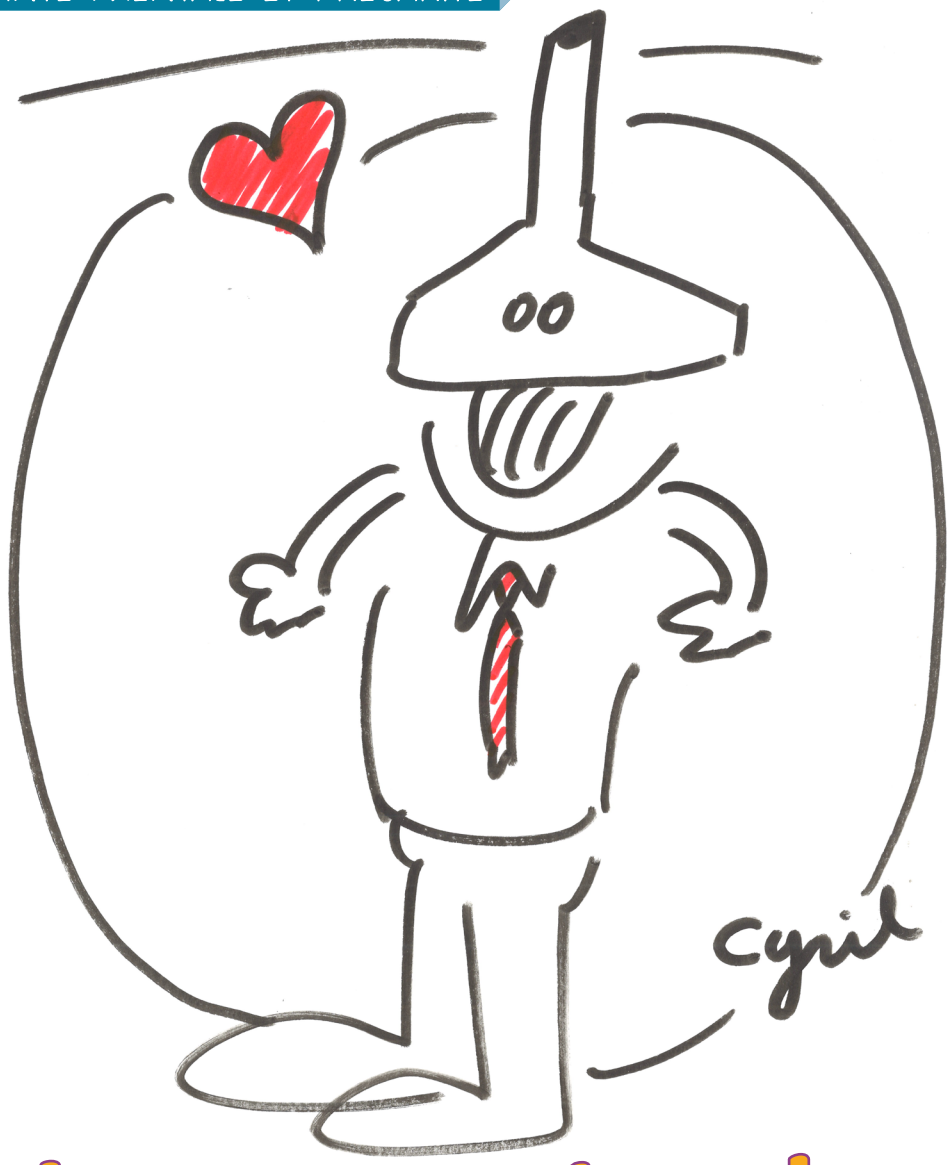
BULLETIN NATIONAL SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ

RHIZOME

RHIZOME n.m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante, souvent horizontale, émettant chaque année des racines et des tiges aériennes.

#65-66

Décembre 2017



Apprendre le rétablissement

Christian Laval

Édito

Enquête

En moins de cinq années, l'idée de rétablissement s'est répandue avec une rapidité qui interroge la solidité de l'armature conceptuelle de la psychiatrie française. Sans reprendre la genèse anglo-saxonne et les particularités contextuelles de ce « succès », maintes fois évoquées dans différents articles de ce *Rhizome*, nous nous attacherons ici à mieux comprendre quel sens attribuer à cette « importation », alors qu'elle est encore partiellement marginale dans la vie du « secteur ». Son attractivité actuelle, mobilisant quasi tous les acteurs présents dans le champ de la santé mentale (soignants, intervenants sociaux, personnes concernées, familles, chercheurs, médias…) doit être

Sommaire

6 › 7 *L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux*
Lise Demailly

8 › 9 *Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silenciée*
Marie Koenig

