



HAL
open science

Accueillir la crise psychique. Expérimentation et expérience du rétablissement

Ismaël Bechla

► **To cite this version:**

Ismaël Bechla. Accueillir la crise psychique. Expérimentation et expérience du rétablissement. Anthropologie sociale et ethnologie. Ecole normale supérieure de lyon - ENS LYON, 2023. Français. NNT : 2023ENSL0123 . tel-04520284

HAL Id: tel-04520284

<https://theses.hal.science/tel-04520284>

Submitted on 25 Mar 2024

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

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



THESE

en vue de l'obtention du grade de Docteur, délivré par
l'ECOLE NORMALE SUPERIEURE DE LYON

Ecole Doctorale N°487 PHCR
Ecole Doctorale de Philosophie

Discipline :

Philosophie, Épistémologie

soutenue publiquement le 12 décembre 2023, par :

Ismaël BECHLA

Accueillir la crise psychique

Expérimentation et expérience du rétablissement

Devant le jury composé de :

Delphine MOREAU, Professeure, EHESP Rennes, Rapporteuse

Christelle RABIER, Maîtresse de conférences-HDR, EHESS Marseille, Rapporteuse

Nicolas LECHOPIER, Maître de conférences, Université Claude Bernard Lyon, Examinateur

Stéphane RULLAC, Professeur, HETSL Lausanne, Examinateur

Emmanuelle JOUET, Directrice de recherche, GHU Paris, Examinatrice

Ève BUREAU-POINT, Chargée de recherche au CNRS, CNE Marseille, Examinatrice

Samuel LÉZÉ, Maître de conférences-HDR, ENS Lyon, Directeur de thèse

Ismaël Bechla

Accueillir la crise psychique

Expérimentation et expérience du rétablissement

Résumé

En France, la réaction sociale à la crise psychique est essentiellement assurée par les urgences de l'hôpital psychiatrique public qui sont confrontées à des difficultés d'ordre économique, conjoncturel, et moral. Cependant, les principales orientations politiques nationales et internationales ont adopté les principes du rétablissement et préconisent le développement d'alternatives aux urgences psychiatriques conformément aux revendications des (ex)usagers de la psychiatrie. Comment se fait la réception française de cette nouvelle politique de santé mentale ? Ainsi, la thèse analyse l'expérience individuelle et sociale de la crise psychique par l'ethnographie d'un dispositif innovant, le Lieu de Répit Marseille, qui propose un accueil soutenu de la crise psychique par le savoir expérientiel en alternative à l'hospitalisation.

L'observation des interactions entre les acteurs (usagers, proches, professionnels de santé, etc.) révèle l'incidence du cadre moral sur l'expérience vécue de la crise psychique. La thèse montre une hiérarchisation sociale subie par les (ex)usagers de la psychiatrie qui imprègne les modalités de soin. Le *Stigmat* (Goffman, 1975) que représentent les troubles psychiques participe à l'instauration d'une méfiance vis-à-vis de l'institution hospitalière. La valorisation des savoirs expérientiels et du travail pair au lieu de répit permet de partager l'expérience des troubles, et d'instaurer de nouvelles *normes relationnelles* qui produisent des *effets thérapeutiques*. La participation des (ex)usagers aux niveaux micro, méso et macrosocial entraîne l'évolution des *interactions sociales* et représente un levier pour améliorer la réponse à la crise psychique.

La thèse s'est intégrée à une recherche-action participative qui a accompagné la construction du modèle interventionnel. Dans un premier temps, une analyse des trajectoires hospitalières est réalisée, puis le dispositif innovant est situé dans une perspective historique et spatiale. Le processus de recherche-action participative est analysé, ainsi que le lexique local qui révèle les normes morales des acteurs, et les représentations sociales associées à la psychose. La seconde partie précise les modalités pratiques du dispositif et souligne la complexité organisationnelle induite par la crise psychique. Le travail émotionnel réalisé par les intervenants est souligné et mis en lien avec les spécificités du travail pair, ses apports et les modifications identitaires qu'il induit. Pour finir, les parcours de rétablissement des usagers du lieu de répit sont analysés.

Mots clés : Crise psychique – Rétablissement – Travail pair – Expérience – Recherche-action – Interactions sociales.

Summary

In France, public psychiatric hospital emergency departments care for psychological crises but face economic and moral difficulties. In the meantime, the leading national and international political guidelines have adopted the principles of recovery and advocated the development of alternatives to psychiatric emergencies in line with the demands of (former) users of psychiatry. How is this new mental health policy being received in France? This thesis analyses the individual and social experience of psychological crisis through the ethnography of an innovative facility, the Lieu de Répit Marseille, which offers a sustained response to psychological crisis through experiential knowledge as an alternative to hospitalisation.

Observation of the interactions between the actors (users, relatives, healthcare professionals, etc.) reveals the impact of the moral framework on the lived experience of a psychological crisis. The thesis shows that (ex-)psychiatric users are subjected to a social hierarchy that permeates care methods and that the stigma (Goffman, 1975) represented by mental disorders helps to create distrust of the hospital institution. Making the most of experiential knowledge and peer work at the respite care centre means that people can share their experiences of disorders and establish new relational norms that have a therapeutic effect. The participation of (ex-)users at micro, meso, and macrosocial levels leads to changes in social interactions and represents a lever for improving the response to psychological crises.

The thesis is part of a participatory action-research project that accompanied the construction of the intervention model. Firstly, hospital trajectories are analysed, and then the innovative system is placed in a historical and spatial perspective. The participatory action-research process is analysed, alongside with the local lexicon that discloses the actors' moral standards and the social representations associated with psychosis. The second part sets out the practical details of the system and highlights the organizational complexity brought about by the psychic crisis. The emotional work carried out by those involved is highlighted and linked to the specific features of peer work, its contributions, and the changes in identity it brings about. Finally, the recovery pathways of users of the respite centre are analysed.

Key words: Psychological crisis, recovery, peer-support, experience, action research, social interactions

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toutes celles et ceux qui ont accepté d'accorder des entretiens dans le cadre de cette thèse, car celle-ci n'aurait pas pu voir le jour sans la confiance que ces personnes m'ont accordée. Voir exposées ses pensées, son histoire, même sous couvert d'anonymat, est un acte sensible auquel la recherche en sciences humaines et sociales est redevable. La démarche est d'autant plus remarquable quand il s'agit de parler de son intimité psychique ou d'expériences de vie traumatiques.

Bien que la rédaction d'une thèse soit un exercice individuel, cette recherche a été réalisée dans une démarche collective et polyphonique dont j'ai tenté de rendre compte. Les personnes qui y ont participé d'une manière ou d'une autre sont nombreuses et ne peuvent pas être toutes citées ici. Mais si elles ont l'occasion de lire ces lignes et de s'y reconnaître, qu'elles soient remerciées d'avoir contribué à la réflexion.

Mes remerciements vont bien entendu à mon directeur de thèse, Samuel Lézé, dont les paroles ont toujours été soutenantes et m'ont systématiquement permis d'avancer sur la voie doctorale. Ses conseils, ses critiques, les perspectives théoriques et pratiques qu'il m'a fait entrevoir ont été des sources de motivation et de stimulation intellectuelle durant ces cinq années. J'espère que cette collaboration se poursuivra à l'avenir.

Je remercie Christelle Rabier et Delphine Moreau d'avoir accepté le rôle de rapporteuse de cette thèse. Je suis persuadé que leurs retours renforceront la qualité de mon travail de recherche et participeront à éclairer la réflexion que j'ai menée durant des dernières années. Merci également à Emmanuelle Jouet, Lise Demailly, Stéphane Rullac, Nicolas Lechopier et Ève Bureau-Point de faire partie du jury de thèse. La diversité de leurs approches disciplinaires représente une richesse pour appréhender le complexe objet de l'expérience de la crise psychique.

L'écriture de ce manuscrit, toute imparfaite qu'elle soit, a bénéficié de relectures attentives en plus de celles de mon directeur de thèse. Je souhaite exprimer toute ma gratitude aux personnes qui ont contribué à améliorer ce texte sur le fond comme sur la forme : Françoise Savoye, Cécile Amiand-Glory, Amandine Sauret, Selma Duval, Marie-Dominique Aguillon, Fanny Le Bonhomme, Jean Schueller, Wilfrid Schueller, Philippe Youchenko et plus particulièrement Javier Schnake pour sa présence soutenue durant les derniers jours.

Les professionnels des bibliothèques sont des agents incontournables de la recherche scientifique sans lesquels j'aurais été bien en peine de réaliser mon travail. Je tiens à remercier tout particulièrement le personnel du Centre de documentation en sciences sociales de la Veille Charité, à Marseille, le personnel de la Bibliothèque Diderot à Lyon pour son accompagnement à distance, et le personnel de la Bibliothèque universitaire AMSE Bernard du Bois à Marseille.

Le soutien que j'ai reçu tout au long de la thèse n'est pas uniquement technique et matériel. Il est avant tout moral et sensible. Je tiens à témoigner de toute mon affection à ma famille sans qui rien n'aurait été possible et à mes amis qui représentent un soutien indéfectible depuis tant d'années. Merci à vous !

Enfin, plusieurs personnes, plus ou moins proches, ont quitté le monde des vivants durant la période de mon travail de thèse : Howard Becker, Ian Hacking et Marc Bessin, décédés pendant que je rédigeais ce manuscrit ; Christine, Justine, Christophe, Sofia et Germain de qui j'ai croisé la route au Lieu de répit ; Houria Mekediche dont la bonté irradiait ; et Mohamed Seghir Bechla dont l'absence continue à me peser.

Post-scriptum : Lise Demailly n'avait finalement pas pu assister à la soutenance de thèse pour des raisons de santé. J'ai appris très tristement son décès dans les premiers jours de cette année 2024. Ses travaux ont accompagné depuis le début l'émergence du métier de médiateur de santé pair en santé mentale. C'était un réel plaisir pour moi de savoir qu'elle s'intéressait à mon travail.

Notes préalables

L'écriture inclusive a prédominé sur mon terrain de recherche. J'ai fait le choix de ne pas l'utiliser ici, mais l'emploi systématique du masculin (sauf exceptions) m'a questionné à plusieurs reprises lors de la rédaction du document. J'espère que cet inconvénient aura l'avantage de réduire l'imperfection des modalités d'anonymisation. Le nom du dispositif a été spécifié car il est unique en France et qu'il m'apparaissait plus important de contextualiser l'espace local que de tenter de préserver une illusoire anonymité. Son emplacement, ainsi que ses coordonnées sont disponibles sur internet. La taille restreinte du terrain dans le cadre d'une bourse CIFRE rend l'anonymisation des acteurs relative. Pour réduire les possibilités d'identification je n'ai pas précisé les dates de mes notes de terrain, estimant le bénéfice du respect des individus supérieur à l'intérêt chronologique.

Les anonymisations sont organisées de la façon suivante : Statut. Dispositif. Numération. Date. Pour faciliter la lecture, les indications sont abrégées : Us. pour Usager ; Exp. pour Expert d'expérience, Psychia. pour Psychiatre ; Prat.Hos. pour Praticien hospitalier ; Psycho. pour Psychologue ; Che. pour Chercheur ; Mars. pour Marseille ; Ass. pour membre de l'Association Just ; Aid. pour Aidant ; Bén. pour Bénévole ; Coord. pour Coordinateur ; Int. pour Intervenant ; Ext.LDR. pour Extérieur au LDR ; Par. pour Participant. Ainsi, Exp.LDR.8.2019 désigne un travailleur pair du LDR dont le propos a été recueilli en 2019, et Us.HP.1.2022, un usager de l'hôpital dont le propos a été recueilli en 2022.

Dans les *verbatim* et les extraits de documents écrits (questionnaires de satisfaction, cahier de liaison, etc.), j'ai fait le choix de respecter l'orthographe et le phrasé des individus. Certains extraits sont donc grammaticalement incorrects mais ils ne trahissent pas les mots employés par leur auteur.

Listes des sigles et abréviations

AA : Alcooliques Anonymes

ACT : Assertive Community Treatment

ADA : Americans with Disabilities Act

APA : American Psychiatric Association

AP-HM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille

APP : Analyse de pratiques professionnelles

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

CAP : Centre d'accueil permanent de psychiatrie

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCOMS : Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

CEReSS : Centre d'études et de recherche sur les services de santé et la qualité de vie

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CIDPH : Convention Internationale des Droits des Personnes Handicapées

CIFRE : Convention industrielle de formation par la recherche

CIM : Classification internationale des maladies et causes de décès

CMP : Centre médico-psychologique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CREMIS : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté

CRISES : Centre de recherche sur les innovations sociales

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DAiP : Directives anticipées incitatives en psychiatrie

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHESS : École des hautes études en sciences sociales

EMA : Engagement mutuel d'accueil

EMLPP : Équipe mobile de liaison psychiatrie précarité

ETP : Éducation thérapeutique du patient

ETP : Équivalent temps plein

FFI : Faisant fonction d'interne

FNAPSY : Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GRAP : Groupe de recherche-action participative

HAS : Habitat alternatif social

HiTOP : Hierarchical Taxonomy of Psychopathology

HVG : Hearing Voices Groups

IDE : Infirmier.ère diplômé.e d'état

IDEL : Infirmier.ère diplômé.e d'état libéral

ISMIC : Intervenant.e en Santé Mentale Communautaire

IVG : Interruption volontaire de grossesse

JDL : Juge des libertés

JUST : Justice and union toward social transformation

LDR : Lieu de répit

MARSS : Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social

MDM : Médecins du Monde

MDS : Maison départementale de la solidarité

MECS : Maison d'enfants à caractère social

MHA : Mental Health America

MHASP : Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania

MSP : Médiateur.rice de santé pair.e

NAP : Neuroleptique à action prolongée

NASMHPD : National Association of State Mental Health Program Directors

NATM : Need-adapted treatment

NIMH : National Institute of Mental Health

OD : Open dialogue

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PAIR : Plan d'action individualisé de rétablissement

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PMR : Personne à mobilité réduite

PREPS : Programme de recherche sur la performance du système des soins

PTSM : Projet territorial de santé mentale

QPC : Question prioritaire de constitutionnalité

RAP : Recherche-action participative

RDR : Réduction des risques

REV : Réseau des Entendeurs de Voix

RI : Règlement intérieur

ROME : Répertoire opérationnel des métiers et des emplois

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'état

SDS : Society for Disability Studies

SDT : Soins à la demande d'un tiers

SHS : Sciences humaines et sociales

SSCIID : Society for the Study of Chronic Illness, Impairment and Disability

SSI : Supplemental Security Income

TCC : Thérapies comportementales et cognitives

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UPIAS : Union of the Physically Impaired Against Segregation

WINS : Work Interests and Needs Study

WRAP : Wellness Recovery Action Plan

Sommaire

Introduction	2
La crise psychique et sa réception sociale	2
État de l'art	4
Méthode de recherche et organisation de la thèse.....	17
Première partie : Pratiques d'une transformation de l'hospitalité.....	30
Chapitre 1 : Vues et vécus des expériences institutionnelles	31
1. Contextualisation des récits d'usagers	32
2. Parcours et récits de l'expérience institutionnelle	44
3. HP.....	67
Chapitre 2 : Contexte spatiotemporel de l'hospitalité.....	83
1. Jeux d'échelles	84
2. Temporalité du LDR	103
Transition : un dispositif à l'image de son objet ou l'incertitude de la crise	112
3. Spatialité de l'expérimentation.....	115
Chapitre 3 : Normes et valeurs morales de l'expérimentation.....	129
1. Animer une approche inductive à visée opérationnelle	129
Transition : le PREPS, une source de tensions	158
2. Expérience réflexive de la RAP.....	162
Chapitre 4 : Dire la crise psychique.....	177
1. Les concepts et leurs attributions morales	179
2. Les interprétations de la crise et leurs réponses	204
Mise en perspectives de la première partie.....	215
Deuxième partie : Répét, sociabilité et savoirs expérientiels.....	217
Chapitre 5 : Un traitement social alternatif de la crise psychique	218
1. Incertitude, pouvoir et coordination	218
2. Organisation et techniques d'intervention.....	240
Chapitre 6 : Le savoir expérientiel, de l'individu au collectif.....	265
1. Effets du cadre expérimental sur les affects individuels.....	266
2. Le collectif LDR, un espace de transition entre l'intime et le professionnel.....	282
Chapitre 7 : Le soutien par les pairs ou la construction des savoirs issus de l'expérience.....	299
1. Phase préprofessionnelle.....	300
2. Phase professionnelle	330
Chapitre 8 : Parcours alternatifs et expériences du rétablissement	351
1. Trajectoires préalables à l'accueil	354
2. Déclinaison des économies morales microsociales	360
3. Processus de rétablissement et trajectoire post-crise.....	380
4. Conséquences du processus de rétablissement	387
Conclusion de la deuxième partie	391
Conclusion générale	393
Circonscrire l'objet de recherche.....	393
Histoire, politiques et expériences de la psychiatrie	396
Conscience sociale et altérité	400
Perspectives.....	407
Annexes.....	409
Bibliographie.....	418

« Le but de mes recherches sur la schizophrénie est justement de voir comblé le fossé entre le schizophrène et le reste de la société. » (Perry, 1976, p.184)

« Les routines inconscientes des normaux posent souvent des problèmes d'organisation aux individus discréditables. » (Goffman, 1975, p.108)

Introduction

La crise psychique et sa réception sociale

Dans cette recherche, je m'intéresse à l'accueil de la « crise psychique » considéré comme une opportunité de « répit » dans une trajectoire de rupture sociale. Il s'agit d'interroger les modalités de réception sociale de la crise, comment elles en modifient l'expérience individuelle et collective et de quelles façons elles agissent sur le parcours de rétablissement des usagers de la psychiatrie¹. Pour cela, j'étudie la transformation des espaces thérapeutiques en prenant comme terrain d'enquête un dispositif alternatif situé à Marseille, le lieu de répit (LDR). L'expérience des acteurs (personnes accueillies, intervenants, proches, etc.) est comparée à celle vécue au sein de l'institution hospitalière. Cette étude privilégie une approche interactionniste (Strauss, 1992) complétée par une analyse du discours des usagers et des professionnels.

L'expérimentation LDR a été accompagnée, entre février 2017 et décembre 2021, par une recherche-action participative (RAP) qui constitue le cadre de production des savoirs de cette thèse, réalisée sous une convention industrielle de formation par la recherche (CIFRE). La CIFRE (n°2019/0188) a été formalisée par un contrat de collaboration entre l'association JUST, qui porte le projet LDR, et mon laboratoire de rattachement, l'institut d'histoire des représentations et des idées dans les modernités (IHRIM, UMR 5317). L'objet de la convention étant la collaboration aux travaux de recherche du LDR, et notamment l'appel à projet de recherche financé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), intitulé « *Un Lieu de Répit à Marseille. Accompagnement à la résolution de crise de personnes en situation de handicap psycho-social : une alternative aux urgences psychiatriques et aux soins sous contrainte* » (dossier n°000269). Cette candidature a abouti à la remise d'un rapport final à la CNSA en décembre 2021 (Bechla & Zerbib, 2021).

