien derrière la déshumanisation parfois ressentie par les patients dans le cadre de la relation avec leur soignant qu'il s'agit en fait souvent d'un effet de système, qui bouscule les individus ayant embrassé cette vocation. Est-ce pour ces raisons que c'est dans les professions de la santé que l'on trouve les plus hauts taux de suicide ?

« Sans protection, la relation soignant-patient a été reléguée au second plan, laissant une place dominante à d'autres éléments : la rentabilité des soins, la déshumanisation de l'acte médical, l'hyper-technification des pratiques médicales, les démarches administratives toujours plus nombreuses, une montagne d'heures supplémentaires, une pression toujours plus élevée sur les praticiens justifiée par une vision court-termiste de l'économie de la santé. Avec autant de pression, comment rester un acteur 'positif' dans une relation ? », interrogent et constatent André et Julia, dans la vidéo de présentation du projet.

Alors inlassablement, alliant pédagogie et militantisme, ils diffusent à travers les hôpitaux et les facultés, y compris en France que : « les soignants doivent être formés à la relation avec le patient (ce qui en effet a été pour beaucoup d'entre nous tout à fait insuffisant et les conditions nécessaires à la qualité de soin et d'écoute doivent être garanties, en favorisant le bien-être des soignants. Une formule résume cet effort : « sanctuariser la relation soignant-patient ».

Cette riche expertise permet un partage d'expériences dans des contextes très variés, dont l'objectif est la création, à l'horizon 2019, d'un label international, “afin de développer collectivement des solutions et outils pour protéger la relation soignant-patient dans le cadre de la formation, de la pratique et de l'organisation de la santé”.

À plus long terme, en 2020, ces deux fédérateurs ambitionnent la “diffusion de l'expertise internationale à l'aide de différents outils en cours de développement, comme les conférences, les documentaires et des travaux écrits afin de sensibiliser les différents acteurs de la santé ».

IV. Réflexions théoriques et perspectives

Cette dernière mais succincte partie du mémoire est importante car elle vient convoquer quelques auteurs importants dont la rencontre avec leur pensée a été déterminante dans mon parcours et ma réflexion et met en cohérence les différents projets dans lequel je suis engagé.

1) L'expérience de Paulo Freire sur l'éducation de tous par tous et l'engagement de Frantz Fanon.

Paulo Freire est un personnage peu commun. Né en 1921, il a passé son enfance dans l'état du Pernambuco, un état pauvre qui l'a amené à se rendre compte très tôt des situations de pauvreté et d'extrême pauvreté. C'est donc dans ce terreau que sa pensée s'enracine et c'est aux personnes qu'il a rencontrées qu'elle se destine .

Cette expérience est l'une des clés de sa vie et de son œuvre, que R. Shaull a avec raison décrites comme « *la réponse d'un esprit créatif et d'une conscience sensible à l'extraordinaire souffrance et à l'énorme misère de ceux qui l'entourent* ».

Pédagogue et théoricien de l'éducation, il a exercé une grande influence en particulier dans les pays du Tiers Monde. Dans les pays dits industrialisés, ses pratiques seront reprises par les tenants de l'éducation populaire, en ce sens qu'elle s'adresse à des groupes de personnes en situation d'oppression (personne ayant vécu un parcours de migration, personne d'une orientation sexuelle considérée comme minoritaire comme les gays, personne en situation de précarité sociale importante).

Ses idées, puissantes et originales, posent les questions importantes : qu'est-ce que l'éducation ? Que peut-elle ? En quoi peut-elle contribuer à la transformation du monde ?

Il repère un phénomène qu'il nommera plus tard la « culture du silence », par quoi tout esprit critique est interdit aux « dépossédés ». Freire comprend rapidement le rôle que joue le système d'éducation dans l'institution et la perpétuation de cette culture. C'est pour la contrer qu'il développe sa pédagogie et les pratiques d'alphabétisation qui feront sa renommée.