10 › 11 *Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères*
Nicolas Franck

12 *La psychothérapie au service du rétablissement*
Elodie Gilliot

13 › 14 *Travailler pour s'en sortir ?*
Agathe Martin

15 *« Non je ne suis pas guéri, mais oui je suis rétabli »*
Jean-François Krzyzaniak

16 › 18 *« Je m'établis »*
Caroline Christiansen

19 › 21 *« Sensorialités Multiples », antenne lyonnaise du Réseau Français sur l'Entente de Voix*
Vanessa Evrard

22 › 24 *Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ?*
Stéphanie Wooley

25 › 26 *Le rétablissement au cœur des politiques de santé mentale*
Michel Laforcade

27 *GEM: un lieu, un lien, pas loin*
GEM Envol et Compagnie

28 › 29 *Psychanalyse et rétablissement. Entretien avec Roland Gori*
Roland Gori

restituée au sein d'une famille de concepts en voie de globalisation, ayant pour finalité commune d'articuler *cure* et *care*, autonomie et dépendance, vulnérabilité et capacités. Potentiellement vulnérable, tout individu serait/devrait être susceptible de se ressaisir, disposant toujours de potentialités sur lesquelles s'appuyer pour… se rétablir : telles sont les nouvelles règles du jeu social. La fortune du concept d'*empowerment*, lui aussi issu de l'aire culturelle anglo-saxonne est un précédent à méditer. Ses différents usages sociaux montrent les ambiguïtés morales et politiques de sa diffusion à travers le monde. Certes, son implantation dans le paysage français, au plus fort de la mobilisation d'Act Up en 1990, le positionne dans la filiation des luttes des noirs américains, mais différents travaux montrent aussi le succès de ce terme dans les sphères de management de type néo-libéral.

Au vu de ce précédent, une vigilance s'impose. Il convient d'être attentif à la manière dont les acteurs français usent de la traduction française du *recovery*. Lise Demailly, sociologue, débusquant les ambiguïtés et les enjeux hexagonaux liés à ce concept, propose de qualifier le processus qui consiste à « se rétablir » par le terme « aller mieux », qui a le mérite de préciser que le rétablissement est un processus non médical à ne pas confondre avec la guérison. Pour autant, diverses contributions adoptent le terme de rétablissement et en précisent le contenu selon différentes perspectives. Marie Koenig, psychologue clinicienne, en s'appuyant sur les travaux nord-américains, différencie le rétablissement objectif (clinique, médical et scientifique) du rétablissement subjectif, qui relève de l'expérience et du ressenti des personnes dites schizophrènes. Nicolas Franck, psychiatre, distingue trois processus qui contribuent au rétablissement personnel : le rétablissement clinique synonyme de « rémission symptomatique », le rétablissement social et le rétablissement fonctionnel (dont la remédiation cognitive serait, selon lui, une réponse adaptée). D'autres auteurs soumettent ces définitions à une logique disciplinaire, soit en postulant une énième segmentation du rétablissement nommé rétablissement psychologique comme le propose Elodie Gilliot, elle-même psychologue, et qui promeut au passage de nouvelles offres psychothérapiques d'acceptation et d'engagement. Soit, autre manière de le rediscipliner, en pointant que le rétablissement asymptomatique serait étranger « à toute considération psychopathologique mettant de côté la possibilité d'envisager des logiques de rétablissement propres à tel ou tel trouble psychiatrique » comme le soutient Brice Martin, psychiatre.

Le questionnement complexe, intime et dense, ambivalent et critique, que les personnes directement concernées entretiennent avec le rétablissement est d'une autre nature. Si le terme est adopté par Jean-François Krzyzaniak, membre du Conseil National de Santé Mentale, pour témoigner d'un parcours de vie lui permettant de différencier guérir et se rétablir, il est remarquablement discuté - et discutable - pour Caroline Christiansen : « J'ai fini par être totalement libérée du diagnostic », écrit-elle. Elle établit en mots et en silences une partition sur « l'épaisseur de la vie et de ses manifestations », incompatible avec toute fermeture diagnostique. En vis-à-vis de la psychiatrisation des phénomènes perçus, on retrouve ce souhait de ne pas être assigné à une pathologie dans l'expérience du groupe « Sensorialités Multiples », présenté par Vanessa Evrard, membre co-fondatrice du Collectif, qui s'est créé dans la filiation des Entendeurs de voix. Ce groupe expérimente différentes stratégies partagées collectivement sans finalité thérapeutique (méditation, poésie, écriture) « qui permettent à chacun d'aller mieux ». Sur un registre plus politique, Stéphanie Wooley, militante engagée dans diverses associations d'usagers, mobilise le rétablissement comme une arme de justice sociale dont la finalité devrait être prioritairement l'autodétermination et non la gestion des symptômes. Elle relaie les analyses critiques d'un groupe d'ex-usagers nommé « *recovery in the bin* », qui, face à la « dilution du concept et à ses effets pervers », se disent prêts, s'il ne sert plus leur quête d'autonomie, à jeter le rétablissement à

la poubelle.