Les dispositifs de « répit » sont pensés essentiellement à destination des aidants, initialement ceux de personnes en situation de handicap (loi du 11 février 2005), puis ceux de proches âgés avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 (Garabige & Trabut, 2020). Ils proposent des séjours qui visent à soulager les aidants, ainsi qu'à développer des compétences

¹ J'utilise le terme « usager » tout au long du document pour désigner les personnes ayant, ou ayant eu, une expérience de troubles psychiques et/ou de l'institution psychiatrique. Les termes « personne accueillie », et « patient » sont préférés dans le cadre du lieu de répit (LDR) ou des services de psychiatrie, conformément au lexique local. Le terme « usager » a été instauré par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Bien que le terme ait été dénoncé dans un rapport du conseil supérieur du travail social (Jaeger *et al.*, 2015), il a été largement repris sur mon terrain de recherche, y compris par les personnes directement concernées, et je n'ai pas identifié à ce jour de dénomination plus appropriée.

relatives au handicap¹. Le LDR propose quant à lui d'accueillir des personnes en situation de crise psychique et le répit y est pensé comme un moyen d'éviter la rupture d'une trajectoire de vie. L'entourage est invité à participer à la démarche de soin, dans le cadre d'entretiens de suivi ou de type Open Dialogue² (OD). Le LDR est une innovation sociale (Lévesque, 2006) qui s'inscrit dans une volonté de réformer globalement le paysage psychiatrique français.

Cette recherche vise à une évaluation qualitative de ce programme en recontextualisant cette initiative (sur le plan historique et géographique) en reconstituant les trajectoires des personnes accueillies et en analysant les modalités de leur accompagnement. Pour cela, je me réfère à une perspective goffmanienne d'étude des interactions en ce qu'elles révèlent les conceptions morales des acteurs. Ces considérations sont mises en perspectives dans une approche sociale des groupes, entendue comme une différenciation entre les usagers de la psychiatrie et les autres (Goffman, 1975). L'étude cet objet ne peut être menée qu'en considérant le contexte social et spatial dans lequel il est inséré (Kleinman, 1977), ses origines historiques et théoriques ainsi que les transformations techniques, économiques et morales qui l'ont précédé (Rabier, 2016). Trois niveaux analytiques sont mobilisés : 1) le niveau microsocial, qui est celui des interactions avec l'entourage proche de l'individu, et l'équipe soignante ; 2) le niveau méso-social, celui de l'organisation thérapeutique dans laquelle la crise est vécue ; 3) le niveau macrosocial, qui englobe les normes morales d'une société donnée.

Aussi bien le projet de recherche financé par la CNSA que la CIFRE intégraient un axe de recherche sur l'apport des savoirs expérientiels détenus par les usagers (Jouet *et al.*, 2019 ; Mooney *et al.*, 2023 ; Sartor, 2023), dont les travailleurs pairs³ (*peer-support worker*) sont la reconnaissance professionnelle (Demailly *et al.*, 2014 ; Fortuna *et al.*, 2022). La prise en compte de ces savoirs spécifiques semble indispensable pour appréhender l'expérience intime de la crise psychique. Ce postulat épistémologique est en cohérence avec l'approche participative de la RAP (Jaeger, 2023), tout comme avec le concept du rétablissement (*recovery*) entendu comme le processus par lequel les individus parviennent à un nouvel état de santé malgré la possible coexistence des troubles psychiques (Mead & MacNeil, 2006). Depuis plusieurs années les mouvements des usagers appellent à un changement de paradigme en santé mentale, et dénoncent une profonde stigmatisation sociale renforcée par les pratiques centrées sur le médical (Jones *et al.*, 2014). À l'inverse d'un isolement

¹ Des informations sont disponibles sur le site de la Fondation France Répit, créée en 2013.

² L'OD est une approche thérapeutique systémique développée en Finlande. Des précisions sont apportées dans le corps du document (Cf. p.278).

³ Le terme de « travailleur pair » est considéré dans la thèse de manière générique, mais rend compte imparfaitement de l'expression « *peer-support worker* ». Je ne fais pas de distinction avec deux autres termes considérés comme équivalents « médiateur de santé pair » et « pair-aidant », malgré des différences de statuts (de salariat, de formation) entre ces termes. J'induis toutefois l'aspect salarié de la fonction, bien que toute pair-aidance ne soit pas salariée, loin s'en faut... Sur la question de la dénomination de la fonction de pair-aidant, le lecteur peut se référer, entre autres, à Gardien & Laval (2019) ; Gélinas (2006) ; McCluskey (2016).

relationnel vécu en hôpital psychiatrique, les personnes accueillies au LDR expérimentent une sociabilité soutenue par les expériences communes. La participation est envisagée comme un moyen d'agentivité et de reprise de pouvoir d'agir¹ (*empowerment*). Au cœur de cette étude se trouve donc l'articulation des mécanismes sociaux de réception de la crise avec les trajectoires individuelles (Velpry, 2008).

État de l'art

La quatrième partie du récent ouvrage de Nicolas Henckes et Benoit Majerus (2022), intitulée *Expériences* débute par ces questionnements : « la maladie mentale est-elle une expérience sociale ? Si oui, en quel sens ? » (p.87), puis les deux auteurs soulignent le peu de réponses apportées par les sciences sociales, dont l'une d'entre elles serait que « l'expérience des personnes n'est jamais directement accessible, mais elle est toujours médiatisée par les conditions de son énonciation » (p.88). Cette affirmation prend une connotation particulière dans le champ de la psychiatrie que Henckes et Majerus précisent un peu plus loin, dans la sous-partie *À la recherche de l'expérience des malades*. Les récits à la première personne sont surtout datés du XIX^{ème} siècle, quant aux récits plus contemporains, comme celui d'Albert Londres intitulé *Chez les fous* paru en 1925, ils émanent surtout de l'extérieur du champ psychiatrique et sont écrits par des journalistes (Edelman, 2016).

Il faut attendre les travaux de Goffman (1968), puis de Estroff (1998) pour que des chercheurs en sciences humaines et sociales (SHS) ouvrent la porte de l'institution. Bien que Sue Estroff ait étudié un dispositif innovant, censé répondre notamment aux critiques asilaires de Goffman, l'institution y était toutefois extériorisée. Le programme qu'elle a étudié se présente comme une alternative à l'hospitalisation sous forme de communautés thérapeutiques. Bien que le *Program Assertive Community Treatment*² (PACT) a été reconnu comme pertinent et a fait l'objet de nombreuses publications, la critique d'Estroff porte notamment sur le *Supplemental Security Income* (SSI), une indemnité financière qui acte l'incapacité des personnes à travailler : « le SSI représente peut-être l'un des labels les plus visibles et les plus permanents attachés aux clients. C'est le point culminant du processus de labellisation du patient chronique » (Estroff, 1998, p.245).

À partir de la fin des années 1950, les chercheurs en SHS acquièrent une légitimité publique pour leurs travaux sur la psychiatrie. Dans leurs ouvrages fondateurs, (Goffman, 1968), Foucault (1972), ou Strauss (Strauss *et al.*, 1963) ont adopté une perspective institutionnelle à partir de laquelle

¹ Le terme *empowerment* est difficile à traduire en français. J'ai choisi « pouvoir d'agir » dans cette première occurrence parce que l'expression me semble la plus proche du sens, mais je privilégie le terme *empowerment* dans la suite du document.

² L'*Assertive Community Treatment* (ACT) est une organisation des soins dans la communauté ou « à domicile ».

il a été possible de montrer la psychiatrie comme un outil de contrôle social (Castel, 1976, 1981). Par la suite, les auteurs ont mobilisé une vision biomédicale du soin (Barrett, 1999) ou ont présenté les usagers de la psychiatrie comme faisant partie d'une altérité culturelle (Estroff, 1998). Ces derniers sont considérés comme des victimes du système psychiatrique, occultant les dimensions de l'expérience situées en dehors du champ de la santé mentale, ainsi que leur la capacité à agir (Grard, 2011). Les possibilités d'agentivité et d'*empowerment* des individus semblent alors ne pas être pris en compte par les recherches en SHS ni dans les représentations socioculturelles de l'accompagnement en santé mentale. Un tournant historiographique a lieu dans les années 2010, permettant la prise en compte des patients comme des acteurs historiques à part entière, notamment à partir de l'étude de leurs dossiers médicaux (Majerus, 2013b).

Lézé (2014) souligne dans la notice *anthropology of illness* du dictionnaire *Cultural Sociology of Mental Illness* la grande circulation de l'objet *mental illness*, et les différentes possibilités d'analyse qu'il offre. Pour circonscrire l'objet de ma thèse, j'ai donc dû prendre en compte la multiplicité des appréciations possibles, tout comme l'idée que les théories et les pratiques psychiatriques sont les produits d'une histoire en constante évolution. Les relations conflictuelles entre psychiatrie et société se déploient au sein de différents espaces. Dans le domaine médical il existe par exemple une incompatibilité entre la dégénérescence décrite dans les travaux d'Emil Kraepelin à partir de 1883¹, et la *Restitutio ad integram* d'Eugen Bleuler (1911), toujours d'actualité. Dans le domaine politique Foucault (1972, 2003) a montré la concentration des enjeux de pouvoir au sein de l'institution psychiatrique (Guignard *et al.*, 2013), et les relations entre santé mentale et perspectives morales, comme la « libération des aliénés de Bicêtre » par Pinel. Pour montrer les différentes perspectives théoriques de mon objet de recherche, j'ai donc choisi des catégories d'analyse qui rendent compte des tensions qui traversent le champ disciplinaire de la santé mentale : épistémologie des savoirs psychiatriques, conceptions politiques du soin en santé mentale, et approche matérialiste du soin psychiatrique.

Des controverses scientifiques historiques

Fernand Braudel (2001) a montré que les cadres mentaux se constituent à l'intérieur des structures historiques. Michel Foucault (1972) a exposé de quelles manières les représentations sur les troubles psychiques ont contribué à constituer leurs modalités de prise en charge sociale, tout

¹ Dans les notes de l'ouvrage de Michel Foucault issus de ses cours au Collège de France 1973-1974, *Le pouvoir psychiatrique* (Foucault, 2003), les éditeurs estiment que « après avoir connu son apogée dans les années [mille huit cent] quatre-vingt-dix, la théorie de la dégénérescence commence à décliner » (p.230). D'autres, comme Barrett (1999), estiment que la notion s'est inscrite durablement dans la conception morale de la schizophrénie.

comme il présentait la façon dont la discipline psychiatrique s'est arrogée le droit « de décider si ce [qu'elle] dit est vrai » (Foucault, 2003, p.134). Or il se trouve qu'avant l'apparition d'une profession spécialisée « la pratique de l'internement est structurée selon un tout autre type ; en aucune manière elle ne s'ordonne à une décision médicale » (Foucault, 1972, p.141). Par la suite, la présence de Pinel à Bicêtre dénote à la fois une considération médicale pour les troubles psychiques, alors que dans le même temps les soins s'orientent vers un traitement moral, comme dans le cas de *the Retreat* ouverte par William Tuke en 1796. Lors de la parution de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* en 1801, Pinel démontre la curabilité des troubles psychiques. Dans le premier tiers du XIX^{ème} siècle apparaissent donc deux types d'intervention : les pratiques médicales et médicamenteuses, qui sont disqualifiées, et le traitement moral (Guillemain, 2017), instauré par les auteurs anglais (Haslam, qui définit les principes de *the Retreat*) et repris en France (Foucault, 2003). Puis, jusqu'en 1838, la profession d'aliéniste reste disparate (Henckes & Majerus, 2022) : « c'est donc cette hétérogénéité qui va marquer l'histoire de la psychiatrie au moment même où elle se fonde à l'intérieur d'un système d'institutions qui la rattache pourtant à la médecine » (Foucault, 2003, p.13).

L'arrivée de la psychanalyse, à la fin du XIX^{ème} siècle, ne résout pas l'opposition entre les visions pessimistes et optimistes sur la psychose, mais elle participe à resituer l'origine des troubles dans l'expérience individuelle et sociale (Freud, 2010 ; Lézé, 2010). La vision psychanalytique des phénomènes sociaux ouvre un champ d'analyse fécond pour les SHS, par exemple sur *La formation de l'esprit scientifique* du philosophe français Gaston Bachelard (1993). Plus tard, les théories freudiennes servent aussi à l'analyse des fonctionnements groupaux (Bion, 2014 ; Lewin, 1947 ; Rogers, 1970) ou des institutions avec la psychothérapie institutionnelle en regroupant les dimensions psychopathologique et sociale. Dans les lignées des premières recherches-action ces auteurs commencent à discerner les conséquences de la psychiatrie sur l'expérience individuelle, voire la dimension *thérapeutique* ou *pathologique* des *interactions sociales* sur la santé mentale, comme par exemple les paradoxes pragmatiques (Watzlawick *et al.*, 1972). Ces travaux ouvrent la voie aux approches systémiques, développées notamment au *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto avec Don deAvila Jackson, Gregory Bateson et Paul Watzlawick (Wittezaele & García-Rivera, 2006).

Le retour de soldats massivement traumatisés à la sortie des deux guerres mondiales dément les origines biologiques des troubles (Derrien, 2015 ; Guillemain & Tison, 2013). Des hommes, qui ont été déclarés en bonne santé après un avis médical, développent des troubles psychiques en lien avec des expériences vécues. Ce constat force les psychiatres à déplacer le regard, de l'individu porteur de troubles, à son environnement. L'opposition entre approche biologique et environnementale s'intensifie par la suite sous l'effet conjoint de la prescription des neuroleptiques, et de l'émergence de la psychiatrie sociale incarnée initialement par le psychiatre britannique Maxwell Jones (Fussinger,

2010). Les études en SHS sur l'institution psychiatrique, notamment *Asiles* (Goffman, 1968), et *Histoire de la folie à l'âge classique* (Foucault, 1972), parachèvent la critique sociale de la psychiatrie représentant le contrôle moral exercé par une société stigmatisante (Eyraud & Velpy, 2014), dans une période marquée par le mouvement antipsychiatrique (Rhenter, 2014 ; Veit, 2018b).

Ces critiques globales sont contemporaines de nouveaux travaux, notamment ceux de Manfred Bleuler, le fils de Eugen, qui vont à l'encontre de la théorie de la dégénérescence de Kraepelin, et montrent les possibilités de rétablissement pour les personnes diagnostiquées schizophrènes (M. Bleuler, 1968, 1974). Ces travaux ouvrent un espace de critique des pratiques médicales classiques, qui décrivent la schizophrénie comme une pathologie morbide, mais elles délivrent surtout un message d'espoir pour les usagers. Les critiques sociales larges, la spécialisation, en France, de la psychiatrie comme discipline médicale à part entière (arrêté du 30 décembre 1968), l'avènement de l'antipsychiatrie (Laing, 1969 ; Perry, 1976 ; Szasz, 1975), polarisent le débat entre partisans d'une psychiatrie sociale, et médicale. Bien que les politiques publiques tendent à inscrire les soins psychiques dans la cité (circulaire du 15 mars 1960, puis loi du 25 juillet 1985 sur la sectorisation en France, loi 180 en 1978 en Italie, *Community Support Program* et ACT aux USA dans les années 1970), l'approche biomédicale s'impose dans le soin psychiatrique. C'est le sentiment de nombre d'(ex)usagers, comme le montre cet extrait d'entretien, réalisé en 2022 :

C'est le problème qu'à un moment la médecine a décidé que [la santé mentale] était son champ réservé et que c'est elle qui allait gérer des choses et la société à certains endroits ou certaines personnes, certains corps de la société ont accepté ce deal parce que ça les arrangeait aussi, mais en tant que groupe humain on a beaucoup perdu à se voir confisquer le champ de la réflexion que ça vient ouvrir. Parce que pour moi la littérature, la philosophie, les sciences humaines, elles ont autant que la médecine et encore plus la médecine neurosciences, neurobiologie tout ça qui appauvrit, qui rétrécit, ça ouvre encore d'autres perspectives, c'est pas qu'un appauvrissement, mais ça vient mettre une lorgnette de plus en plus technique et pointue, et pour moi plus c'est technique et pointu moins la personne elle peut s'émanciper, ce qui est un peu l'objectif [du rétablissement].
(Exp.1.2022)

Les mouvements d'usagers qui ont émergé dans les années 1960-1970 ont critiqué la vision biomédicale de la psychiatrie, et ont revendiqué le droit à la parole par le slogan « rien sur nous sans nous », qui a pour origine l'œuvre de Judi Chamberlin *On Our Own* (1978). Aujourd'hui les débats épistémologiques au sein de la discipline psychiatrique portent toujours sur l'apport de nouvelles formes de savoirs pour relativiser l'approche biomédicale (Barnes & Mercer, 1997 ; Bueter, 2019 ;

LeBlanc & Kinsella, 2016 ; Wallerstein & Duran, 2010). Ces critiques ne sont pas uniquement scientifiques, car étant donné le mandat donné à la psychiatrie, celle-ci s'apparente à un pouvoir social (Brodwin & Velpry, 2014). Or, la relation thérapeutique demeure la source originelle de savoir clinique (Lézé, 2021a), mais les usagers continuent à témoigner d'un discours paternaliste et biomédical de la part des soignants, qui amplifie les incapacités, tend à individualiser le problème, et à nier les différences culturelles (Ocloo *et al.*, 2020).

Ces modalités relationnelles pourraient parfois laisser penser que nous ne sommes pas encore sortis de la thérapeutique psychiatrique définie par Pinel comme :

L'art de subjuguier et de dompter, pour ainsi dire, l'aliéné, en le mettant dans l'étroite dépendance d'un homme qui, par ses qualités physiques et morales, soit propre à exercer sur lui un empire irrésistible et à changer la chaîne vicieuse de ses idées. (Pinel, 1818, p.58, cité dans Foucault, 2003, p.10)

Alors que la psychiatrie en tant que discipline scientifique doit dorénavant opérer un partage du pouvoir « entre trois nouveaux acteurs : les usagers, les experts et organisateurs du champ médical, et les chercheurs » (Lézé, 2013, p.119). Enfin, les interactions entre usagers de la santé mentale, et professionnels du soin, ne peuvent se comprendre que dans une approche globale de la santé, car « pour être vécue par un individu, l'expérience de la maladie n'en est donc pas moins intrinsèquement sociale » (Velpry, 2014, p.3).