Tout cela, il le conçoit en travaillant, à partir de la fin des années 50, à des programmes d'alphabétisation auprès d'adultes des régions les plus défavorisées du Brésil et à travers la fréquentation d'auteurs chrétiens et marxistes, parmi lesquels il citera le plus souvent Jean-Paul Sartre, Emmanuel Mounier, Erich Fromm, Ortega Y Gasset, Martin Luther King et Che Guevarra.

Freire en tirera ce qu'il nommera une « pédagogie des opprimés », laquelle se veut en tous points en rupture avec la pédagogie traditionnelle, autoritaire, et avec ses méthodes qu'il appellera « bancaires » d'éducation. Évoquant celles-ci, il écrit : « *Parler de la réalité comme d'une chose arrêtée, statique, compartimentée et prévisible, ou encore parler et dissenter sur ce qui est complètement en dehors de l'expérience existentielle des élèves, est devenu, assurément, le suprême souci de l'éducation, son désir incessant [...]. Une des caractéristiques de cette éducation discoureuse est la "sonorité" de la phrase et non sa force transformatrice. Quatre fois quatre : seize. État du Para, capitale : Belem. Voilà ce que l'élève fixe, mémorise, répète, sans percevoir ce que signifie réellement quatre fois quatre, ni quel est le sens véritable*

du mot capitale, ni ce que représente Belem pour l'État du Para, et le Para pour le Brésil » (Freire, 1980).

Il propose une éducation « conscientisante » aux populations, qui leur permet d'envisager leur situation comme un « problème à résoudre », et s'opposer ainsi au fatalisme de leur condition d'oppression. Ces techniques se fondent sur un dialogue plutôt que l'imposition d'idées, sur l'apprentissage contextualisé et significatif plutôt que sur l'imposition de savoirs décontextualisés.

Dans un de ses livres majeurs, la *Pédagogie des opprimés*, Paulo Freire nous rappelle que « personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul mais que les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde » (Freire, 1980).

Il précisera que le dialogue est à lui seul insuffisante pour impliquer un changement mais que c'est à l'issue d'une praxis agissante, soutenu par une conscientisation nouvelle que celui-ci peut advenir.

Freire obtiendra des succès, et il sera contraint de quitter le Brésil en 1964, année de l'arrivée au pouvoir de la junte militaire. Ce n'est que lors de son retour au Brésil que le gouvernement lui proposera un poste de secrétaire de l'éducation de la Ville de Sao Paulo.

Au risque de sur-simplifier et tout en étant conscient du fait que Freire craignait par-dessus tout la réduction de sa pensée à des procédés, essayons de donner une idée de ses techniques d'alphabétisation – qui reposent en fait, comme on va le voir, sur des procédures de codage et de décodage de significations sociales et linguistiques :

C'est par des dialogues menés avec eux au sein de Cercles de Culture, des thèmes générateurs sont ensuite identifiés : ces thèmes constituent un univers thématique avec son vocabulaire composé de mots socialement et culturellement significatifs pour cette communauté. Ceux-ci seront organisés autour de « mots générateurs », de difficulté phonétique croissante, et utilisés dans des situations existentielles signifiantes. Par exemple, des images pourront être produites, décrivant des aspects problématiques de la réalité et les étudiants sont alors invités à utiliser leur nouveau savoir pour essayer de résoudre les problèmes qu'elles illustrent.

Au travers de la puissance philosophique de ses idées, elle constitue au Brésil une référence incontournable dans le travail auprès des populations opprimées. (Castanho & Gaillard, 2017).

La lecture de Paulo Freire est ainsi soutenant dans la proposition, comme l'est celle du Dialogue, de créer des contextes favorables à l'expression de la santé avec la participation des citoyens concernées. La stigmatisation dont ils font l'objet du fait des représentations négatives de la maladie mentale les plaçant inévitablement dans cette situation d'oppression décrites pour d'autres motifs dans l'expérience de Paulo Freire.

Il nous rappelle d'ailleurs que la conception conscientisant de l'éducation ne peut être au service de l'opresseur car aucun « ordre oppressif » ne supporterait que tous les opprimés se mettent à dire « pourquoi ».