On commence à voir que le spectre définitionnel est large et saturé d'enjeux divers et parfois antithétiques. Sans jugement exclusif, tentons de mieux comprendre pour quelles finalités et quelles pratiques le rétablissement est-il « parlé » au moment où il est hissé « au cœur des politiques de santé mentale » par la direction des Agences Régionales de Santé (Michel Laforcade, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine).

Apprentissages

À la faveur de l'introduction du rétablissement en tant qu'étendard d'une nouvelle politique publique de santé mentale, de nouvelles questions émergent tandis que d'anciennes questions resurgissent autrement. Son apparition en France en 2011, s'est concrétisée grâce au financement de trois programmes expérimentaux « Un Chez soi d'abord », le programme « Médiateur santé-pair » du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé, et le programme Emilia[1], qui le définissaient comme un renversement de paradigme. Aujourd'hui, paradoxalement, de multiples acteurs louent sa continuité et sa compatibilité avec les évolutions historiques qui ont traversé la psychiatrie au 20ème siècle : fin de l'aliénisme, soins dans la Cité, alternatives à l'hospitalisation, parole et droits des usagers….

Ouvertures institutionnelles : Cette compatibilité supposée réinterroge le rôle et la place des institutions. Deux orientations sont discernables : la première porte une visée de transformation de l'institution psychiatrique ; elle fait lien avec le courant de la réhabilitation psychosociale tout en introduisant, non parfois sans résistances, des espaces d'accompagnement par les pairs. La seconde vise la transformation des relations entre personnes directement concernées et soignants, vers plus de réciprocité. Pour exemple, la revendication d'externalité, par rapport aux lieux de soins, des groupes d'entraide mutuelle (*GEM, un lieu, un lien, pas loin*) est le signe d'une transformation globale de l'autorité institutionnelle de type médico-psychiatrique, qui est dérangée par cette nouvelle donne jusqu'à se poser la question, face aux critiques des usagers, de la nocivité potentielle du service rendu.

Aggiornamento des controverses scientifiques : La pratique du rétablissement peut s'accommoder autant de la prescription médicamenteuse que de la psychothérapie. Pour autant, elle semble plus congruente avec les thérapies cognitivistes qu'avec la psychanalyse qui campe souvent sur une posture défensive. Dans un texte renversant les idées reçues, le psychanalyste Roland Gori, tout en pointant un air de famille comminatoire entre l'*homo economicus* et le rétablissement, soutient une vision qui concilie rétablissement et psychanalyse mais « à condi-

1 L'objectif de ce programme européen a consisté à améliorer la participation des utilisateurs des services psychiatriques pour une meilleure inclusion sociale et un accès à l'emploi rémunéré. Il a été mis en place de septembre 2005 à février 2010.

Sommaire

30 *Le travailleur social sur le chemin du rétablissement*
Anne Laugery
Sylvie Katchadourian
Mohammed Khattala
Bertrand Costa
Clément Bart

31 › 32 *Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois*
Myreille St-Onge

33 › 34 *Le mentorat de rétablissement : introduction d'un programme de formation médicale et d'une approche de e-learning pour-et-par les usagers*
Jean-François Pelletier
Michael Rowe
Larry Davidson

35 › 36 *Apprendre à se rétablir*
Julien Grard
Céline Letailleur
Aurélie Tinland

37 › 38 *Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble*
Nicolas Chambon

39 *Représentations, stratégies et redéfinition identitaire dans le processus de rétablissement*
Brice Martin

40 *Actualités*

tion que les psychanalystes sortent de leur dispositif figé et standardisé ».

« Contrairement aux approches qui se penchent sur des problèmes et des déficits, l'approche rétablissement est orientée vers une recherche de solutions et de ressources. »

Autre caractéristique : Contrairement aux approches qui se penchent sur des problèmes et des déficits, l'approche rétablissement est orientée vers une recherche de solutions et de ressources. Au-delà du sempiternel débat entre comportementalistes et psychistes, en filigrane, l'actualité de la controverse est peut-être à chercher entre des offres thérapeutiques peu évaluées ou difficilement évaluables et des propositions programmatiques accompagnées d'une batterie d'outils d'évaluation quantitative et qualitative. Le questionnement théorique se déplace alors entre recherche des causes des maladies et recherche résultative ou interventionnelle « de ce qui marche ou non » pour mieux fonctionner dans la vie. La thématique du bon environnement devient princeps. La philosophie sous-jacente est pragmatiste. Il s'agit de faire varier le curseur des causes vers les effets des troubles afin de les affronter aussi en *connaissance d'effets*.