Les politiques de la santé mentale

La discipline psychiatrique oscille donc entre positionnement biomédical et traitement moral, et c'est naturellement que se tissent les liens entre psychiatrie et orientations politiques, comme le soulignent Henckes et Majerus dans leur conclusion :

L'incapacité à normaliser la maladie mentale paraît profondément marquer nos sociétés : il suffit de penser à la prégnance des mesures de contrainte légale dans son traitement ou à la force de contestation de l'ordre établi qu'on constituée les personnes concernées par la psychiatrie. (2022, p.109)

Foucault (1972) a précisément décrit cette imbrication entre les représentations des troubles psychiques, et la réponse sociale qui leur était apportée « la conscience pratique qui sépare, condamne et fait disparaître le fou est nécessairement mêlée à une certaine conception politique, juridique, économique de l'individu dans la société » (Foucault, 1972, p.191). La réponse psychiatrique

à la souffrance psychique est donc dépendante du mandat social qui lui est confié (Lézé, 2013b) : le traitement des personnes qui ne sont plus en capacité de répondre aux normes relationnelles habituelles (Goffman, 1974).

Livia Velpry (2008) a étudié l'emprise du thérapeutique sur les inscriptions sociales individuelles. Elle conclue son ouvrage en soulignant la plasticité des limites interventionnelles de la psychiatrie, et appelle à la multiplication des espaces sociaux pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ses propos rejoignent les critiques formulées sur le contrôle de la psychiatrie en dehors de la sphère médicale, comme la mise en place de programmes de soin (Moreau & Marques, 2020) qui prolongent la contrainte à l'extérieur de l'hôpital. Pour Eyraud et Velpry (2014), la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, en instituant l'allocation adulte handicapé (AAH) concrétise une séparation entre le versant social et sanitaire de la psychiatrie. Les critiques actuelles portent aussi sur l'inachèvement d'orientations politiques pourtant maintes fois définies (Roelandt, 2022). Par ailleurs, Erwan Autès (2020) a étudié les rouages administratifs des politiques de santé mentale, et il montre la « multiplicité d'institutions et de registres d'actions » (p.399) avec lesquelles doit composer la psychiatrie.

Caroline Guibet-Lafaye (2017) quant à elle, souligne l'orientation sécuritaire en France des différents textes de loi depuis 1950, hormis quelques exceptions notables comme la période correspondant à la sectorisation. Pour elle, les choix politiques dépassent le cadre du discours ou de l'application de dispositifs concrets, ils portent une réelle valeur morale, et surtout produisent et diffusent des stéréotypes : « l'accent porté sur la dangerosité va de pair avec une assimilation du "malade mental" et de l'individu dangereux, se dessinant au sein même du discours politique » (p.19). Ces représentations négatives engendrent des tensions entre groupes sociaux, renforçant les processus de stigmatisation (Goffman, 1975 ; Thornicroft *et al.*, 2022). Ce phénomène contribue à l'exclusion des personnes du groupe majoritaire, et renforce l'apparition de troubles. Comme le souligne Claude Deutsch : « nous sommes ici au cœur même d'un phénomène circulaire entre la personne et l'environnement générateur d'une spirale de dévalorisation où les sentiments de honte et d'humiliation occupent une place majeure » (Deutsch, 2015, p.13).

La circulation sociale des normes morales a été initiée par Didier Fassin (2009). À la suite de Edward P. Thompson (1971), qui intègre l'expérience vécue par les personnes dans une approche matérialiste, marxiste, de l'histoire, Fassin définit « l'économie morale comme la production, la répartition, la circulation et l'utilisation des sentiments moraux, des émotions et des valeurs, des normes et des obligations dans l'espace social » (p.1257). En ce sens, nous pouvons considérer que les orientations politiques, en diffusant l'image de la dangerosité, façonnent et mettent en circulation des émotions et des valeurs négatives liées à la psychose. Or, avant la psychiatrie publique, ce sont l'individu et ses proches qui sont les premiers concernés par les symptômes, et les premières réponses

environnementales à la crise psychique sont celles de l'entourage. Comme le rappelle Claude Deutsch :

Avant même le diagnostic médical, c'est parce qu'elle est insupportable, incompréhensible, que la personne se trouve disqualifiée par l'entourage et qualifiée de folle. Mais faut-il lui imputer, et à elle seule, le fait d'être insupportable et incompréhensible ? Ne peut-on considérer que ce qui nous est insupportable, c'est son angoisse, parce qu'elle nous renvoie à notre propre angoisse ? Ne peut-on se demander si cette incompréhension n'est pas le fait d'une cécité de notre part, d'une incapacité à recevoir l'autre ? (Deutsch, 2015, p.13).

Admettons que la réponse apportée à la crise psychique est constituée de la rencontre entre un trouble et un environnement. Pour Gérard Massé : « il est devenu impossible de séparer le trouble observé du contexte social dans lequel il émerge et dont il faut simultanément estimer le retentissement dans l'appréciation des besoins » (Massé dans Coldefy, 2007, p.11). Dans ce cas, les individus adoptent des réponses qui sont en partie dictées par leurs conceptions morales, leurs croyances, ou leurs angoisses, mais qui dépend aussi d'une conscience sociale dont ils sont intériorisés les normes (Durkheim, 2007). C'est ce qui ressort de l'entretien mené en 2022 avec un (ex)usager, dont l'extrait suivant est issu :

Ce qui m'a marqué lors de la première crise, c'est [que mes parents] avaient le visage très fermé. Après, comme ils me posaient pas de questions ouvertes, sur qu'est-ce qui m'est arrivé ? à quoi je pense ? tout ça, eux ils étaient très vite dans le registre de « C'est la maladie. Prends ton médicament. », mais ils ouvraient pas plus d'espace que ça, du coup il y avait un peu un mur entre nous. (Exp.1.2022)

L'entourage proche, ici les parents, ne sait quelle posture adopter. Ils ne souhaitent pas rejeter leur enfant, mais les troubles psychiques pâtissent d'une représentation négative, et comme ils sont mal compris, on ne sait comment y faire face. Le refuge est trouvé dans le pouvoir médical et le médicament qui bénéficie eux d'une image sociale positive pour répondre aux troubles psychiques. Dans ce cas-là, comment faire lorsque les individus refusent la prise de neuroleptiques (Martensson, 1998) ? Will Hall, qui est l'auteur d'un *Guide pour décrocher des médicaments psychotropes en réduisant les effets nocifs* (2012), considère que « toutes les sociétés devraient trouver une place et un foyer pour toutes personnes traversant la folie » (p.57). L'anthropologue étasunienne Sue Estroff (1998) a bien démontré que l'existence de technologies de traitement efficaces ne suffit pas à créer un système de soin complet « l'action sociopolitique est aussi nécessaire [aux personnes souffrant de

troubles psychiques et leurs proches] pour progresser que la prise en charge, la compréhension et des programmes de traitement novateurs » (p.380). Appréhender la question de la santé mentale ne peut donc se faire qu'en liant approche sanitaire et perspectives sociales globales.

Espaces et matérialisations spatiales des orientations thérapeutiques

La mise en place d'une politique de secteur en France montre les interactions entre orientations politiques de santé mentale, et réflexions sur le lieu dans lequel le soin doit se développer. L'opposition est ancienne entre les partisans d'un patient confiné à l'asile, ceux faisant la promotion d'un rapprochement avec la nature, ou de groupes en dehors de l'institution. Michel Foucault constate l'état des réflexions sur l'organisation spatiale, sociale et hiérarchique d'un lieu d'internement après la Révolution française :

Tant la confusion était grande au cours de ces années ; tant il était difficile, au moment où on réévaluait « l'humanité » de déterminer la place que devait y occuper la folie ; tant il était difficile de la situer dans un espace social qui était en voie de restructuration. (Foucault, 1972, p.445)

Un siècle plus tard, sont expérimentées en France les colonies familiales de Dun-sur-Auron et de Ainay-le-Château, ouvertes respectivement en 1892 et 1898, sur le modèle de la ville de Gheel qui accueille des personnes souffrant de troubles psychiques dans un environnement familial (Fauvel & Dupont, 2018). Quelques années plus tard Eugen Bleuler organise une communauté thérapeutique de huit jeunes personnes séparée de l'asile, car selon lui « *the institution runs the risk of alienating the patient from his normal life and of family carers getting used to asylum care* » (Bleuler, 1911, p.383, cité par Becker & Kösters, 2012, p.71).

Au milieu du XXème siècle de multiples facteurs (théories des dynamiques de groupe, sortie des hôpitaux, découverte des neuroleptiques, etc.) relancent le débat sur l'environnement de soin. Les expériences qui ont été mises en place durant la deuxième guerre mondiale permettent de théoriser les principes de la communauté thérapeutique (Fussinger, 2010), alors qu'en France s'implante le concept de *psychothérapie institutionnelle* (Delion, 2014). La psychothérapie institutionnelle, qui fonde sa pratique sur une approche marxiste et psychanalytique, considère que le soin psychique n'est pas uniquement individuel mais doit prendre en compte le contexte (institutionnel) dans lequel il se réalise. Comme le souligne Manola Antonioli : « la vie de l'institution doit impliquer une réflexion sur son propre mode de fonctionnement, et le traitement de la psychose ne peut être déconnecté du social » (Antonioli, 2023, p.145). C'est d'ailleurs sans doute l'une de ses

limites : le social y est « répliqué » dans l'espace institutionnel, et par là même, il s'y aliène. Dans les pays anglo-saxons, les communautés thérapeutiques s'orientent vers la création de lieux qui accueillent des groupes de taille restreinte (de huit à dix personnes en moyenne), au sein desquels la qualité des interactions entre soignants et soignés est repensée (Lecomte, 2013).

L'approche de la communauté thérapeutique a été reprise par les acteurs de l'antipsychiatrie dans les décennies 1960-1970, ce qui a sans doute nuit à son implantation (Fussinger, 2010). La communauté, qui correspondrait à l'organisation sociale de la solidarité mécanique pour Durkheim (2007), est une notion particulièrement floue et polysémique (Jourdan *et al.*, 2012 ; Schrecker, 2007), notamment dans le champ de la santé mentale (Frederick *et al.*, 2017). De plus, le concept se prête peu à une analyse anthropologique (Lézé, 2008a). McMillan et Chavis donnent la définition suivante :

Sense of community is a feeling that members have of belonging, a feeling that members matter to one another and to the group, and a shared faith that members' needs will be met through their commitment to be together. (McMillan & Chavis, 1986, p.9)

Aujourd'hui, le terme de *Community treatment*, largement utilisé dans la littérature anglophone, renvoie plutôt à l'idée de soins à domicile qui constituent l'orientation majoritaire dans les pays anglophones. Ces soins dans la « communauté » ne sont toutefois pas des garanties de traitement plus respectueux, comme le notent Alaister Morgan et Anne Felton (2013) qui montrent un accroissement de la contrainte lié à la mise en place d'une politique ambulatoire, et certains auteurs appellent à un changement de paradigme scientifique afin de sortir de la vision technologique du soin (Thomas & Longden, 2013).

Le modèle de communauté thérapeutique *Soteria*, qui inspire le LDR, a été développé par le psychiatre étasunien Loren Mosher, dans la lignée de *Kingsley Hall* créée à Londres par le psychiatre Ronald David Laing (Chapman, 2021). Mosher fut également membre du MRI. Bien que les contextes et les modalités soient différents, l'idée principale portée par *Soteria* ou le LDR, suivant en cela la psychothérapie institutionnelle, est que le soin est un processus social et que les interactions sont potentiellement *thérapeutiques*. Mosher a décrit l'expérimentation *Soteria* (Mosher *et al.*, 2004), dont le modèle a essaimé (Lichtenberg, 2011). Le dispositif le plus probant, et le plus ancien, a été implanté à Berne, sous l'impulsion du psychiatre suisse Luc Ciompi (Ciompi, 2013 ; Ciompi & Hoffmann, 2004). Des recherches standardisées ont montré les intérêts des dispositifs de type *Soteria* (Calton *et al.*, 2008 ; Lloyd-Evans *et al.*, 2009 ; Skalli & Nicole, 2011), et le modèle est reconnu comme pratique clinique probante par l'organisation mondiale de la santé (OMS) (World Health Organisation, 2021). Des études récentes ont évalué qualitativement les bénéfices des dispositifs de type *Soteria* (Fabel *et al.*, 2023 ; Leendertse *et al.*, 2023). Au-delà des résultats concrets (souvent une diminution du recours

à l'hospitalisation, associée à une moindre médication par antipsychotiques) les évaluations démontrent l'action positive de ces alternatives sur la qualité de vie ressentie par les usagers, mais aussi sur les pratiques des services hospitaliers voisins (Fussinger, 2010 ; Wolf *et al.*, 2021).

L'avènement du rétablissement

Le choix que la psychiatrie opère au sein de l'hôpital, dans des dispositifs de proximité, ou dans l'enceinte de lieux alternatifs, est donc fonction de positionnements scientifiques, politiques, moraux, et matériels. Avec l'aliénisme, la psychiatrie obtient la reconnaissance d'une fonction médicale mais la discipline reste cantonnée au sein de l'asile. Avec la psychanalyse et la psychothérapie elle sort d'une approche purement nosographique pour entrer dans la relation, et la parole, comme moyens thérapeutiques. Puis, avec la découverte du premier antipsychotique (la Chlorpromazine, en 1952), la psychiatrie met de nouveau en avant les savoirs médicaux pour soulager la souffrance. Les politiques publiques de la fin du XXème siècle ont acté la diminution des séjours à l'hôpital psychiatrique, et la période actuelle semble être le théâtre d'une lutte symbolique entre les approches neurodéveloppementales et la philosophie du rétablissement (*recovery*).

Le concept de rétablissement est issu des pratiques d'auto-support (*self-help*) développées par les Alcooliques Anonymes (AA) (créés officiellement le 10 juin 1935 aux USA¹), et la *Recovery Incorporated*, fondée en 1937 par Abraham Low, un psychiatre étasunien qui « utilise les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans les groupes de pairs » (Le Cardinal *et al.*, 2013, p.366). Le concept de *recovery* a ensuite été mobilisé par les (ex)usagers de la psychiatrie lors des mouvements pour les droits civiques aux USA (Chamberlin, 1990, 1998). Le concept de rétablissement s'établit autour de plusieurs idées : la dénonciation des traitements subis par les usagers lors de leurs hospitalisations ; la privation de liberté que représente les hospitalisations non choisies ; la critique du modèle biomédical, et sa vision d'incurabilité de la psychose ; la remise en cause des principes de domination sociale ; la dénonciation d'une vision normative et la fonction de contrôle social exercé par la psychiatrie² ; la valorisation d'un discours, et d'un savoir des usagers de la psychiatrie. D'autres thématiques se retrouvent en proportions variables dans les discours sur le rétablissement : la critique de la médicalisation excessive (Leucht *et al.*, 2012), l'approches par les droits (Wooley, 2020), la notion d'*empowerment* (Bartunek & Spreitzer, 2006), etc.

¹ Le premier groupe francophone à Paris est daté de 1960.

² Rappelons que ce n'est qu'en 1974, après d'âpres débats, et sous la pression des associations, que l'homosexualité fut retirée de la liste des troubles psychiatriques (Minard, 2009b).

Bien que le rétablissement puisse être critiqué pour son indéfinition (Onken *et al.*, 2007), sa dilution dans des politiques conservatrices (Morgan & Felton, 2013), ou encore pour la diminution de son potentiel contestataire (Wooley, 2017), le concept continue à interroger les pratiques de soin en santé mentale. Depuis son apparition à la fin du siècle dernier le rétablissement a fait l'objet de multiples études qui ont appelé à une évolution du champ psychiatrique (Anthony, 1993 ; Pilgrim, 2008), ont démontré son efficacité concrète (Davidson, 2003 ; Slade & Longden, 2015), ont donné la parole aux usagers (Deegan, 1988 ; Spaniol *et al.*, 2002), et enfin ont ouvert des pistes de recherche (Lieberman, 2002 ; van Sambeek *et al.*, 2021). Par la remise en cause des normes sociales qu'il porte le mouvement du rétablissement incarne actuellement les tensions historiques qui traversent le champ de la psychiatrie. En participant à renforcer la place sociale de l'individu dans le processus de soin, il agit dans le sens d'une redistribution des pouvoirs et d'une réduction de la stigmatisation.

L'un des piliers du rétablissement est le soutien mutuel que peuvent s'apporter les usagers ayant expérimenté les troubles psychiques (Chinman *et al.*, 2006 ; Estecahandy *et al.*, 2015). C'est dans cette perspective que la fonction de travailleur pair s'est développée, initialement dans le Colorado, à la fin des années 1980 (Gélinas, 2006 ; Sherman & Porter, 1991 ; Solomon & Draine, 1998). Le soutien par les pairs a lui aussi, comme le rétablissement ou les alternatives de type *Soteria*, fait l'objet de nombreuses recherches à partir des années 1990 (Davidson *et al.*, 1999 ; Mowbray *et al.*, 1998 ; Solomon *et al.*, 1995 ; Solomon & Draine, 1995). Les recherches menées entre autres par Larry Davidson, lui-même usager des services de santé mentale, à l'université de Yale sont concomitantes de l'implantation concrète du *peer-support* et des orientations politiques qui l'ont accompagné. Elles ont tout d'abord montré que les *peer-support workers* faisaient un travail différent de celui des autres professionnels avec des effets au moins aussi positifs (Davidson *et al.*, 1999). Puis les recherches se sont évertuées à décrire précisément le rôle, en intégrant les retours d'expérience des travailleurs pairs, sans toutefois parvenir à un consensus stable (Davidson *et al.*, 2006 ; Jacobson *et al.*, 2012 ; Mead & MacNeil, 2006 ; Repper & Carter, 2011). Pour terminer, les écrits se sont orientés sur les modalités pratiques favorisant l'implantation des travailleurs pairs (Davidson *et al.*, 2012 ; Gates & Akabas, 2007 ; Shepherd *et al.*, 2007).

Questionner la relation

La recherche internationale s'organise donc pour comprendre les apports du travail pair à différents niveaux du système de santé mentale (Badouin *et al.*, 2023 ; Chinman *et al.*, 2017). Aux USA, la pair-aidance et la recherche qui l'accompagne peuvent dorénavant s'appuyer sur des données solidement établies (Fortuna *et al.*, 2022) alors qu'en France et dans les pays francophones limitrophes, malgré les premières études pilotes (Jouet *et al.*, 2010), l'implantation du travail pair est

limitée par des enjeux de groupes professionnels (Demailly, 2014 ; Linder, 2022). La présence d'anciens usagers au sein des équipes de soin remet en cause des pratiques existantes, ce qui bouscule les professionnels de santé traditionnels. Le rôle n'est pas simple non plus pour les médiateurs de santé pairs (MSP) pris en tension entre une volonté de faire évoluer les organisations, et les contraintes de terrain (Choppin, 2023 ; Godrie, 2016 ; Gross, 2020 ; Jouet, 2021). Toutefois, l'effet premier de la présence de pairs dans les équipes de soin se situe dans la nature de la relation thérapeutique (Sandhu *et al.*, 2015).