Prolongeons cette réflexion en mettant en balance la pensée d'une psychiatre martiniquaise peu enseigné dans les universités de médecine pour l'instant : Frantz Fanon.

En effet, sa pensée actuelle et dérangeante est intrinsèquement liée à l'histoire de notre pays et la Guerre d'Algérie (1954-1962) qui « hante » encore notre histoire collective.

Décrit parfois comme un chantre de la « violence révolutionnaire », arrêtons-nous plutôt sur l'aspect de désaliénation « subjective » et personnelle, qui rappelle à bien des égards la lutte contre l'« auto stigmatisation ».

Né en 1925 à Fort-de-France, dans une famille de la petite bourgeoisie martiniquaise, le jeune Fanon s'engage dans les Forces françaises libres durant la Seconde Guerre mondiale et fait l'expérience du racisme des Français envers les Noirs. Démobilisé en 1945, il repart vers la Martinique, où il passe son baccalauréat. En 1946, il part étudier la médecine à Lyon, avant de s'orienter vers la psychiatrie. C'est après sa thèse, soutenue en 1951, qu'il publie *Peau noire, masques blancs*.

Dans ce livre, qu'il décrit comme une « étude clinique », il analyse « l'aliénation » du colonisé, et plus particulièrement du Noir antillais. Pour le jeune psychiatre martiniquais, cette aliénation est inhérente au système colonial. « *Le colonialisme exerce une violence psychique, son discours : le colonisé est "laid", "bête", "paresseux", a une sexualité "maladive"*, explique la politologue Françoise Vergès (Vergès, 2005). *Et pour Fanon, le colonisé finit par intégrer ces discours de stigmatisation, le sentiment d'être inférieur, il finit par mépriser sa culture, sa langue, son peuple, il ne veut plus alors qu'imiter, ressembler au colonisateur.* »

Cette aliénation qu'il décrit chez le Noir antillais, Fanon l'observe également chez les colonisés d'Afrique du Nord à partir de 1953, alors qu'il occupe le poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Blida, en Algérie. Désormais, toute son énergie et sa pensée seront consacrées à cette question : comment guérir le colonisé de son aliénation, lui permettre de devenir libre, d'accomplir son humanité ?

Si Fanon estime que les Noirs ont besoin de se reconnaître dans un passé commun, il affirme qu'aucun homme ne doit pour autant être prisonnier de son passé. Les hommes doivent plutôt chercher à construire leur avenir. Il ne faut pas « *fixer l'homme* » – sous-entendu le fixer dans son histoire, dans sa situation de colonisé, ou d'ancien esclave pour les Noirs – mais « *lâcher l'homme* ». Voilà la conclusion de son essai.

Là aussi quelle leçon peut-on en tirer pour une personne ayant intériorisé la place « socialement admise » que va conférer inévitablement un diagnostic psychiatrique ?

Alors qu'en France elle sombre dans l'oubli, la pensée voyageuse de Fanon parcourt le monde. Elle imprègne ainsi la réflexion de chercheurs anglophones *via* le courant des *postcolonial studies**. Après un détour anglophone, un retour de Fanon s'observe en France depuis un peu plus d'une décennie. La biographie de F. Fanon par A. Cherki a permis la redécouverte de l'auteur martiniquais au début des années 2000. L'essor des études postcoloniales à la française, les travaux sur l'esclavage et la colonisation de certains chercheurs français remettent à l'honneur l'analyse du texte fanonien.

2) L'apport de Cynthia Fleury : une nouvelle philosophie pour le soin

La maladie chronique n'oppose pas un seul défi, mais plusieurs, pour le monde médical : elle est l'occasion d'une expérience de vie très intense en questionnements physiologiques et métaphysiques, au sens où elle vient (re)paramétrer toutes les catégories de bien-être, de bonheur, de rapports avec autrui et avec son propre corps.