« La validité du processus de rétablissement serait autant à chercher dans les conséquences des troubles sur la vie quotidienne des personnes que dans leurs antécédents biologiques, psychologiques ou sociaux. »

La validité du processus de rétablissement serait autant à chercher dans les conséquences des troubles sur la vie quotidienne des personnes que dans leurs antécédents biologiques, psychologiques ou sociaux. De là, l'expérience des pairs, réfléchie, discursive, dialogique, lorsqu'elle est transformée en savoir expérientiel devient un moteur de connaissance transmissible non seulement pour les pairs mais aussi pour les soignants et plus largement pour les travailleurs sociaux « orientés rétablissement » (Anne Laugery, infirmière, et *al.*).

L'enjeu de la formation : Dans le contexte québécois, la formation des pairs aidants (Mireille St-Onge, psychologue) ou de mentorat (Jean-François Pelletier, politologue, et *al.*), semble être un véritable défi relevé collectivement partagé, à comprendre non comme une transmission de la connaissance des sachants mais comme une expérimentation collective d'apprentissage. Il reste que cette professionnalisation (et donc les contenus de formation) du pair interroge. Quid de la notion de pair naturel et d'accompagnement informel, gratuit et bénévole ? À Marseille, le projet original du CoFoR (Julien Grard, anthropologue, et *al.*) financé par l'Agence Régionale de Santé place, quant à lui, le concept de littératie au centre de sa démarche collaborative. Pour ces initiateurs, le fossé se situerait moins entre savoirs patentés et savoirs profanes qu'entre ceux qui ont accès ou non aux informations les concernant et qui savent les mobiliser pour être en capacité de s'aider eux-mêmes afin de sortir de la dépendance à autrui. Enfin, Agathe Martin revient sur son expérience dite d'usagère-formatrice, où elle discute le sens politique et l'utilité sociale de ce type de travail. Elle conclut par ces mots éloquents que nous ne pouvons pas nous empêcher de mettre en relief : « C'est un mode de vie, un rapport à soi dans lequel on essaie constamment de déterminer ses limites sur le moment, dans lequel les possibles ont été redéfinis en tenant compte de la maladie mais en l'ayant intégrée en soi comme paramètre de son existence. Je crois bien que le déni comme la réduction de soi à la pathologie sont les deux mêmes effets d'un refoulement de la maladie qui apparait tellement catastrophique à accepter qu'elle se retrouve mise à distance ou englobante. Se rétablir c'est peut-être simplement donner sa juste dimen-

sion à la maladie dans sa vie et dans son identité. »

Le rétablissement au service de qui ?

« Le rétablissement est un concept complexe et polysémique, historiquement forgé dans la lutte des personnes directement concernées pour se faire entendre et rendre crédible leurs paroles. »

Alors régression, stagnation ou progrès ? Le rétablissement est un concept complexe et polysémique, historiquement forgé dans la lutte des personnes directement concernées pour se faire entendre et rendre crédible leurs paroles. Son transfert d'une aire géographique à l'autre a conduit différents récepteurs à le réinventer et parfois à méconnaître, et donc à renouveler sa force critique initiale au regard des théories, des pratiques, des controverses et des intérêts *in situ*. Alors que les éléments déterminants pour « aller mieux » ne sont pas spécifiques à la pathologie mais sont principalement de nature environnementale et systémique, « reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble » (Nicolas Chambon, sociologue) appelle des solutions (travail, logement, ressources) qui obligent à élargir le cercle des concernés (politiques, logeurs, employeurs...). Cette entreprise d'élargissement est certainement la plus ardue à concrétiser car elle se heurte à des questions structurelles et à des choix de société de nature politique.

Au terme de ce numéro double, gageons que l'arrivée du rétablissement dans le contexte français porte en germe un renversement dans la hiérarchie des valeurs qui fondent le vivre ensemble. Elle met un frein à l'idée d'involution historiquement très présente dans le monde de la psychiatrie tout en se positionnant contre une évolution imposée. De plus, son appropriation en cours, en renouvelant les termes de différents enjeux politiques, systémiques, organisationnels et cliniques spécifiques au soin psychique, ouvre dans l'espace public une nouvelle constellation idéo-politique en rupture avec la tendance sécuritaire qui depuis une dizaine d'années a régulièrement frappé une psychiatrie publique française en quête d'une mise à jour progressiste de son modèle historique.