La relation entre l'individu et le professionnel révèle « l'irréductible singularité de l'individu souffrant¹ » (Lézé, 2021, p.2), et c'est par la communication entre le patient et le soignant que se construit le diagnostic (Majerus, 2013a). La rencontre thérapeutique est donc l'un des lieux de l'expérience individuelle des troubles psychiques (Carel *et al.*, 2016). Les sciences sociales s'intéressent depuis de nombreuses années à l'expérience du patient (Armstrong, 1984 ; Porter, 1985), ce qui a entraîné une évolution du point de vue médical, qui à son tour permet une nouvelle appréhension de l'expérience de la relation thérapeutique. Cette expérience peut d'ailleurs être appréhendée sous l'angle de l'utilisateur comme sous celui du professionnel, soumis à une forte implication subjective (Freudenberger, 1974), d'autant plus quand il s'agit de faire face à une charge émotionnelle importante (Hochschild, 2003). C'est cette limite, entre intime et professionnel, entre subjectif et social, entre relation de soin et rencontre, qu'interroge le travail pair en diminuant la distance entre soignant et soigné et en construisant la relation thérapeutique sur une expérience commune (Godrie, 2014).

Bien que les expériences soient uniques, et fondamentalement subjectives, il y a bien un phénomène de reconnaissance dans la personne qui est identifiée comme pair. Le fait d'avoir vécu une expérience similaire rapproche instinctivement les interlocuteurs, et des liens se forment. Ce processus modifie donc la relation thérapeutique et bénéficie au rétablissement (Coffey *et al.*, 2019). Même si les expériences sont multiples, que les parcours de formation et de rétablissement des MSP sont hétérogènes, la transformation de l'expérience en savoirs professionnels en constitue le socle commun. Le travail pair répond au critère de relations égalitaires et non-jugeantes recherchées par les usagers (A. Cooper *et al.*, 2023). En santé mentale les compétences relationnelles sont fondamentales dans le processus de soin et elles jouent un rôle prépondérant tant en ce qui concerne la relation thérapeutique (McKeown *et al.*, 2016 ; White *et al.*, 2020), que les relations entre les professionnels de l'équipe (Demailly & Haliday, 2022). C'est pourquoi l'étude des interactions basées sur le partage expérientiel est un atout pour comprendre les spécificités de l'accueil au LDR, et tenter

¹ Traduction personnelle.

de saisir l'expérience des usagers. Comme le soulignent les psychiatres Brice Martin et Nicolas Franck : « définir et penser le rétablissement semble nécessiter l'adoption d'une perspective plus proche du vécu des patients que ne le permet l'approche purement clinique et médicale » (Martin & Franck, 2013, p.3). Par cette analyse des interactions en situation, l'objectif de cette recherche est de donner à voir l'intérêt du travail pair, afin d'appeler les pouvoirs publics, comme l'ont fait Viviane Kovess-Masféty et Murielle Villani (2019), à développer le soutien par les pairs en santé mentale.

Apports des savoirs expérientiels dans la thèse

Lorsque l'on s'intéresse à la question de la pair-aidance et du savoir expérientiel en santé mentale, l'article fondateur de Thomasina Borkman, intitulé *Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups* (1976), renvoie à juste titre au concept d'auto-support dans les groupes d'usagers. De fait, la pair-aidance s'est développée, et a trouvé une caisse de résonance, dans le champ de la santé mentale, des addictions, ainsi que lors de l'épidémie de VIH-Sida (Faizang, 2010). Toutefois, le soutien par les pairs existe dans de nombreux autres domaines et l'expertise des patients est reconnue dans le champ large de la santé et du handicap (Gardien *et al.*, 2019 ; Pereira Paulo & Tourette-Turgis, 2014). De plus, les travailleurs pairs interviennent dans des activités d'accompagnement diverses : animation de groupes d'entendeurs de voix (Grard, 2016 ; Schaefer *et al.*, 2021) ; accompagnement à l'écriture de directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAiP) (Tinland *et al.*, 2022) ; ou d'un plan individualisé de rétablissement (Johnston *et al.*, 2018) ; etc.

Mais l'expérience vécue par les personnes, usagères ou professionnelles, dans la relation thérapeutique, demeure difficile à saisir puisque les chercheurs sont positionnés dans une perspective externe à l'objet de recherche. La plupart du temps, ils ne sont ni travailleurs pairs, ni usagers de la psychiatrie (Gross *et al.*, 2017). Certains soignants entreprennent d'observer l'expérience du soin (Barrett, 1999 ; Weber & Chevance, 2020) mais le regard demeure celui d'un professionnel de santé ou d'un chercheur et non celui d'un usager. L'un des moyens de réduire cette asymétrie méthodologique est la mise en place d'une collaboration entre usagers et chercheurs dans la production de connaissances (Deutsch, 2017 ; Ferrarotti & Delory-Momberger, 2013). Ces modalités de recherche permettent, dans une certaine mesure, de réduire les inégalités épistémiques (Loignon *et al.*, 2018), de participer « à l'identification de nouveaux sujets de recherche, à l'élaboration de nouvelles constructions de l'objet scientifique » (Gardien, 2017, p.41), mais aussi de favoriser l'*empowerment* des participants (Greacen & Jouet, 2017 ; Mooney *et al.*, 2023).

La RAP du LDR a constitué un moyen novateur pour appréhender mon objet de recherche. En effet, la présence d'usagers dans le groupe RAP (GRAP) questionne la relation d'enquête, comme la présence de MSP dans les équipes de soin questionne la relation thérapeutique. La distance entre

chercheur et usager se réduit, et les chercheurs pairs développent une autre compréhension des données recueillies. Dans une perspective de rétablissement, la présence des usagers favorise la prise de parole des personnes directement concernées par les troubles psychiques « qui est essentielle [car] elle repose sur la revendication des droits d'un groupe minoritaire [et] qu'elle est porteuse de valeurs » (Deutsch, 2015, p.14). La participation des usagers à la recherche englobe donc un pouvoir d'action concret à la fois pour les sujets de la recherche (Gélineau *et al.*, 2012 ; Honey *et al.*, 2020), au niveau scientifique (Jouet *et al.*, 2023 ; Lechopier, 2013) et politique (Fals-Borda, 1987 ; Freire, 2021). La méthodologie de RAP, et l'analyse de ses conditions de réalisation, nécessitent un cadre théorique large et pluridisciplinaire (Rosenfield, 1992) et comme pour tout autre dispositif participatif, il convient d'être vigilant aux inégalités systémiques préexistantes (Faulkner & Thompson, 2023 ; Jones *et al.*, 2014 ; Russo, 2012 ; Sartor, 2023). Les enjeux politiques, scientifiques, épistémologiques, et de pouvoir présents dans le champ psychiatriques se retrouvent également dans les pratiques de RAP, en lien avec la place donnée à la parole des usagers.

Méthode de recherche et organisation de la thèse

Problématiques et terrain de recherche

Le manque de psychiatres dans le secteur psychiatrique public nuit à la réponse sociale apportée à la crise psychique, et cet état de fait risque de se perpétuer dans les années à venir¹. Comme le souligne ce psychiatre hospitalier, c'est avant tout le manque de médecins psychiatres qui risque de poser des problèmes dans le futur :

Et comment tu vois l'évolution de la psychiatrie dans les années à venir ?

C'est une bonne question, c'est une question que je me pose, parce que moi ce qui me fait flipper c'est vraiment le désintérêt pour les plus jeunes sachant qu'il y a quand même des postes de psychiatrie qui ne sont pas pris à l'internat. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Dans ce contexte, quels sont les changements réalistes qu'il est possible d'envisager au niveau des politiques publiques, de l'organisation des services, ou de la relation thérapeutique ? Quelles modalités thérapeutiques permettraient à la fois de répondre aux attentes des usagers vis-à-vis du

¹ Selon un médecin psychiatre chef d'un service d'urgences, le quota de postes vacant est de 20 % en région PACA, contre 26 % dans le reste de la France. Ces postes ne seront pas couverts par de nouveaux psychiatres car des postes d'internes restent vacants faute de candidats (réunion projet territorial de santé mentale (PTSM), 5/11/2020).

respect de leurs droits fondamentaux, au déficit de praticiens hospitaliers, tout en maintenant une cohérence sociale dans la réception de la crise psychique ? Le LDR est une des réponses existantes qui a l'avantage d'avoir été expérimentée en situation. Il s'agit d'un modèle, développé initialement en Amérique du nord, dont il faut évaluer l'adaptation au contexte français et les transformations qu'il engendre. Pour envisager l'implantation d'un modèle thérapeutique, il faut évaluer comment il fonctionne, quels en sont les intérêts et les limites dans l'accompagnement de la crise psychique. Pour se faire, j'ai privilégié une approche par la réception sociale de la crise en essayant de déceler l'expérience qui en découle. Il s'agit de comprendre en quoi les différents modèles de soin modulent l'expérience de la crise psychique et sa réception sociale. Pour pouvoir apporter des éléments de réponse à cette question, je présente le récit des usagers de la psychiatrie qui permet d'articuler les tensions théoriques qui traversent le champ de la psychiatrie à une perspective empirique. Les bénéfices et les inconvénients relevés par les personnes accueillies au LDR doivent être mis en relation avec l'approche communautaire et les spécificités des pratiques d'accompagnement afin d'être objectivées. Ces analyses permettent de préciser la multiplicité des vécus des usagers, ceux de leurs aidants et des professionnels dans l'expérience vécue de la crise.

Ces questionnements impliquent des éclaircissements préalables et complémentaires sans lesquelles les réponses apportées resteraient conceptuelles. Pour rester dans une approche pragmatique, je dois évaluer la mise en application concrète du modèle interventionnel théorique. Le LDR est une innovation et en ce sens il nécessite des ajustements afin de s'adapter à la réalité du terrain. Avant de pouvoir apprécier l'effet des interventions sur les personnes accueillies, il faut donc interroger les idéaux théoriques qui conduisent les interventions ainsi que les modalités pratiques qui se mettent en place à partir de ces conceptions initiales. L'émergence du rétablissement est liée à une remise en cause profonde des postures de domination sociale symbolique (par exemple la relation soignant-soigné), et l'évaluation des pratiques liées au concept demande de porter une attention à la hiérarchie entre les acteurs du dispositif. Autrement dit, je m'interroge sur l'action des dynamiques individuelles et collectives sur le rétablissement des personnes accueillies au LDR. L'hypothèse étant que des interactions qui n'opposent pas les groupes sociaux, et réduisent les processus de stigmatisation et de domination, favorisent l'agentivité individuelle et la reprise d'un pouvoir d'agir (Le Bossé, 2005).

Une autre de mes hypothèses de travail est que la participation des usagers contribue à changer les représentations associées à la crise psychique. Les usagers de la psychiatrie sont porteurs d'un stigmate qui perturbe leurs relations sociales, au sens où l'entend Erving Goffman (1975) c'est-à-dire comme une « situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société » (p.7). Cette dépréciation morale liée à la psychose réduit leurs chances

d'accéder à une trajectoire sociale satisfaisante. Comme le souligne Goffman : « [le] succès ou [l']échec [des normes sociales] agit de façon très directe sur l'intégrité psychique de l'individu » (Goffman, 1975, p.150). Les conceptions morales sur la psychiatrie participent donc à la construction d'une subjectivité individuelle en marge de la société, alors que les changements de représentations pourraient modifier la qualité des interactions entre les acteurs (soignants, soignés, proches, population générale, collectivités, etc.) et donc améliorer l'agentivité des usagers (Lewin, 1946).

Le travail pair opère un retournement dans la relation thérapeutique car le professionnel de santé n'est plus une incarnation de la norme, celle des personnes en bonne santé mentale, mais il est membre d'une catégorie sociale à laquelle la personne en situation de crise peut s'identifier. Cette forme spécifique de relation engendre un sentiment d'appartenance à un groupe social, et une remise en cause des frontières entre norme et stigmaté, dont Goffman (1975) a montré les imbrications avec la construction individuelle. Je fais donc l'hypothèse que la présence des travailleurs pairs tend à réduire les oppositions sociales et les processus de stigmatisation qui y sont associés. Ce faisant, les travailleurs pairs participent à favoriser le rétablissement des personnes accueillies au LDR. Afin de vérifier et de préciser ce phénomène, j'ai cherché à identifier les savoirs et compétences issus de l'expérience que les travailleurs pairs mettent en œuvre dans le cadre professionnel. Ceci est une première étape pour déterminer la nature de leurs apports thérapeutiques. Afin de compléter mon analyse des bénéfices, mais aussi des obstacles à son application, j'ai étudié les conséquences du travail pair sur la dynamique d'équipe. Je me suis donc demandé en quoi le travail pair agit sur l'équipe pluridisciplinaire en termes d'identité, de rapport de savoir (et de pouvoir), de rôles et de fonctions.

Pour Goffman (1975), les comportements socialement attendus servent avant tout aux personnes qui ne sont pas membres d'un groupe stigmatisé à ne voir ni l'injustice et la souffrance du stigmaté, ni leurs propres limites de tact et de tolérance, tout en restant à l'écart des personnes stigmatisées et en gardant une bonne image d'elles-mêmes. En conclusion de *Stigmaté* (1975) il rappelle que « le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue » (p.161). Il y a donc bien une tension sociale à propos de la limite normative des troubles psychiques (Lézé, 2007). Dans cette optique, je ne souhaite pas restreindre l'analyse à une opposition entre les travailleurs pairs et les travailleurs non pairs. L'exemple des groupes d'auto-soutien montrent les bénéfices thérapeutiques du soutien par les pairs (Schaefer *et al.*, 2021) et l'importance des inscriptions sociales (Grard, 2011 ; Velpry, 2008) dans le processus de rétablissement (Morgan & Felton, 2013). Il s'agit donc ici de montrer que la nature des interactions qui accompagnent la crise psychique en modifient l'expérience et les perspectives de rétablissement. Si l'on poursuit l'idée selon laquelle les travailleurs pairs, en modifiant les normes de la relation, favorisent la santé psychique des personnes en crise, cela signifie que les *interactions sociales possèdent une dimension thérapeutique*.

Cette analyse est menée dans le cadre d'un accueil alternatif de la crise psychique, mais elle pourrait être élargie tant « l'embarras quant aux limites à respecter constitue un trait général de l'organisation sociale » (Goffman, 1975, p.145).

Méthodologie

Ma thèse s'organise en trois axes. Un axe historique qui replace le LDR dans l'évolution occidentale de la psychiatrie. Un axe ethnographique qui tente de saisir l'expérience des acteurs par une analyse des interactions sociales. Un axe de sociologie des professions qui situe le travail pair et ses enjeux actuels. Une comparaison est réalisée entre soin médical psychiatrique, et soin orienté vers le rétablissement. Cette analyse permet de situer le dispositif dans une perspective de transformation des pratiques existantes. Afin préciser les spécificités du LDR, je réalise une analyse lexicale des termes employés dans le dispositif qui en révèle les normes et valeurs du point de vue des professionnels. Enfin, la thèse possède la particularité de prendre pour objet une RAP, c'est-à-dire d'apporter un regard réflexif, anthropologique et situé, sur une expérimentation. Durant cinq ans (février 2017 - décembre 2021), l'objet de recherche LDR et le dispositif scientifique RAP n'ont pas été distingués. Il s'agissait de considérer que la construction du modèle innovant (les inévitables réajustements des pratiques, le processus d'implantation locale, la constitution de l'équipe d'intervention, etc.) constituait une recherche-action qui comprenait une dimension participative. Les bénéficiaires du LDR, les bénévoles du collectif qui étaient engagés dans la vie du lieu, les intervenants étaient invités à prendre part à la RAP. La forme de la RAP a ensuite varié en fonction de la dynamique globale¹, mais elle est demeurée le pivot sur lequel s'est construit le dispositif. Mon recueil de données s'étend sur un peu plus de six ans et englobe la période de la RAP (juin 2016 – octobre 2022). Les observations participantes ont été menées essentiellement au LDR, mais aussi auprès de partenaires comme l'agence régionale de santé (ARS), des services hospitaliers de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM), l'association de MSP Esper Pro, ou dans le cadre du projet territorial de santé mentale² (PTSM).

Mon recueil de données est largement influencé par la RAP puisque la plupart des outils ont été construits dans le cadre du GRAP, par exemple lors de *focus group*. La RAP a donc constitué à la fois la méthodologie de recherche, et un terrain d'observation particulièrement riche pour étudier les

¹ Je pense ici aux épisodes de tension collective développés dans le corps de la thèse, mais aussi à période de la crise sanitaire du Covid-19.

² Dans le cadre du PTSM des Bouches-du-Rhône, j'ai participé aux travaux du groupe 4 « *Réponses à la crise* », duquel j'ai été nommé rapporteur. A ce titre, j'ai intégré le comité de pilotage du PTSM. Ma présence a débuté en 2019, et se poursuit aujourd'hui.

relations de pouvoir et de savoir entre usagers et chercheurs académiques, ou encore les effets de la participation sur les dynamiques individuelles et collectives. L'observation participante a été continue, et a été complétée par des données issues de situations spécifiques (demandes d'accueil, entretiens d'embauche ou de suivi des professionnels, comités de pilotage, etc.). Les observations menées dans le cadre de la RAP étaient orientées en fonction de trois axes de recherche principaux, déterminés par le projet de recherche, mais relativement proches de mes propres thématiques. Il s'agissait de documenter le processus d'implantation du LDR ; de décrire les modalités d'intervention ; et d'analyser les trajectoires des usagers et de leurs aidants.

Le nombre d'heures d'observation (Geertz, 1998) réalisées au LDR est incalculable, mais il s'agit de plusieurs milliers d'heures sur le terrain. Pour ce qui concerne les services de psychiatrie hospitaliers, j'ai réalisé quatre demi-journées d'observation entre le 15 et le 30 mars 2022 dans l'un des services fermés pour adultes, et une demi-journée supplémentaire dans le même secteur au centre médico psychologique (CMP), et à l'hôpital de jour. Le second service est un service d'urgences psychiatriques, que j'ai intégré en tant qu'observateur durant quatre demi-journées également entre le 14 et le 22 juin 2022. J'ai profité de ma présence dans les deux services pour solliciter des entretiens avec cinq patients et les deux médecins chef de service. Durant ces temps d'immersion, j'ai suivi le quotidien des équipes d'intervention et des patients : participation aux repas, aux réunions d'équipe, aux activités, discussions informelles avec les professionnels et les patients, etc. J'ai tenu des carnets de terrain afin de noter mes impressions ou les événements marquants en lien avec mes thématiques de recherche. Mes observations occupent environ 2 000 pages manuscrites, soit approximativement 200 pages sous format informatique.