Qu'est-ce donc que cette santé malade, que cette maladie qui dure, et qui, souvent, sait parfaitement se cacher derrière une invisibilité ? Cela est particulièrement vrai dans le champ psychiatrique quand le handicap d'origine psychique est considéré comme « invisible, fluctuant et évolutif ». Qu'est-ce donc que cette invisibilité de la maladie qui laisse des traces partout et irradie sur l'environnement de façon parfois très délétère ? Comment mieux soigner cela, et accompagner ces sujets ?

La Chaire de philosophie à l'Hôpital (Hôtel-Dieu, Paris ; Hôpital Sainte-Anne) installée par Cynthia Fleury propose, quant à elle, de produire une réflexion, dans le sillage de Canguilhem (1978) et de Foucault (1963), de et de Goffman (1968), ou plus généralement de l'École de Frankfurt, d'Adorno à Axel Honneth – celle-là même qui déconstruit les avatars de la rationalité instrumentale et calculante, et qui interroge les processus de réification du sujet .

Elle inscrit également cette chaire dans le sillage de Guattari, de Tosquelles, d'Oury, de tous ceux qui ont cherché à analyser la dimension institutionnelle du soin, en montrant comment une fonction soignante qui n'était pas en partage n'était pas susceptible de produire un soin, et de répondre de façon éthique aux différents enjeux soulevés par la médecine.

Cynthia Fleury, philosophe et psychanalyste, nous amène ainsi à penser la démocratie par ses deux piliers que sont la santé et l'éducation. Elle nous invite à penser le soin comme une approche capacitaire qui permet aux personnes un cheminement moins difficile vers « l'individuation », dans des sociétés qui nous poussent à toujours plus d'« individualisme ».

Les enseignements de cette chaire, relayés par une chaîne Youtube, entretiennent l'idée qu'il n'y a pas de maladie mais seulement des sujets qui tombent malades et que la reconnaissance de cette subjectivité est la seule opérationnelle pour la production d'un soin.

Ainsi la méthodologie de la Chaire de philosophie à l'Hôpital ne dissocie pas les approches subjective, institutionnelle et politique du soin ainsi que le rappelle un article co-écrit avec Catherine Tourette Turgis (**Fleury & Tourette-Turgis, 2018**): « *Le soin n'appartient pas uniquement à une caste de soignants qui distribueraient leurs soins, comme d'autres les bonnes paroles, aux dits soignés incapables d'être actifs dans le processus du soin. Le soin est une fonction en partage, relevant de l'alliance dialectique, créative, des soignants et des soignés, qui ensemble font éclore une dynamique singulière, notamment tissée grâce à la spécificité des sujets qu'ils sont* ».

Il ne s'agit pas de dire que la seule subjectivité fait l'affaire, mais qu'elle est partie prenante de la réussite du soin, de son caractère opérationnel. Si le soin est central pour le sujet – au sens où il est matriciel pour l'épanouissement de l'individuation, d'une certaine forme de bien-être personnel –, le sujet est également central pour le soin – au sens où le « colloque singulier », ou encore la qualité des relations intersubjectives entre soignés et soignants, entre soignants

eux-mêmes sont déterminants, de même que la reconnaissance subjective réciproque entre patients et soignants.

Comme le rappelait Canguilhem : « la conscience lucide du fait que guérir n'est pas revenir aide le malade dans sa recherche d'un état de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation de l'état antérieur [...] Apprendre à guérir, c'est apprendre à connaître la contradiction entre l'espoir d'un jour et l'échec, à la fin. Sans dire non à l'espoir d'un jour »(Canguilhem, 1978).

L'on retrouve ainsi le prolongement philosophique de l'action engagé par André Simonnet et Julia Gudefin concernant la relation humaine dans le monde de la santé.

Plus qu'un partenaire, le patient doit être un patient expert, un patient compétent, entouré d'une sphère médicale qui l'accompagne d'une manière humaine. À l'hôpital, il est encore trop souvent maintenu dans la dé-subjectivation. Avec l'ambulatorio, la complaisance dans ce domaine ne sera plus de mise. Pour que l'ambulatorio soit opérationnel, le patient doit cesser d'être chosifié pour devenir un acteur à part entière du soin. C'est cette fonction soignante en partage qu'il s'agit d'inventer et d'enseigner.

Cynthia Fleury nous rappelle ainsi que « *la vulnérabilité est une vérité de la condition humaine, partagée par tous, et pas uniquement par ceux qui font l'expérience plus spécifique de la maladie. Certes, la vulnérabilité fragilise le sujet, mais chacun doit se rappeler qu'elle peut être aussi l'occasion d'une sublimation possible, qu'elle l'est d'ailleurs souvent, tant l'individu reconquiert son individuation à l'aune des épreuves existentielles qu'il traverse* ».

Cette problématique de la fonction soignante « en partage » nous invite à étudier les organisations institutionnelles et à vérifier qu'elles sont justement compatibles avec une telle éthique du soin. Ainsi que nous l'avons déjà évoqué, la souffrance actuelle des soignants observée de façon de plus en plus criante concernant la « façon » de faire leur travail vient faire écho aux dénonciations des patients concernant des pratiques soignantes trop chosifiantes.

Néanmoins, que l'univers du soin soit lui-même malade n'est pas sans conséquences spécifiques dans la mesure où l'impact de ce manque de soin – dans un espace qui est précisément destiné à soigner, ce qui n'est pas le cas d'une administration ordinaire ou d'une entreprise – est bien plus dommageable pour les patients, les citoyens, et le monde de la santé en règle générale.

C'est ce que Jean Oury avait nommé, en 1957, « l'ambiance » à l'hôpital, terme quelque peu anodin mais qui tentait de rendre plus compréhensible et partageable par chacun l'idée de « pathoplastie », à savoir la dimension pathogène directement en relation avec le milieu environnant. Ou pour le dire plus simplement encore : comment un milieu peut rendre malade celui qui s'y trouve. Dès 1927, le psychiatre Hermann Simon avait parlé de « soigner l'hôpital » , précisément dans le but de bien soigner les malades ».

C'est dans ce sens-là que Tosquelles disait plus tard à Saint Alban qu'en psychiatrie on est en retard de plus de cent ans sur la médecine ou la chirurgie : on n'a pas encore inventé l'asepsie. Ou comment chaque institution n'a pas seulement à affronter la lutte contre le nosocomial « physique », mais contre le nosocomial « psychique », au sens où il y a une contamination tout aussi délétère pour les structures de soin, qui n'est pas matérielle, mais immatérielle,

relationnelle, intersubjective, qui renvoie aux rémanences de domination, de mépris, de discrimination dans les rapports sociaux.

3) Ouverture à l'engagement écologique comme principe humaniste fédérateur : Le Jardin des Mélisses dans le réseau des Jardins de Santé de la Loire

Bien inspiré par les principes sus-cités, et de manière parallèle à la mise en place avec le Trialogue, un autre projet rassemble depuis maintenant quelques années personnes concernées, proches aidants, et professionnels de santé et ce travail aurait été incomplet si nous avions omis leur influences réciproques l'un sur l'autre.

Fruit de la coopération des soignants du Pôle de Psychiatrie, Le Jardin des Mélisses a vu le jour en Juillet 2015. Transformation d'un parc à proximité des services d'hospitalisation en psychiatrie pour adulte, sur le site de l'Hôpital Nord du CHU de Saint Etienne, son aménagement tente de s'approcher des critères internationaux des Jardins de Soins, et offre aux soignés, à leur famille et aux soignants un espace de sérénité et de ressourcement durant la période difficile et pourtant parfois nécessaire de l'hospitalisation.