Les entretiens semi-directifs (Blanchet & Gotman, 2007 ; Imbert, 2010) ont été menés auprès des usagers du LDR et des services de psychiatrie, en moyenne dix jours après l'accueil dans le dispositif de soin. Cette durée a été évaluée par un groupe composé essentiellement d'usagers comme étant la plus probante pour être suffisamment proche du moment de la crise, tout en laissant à la personne le temps de se rétablir et d'expérimenter la réponse thérapeutique. Les entretiens auprès de personnes en situation de crise psychique posent des questions d'ordre épistémologique et méthodologique (Henckes & Marquis, 2020), mais les entretiens ont été adaptés aux spécificités de la situation, dans le respect des principes éthiques (Bedoin & Scelles, 2015). Les entretiens ont été menés majoritairement dans le cadre de la RAP et la moitié ont été animés par un binôme associant un chercheur salarié (le plus souvent moi) et un chercheur non-académique membre du GRAP. Ce processus de recherche a été analysé, et la multiplicité des points de vue a semblé un atout plus qu'un inconvénient (F. Weber & Chevance, 2020). Les entretiens ont été transcrits et une analyse de contenu a été réalisée (Bardin, 1977).

Quatre *focus group* auprès de l'équipe d'intervention ont été menés, sur des thématiques en lien avec la crise, le modèle d'intervention, et le savoir expérientiel. Un questionnaire de satisfaction a été construit dans le cadre du GRAP sur le modèle élaboré par Ostrow et Croft dans *Toolkit for evaluating peer respites* (2014). Dix questionnaires anonymes ont été recueillis en 2021, et rendent compte de l'évaluation du dispositif par les personnes accueillies. De plus, j'ai eu accès à l'ensemble des informations en lien avec l'activité du LDR, et notamment le nombre de personnes accueillies, leurs durées de séjour, leurs destinations de sortie, etc. En tant que coordinateur j'ai aussi formalisé un report de données d'activités trimestrielles transmis à l'ARS (nombre d'entretiens individuels et de groupe, rencontres avec les partenaires, rencontres de type OD, etc.). J'ai aussi consulté, ou rédigé, de multiples documents en lien avec le projet : rapport d'activités, projets de recherche, règlement intérieur, etc. Enfin, de nombreuses réflexions émanent de discussions menées dans des cadres plus ou moins formels avec les acteurs du dispositif, ou lors de rencontres diverses.

Des hypothèses de recherche étaient présentes dans le projet de recherche de la RAP, ainsi que dans celui financé par un programme de recherche sur la performance du système des soins¹ (PREPS). L'hypothèse principale était que le recours au dispositif LDR réduisait le nombre et la durée des hospitalisations. Mais du point de vue qualitatif les hypothèses ont été élaborées de manière inductive à partir des premières analyses de terrain (Becker, 1958 ; Glaser & Strauss, 1967 ; Quivy & van Campenhoudt, 1997). Je suis conscient que ma présence en tant qu'anthropologue (autant que coordinateur, stagiaire) a interféré dans les situations (Grard, 2008), mais je n'ai pas minoré cette interaction, je l'ai valorisée en faisant état de mes analyses lors des moments de réflexion collective, suivant ainsi la réflexion de Barrett : « au lieu de rechercher l'anonymat et la distance, l'ethnographe joue un rôle actif dans le groupe qu'il ou elle étudie » (Barrett, 1999, p.21). Je m'inspire d'ailleurs de la méthodologie du psychiatre Robert Barrett dans son ouvrage *La traite des fous: la construction sociale de la schizophrénie* (1999), qui a réalisé une analyse spatiale et temporelle à partir de laquelle il a discuté du trouble schizophrénique. Barrett mobilise une méthodologie ethnographique conséquente dans les premières pages de son ouvrage et il est proche de l'interactionnisme symbolique. Il a montré comment, dans le cadre d'un hôpital psychiatrique, les soignants « décomposaient » le patient en segments afin de l'analyser sous forme de « cas », avant de le réintégrer dans une globalité intégrant la schizophrénie. Il montre également comment l'organisation spatiale et temporelle de l'hôpital participe à construire une trajectoire morale du patient. Cela dit, Barret, en tant que psychiatre, considère son objet de recherche essentiellement du point de vue des

¹ Ce programme de recherche est porté par le centre d'études et de recherche sur les services de santé et la qualité de vie (CEReSS, EA 3279).

soignants, alors que je me positionne à l'intersection de la relation soignants-soignés, et en dehors de l'institution psychiatrique.

Peu de travaux sur la psychiatrie ont réussi à éviter une entrée par l'institution psychiatrique : ni Brodwin (2013) dans sa remarque ethnographique sur une équipe d'*Assertive Community Treatment* (ACT), ni Jeannette Pols (2004) dans son analyse du « bon » soin à l'hôpital, ni Velpry (2008) qui observe les modalités thérapeutiques de la psychiatrie par les CMP, ni Sue Estroff (1998) bien qu'elle est réussi le pari de s'approcher au plus près des usagers d'un programme d'ACT aux USA, ni (Goffman, 1968) bien qu'il « pass[ait] ainsi [son] temps avec les malades, [et qu'il] évitai[t] d'entrer en contact avec le personnel hospitalier » (p.37), ni Ogien (1989) dans le cadre d'un hôpital psychiatrique en Belgique, ni Els van Dongen (2004) dans son analyse des interactions au sein d'un hôpital psychiatrique aux Pays-Bas, ni, enfin, Strauss et ses collaborateurs (2017) au début des années 1960. Récemment, en France, Troisoeufs (2012) pour son travail dans les groupes d'entraide mutuelle¹ (GEM), et surtout Grard (2011) qui, dans le même cadre, a identifié des trajectoires générationnelles en lien avec la psychiatrie, ont abordé l'expérience sociale des usagers dans le cadre des GEM. Toutefois, leurs travaux mobilisent peu les savoirs expérientiels des usagers sous la forme de *peer-support*.

Enjeux de la recherche

La thèse a la particularité d'avoir été menée dans le cadre d'une CIFRE ce qui implique certains ajustements (Gurnade, 2016). Le premier est d'ordre méthodologique. Dans ma situation, le recueil de données et la réalisation des tâches professionnelles n'étaient pas clairement délimités, mon attention a oscillé entre analyse interactionniste, et prise de notes plus factuelles. Selon les moments, l'une ou l'autre de ces modalités de présence prédominait sur l'autre. La seconde est d'ordre éthique. L'analyse critique des situations peut se heurter à un conflit de loyauté vis-à-vis de l'employeur. Cet aspect n'a que peu joué durant la CIFRE puisque généralement intérêts de l'employeur, du projet et de la thèse étaient liés, mais cela n'a pas toujours été le cas. Le fait que la plus grande partie de l'analyse des données et de la rédaction de la thèse, se soit faite en dehors d'un cadre contractuel a évacué certains de ces inconvénients. Enfin, une CIFRE implique des enjeux politiques car des retombées publiques sont attendues. Dans le cas présent, il s'agit de perspectives d'évolution du soin psychiatrique. Cela signifie que les conclusions de ma recherche doivent apporter des éléments de réponses concrets pour la prise de décision.

¹ Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont été officialisés par la loi n°2005-102 du 11 février 2005. Ce sont des lieux de rencontres, de soutien, et de socialisation organisés autour d'un collectif de personnes concernées par les troubles psychiques.

Les conclusions de cette recherche pourraient donc être utiles à l'élaboration de nouvelles orientations thérapeutiques dans la réponse sociale à la crise psychique qui reste très centrée sur l'hôpital (Coldefy, 2017). Sans prétendre à une révolution sanitaire, l'évaluation du LDR représente une opportunité pour faire face à la crise structurelle de la psychiatrie hospitalière publique (déficit de médecins psychiatres, pressions managériale et gestionnaire, critiques morales). Les demandes des usagers et de leurs proches convergent vers la nécessité d'élargir l'éventail de réponses afin que les urgences psychiatriques ne demeurent pas la modalité principale d'entrée dans le soin. Les praticiens hospitaliers, comme le montre ce *verbatim* d'entretien, y trouveraient aussi un intérêt :

Ce que je peux dire c'est que l'offre de soin en générale dans sa diversité est un atout pour nous. [...] Plus on a d'offres plus on peut essayer de trouver quelque chose qui va convenir à une personne et à une autre [...] et donc ces lieux un petit peu indéterminés [...] ça peut être des espaces intéressants pour certaines personnes. C'est pas la famille, c'est pas le domicile, c'est pas l'hôpital. Il y a des tas de gens qui sont inquiets, qu'à travers leur souffrance psychique on les réduise à la figure du fada, une espèce de dévalement du soi au générique de la folie, et donc qu'il y ait des lieux comme ça, où ils ont l'impression que ce sera peut-être plus facile d'exister, je pense que ça pourrait être utile.
(Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Renforcer la place des aidants est une thématique qui demeure complexe à réaliser en pratique, mais pour laquelle la thèse pourrait apporter des éléments de réponse. Que ce soit par l'invitation à participer au processus de rétablissement, ou par l'organisation de rencontres OD, le réseau de la personne est directement concerné par les problématiques rencontrées, et par les perspectives post-crise. Étant donné que le LDR est le premier dispositif de ce type développé en France, la recherche permet de caractériser cette approche alternative à la psychiatrie hospitalière. L'ambition n'est pas de proposer un modèle standard mais plutôt de préciser les fondations conceptuels, mais aussi pratiques, sur lesquelles un éventuel déploiement pourrait s'appuyer. Cette étude aborde d'ailleurs différentes conceptions du rétablissement selon une perspective large, de la même manière qu'elle envisage le soutien par les pairs à partir de leurs origines historiques et politiques. J'espère que ces réflexions participeront à enrichir la réception française de ces principes d'origine nord-américaine.

Pour résumer, l'enjeu principal de cette thèse est un apport à la compréhension des mécanismes interactionnels sur la santé psychique, au niveau micro, méso, et macrosocial. Cet enjeu principal est complété par trois enjeux secondaires. Premièrement, une meilleure compréhension de l'expérience intime de la crise psychique nécessite d'intégrer les savoirs expérientiels. Les usagers sont

les seuls possesseurs d'un savoir de « première main » sur l'expérience de la crise psychique. Deuxièmement bien que les troubles psychiques ne doivent être ni minimisés, ni stigmatisés, ils peuvent être analysés en tant qu'expérience sociale. La crise n'est pas uniquement individuelle. Elle touche l'entourage, concerne l'ensemble de la société, et les formes de sa réception en modifie l'expérience. Enfin, lorsque l'on prend en considération les effets pathologiques et thérapeutiques de la sociabilité, une évolution des pratiques de soins apparaît nécessaire. L'ensemble des acteurs s'accordent à dire qu'un changement doit avoir lieu dans le champ psychiatrique, et la parole des usagers ne peut plus être ignorée.

Annonce de plan

La thèse est organisée en deux parties de quatre chapitres chacune. La première partie pose le contexte social, historique, spatial, théorique, et moral dans lequel se situe l'expérimentation. Le premier chapitre donne à voir la perspective des usagers dans leur expérience avec l'institution psychiatrique hospitalière, en présentant des parcours de soin, depuis l'apparition des symptômes jusqu'à l'arrivée aux urgences. Je montre que l'entourage joue un rôle prépondérant dans l'orientation des individus en crise psychique, et que les relations établies souffrent de l'éloignement opéré avec l'environnement social (Goffman, 1968). L'expérience des usagers en psychiatrie se caractérise par une méfiance réciproque dans les interactions avec l'équipe soignante, qui résulte des modalités de rencontre avec l'hôpital, mais aussi de la hiérarchie sociale de l'institution hospitalière. Les principes organisationnels, ainsi que les facteurs temporeux et spatiaux, accentuent les clivages entre usagers et professionnels de santé (Goffman, 1968).

L'approche médicale du soin hospitalier, malgré la bonne volonté des professionnels qui y concourent, renforce les antagonismes identitaires, et donc le *stigmat* ressenti, entre le groupe des personnes souffrant de troubles psychiques et les autres. Dans les parcours décrits par les individus, les écueils de l'approche médicale rendent visible une situation conjoncturelle à laquelle le LDR entend proposer une alternative. Je poursuis la contextualisation par une analyse de l'histoire de la psychiatrie. L'objectif est de situer l'expérimentation LDR dans une perspective de longue durée qui rappelle que le dispositif n'est pas extérieur aux conflits qui traversent le champ de la santé mentale depuis ses origines. Au contraire, il en est une incarnation qu'il s'agit de resituer dans son époque.

Le fil chronologique suit la temporalité propre du LDR, avec la description de ses origines communes avec le programme *Un chez soi d'abord*, les premières années de fonctionnement, depuis la remise des clés du bâtiment en décembre 2016, jusqu'au renouvellement des modalités d'accueil en octobre 2019. Il s'agit de donner à voir les bases communautaires du projet, leurs écueils et les réajustements opérés au fil du temps, mais aussi de discerner les ruptures internes qui agissent sur

les dynamiques relationnelles. L'analyse fait ressortir une tension entre la temporalité longue de la construction d'un projet innovant, et l'immédiateté de la crise psychique. L'approche temporelle est complétée par une perspective spatiale qui précise les particularités locales d'implantation, et décrit les locaux, mais aussi les enjeux liés à l'utilisation de l'espace (par exemple entre la recherche et l'intervention, ou entre les intervenants et les « habitants »). La description ethnographique met en lumière les actions du cadre spatiotemporel sur les pratiques d'accompagnements et inversement (Barrett, 1999).

Dans le troisième chapitre, je présente les normes et valeurs de l'expérimentation en exposant l'organisation de la RAP. Il s'agit de préciser les formes de participation à la recherche (Arnstein, 1969), de décrire précisément les pratiques de la RAP, et notamment les freins et les leviers concourant à l'articulation des différents types de savoirs (expérientiels, académiques, et professionnels). Les effets de la RAP sont analysés, en termes de dynamique de recherche, d'incidences sur les individus, ainsi que la façon dont la RAP et le dispositif interventionnel se sont complétés, et réciproquement alimentés. Ce chapitre se clôt par une analyse de mon implication dans le dispositif de RAP afin de déterminer ma part « d'insertion affective » (Olivier de Sardan, 2000), et celle des « idées relatives à la connaissance [...] fondées sur des représentations sociales » (Bloor, 1983, p.178). Je tente donc d'apporter une dimension réflexive en articulant mon parcours individuel à la construction de mon objet de recherche.

La première partie se termine par un chapitre sur le lexique local qui sert à déterminer les conceptions morales qui se diffusent dans l'espace collectif. Le vocabulaire mobilisé est un indicateur de notre perception de la réalité, et une dimension culturelle du LDR (Djambian & Lainé-Cruzel, 2012). L'objectif est de saisir, par l'analyse lexicale, des traits caractéristiques relatifs à la crise psychique, à la psychose, etc., partagés au sein du dispositif, car comme le signale Catherine Kerbrat-Orecchioni : « on peut tirer de *l'étude du vocabulaire, et des expressions en usage dans la société envisagée*, certains enseignements sur les représentations en vigueur dans cette communauté¹ » (Kerbrat-Orecchioni, 1998, p.10). Après avoir présenté les principaux concepts, et les représentations qui y sont associées, je commence à décrire les réceptions sociales de la crise psychique que j'ai pu observer au LDR. Dans cette sous-partie je m'intéresse à la façon dont les intervenants du LDR répondent aux différentes manifestations de la crise psychique. Cela implique de différencier les comportements de l'ordre des conflits interpersonnels ou collectifs, de ceux qui sont inhérents à des troubles psychiques sévères. Ces réflexions m'amènent à présenter les différentes représentations du rétablissement, dont le concept peu stabilisé n'est pas convoqué uniformément par tous les membres du collectif.

¹ Souligné dans l'original.

La seconde partie est dédiée aux spécificités pratiques du LDR. Le cinquième chapitre en analyse la construction en tant que réponse à la complexité de la crise psychique. L'incertitude apparaît comme une caractéristique constitutive de l'activité déployée et les acteurs tentent d'y répondre par les moyens organisationnels et relationnels à leur disposition. Une continuité émerge entre incertitude politique et financière, flou organisationnel, et irrationalité de la crise psychique. La gouvernance qui vise l'absence de hiérarchie se heurte aux inégalités systémiques (Lorde, 2021), et les rapports de domination évacués en théorie réapparaissent en pratique. L'organisation interne du LDR se construit progressivement, en lien avec les tensions collectives qui émaillent la vie du projet, et les intervenants s'engagent quotidiennement dans le travail émotionnel avec des personnes dont la situation psychique est devenue incontrôlable. Ce chapitre analyse donc les tensions entre visées conceptuelles et concrétisation des pratiques.

Dans le sixième chapitre, je questionne l'engagement personnel et émotionnel des intervenants dans l'accompagnement de la crise psychique. Selon moi, les MSP révèlent des zones de vigilance spécifiques qui concernent l'ensemble des intervenants du LDR, comme la place des informations liées à la vie privée dans le cadre professionnelle, la notion de réciprocité dans la relation de soin, etc. Une attention particulière est portée à la façon dont les émotions sont traitées, que soit celles qui sont exprimées par les personnes accueillies et celles qui sont ressenties par les intervenants (Fernandez *et al.*, 2008 ; Hochschild, 2003). J'interroge le réinvestissement dans le cadre professionnel de savoirs issus de l'expérience de vie, mais aussi la nature des interactions qui se déroulent constamment dans le collectif. La participation des usagers au fonctionnement du dispositif ne va pas sans difficultés mais représente l'une des modalités d'accompagnement promue par le LDR en ouvrant des espaces d'expression (Vanhuynne, 2008).

Le chapitre suivant présente les spécificités du travail pair au sein du LDR, mais aussi les luttes de définition qui le caractérisent. La réception dans le champ français, ainsi que les enjeux actuels autour de la professionnalisation du savoir expérientiel sont abordés. Le travail pair est traversé par une tension irréductible : celle de s'institutionnaliser afin de répondre aux besoins de diffusion de la profession, tout en conservant un caractère intrinsèquement subjectif et des racines résolument contestataires (Choppin, 2023 ; Mead & MacNeil, 2006 ; Rebeiro Gruhl *et al.*, 2016). Ces questionnements permettent d'opérer un parallèle entre les trajectoires des MSP du LDR et celles des personnes accueillies dans leur parcours de rétablissement. Les modalités pratiques de la prise de poste des MSP sont précisées (intervision, formation interne, etc.). Le chapitre se conclue par une analyse des enjeux concernant la construction de l'identité professionnelle. J'ai observé à plusieurs reprises une polarisation entre tenants du savoir médicosocial classique et promoteurs du savoir

expérientiel. Ces oppositions révèlent combien le travail pair peut perturber des professionnels installés dans une forme d'expertise liée à leur parcours professionnel.