Il permet aussi d'y proposer des soins d'hortithérapie sur une session de 4 semaines, de manière bihebdomadaire pour chaque patient hospitalisé qu'il le souhaiterait. Permettant la sollicitation des sens, il ouvre à la relation humaine, fondement des soins en psychiatrie et entretient l'espoir d'un mieux-être pour les personnes accueillies. En cela, il soutient leur rétablissement. **(Pommier et al., 2018).**

En lien avec l'Espace Social et Maison des Usagers en Santé Mentale de l'Alphée, il permet de favoriser le lien social. Il invite à l'échange et au partage par des manifestations régulières (Fête des Lumières, Fête de la Musique) et à l'engagement commun pour la préservation de la biodiversité. Il relie les personnes au-delà de leurs différences et permet à chacun d'y participer selon ses possibilités.

Dans la continuité de ce projet de jardin de soin intra hospitalier, qui s'était donné pour enjeu d'améliorer l'ambiance de l'environnement du soin au sens d'Hermann Simon nous avons engagé cette année une mise en lien en « ambulatoire » de ces différents lieux propices au lien social et à une « éco-citoyenneté » commune, au-delà des différences induites par les problématiques de santé de chacun.

Ainsi est né le Réseau des Jardins de Santé de la Loire, constitué entre autres de nombreuses personnes issues du champ de la santé mentale (Jardin Collectif du GEM les Moyens du Bord, citée en description et dont le Colloque du 24 Mai 2019 en fera l'écho, Jardin partagé du Layat, fréquenté jusqu'à il y a peu de temps par des usagers d'une Hôpital de Jour de Psychiatrie adulte à Firmin, etc, etc...).

La démarche participative mise en œuvre au sein du réseau de projet a pour objectif premier de faire émerger les problématiques repérées pour le développement de ces lieux et d'affronter ensemble les obstacles (non reconnaissance de l'importance de la nature dans les lieux de soins, limitations matérielles ou institutionnelles).

Cette démarche tente de reconnaître ainsi l'importance de la richesse et de la pluralité des points de vue des acteurs pour enrichir les réflexions. Cela en fait une démarche privilégiée par les acteurs au sein des réseaux de projet, d'autant plus dans le cadre de projets à cheval sur des thématiques de santé et de biodiversité, car elle permet de réunir les points de vue d'acteurs du monde végétal et d'acteurs du monde de la santé souvent opposés dans leurs objectifs prioritaires.

Par exemple, dans le cas d'un jardin thérapeutique, si l'on s'arrête aux demandes des gestionnaires, le jardin peut devenir un jardin "vitrine", très réussi esthétiquement, valorisant pour l'établissement et parfois rassurant pour les familles, mais qui n'a d'autre intérêt que de faire beau.

Pour conclure, laissons la parole à Jérôme Pélissier, Docteur en psychologie et écrivain lors consacré aux Jardins de Soins organisée le 24 Mai à Saint Etienne et dont le contenu est aujourd'hui en ligne, et qui nous met en garde devant un écueil aujourd'hui repéré de cet engouement concernant les jardins thérapeutiques : « Si on regarde les jardins des gens, c'est une évidence que d'une certaine manière, le jardin est celui de son jardinier, de ses usagers. Après quand on regarde les institutions, et bien c'est moins une évidence : je vois beaucoup de jardins qui visiblement ont été fait pour plaire aux paysagistes, pour plaire aux financeurs, pour plaire à la direction, pas sûr qu'ils aient été faits pour plaire aux résidents ou aux usagers. »

Conclusion

Au moment d'écrire ces lignes de conclusion, est présenté à l'Assemblée Nationale le rapport Wonner-Fiat sur l'organisation Territorial de la Santé Mentale.

Nous retrouvons dans ce rapport les préconisations portées de longue date par le CCOMS, dont nous avons eu un large écho lors du DIU Santé Mentale dans la Communauté : déploiement des moyens dans la communauté, organisation graduée du système de santé et d'autres propositions comme le pilotage national ou péréquation des moyens alloués pour rétablir une forme d'équité selon les territoires de la république.

S'il est permis d'espérer que le système change en profondeur, tant la crise est intense dans notre pays, on peut rester sceptique compte tenu de nombreux rapports ministériels antérieurs dont les conclusions n'ont que trop rarement été suivis de faits.