Le dernier chapitre est consacré aux parcours des usagers du LDR durant lesquels les intervenants favorisent une socialisation de la crise psychique, au sein du collectif, ainsi que par l'implication des proches dans le processus de soin. Il s'opère un réagencement des interactions sur la base de valeurs de non-jugement et de réciprocité. À l'inverse des parcours hospitaliers, les modalités d'accès non contraint au dispositif et la réduction des inégalités statutaires engendrent une relation tolérante et respectueuse des diversités individuelles. Les entretiens auprès des personnes accueillies au LDR font ressortir la qualité des interactions comme l'un des points clés du dispositif thérapeutique, conformément à la littérature internationale (Calton *et al.*, 2008 ; Lloyd-Evans *et al.*, 2009). La participation large (quotidienneté, réunions ouvertes, etc.) permet à l'individu de prendre part à la vie collective, et par la prise de parole, de se réappropriier un pouvoir d'agir. Ce processus est conforté par le soutien des pairs, professionnels ou non.

Je conclue la thèse par un rappel des questionnements initiaux, et en retraçant les désidératas des usagers de la psychiatrie pour des soins moins hospitalocentrés et plus respectueux des droits humains fondamentaux. Le rappel des controverses du champ psychiatrique, en lien avec les approches alternatives, est un moyen de souligner l'apport des savoirs expérientiels dans les évolutions actuelles en santé mentale. Je rappelle ensuite les conclusions de la thèse sur les liens entre émotions et crise psychique, sur les bénéfices de la socialisation rapportées par les personnes interviewées, ainsi que sur l'importance de penser les organisations sociales qui accueillent la crise psychique. La prise de parole est une des conditions d'*empowerment* et ainsi d'amélioration des trajectoires de rétablissement. Enfin, penser l'expérience de la crise psychique ne peut se faire que dans une perspective sociale large liée à la *conscience collective* (Durkheim, 2007). Pour terminer, les limites de la recherche sont repérées, et les perspectives théoriques et pratiques sont présentées.

Première partie : Pratiques d'une transformation de l'hospitalité

Dans cette première partie de la thèse, je décris les conditions de l'expérimentation LDR et ses conséquences sur les acteurs. En prenant comme point de départ l'expérience de l'hospitalisation, je confronte résolument les deux modèles thérapeutiques. Le LDR se constitue dans la lignée de controverses liées à la psychiatrie, et il se définit comme une *alternative à l'hospitalisation*. Il importe de montrer sur quelles bases le projet s'établit, car c'est le positionnement antithétique à l'hospitalisation qui permet de comprendre le contexte spatiotemporel dans lequel les acteurs du projet évoluent. Les tensions autour de l'organisation de l'espace ou entre les différentes temporalités du projet, visibilisent les normes morales véhiculées mais aussi le *hiatus* entre perspectives initiales, et réalité des hiérarchies sociales. C'est à partir de l'ensemble de ces éléments de contexte que je présente l'expérimentation de la RAP et ses effets sur les acteurs. Par un double mouvement, la RAP participe à rendre intelligibles les jeux symboliques dans lesquels sont pris les acteurs, tout comme elle amène une réflexivité sur les écarts entre visées théoriques et leur application pratique. La RAP oriente donc le projet, tout en soulignant les difficultés qu'il rencontre. Pour compléter cette analyse du cadre global, l'objet du quatrième chapitre est le lexique local dans ce qu'il révèle des appréciations morales de la psychose, de la crise psychique, etc. Ainsi, à la fin de la première partie, il est possible de saisir la logique générale du LDR, en appréhender ses déclinaisons pratiques et leurs conséquences sur les *modalités thérapeutiques de la relation sociale*.

Chapitre 1 : Vues et vécus des expériences institutionnelles

Je débute cette thèse par la délicate question de l'expérience hospitalière des usagers de la psychiatrie. Depuis les écrits de John Perceval au XIX^{ème} siècle, de nombreux récits alertant sur les conditions des séjours en hôpital psychiatrique ont été publiés, comme l'article *Ten Days in a Mad-House* de Nellie Bly en 1887. Aujourd'hui, les témoignages bénéficient d'une importante diffusion de l'information et sont largement visibles sur internet¹. Dans un contexte de dégradation majeure du soin public mon propos n'est pas d'énoncer une énième critique sur les abus engendrés par l'hospitalisation ou d'affirmer que l'hôpital psychiatrique public est inutile (Paoli, 2022), mais de donner la parole aux personnes qui subissent trop souvent leur parcours hospitalier. Pour reprendre les mots d'une personne qui n'a pas eu trop à se plaindre de ses épisodes d'hospitalisation : « *je dirais quand même pas que ça m'a pas nuit, mais ça m'a pas détruit non plus* » (Exp.1.2022). Ce *verbatim* montre la dichotomie de l'institution psychiatrique, qui promeut une thérapie de la psyché, tout en la malmenant. Dans ce chapitre, j'analyse en quoi les épisodes de crises sont à la fois la cause de ruptures et constitutifs des parcours de vie.

Les soignants hospitaliers sont généralement des personnes engagées qui tentent de faire leur travail du mieux possible dans des conditions de plus en plus précaires (Mougeot, 2020a). Mais la meilleure bienveillance n'excuse pas les comportements avilissants et violents dont témoignent les usagers. Toutefois, il convient de prendre deux précautions méthodologiques vis-à-vis des récits recueillis lors de ma recherche. La première est que ces expériences m'ont été transmises dans un cadre particulier qui est celui d'une recherche sur une proposition d'alternative à l'hospitalisation, dont l'un des objectifs est de réduire les pratiques de contrainte. Ce positionnement n'est pas anodin pour la production de discours qui peuvent tendre à combler les attentes supposées de l'enquêteur. En plus du présupposé théorique sur lequel repose la recherche (le recours au LDR réduit le nombre et la durée des hospitalisations), mon engagement moral dans le projet a pu être perçu par les personnes interviewées, malgré les précautions d'usage. Sentant alors en moi un allié, ou une occasion de faire entendre leur voix, elles ont pu insister sur les aspects négatifs de leur hospitalisation, et au contraire en déprécier les côtés positifs.

¹ Parmi les nombreux sites et blogs d'usagers, le lecteur peut se référer à : <https://comedesfous.com> ; <https://www.zinzizine.net/tag/temoignages>. Pour une visibilité des ressources disponibles sur internet voir Saget et Caria (2020).

La seconde précaution méthodologique est liée au statut accordé aux discours des personnes en situation de crise psychique. Contrairement à Henckes et Marquis (2020), je n'ai pas éprouvé de difficultés particulières à organiser les rendez-vous ou à obtenir l'accord des personnes et je n'ai pas ressenti de malaise spécifique à mener les entretiens. Il a parfois été compliqué d'amener mes interlocuteurs à développer certains points ou à recentrer l'entretien sur mes thématiques de recherche, bien que cela ait été moins flagrant avec les personnes interviewées au LDR. Il ne s'agissait pas non plus, comme dans la recherche menée par Livia Velpry (2008), de comprendre le rapport à la psychiatrie dans une logique de parcours au long cours, mais plutôt de prêter l'oreille à une expérience souvent vivace puisque les entretiens ont eu lieu une dizaine de jours après l'entrée en hôpital. Enfin, nier la valeur du discours des personnes que j'ai interrogées du fait de leurs troubles psychiques, irait à l'encontre des valeurs épistémiques et morales du dispositif de recherche puisque les savoirs expérientiels des usagers y sont considérés comme un apport pour la réflexion (Mooney *et al.*, 2023).

1. Contextualisation des récits d'usagers

Avant de présenter mes notes de terrain sur les catégories d'usage de la santé mentale (diagnostic, droit et médication), je souhaite rappeler quelques principes généraux. Le premier est le caractère multifactoriel des troubles psychiques, dont aucune étude n'a jusqu'ici déterminé de cause univoque. Le pendant de cette affirmation est que la qualité de l'environnement demeure l'un des facteurs primordiaux pour la santé mentale. Le second principe est que, comme pour toute pathologie conséquente, l'inscription psychiatrique impacte le parcours de vie des personnes concernées (Estroff, 1998 ; Grard, 2011 ; Strauss, 1992). Le troisième principe est que toute institution est traversée « par le jeu des forces sociales, par les modèles de la réalité extérieure, par la société globale, avec ses inégalités, ses rapports de force et de domination » (Ardoino, 1977, p.163). En ce sens, l'institution psychiatrique hospitalière n'échappe pas aux contraintes morales qui pèsent sur ses acteurs.

1.1 Généralités et mise en perspectives

Les troubles psychiques sont loin d'être minoritaires puisque, considérés d'une manière large, ils touchent presque 20 % de la population française, soit treize millions d'individus. Dans une approche holistique et systémique, les déterminants de santé mentale sont à la fois individuels (biologiques et psychologiques) et sociaux. Parmi les facteurs déclencheurs des troubles psychiques citons : les expériences de vie négatives (par exemple dans l'enfance ou dans les parcours d'exil) ; le contexte socioéconomique (revenus, qualité de relationnelle de l'entourage, etc.), et social (inégalités structurelles, orientations politiques générales, etc.) ; la stigmatisation ; etc. Le parcours de vie des

personnes (problèmes familiaux, consommation de substances psychoactives, rupture affective ou professionnelle, etc.) joue donc un rôle majeur dans la survenue des troubles et des épisodes de crise (Le Fur *et al.*, 2007). Comme le dit Exp.1, l'une des fonctions de l'hospitalisation est d'extraire les individus de leur environnement, jugé néfaste à leur santé mentale :

[L'hospitalisation] *ça fait un temps hors lieu, un espèce d'endroit à la fois aseptisé et en même temps qui grouille de toutes ces vies folles des gens qui sont hospitalisés, mais hors temps, hors lieu, qui diminue la stimulation permanente de celle du dehors, de la ville, du squat. J'étais stimulé tout le temps et du coup ça, ça retombe d'un coup.* (Exp.1.2022)

C'est d'ailleurs un paradoxe de l'institution hospitalière. Alors que la crise est considérée sous l'angle du risque d'intervention en urgence selon les textes officiels, elle constitue justement un risque de rupture dans un parcours de vie qu'opère la période d'hospitalisation, comme pour Exp.1 : « *à chaque fois que je repartais en crise, je repassais par la case HP et ça interrompait le projet dans lequel j'étais à ce moment-là* » (Exp.1.2022). La notion de parcours est donc centrale dans ce travail de recherche (Sicot, 2019). Le terme de parcours a été préféré à celui de trajectoire par Livia Velpry (2008) qui l'a forgé en référence à Albert Ogien (1989), qui s'appuyait lui-même sur des « points de rupture » intégrés au parcours des individus en lien avec la psychiatrie. Velpry distingue le parcours de la carrière, proposé initialement par Goffman (1968), puis repris dans la *labelling theory* issue des travaux de Becker (1985) selon lesquels les expériences individuelles peuvent être comprises en fonction de la façon dont les personnes sont « labellisées » par les professionnels. Mais le concept de carrière rend peu compte des capacités d'action des acteurs. C'est pour cette raison que la notion de trajectoire déclinée par Strauss (1992) permet de mieux saisir les changements qui interviennent tout au long d'une existence. Le terme a été repris par Barrett (1999) qui considère que « le concept d'une trajectoire permet une analyse des mouvements les plus fondamentaux sur lesquels s'appuie le concept de carrière » (p.159). Velpry a enrichi ce modèle explicatif en y intégrant les affiliations sociales des personnes, dont celle à la psychiatrie. Selon elle les individus entretiennent des relations de *coopération intégrée* ou de *coopération distanciée* avec l'institution psychiatrique. Exp.1.2022 témoigne ici de ce phénomène de construction « *avec et autour* » des troubles psychiques :

Dans ce que ça a de constitutif aussi, c'est que ça a pas mal malmené mon entrée dans l'âge adulte et en même temps, aujourd'hui, depuis une dizaine d'années, c'est central dans la personne sociale que je suis puisque je fais beaucoup d'activités avec des gens autour de la folie et de la psy, ça continue à me passionner. C'est entré de manière un peu fracassante dans ma vie, mais depuis je me suis construit avec et autour de ça.

En ce sens, les interactions entre les individus et la psychiatrie façonnent l'existence, bien que celle-ci ne s'y réduise pas. Dans les parcours de vie, la construction identitaire autour de la maladie psychique peut aller jusqu'à l'organisation des comportements sociaux, selon des catégories morales dictées par l'institution (Grard, 2011). La survenue des troubles et de la crise psychique procède d'une perte de contrôle sur son existence. La crise peut être considérée comme un point de *rupture morale* dont le contenu diffère selon les acteurs, d'autant plus qu'une partie des incompréhensions cliniques entre patients et personnel soignant pourrait provenir d'un décalage perceptif de la transgression de normes sociales. Comme il est impossible d'anticiper l'expérience des troubles psychiques tant qu'ils n'ont pas été vécus : « *serious illness is a[n epistemically] transformative experience* » (Carel et al., 2016, p.3), les ethnographies réalisées au plus près des usagers montrent que c'est la réponse sociale apportée aux troubles psychiques qui instaure une perte de contrôle sur l'existence (Brodwin, 2013 ; Estroff, 1998).

L'identité d'usager de la psychiatrie occupe une place prépondérante dans l'existence des personnes concernées et le *labelling*, poussé à l'extrême par Rosenhan (1973), oriente les existences sur la base de ces représentations. La façon dont l'individu mobilise cette expérience ou la subit, rejailit sur sa trajectoire de vie, comme l'explique mon interlocuteur : « *déjà dire que je regrette pas d'avoir vécu tout ça. Que même si il y a eu des trucs hyper durs, je pense que ça a été fondamental pour devenir qui je suis* » (Exp.1.2022). Or, tous les usagers ne parviennent pas à transformer les épreuves qu'ils traversent en forces, car l'hôpital psychiatrique, qui constitue souvent la seule réponse lors des crises, est avant tout un épisode traumatique pour de nombreuses personnes. Un MSP du LDR commence son entretien par ces mots : « *si on peut parler de ça, d'expérience en tant qu'usager. En fait c'est quelque chose... moi je le vois plus comme un traumatisme que comme une aide en fait* » (Exp.LDR.1.2022). C'est-à-dire que même les personnes qui transforment leurs savoirs expérientiels en compétences professionnelles ne se départissent pas de la part traumatique du vécu :

Là où c'est violent, c'est comment dans ta vie de jeune adulte ça vient mettre un coup d'arrêt à ta vie sociale, à ta libido au sens de force de vie, et qu'après il faut tout redémarrer à zéro et que t'es marqué par le médoc. Et c'est plus la prise en soin en psychiatrie dans son ensemble qui est problématique dans ce que je décris là. (Exp.1.2022)

Redonner le choix de son parcours aux individus passe par une remise en question de nos représentations sociales (Jodelet, 1993). Nous ne pourrions y arriver qu'en abandonnant une vision dualiste de la santé, en même temps que nos appréciations morales de ce qui est bon pour l'autre. Il s'agit d'accompagner le sujet dans ses choix et non de décider ce qui convient de faire. Exp.1 témoigne de ce manque de collaboration au sein de l'institution hospitalière :

Ce qui m'a manqué en psychiatrie, c'est que j'ai pas eu d'espace de parole vraiment poussé. Les psychologues c'était assez anodin comme moment, avec mon psychiatre c'était assez vite un quart d'heure tous les trois mois pour renouveler l'ordonnance mais on creusait pas. (Exp.1.2022)

Les espaces de parole doivent être repensés, pour redonner une place réelle aux sujets. La période de crise actuelle que traverse la psychiatrie est une opportunité d'engager un changement des pratiques de soin, notamment au regard de l'efficacité des différents modes de traitement (Kiesler, 1982).

1.2 Catégories d'usage de la santé mentale

Trois thèmes en lien avec le parcours des personnes ressortent de mes notes de terrain. Le diagnostic, son annonce, ses représentations et leurs effets ; la notion de consentement ; et la gestion de la médication sont des sujets récurrents chez usagers (Read & Sacia, 2020), les professionnels et les proches. J'en présente les principales caractéristiques avant d'entrer plus avant dans le concret des parcours institutionnels.

Diagnostic

Bien que des connaissances antérieures aient été produites, les tentatives de classification des troubles psychiques occupent une large part de l'activité médicale depuis le XIXème siècle : « *descriptive psychopathology in its current form emerged in France during the fourth decade of the nineteenth century* » (Berrios, 2008, p.355). Comme l'écrit Foucault (1972) à la fin de la première partie de *l'Histoire de la folie à l'âge classique* :

La psychiatrie positive du XIXème siècle, et la nôtre aussi, si elles ont renoncé aux pratiques, si elles ont laissé de côté les connaissances du XVIIIème siècle, ont hérité secrètement de tous ces rapports que la culture classique dans son ensemble avait instaurés avec la déraison ; elles les ont modifiés ; elles les ont déplacés ; elles ont cru parler de la seule folie dans son objectivité pathologique ; malgré elles, elles avaient affaire à une folie tout habitée encore par l'éthique de la déraison et le scandale de l'animalité. (Foucault, 1972, p.177)

Il signale ainsi que les conceptions modernes de la santé mentale sont historiquement, socialement, moralement ou encore religieusement situées. Dans la suite de cette citation Foucault

en tire la conclusion que « la conscience de la folie, au moins dans la culture européenne, n'a jamais été un fait massif, formant bloc et se métamorphosant comme un ensemble homogène » (p.181). Pour lui, cette « conscience de la folie » met en jeu constamment : une part critique, une part pratique, une part énonciative et une part analytique, solidaires entre elles. C'est pourquoi la folie reste inappréhensible mais est au contraire définie par ce qu'elle n'est pas. Il en est ainsi de la définition de la frénésie, de la manie, de la mélancolie et de la démence au XVIIIème siècle. Car les classifications psychiatriques ne sont pas une discipline objective, mais sont inscrites dans les économies morales de leur temps. De plus, les troubles psychiques ne se définissent pas uniquement à partir des références médicales mais intègrent des composantes phénoménologiques, sociales et comportementales, comme le souligne le psychiatre danois Josef Parnas : « *historically, psychosis was never considered on a purely descriptive-phenomenological level, disconnected from hypothetical, nosological-pathogenetic considerations. Rather, all definitions of psychosis were and are embedded in extra-clinical (extra-descriptive) references* » (Parnas, 2013, p.210). Jusqu'au début du XXème siècle, les classifications ont d'ailleurs essentiellement pour objectifs de transmettre des connaissances et d'organiser le système de soin (Henckes & Majerus, 2022). C'est pourquoi German Berrios considère que les classifications ne peuvent être séparées de la pratique médicale :

Descriptive pathology is here defined as a « language » comprising a theoretical basis, syntax, lexicon, and rules of application. Because descriptive pathology can be said to impose order on a universe of complex behavioral forms, it is a veritable « cognitive system ». (Berrios, 2008, p.354)

Aujourd'hui, il existe d'autres usages des classifications comme par exemple la recherche ou l'administration de financements. Les études sur les classifications psychiatriques relèvent l'ambition d'améliorer le traitement des troubles mais aussi l'incommensurabilité de la démarche (Delègue, 2020). La France s'est lancée dans une nouvelle classification des troubles psychiques à la fin de l'année 1943 (Chapireau, 2007a). Au niveau international, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), apparu en même temps que la classification internationale des causes de maladie et de décès (CIM), à la fin des années 1940, prédomine incontestablement dans le paysage des outils diagnostics. En janvier 1973 est publié dans *Science* un article qui montre que des personnes non atteintes de troubles psychiques mais qui ont témoigné avoir entendu des voix, se voient contraintes de rester en hospitalisation, alors qu'elles n'ont aucun symptôme psychiatrique (Rosenhan, 1973). L'article a un fort retentissement qui entraîne un travail de précision des critères diagnostics et la révision du DSM en 1980 (Evrard & Malefan, 2013 ; Lézé, 2013 ; Minard, 2009). La troisième version du DSM s'appuie sur des données quantitatives. Elle a été pensée dans une

perspective théorique comportementaliste et antipsychanalytique et vise à faire émerger des catégories standardisées. Ce parti pris oriente encore la recherche en psychiatrie aujourd'hui et la classification est utilisée dans 90 % des études randomisées malgré le manque de consensus à son égard (Kohne *et al.*, 2023). Les psychiatres témoignent de son usage à des fins de recherche, alors que le diagnostic clinique se fonde sur l'expérience et l'intuition (Demailly, 2022) et que les recherches récentes interrogent la notion de culture dans la dernière version du DSM (Aggarwal, 2023).

D'autres classifications ont émergé dernièrement tentant de rendre compte de visions différentes de l'évaluation des troubles psychiques. Le *Research Domain Criteria* (RDoC) est promu depuis 2009 par le *National Institute of Mental Health* (NIMH) aux USA. Son approche consiste à se centrer sur le niveau physiopathologique, afin de déterminer les fondements biologiques des troubles (Le Quang & Gansel, 2016). Le *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP), dont l'article fondateur date de 2017 (Kotov *et al.*, 2017), est basé sur des données statistiques et intègre la notion de *continuum* dans les pathologies (Gauld *et al.*, 2022). Ces outils visent à critiquer l'hégémonie et les défauts du DSM dont le DSM-5, publié en 2013, continue de soulever les critiques sur sa faible fiabilité ou sur les modalités de la réflexion collective dans lesquelles sont menés ses travaux (Rabeyron, 2020). Enfin, certains auteurs relèvent « l'injustice épistémique » que représente l'absence d'(ex)usagers dans la conception des taxonomies (Bueter, 2019).

Les (ex)usagers disent souvent avoir été abasourdis par l'annonce du diagnostic qui marque leur entrée dans le parcours psychiatrique, comme l'un des MSP du LDR qui affirme : « *et quand il m'a diagnostiqué je dis qu'est-ce que c'est ce diagnostic ? Poum ça me tombe encore sur la tête* » (Exp.LDR.2.2019). Ou encore comme Patricia Deegan, l'une des pionnières du rétablissement, qui évoque ce moment dans l'un de ses articles référence : « *I remember feeling like I had been hit by a truck upon hearing his words* » (Deegan, 2002, p.7). Deegan précise que la sidération du diagnostic va de pair avec un ensemble de représentations qui y sont liées :

He was saying my future was sealed and the book of my life had already been written nearly 100 years earlier by Emil Kraepelin (1912), the psychiatrist who wrote a pessimistic account of schizophrenia that influences psychiatrists even to this day. (Deegan, 2002, p.7)

Ces propos sont corroborés par l'un des premiers usagers du LDR :

*Moi quand on m'a diagnostiqué [...] je me suis dit « P*****, mais jamais je pourrais plus travailler » [...]. Plus aucune femme voudra de moi. Je pourrai plus avoir une vie normale et des enfants. (Us.LDR.1.2017)*

A *contrario*, l'annonce du diagnostic peut avoir un effet positif, comme l'explique un expert rencontré durant ma recherche : « *mais on s'en fout [du diagnostic]. Le but c'est que la personne comprenne ses propres symptômes* » (Exp.2.2021). L'annonce est liée aux perspectives négatives du diagnostic, comme le dit Patricia Deegan : « *today I understand that this psychiatrist did not give me a diagnosis. He gave me a prognosis of doom* » (2002, p.7), qui ajoute que c'est la prise de conscience que d'autres issues existent qui ouvre des perspectives de rétablissement : « *when I rejected the prognosis of doom I simultaneously affirmed my worth and dignity* » (2002, p.8) ; « *for me recovery meant learning to overcome the shame and stigma I had internalized* » (2002, p.14). Or, l'évolution du pronostic est incertaine et il est possible de dépasser les troubles, comme l'explique Us.LDR.1 : « *la bipolarité n'est pas une maladie où t'es foutu, où tu vas prendre des médicaments toute ta vie* » (Us.LDR.1.2017). Les travailleurs pairs sont des exemples de ce processus et « *contribuent à changer les représentations associées au patient dans la psychiatrie* » (Godrie, 2014, p.351). Mais Exp.LDR.2 explique qu'une fois le diagnostic posé, il devient quasiment impossible de revenir en arrière :

Ils ont essayé de m'enlever ma bipolarité et quand tu es catalogué par l'institution, c'est mort. Le professeur X il l'a rappelé « Mais non on l'a diagnostiqué comme ça, il est comme ça ». Tu peux pas retirer le diagnostic. (Exp.LDR.2.2019)

Il est donc essentiel de faire évoluer les représentations sur l'immuabilité des symptômes, pour éviter que la pose d'un diagnostic ne soit définitive. Il appartient aux praticiens de faire des choix éclairés sur la question car leurs annonces marquent les trajectoires de vie des individus. Exp.1 témoigne en quoi l'absence de diagnostic a été positive dans sa trajectoire de vie :

[Le psychiatre] a jamais voulu me diagnostiquer schizophrène. Pour lui j'ai fait que des bouffées délirantes et entre temps j'étais retapé. Et il y a plein de soignants qui auraient eu une autre lecture que ça. (Exp.1.2022)

L'approche par le rétablissement, en considérant les capacités d'évolution inscrites en chacun de nous, remet en cause le pronostic définitif des troubles et engage les patients dans une conception moins chronique des soins (Allott *et al.*, 2009).

Droit et consentement

La question de l'accès aux droits des personnes vulnérables se pose largement dans l'ensemble du champ médico-social, et plus particulièrement en psychiatrie, bien que la grande majorité des soins y soient réalisés sans contrainte, comme le montrent les statistiques analysées par

Magali Coldefy : « en 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année » (Coldefy *et al.*, 2022, p.1). Mais cette problématique résonne d'une manière particulière pour les usagers d'une discipline médicale dont l'une des pratiques consiste justement à priver de liberté¹. Torrance Sigaud et ses collaborateurs ont relevé la constance de cette modalité : « l'utilisation de la contrainte dans le soin psychiatrique est une question à laquelle le psychiatre travaillant aux urgences est quotidiennement confronté » (Sigaud *et al.*, 2015, p.144). L'un des médecins psychiatres hospitaliers interviewés souligne l'importance de cette perspective sur le contexte de soins :

Donc ça se fait dans un contexte qui est particulier quand même, qui est aussi le contexte un peu écrasant de l'obligation de moyens du médecin avec une loi qui prévoit la possibilité de soins sans consentement. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Il y a donc une asymétrie supplémentaire du pouvoir médical en psychiatrie, car en plus de la position sociale favorable du médecin, sachant et respectable, existe la conscience d'une autorité en capacité d'enfermer légalement (Moreau, 2011). Cette restriction de liberté s'accompagne de recours à des mesures de tutelle ou de curatelle génératrices d'abus et d'infantilisation². Comme l'ont noté Paul Brodwin et Livia Velpry : « *the mandate not only to treat people but also to control them has produced diverse practices of constraint and on-going struggles about their legitimacy* » (Brodwin & Velpry, 2014, p.1). Mais ce sont bien les mesures d'hospitalisation sans consentement, d'isolement, voire de contention, qui représentent les abus du pouvoir psychiatrique. Ces pratiques sont encadrées par des lois relativement récentes³, et font régulièrement l'objet de questions prioritaires de constitutionnalité (QPC) devant le conseil constitutionnel afin de renforcer le droit des usagers. Les psychiatres interviewés ont conscience de cette dimension législative, voire la légitimise :

C'est aussi une position de pouvoir, comme la contrainte c'est quand même un exercice du pouvoir médical et c'est important de le connaître, de l'avoir en tête, de savoir que c'est une exception par rapport à la législation dans la relation à l'autre en médecine, et que... ça doit être compliqué en fait, ça doit rester compliqué. C'est normal qu'il y ait dix

¹ Pour une perspective sur le droit des usagers il est possible de se référer au site internet du cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA) <https://psychiatrie.crupa.asso.fr>

² Le droit de vote des personnes sous tutelle n'a été entériné que le 25 mars 2019.

³ Loi du 5 juillet 2011, loi n°2013-869 du 27 septembre 2013, et loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 notamment.

milles certificats à faire, qu'on ait des comptes à rendre, c'est normal que ce soit quelque chose qui soit difficile à faire. (Psychia.Pra.Hos.2.2022) ;

Donc on voit les moments et je pense c'est bien ces questions de soins sans... à chaque fois d'avoir la main qui tremble. C'est jamais confortable comme situation. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Bien que ce ne soient pas eux qui subissent directement la contrainte, les psychiatres sont mis dans une position moralement délicate à assumer et le choix d'une hospitalisation sans consentement n'est jamais anodin (Chami & Gourevitch, 2022). Selon les circonstances, la décision est plus ou moins simple à appliquer, comme en témoigne Psychia.Pra.Hos.1 :

Quand vous avez un jeune homme qui va très mal, qui est avec ses parents, qui est délirant, que les questions de soins sans consentement se posent, ça peut être ou rapide et brutal, ou peut-être un peu plus lent pour un même résultat au bout du compte, mais je pense que la manière de s'y prendre compte. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

À l'inverse, Exp.1 souligne qu'il a évité l'hospitalisation sans consentement, en donnant son accord :

Par exemple ma première hospit' quand mon père m'a amené à l'HP j'ai dit « Oui », donc j'étais hospitalisé en hospitalisation libre [...] c'était pas une réflexion cohérente, mais mine de rien ça m'a épargné l'hospit' sous contrainte et ce qu'il aurait fallu faire pour s'en sortir. (Exp.1.2022)

Pris dans sa définition formelle, le consentement est la possibilité d'empêcher qu'une chose se fasse ou d'approuver une action. *The Oxford English Dictionary* « defines coercion as 'the action or practice of persuading someone to do something by using force or threats' » (Gooding et al., 2020, p.27). Le choix de retirer son consentement à une personne est une appréciation médicale, donc humaine et subjective, qui s'appuie sur des critères de risque ou de dangerosité (Guibet Lafaye, 2015). Un psychiatre témoigne de cette dimension évaluative :

Le premier rôle c'est quand même de s'inscrire dans le dispositif législatif [...] avec une volonté de laisser personne sur le bord du chemin [...]. Il y a quand même une appréciation médicale qui est très large [...] où à un moment donné la limite c'est l'inquiétude du médecin sur le risque, l'imminence du risque ou la dangerosité, l'équilibre est forcément biaisé par cette dimension-là. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Les agents de l'hôpital public, seuls à même d'exercer la contrainte, sont à la recherche d'un équilibre entre liberté individuelle et préservation de la santé des patients et des soignants (Moreau, 2011). Il n'en demeure pas moins que les pratiques de privation de liberté sont moralement discutables et posent des problèmes éthiques (Graftieaux & Bréhaux, 2015 ; Kleinman, 2009), que les soignants repèrent et critiquent, comme Psychia.Pra.Hos.2 :

Après je suis le premier à critiquer une grande partie des pratiques soignantes à l'intérieur de la psychiatrie publique : contentions, isoler, ça me rend malade.
(Psychia.Pra.Hos.2.2022)

L'acte de contraindre n'est-il pas une réponse sociale à une forme d'incertitude ? Quelles sont les solutions pour les psychiatres soumis à des responsabilités sociales fortes ? Deux des psychiatres interviewés soulignent la pression intellectuelle et morale du mandat social qui leur est confié :

Il y a une attente sociale qui est très forte, qu'on sollicite [les psychiatres] uniquement dans des situations très cadrées, pour prescrire, ordonner des soins, faire des soins sans consentement, ou servir d'experts, avec des missions de régulation sociale. Ça a toujours été une des missions des psychiatres, surtout les psychiatres à l'hôpital, il faut pas qu'on se le cache, mais que ça devienne plus que ça, ça me semble être un problème. (Psychia.Pra.Hos.1.2022) ;

Des questions qui existent en psychiatrie, du côté des troubles du comportement et du lien avec la pathologie du côté du médico-légal, de la responsabilité psychique et pénale, voilà. Et ces questions-là... quand on travaille à l'hôpital public, c'est important de les avoir pensées, réfléchies. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Les discours de ces professionnels aguerris soulignent la dimension politique des soins sans consentement entre accompagnement thérapeutique et contrôle social. Des possibilités de réduction de ces pratiques ont été étudiées (Gooding *et al.*, 2020), mais elles peinent à se mettre en œuvre de manière homogène et généralisée. En effet, le moindre recours à l'isolement et la contention est fortement dépendant du contexte (Saetta *et al.*, 2023).

Médication

Il n'est pas possible de se pencher sur l'évolution de la psychiatrie hospitalière sans penser la question de la médication. Lors de leur apparition, les traitements médicamenteux ont orienté les

politiques publiques et ont été généralisés comme *norme thérapeutique* (Cf. p.91). Par la suite, les neuroleptiques ont été dénoncés à cause de l'accoutumance qu'ils engendrent, de leurs effets secondaires, ou encore des abus perpétrés dans leur prescription (Spandler & Calton, 2009), ce qui les rend généralement impopulaires auprès des usagers (Read & Sacia, 2020). L'un des MSP du LDR livre le témoignage d'un essai de traitement dont l'expérience fût négative :

Je suis allé voir une psychiatre. Alors je sais plus exactement, mais je crois très vite, elle m'a mis sous neuroleptiques, en essayant plusieurs neuroleptiques différents, soit le foie le supportait pas, soit j'avais des tremblements en marchant au niveau des jambes ou des bras, fin' un truc un peu insupportable qui faisait qu'il fallait changer. (Exp.LDR.3.2022)

En psychiatrie, l'approche médicamenteuse n'est pas infaillible et les médecins procèdent par tâtonnements, sans certitude sur les effets positifs ou négatifs. Certains affirment même qu'« *aujourd'hui on ne sait même plus à quoi servent les traitements* » (notes de terrain). Il est rare que le premier traitement soit approprié, mais plusieurs semaines sont nécessaires avant d'évaluer son efficacité. Ces obstacles rendent difficile l'observance médicamenteuse (Legrand, 2022), même lorsque les effets ressentis sont bénéfiques, comme dans cet extrait d'entretien auprès d'une personne accueillie au LDR :

Oui, un traitement je suis obligé d'en prendre. Mais je sais que ça me fait du bien. Si je prends pas le traitement ça va pas du tout. [...] Donc le traitement, c'est très important. (Us.LDR.3.2020)

Les traitements médicamenteux sont l'un des outils destinés à soulager les souffrances psychiques et de nombreux usagers en tirent bénéfice. Mais bien souvent, les ordonnances prescrites comportent un mélange de molécules, voire des correcteurs pour contrebalancer les effets secondaires des médicaments principaux, majorant ainsi les désagréments, ce dont plusieurs usagers m'ont témoigné :

Il y a une liste à rallonge de médicaments, on sait même pas pourquoi on les prend, on nous explique pas. [...] et au bout d'un moment tu vois que ça a des répercussions sur ton corps, le truc qui se voit direct c'est tu te fais dessus. Toutes les nuits tu te réveilles t'es souillé [...] à force d'en parler [...] « On vous enlève celui-là ». [...] On te l'enlève et Pouf tu te souilles plus. (Exp.LDR.1.2022) ;

On m'a donné des trucs et j'arrivais vraiment plus à aller aux toilettes (Us.LDR.4.2019) ;

[Mon psychiatre] *m'avait dit « C'est pas des doses de cheval, c'est des doses d'éléphant qu'ils t'ont données ». J'avais donc du Tertian, Solihan, Xyprexa et j'sais plus quel somnifère elle m'avait refilé. (Exp.LDR.2.2019) ;*

Il faut arrêter de nous gaver comme des oies. [...] tu te retrouves avec quatre médicaments différents, cinq médicaments différents. [...] Et quand tu vois les troubles, les effets secondaires, qu'est que tu vois ? Tu prends l'Abilify « Mort subite inexplicquée », mais qu'est-ce que ça veut dire ? [...] Faut pas croire que ces traitements, toutes ces molécules qu'on prend nous font rien physiquement et psychologiquement. (Us.LDR.1.2018) ;

Je dors quatre, cinq, six heures dans la journée, quand je me réveille, le médicament il lave tellement le cerveau que je peux même pas me concentrer sur une page de livre. [...] je suis obligé de changer qui je suis et de prendre des médicaments qui me donnent des visions floues. Je peux plus avaler des aliments, je suis obligé de boire de l'eau à chaque fois que j'avale un truc, les impatiences dans les jambes... (Us.HP.2.2022)

Le discours des usagers sur les traitements médicamenteux est très critique quant aux effets secondaires des traitements sur leur comportement, que ce soit à un niveau superficiel : « *les impatiences dans les jambes* » ou sur leur être profond : « *je suis obligée de changer qui je suis* ». Dans le contexte hospitalier, la prise de médicament est perçue par Us.LDR.5 comme une sanction, ou une réponse « automatique » :

À l'hôpital c'est « Ah tu ne dors pas tiens je vais te filer un Lexomil ». Et je trouve pas ça très bien. C'est des infirmiers hein ! mais ils croient que le cachet a réponse à tout mais non... (Us.LDR.5.2020)

La prescription médicamenteuse peut constituer une balise déterminante, positivement ou négativement, dans une trajectoire de santé. Exp.1 a pu bénéficier d'un traitement relativement léger lors de ses hospitalisations :

Moi j'ai eu beaucoup de chance, d'avoir une seule molécule, mais aussi de pas avoir été mis en chambre d'isolement, de pas avoir eu d'injection intramusculaire en speed avec vigiles et cætera, donc plutôt mon corps a pas été agressé dans ces hospitalisations-là, c'est quand même pas toujours le cas. (Exp.1.2022)

Pour les usagers de la psychiatrie, la prescription médicamenteuse est rapidement perçue comme une contrainte institutionnelle et morale, comme l'exprime Exp.1 :

La domestication, tout ce truc d'être domestiqué par la molécule et de devenir gérable par l'institution. Je crois que dès ma première hospit' ça m'a marqué, parce que j'ai eu direct 20 milligrammes de Zyprexa donc ça casse vite. Et tu les vois les autres autour de toi qui sont aussi marqués par ces molécules. (Exp.1.2022)

Les molécules jouent donc un rôle central dans le traitement des troubles psychiques puisqu'elles constituent la principale réponse médicale. Les traitements médicamenteux sont marqués par un imaginaire social (Estroff, 1998) mais comme le souligne Loren Mosher ils maintiennent une vision négative des personnes souffrant de troubles psychiques : « *because pills are given to individuals, they maintain medicine's traditional focus on a person as diseased* » (Mosher et al., 2004, p.273). La prise de traitements médicamenteux est l'un des facteurs de la chronicisation (Tartour, 2022) alors que d'autres modalités de traitement sont envisageables. Comme l'exprime l'un des psychiatres interviewés, ou comme le médecin de la *Retreat* de William Tuke, qui « décida de n'utiliser aucun médicament qui fût trop désagréable au malade » (Foucault, 1972, p.524), il est possible de manager ses troubles sans médication :

Et oui, il y a peut-être certains patients, certaines personnes qui ont des troubles psychiques et qui peuvent se permettre de pas prendre de traitement, ou de ne pas les prendre à un moment donné, de les prendre de temps en temps. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Estroff (1998) montre que les médicaments « enferment » la personne dans un univers de folie car son entourage la perçoit comme différente. Selon elle, la médication ne devrait pas constituer un point central dans l'accompagnement des souffrances psychiques afin de ne pas cantonner les usagers dans un rôle de « malade ». Dans le discours des usagers, malgré les bénéfices potentiels des molécules, on voit surtout poindre un usage par défaut des médicaments, qui relègue l'expérience du patient en arrière-plan, derrière le brouillard des neuroleptiques.