Un constat unanime cependant : nos concitoyens, nos proches, et peut-être un jour nous-même, c'est bien toute la société qui peut être concerné par un trouble de la santé mentale, plus ou moins grave. Sur ce constat, une possibilité, tout de suite et là où nous sommes : l'action et l'engagement, et une action résolument commune tant la tâche est immense.

Déjà engagé dans le champ de la réhabilitation psychosociale, accompagnant la mise en place de soins et d'une approche « capacitaire » pour réemprunter l'expression à Cynthia Fleury, cet engagement en tant que soignant « des » personnes restait pour moi incomplet.

La réhabilitation, c'est moitié dedans, et moitié dehors rappelait Tim Greacen, Docteur en psychologie et directeur du laboratoire de recherche en santé mentale et sciences sociales du GHU Paris psychiatrie et neurosciences dans une conférence donné sur le thème de la réhabilitation : c'est donc au contact des citoyens et par des citoyens que la problématique de la stigmatisation peut évoluer « dans le réel, et au contact des habitants » non plus « pour » les personnes mais « avec » elles.

Galvanisé par la rencontres avec d'autres réalisations portées par des autres membres de notre promotion dans ce DIU, je voulais moi aussi faire « ma part ».

Contre l'individualisme, une possible construction de l'individuation des sujets œuvrant ensemble, trouve à mes yeux un terreau bien fertile à Saint Etienne. L'expérience transformatrice qu'avait déjà eu sur mon parcours la mise en place du Réseau des Jardins de Santé et maintenant de la mise en place du Trialogue me rappellent tous les jours la phrase placée en exergue du manifeste ConfCap-CapDroits du Collectif Contrast qui rassemblent des chercheurs de nombreuses disciplines : « nous sommes toutes et tous compétents, et nous sommes toutes et tous vulnérables ».

Bibliographie

- Akrich, M. (2010). From communities of practice to epistemic communities: Health mobilizations on the internet. *Sociological Research Online*, 15(2), 1–17.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2009). *Recovery in mental health: Reshaping scientific and clinical responsibilities*. John Wiley & Sons.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490.
- Arboleda-Flórez, J. (2001). The state of the evidence: Stigmatization and human rights violations. *World Health Organization. Mental health: a call for action by world health ministers. Geneva: Ministerial Round Tables, 54th World Health Assembly*.
- Ausloos, G. (1994). La compétence des familles, l'art du thérapeute. *Service social*, 43(3), 7–22.
- Bantman, P. (2005). La famille comme «partenaire thérapeutique». *Che vuoi?*, (3), 49–60.
- Béal, V., Dormois, R., & Pinson, G. (2010). Relancer Saint-Étienne. Conditions institutionnelles et capacité d'action collective dans une ville en déclin. *Métropoles*, (8).
- Beetlestone, E., Demassiet, V., Olivier, F., Defromont, L., Daumerie, N., & Chabane, R. (2015). Une expérience de partenariat entre élus, professionnels, et usagers pour favoriser le rétablissement en santé mentale. *L'information psychiatrique*, 91(7), 578–585.
- Bock, T., & Priebe, S. (2005). Psychosis seminars: An unconventional approach. *Psychiatric Services*, 56(11), 1441–1443.
- Canguilhem, G. (1978). Une pédagogie de la guérison est-elle possible. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 17, 18–27.
- Castanho, P., & Gaillard, G. (2017). Paulo Freire, la notion de libération, la clinique des groupes et l'appropriation subjective. *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 23(1), 197–211.
- Cervello, S., Arfeuillère, S., & Caria, A. (2017). Schizophrénie au cinéma: Représentations et actions de déstigmatisation. *L'information psychiatrique*, 93(6), 507–516.
- Davidson, M. (2002). What else can we do to combat stigma? *World Psychiatry*, 1(1), 22.
- Fleury, C., & Tourette-Turgis, C. (2018). Une école française du soin? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique: l'Université des patients et la chaire de philosophie à l'hôpital. *Le sujet dans la cité*, (1), 183–196.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*.
- Freire, P. (1980). *La pédagogie des opprimés*. F. Maspero.

- Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F., & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia : II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48(4), 340–347.
- Loubières, C., Caria, A., & Arfeuillère, S. (2018). Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. *L'information psychiatrique*, 94(10), 809–816.
- Petitjean, F. (2011). Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169, 184–187. Elsevier.
- Pommier, R., Pringuey, D., Pringuey-Criou, F., Boulon, Y., Boyer, S., & Massoubre, C. (2018). Approche qualitative de l'éprouvé au Jardin de Soins. Une étude exploratoire en Psychiatrie de l'Adulte. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176, 150–156. Elsevier.
- Prince, P. N., & Prince, C. R. (2002). Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 323.
- Roelandt, J.-L., Vaglio, A., Magnier, J., & Defromont, L. (2015). La santé mentale en France et dans le monde:«Des hommes, pas des murs». *Pratiques en santé mentale*, 61(1), 47–58.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 56(2), 299–312.
- Sebbane, D. (2015). Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : Jugés de près mais préjugés... *L'information psychiatrique*, 91(5), 417–426.
- Simonnet, A., & Gudefin, J. (2019). La relation soignant-patient, le nouvel indicateur de la médecine de demain ? *Techniques hospitalières - ISSN : 1166-8385, n°774*, 57–60.
- Stip, E., Caron, J., & Lane, C. J. (2001). Schizophrenia : People's perceptions in Quebec. *Cmaj*, 164(9), 1299–1300.
- Stuart, H. (2002). *Consumer Preference Assessment. Results of the Southeastern Ontario Mental Health Community Comprehensive Assessment Project*. Kingston: Southeastern Ontario Mental Health Implementation Task Force and
- Stuart, Heather. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54–72.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 1–3.
- Thunus, S., & Lorquet, N. (2014). Au cœur de la réforme des soins de santé mentale en Belgique : Les coordinateurs de réseau. *SociologieS*.
- Vergès, F. (2005). Le Nègre n'est pas. Pas plus que le Blanc. *Actuel Marx*, (2), 45–63.

Résumé du Mémoire

La Santé Mentale Communautaire ne se décline pas qu'en concepts mais aussi et surtout en actes. A travers la description de la mise en place d'un Psy-Trialogue, ateliers débats associant personnes concernées par un problème de santé mentale, proches aidants, et professionnels de la santé et du social, ce mémoire s'attache à décrire et discuter la mise en place et l'intérêt d'un tel dispositif.

Son inscription dans le terreau particulièrement fertile de la ville de Saint Etienne, soutenu par les concepts opérants de l'éducation populaire, montre à quelque point le contexte et les acteurs locaux restent déterminant pour développer et mettre en action les idées échangées lors de de l'enseignement du DIU Santé mentale dans la Communauté.

Motivée par l'impact immense que la stigmatisation et l'ignorance fait encore porter comme second fardeau pour nos concitoyens les plus vulnérables, déjà touchés par les affres de la maladie psychique et étayé par les apports récents de philosophes comme Cynthia Fleury et plus anciennes de Paulo Freire et Frantz Fanon, il proposera de réfléchir à la portée éthique et politique de notre action.

Nous entendons ainsi faire « notre part » dans le long combat pour l'« émancipation de tous » et contre cette injustice qui s'abat encore sur bon nombre de nos concitoyens aux prises avec des troubles psychiques, celles et ceux qui sont, rappelons-le nous sont nos frères, nos sœurs, nos parents, nos compagnes ou nos compagnons quandil ne s'agit pas de nous-mêmes.

Loin d'une approche teintée de « charité » mais convaincu de la dimension capacitaire du prendre soin, nous sommes aussi convaincus de l'apport de tous à la transformation de notre société, dans la limite de ses possibilités.

Dans notre humaine condition partagée, le combat écologique appel à l'insurrection de chacun contre une dé-subjectivation individuelle et collective à laquelle nous ne nous résignerons pas.

Mots Clés

Conception participative / rétablissement / Santé mentale Communautaire / réhabilitation psychosociale / Aide aux aidants