2. Parcours et récits de l'expérience institutionnelle

Je vais à présent exposer une partie des témoignages transmis par les personnes interviewées que j'ai rencontrées au LDR, aux urgences psychiatriques ou qui parlent de leurs expériences passées. Ces récits s'inscrivent dans le cadre épistémique spécifique de la RAP qui laisse une place conséquente

à la parole des usagers, même si se raconter n'est pas toujours aisé (Grard, 2008). En effet, il est parfois douloureux de faire le récit de son vécu, comme pour cette personne accueillie au LDR :

Là je suis obligé de raconter ça, je vais devoir encore le raconter demain à... Voilà ça m'en coûte quoi, j'ai la gorge nouée, j'essaie de pas pleurer, c'est pas facile pour moi...
(Us.LDR.5.2020)

Le recueil de ces histoires de vie n'est pas un acte anodin car le témoignage réactive des traumatismes ou des éléments biographiques désagréables, ce que soulignent Guadalupe Morales Cano et Stéphanie Wooley :

The experience of being hospitalized, often equated with giving up and letting someone else take care of you, has been one of the most traumatic experiences our members have ever had in their lives. This is particularly true with the case of forced hospitalization.
(Morales Cano & Wooley, 2016, p.727)

L'analyse des entretiens fait émerger un parcours d'accès aux soins psychiatriques, des premiers symptômes à l'accueil aux urgences, allant pour certains jusqu'à l'isolement et la rencontre avec le juge des libertés (JDL). Ces récits illustrent le rapport complexe qu'entretient notre société avec la crise psychique et l'importance de l'environnement social dans l'accompagnement. Dans le panel d'enquêtés, la majorité des personnes n'entretiennent pas des rapports de *coopération intégrée*, telle que définie par Velpy (2008), et la moyenne d'âge est inférieure à 40 ans.

2.1 Des trajectoires préparatoires à l'hospitalisation

Concernant les itinéraires de vie des usagers de la psychiatrie, les approches en SHS ont évolué depuis les travaux d'Erving Goffman (1968) qui formalise la notion de « carrière » psychiatrique à travers la rencontre avec l'institution totale. Par la suite, Schatzman et Strauss (1966), puis Strauss (1992) développent la notion de « trajectoire » qui intègre une part d'agentivité individuelle avec laquelle les patients négocient l'accompagnement médical. Ces travaux déplacent le regard très centré sur l'institution de Goffman, qui correspondait à une réalité sociale donnée (Cf. p.92), mais dont l'approche totalisante est peu adaptée à la désinstitutionalisation et au vécu des individus au XXIème siècle. Velpy (2008) a proposé la notion de « trajectoire » qui laisse une place aux affiliations sociales indépendantes de la psychiatrie. Grâce à cette perspective, il est possible de considérer les patients non pas uniquement comme des personnes recrutées dans un parcours d'usagers de la psychiatrie, mais aussi comme des citoyens affiliés à des cercles sociaux, ayant des engagements

extérieurs à la sphère de la santé mentale, des activités de loisirs, etc. L'affiliation à la psychiatrie demeure, mais Velpry la situe sur un *continuum*, entre *coopération intégrée* et *distancée*. Par la suite, Gard (2011) a souhaité complexifier le modèle de Livia Velpry en y ajoutant une analyse des tensions entre contraintes structurelles et formes d'agentivité : « la coopération intégrée peut ainsi être présentée comme subie, voire obligée, par les personnes rencontrées sur le terrain » (Gard, 2011, p.317). C'est-à-dire que la coopération intégrée peut être contrainte par les rechutes, les ruptures biographiques etc. Les psychiatres que j'ai rencontrés témoignent de ces épisodes récurrents d'hospitalisation :

Ça fait vingt ans que je fais de la psychiatrie et quand les gens ils arrêtent trop et ils reprennent ils s'aggravent au fil du temps... (Psychia.Pra.Hos.2.2022) ;

C'est le soucis, le système médical psychiatre actuel fait qu'il n'y a personne de dispo tout de suite sauf les urgences. Il y a des médecins qui peuvent dégager du temps, mais ça ne pourra être fait régulièrement alors que quelqu'un en crise si il y a pas une équipe réactive tu finis par appeler le SAMU, les urgences et c'est le processus habituel de mise sous contrainte etc. (Psychia.Pra.Hos.3.2019)

J'utilise ici le terme de trajectoire pour parler des processus d'entrée en hospitalisation parce que mes observations m'ont amené à identifier une forme d'inéluçabilité de l'arrivée aux urgences psychiatriques renforcée par l'absence d'alternative. Bien souvent, les personnes que j'ai rencontrées, ou leurs proches, témoignent d'un mal-être allant en augmentant, sans que des solutions soient trouvées pour y répondre. Psychia.Pra.Hos.1 met en tension ce besoin avec la disponibilité proposée par le service des urgences :

Mais ça crée un contraste cette disponibilité et cette accessibilité H24 par rapport à l'ensemble du dispositif qui est à horaires contraints, dans des délais importants et ce contraste il est visible pour les usagers et il a tendance à renforcer le recours aux urgences. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Que la personne accepte ou non de se rendre à l'hôpital, l'entrée par les urgences demeure trop souvent la seule issue visible. C'est justement l'idée développer par le LDR que d'imaginer qu'il puisse exister un choix lors des épisodes de crise. Cette alternative pourrait permettre de réduire les hospitalisations sans consentement, comme l'ont relevé Vincent Lorant et ses collaborateurs (2007) dans leur étude menée en Belgique.

Description des symptômes

Les symptômes ressentis sont les premiers signes d'alerte pour la personne ou pour son entourage. Avec l'avancée dans l'existence, une meilleure connaissance de soi et de ses troubles, l'identification et la gestion des symptômes sont plus aisées. Mais lors des premiers épisodes de crise, il est souvent difficile de repérer et d'analyser les pensées inhabituelles, comme en témoigne Exp.1 : « *dans la logique du délire, j'avais beaucoup de voix, j'interprétais tous les signes, donc ça faisait sens, tout faisait sens* » (Exp.1.2022). Pour Freud (1997), les symptômes sont l'expression d'une tension inconsciente inexprimée. Pour que les troubles soient perçus, il faut donc aussi que la personne en fasse le témoin à ses proches :

Oui parce que mon délire mystique, puisque tout le monde était au courant puisque tout le monde m'entendait, donc j'en parlais pas parce qu'il y aurait eu un truc ridicule de dire à voix haute, ça aurait été un peu de la tautologie, [...] et j'en parlais à personne en fait. (Exp.1.2022)

Dans le cadre d'un premier épisode de crise où aucun diagnostic n'a été posé, Us.HP.1 relie ses symptômes à un repli sur soi dû à la peur de l'échec :

À chaque fois que j'ai peur d'échouer mon cerveau il se met dans une sorte de bulle où je me replie sur moi-même, peut-être ça peut être la schizophrénie, on ne sait pas, c'est juste que quand je stresse et que je me dis que je vais pas réussir, je m'étais replié sur moi-même, [mais] il y a eu plein de crasses qui se sont passées ces derniers mois, et j'ai pas pris soin de moi-même, j'ai pas essayé de combattre ces sortes de crises dépressives entre guillemets. (Us.HP.1.2022)

Us.HP.1.2022 analyse ici sa situation comme la conséquence : 1) d'une tendance psychologique, celle de la peur de l'échec, du repli sur soi ; 2) d'une situation de stress, les « crasses » des derniers mois ; 3) et enfin d'un manque d'attention apportée à sa santé, de ne pas prendre soin de soi. L'un des MSP du LDR « *avai[t] l'impression que tout le monde [l]'observait ou parlait de [lui]* » (Exp.LDR.3.2022). Le contre-coup de sa « *phobie sociale* », a été de « *parl[er] en accéléré avec [s]es amis, [qui ne] s'en rendai[en]t pas compte parce [ils étaient] tous un peu perchés* ». Par la suite, Exp.LDR.3 s'est mis à « *interprét[er], [à réfléchir] beaucoup plus rapidement* ». Il a alors décidé de partager son ressenti avec ses parents : « *je commençais à leur dire, à un moment donné, parce que j'allais pas rester seul avec ça, que peut-être qu'il y avait des caméras ou des micros, et en même temps j'avais conscience que c'était pas vrai* ». Comme Us.HP.1, Exp.LDR.3 témoigne d'un terrain

psychologique : « *j'avais une phobie sociale, [...] déjà depuis de tout petit j'étais très, très timide* » (08/07/2022) ; de situations « propices » à l'émergence de troubles : « *quand on partait c'était trois jours d'affilés à pas dormir, c'était un peu intense* » ; et de soutiens démunis : « *mes potes avec lesquels j'étais en teuf, [...]. Ils me répondaient pas trop, j'étais un peu incohérent dans les SMS et tout* ».

Les symptômes d'Exp.1 se caractérisent par un « *délire mystique* ». Il voit ses symptômes s'accroître en participant à un grand rassemblement qui valide son impression que

Tous les habitants de la planète entendaient ce [qu'il] entendai[t] et voyaient ce [qu'il] voyai[t], donc [il] faisai[t] des films avec [s]es yeux. [Il] faisai[t] une espèce de propagande sans la formuler à voix haute, tout dans [s]a tête puisque tout le monde entendait. Donc il y avait un truc de très, très grande responsabilité, d'intensité très forte. (Exp.1.2022)

Un peu plus tard il a « *été persuadé qu'il fallait [qu'il] soi[t] à Saint Jacques de Compostelle pour un truc mystique* ». Dans un contexte familial qui ne sait pas trop comment l'accompagner dans le soin, Exp.1 est emmené à l'hôpital à la suite d'une fugue. Ces trois histoires de vie différentes, mais se ressemblent : une période complexe et intense, un entourage relativement démuné, ou encore des besoins de base malmenés (alimentation, sommeil, usage de drogues, etc.). Le besoin primaire du repos est aussi souligné par l'une des personnes accueillies au LDR : « *dès que je dors pas c'est là où je suis hospitalisé* » (Us.LDR.4.2019). Ces exemples confirment l'importance de l'environnement dans la survenue, mais aussi dans la gestion des troubles avant l'hospitalisation. Les personnes que j'ai rencontrées ont pu témoigner des symptômes qu'elles avaient ressentis au début des épisodes de crise, mais comment décrivent-elles leur situation avant l'hospitalisation ?

Caractéristiques des situations pré-hospitalisation

Parmi les personnes interviewées, plusieurs n'avaient jamais eu de lien avec la psychiatrie par le passé, comme Us.HP.3 : « *j'ai jamais eu d'antécédents psychiatriques, j'ai jamais été sous cachets* » (Us.HP.3.2022). Elles témoignent d'un moment à partir duquel les symptômes prennent une place trop importante, avec des conséquences sur la qualité de vie :

J'ai été hospitalisé assez tardivement, la première fois mon début de crise c'était en début août 2000, et j'ai été à l'hôpital que fin décembre 2000. Les voix ont eu vraiment le temps de s'installer, le délire de se constituer, c'est devenu assez compliqué. (Exp.1.2022) ;

Je faisais que me justifier depuis trois jours, j'en pouvais plus, je faisais que me justifier, ma langue... j'avais une mycose, ma langue sur les côtés c'était violet, ma langue... je forçais trop, je parlais trop pour me justifier. (Us.HP.1.2022)

Les situations décrites se détériorent progressivement :

J'ai commencé à être fatiguée en fait, mais quand je vous dis « Fatiguée », vraiment. Physiquement j'ai perdu, je suis arrivée ici je devais faire 50 kilos tout mouillée peut-être. (Us.HP.3.2022) ;

J'étais vraiment très, très, très euphorique. (Us.LDR.4.2019) ;

Je bossais trop et je fumais trop d'herbe, donc je bossais 45 heures par semaine, et j'étais payé hyper bien, et j'avais beaucoup, beaucoup de voix, et à un moment il y a eu une semaine où je dormais plus la nuit parce que j'étais en communication avec les voix. Je me relevais la nuit, je faisais des espèces de scénettes en lien avec les voix que j'entendais. (Exp.1.2022)

Lorsque les conditions ne sont plus réunies pour pouvoir persévérer dans une voie qui ne semble mener nulle part, la seule option disponible est de recourir aux urgences psychiatriques, comme cela s'est passé pour Exp.1 et Us.LDR.4 : « *j'étais en difficulté pour prendre des décisions importantes pour moi* » (Exp.1.2022) ; « *j'étais vraiment pas en état de tenir, en sachant que j'avais pas dormi de la nuit* » (Us.LDR.4.2019). L'adressage vers l'hôpital psychiatrique, qu'il se fasse à la demande de la personne en crise ou par un autre intermédiaire, apparaît comme un choix par défaut, alors qu'aucune autre solution n'est apparue auparavant. Ce psychiatre souligne la concentration des situations de crise vers les urgences : « *on est une grosse porte d'entrée pour [les soins sans consentement], [...] je pense qu'il faut que cette question concerne tout le monde et pas seulement les urgences* » (Psychia.Pra.Hos.1.2022). L'hospitalisation peut représenter l'ultime solution, comme pour Us.LDR.5 qui a appelé à l'aide :

À la suite de mon viol j'ai fait une tentative de suicide, en fait c'était pas vraiment une tentative de sui... je me suis ouvert les veines là et là mais... c'était plus pour que les pompiers se rendent compte à quel point... (Us.LDR.5.2020)

Les urgences psychiatriques, porte d'entrée de l'hospitalisation, apparaissent pour les usagers de l'enquête comme la possibilité d'un accès aux soins qui n'a pas pu être saisi précédemment. Ce

médecin psychiatre relève également le rôle de l'entourage dans ces trajectoires : « *souvent les gens qui se retrouvent à l'hôpital c'est parce que les proches craquent et appellent les pompiers* » (Psychia.Pra.Hos.3.2019). Dans le processus qui conduit à être hospitalisé, il y a un ensemble de faits qui colorent la situation personnelle, selon le rapport aux troubles psychiques, l'environnement, l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation, les aléas de l'existence, etc., et qui dessinent des trajectoires singulières. Ces dynamiques individuelles s'articulent avec le vécu de l'entourage, mais aussi avec le contexte social et politique, comme l'augmentation du nombre de patients suivis aux urgences, l'organisation des soins, etc. Psychia.Pra.Hos.3, par exemple, relève l'absence d'équipe mobile ou de dispositif alternatif dans son ancien travail :

La mise à distance du lieu de vie habituel est importante. À Paris on n'avait pas l'équivalent du lieu de répit et du coup il y avait des situations qu'on gérait mais c'était compliqué pour les proches qui s'épuisaient car une équipe mobile peut pas à la fois aider la personne, les proches... Parfois la personne s'embrouille avec ses proches, et nous on ne peut pas soutenir séparément la personne et les proches. On oriente les familles vers des associations, souvent ils ont du mal à faire la démarche. Les proches sont épuisés, ils disent que c'est bien [une équipe mobile] car ils n'ont pas envie d'envoyer à l'hôpital, mais ils disent « c'est nous qui supportons tout », il manque quelque chose. (Psychia.Pra.Hos.3.2019)

Nous voyons dans ces descriptions les incidences du social sur le parcours des personnes. Après avoir décrit le contexte préalable à la rencontre avec l'hôpital psychiatrique, je précise dans les paragraphes suivants la nature des interactions lors de l'arrivée dans les services d'urgences. Quelles sont les modalités de passage entre une situation complexe et une hospitalisation ? Quel est le ressenti des usagers lorsqu'ils arrivent aux urgences et en quoi cet événement modifie leur trajectoire personnelle ?

2.2 Une rencontre perturbée avec l'hôpital psychiatrique

La rencontre avec l'hôpital psychiatrique est souvent un moment qui sort de l'ordinaire et le premier accueil des soignants est déterminant dans la relation de soin (Meriaux *et al.*, 2021). L'arrivée à l'hôpital vient signifier la fin d'une période compliquée et le démarrage d'un nouveau type de relations sociales, médiatisées par l'institution psychiatrique. L'écoute des patients, la prise en compte de leur point de vue, est en partie déterminée par l'épistémologie médicale et donc par l'asymétrie entre le médecin et le patient (Armstrong, 1984). L'hospitalisation est aussi l'occasion, voire le moyen,

d'un éloignement de l'environnement social habituel, et en ce sens, le séjour psychiatrique constitue une rupture dans le parcours biographique des usagers (Grard, 2011).

Modalités pratiques d'admission

Dans la sous-partie précédente, j'ai présenté des situations décrites par les usagers avec un regard plus ou moins distancié, selon que l'hospitalisation soit proche, éloignée ou en train de se vivre. Il est question ici de l'arrivée concrète aux urgences psychiatriques. Dans une logique de parcours, il est nécessaire de détailler la façon dont les usagers accèdent à l'institution. Le passage du contexte social de la crise au contexte social de l'hôpital est d'ailleurs un élément prégnant dans le discours des personnes, même si les souvenirs en sont dégradés, comme pour cette personne accueillie au LDR : « *j'ai plus trop de souvenirs de ça. Ça a toujours été flou cette nuit-là, parce-que après je me suis retrouvé directement [aux urgences psychiatriques]* » (Us.LDR.4.2019). Les extraits d'entretiens montrent trois modalités d'arrivée aux urgences, par trois institutions différentes : la police, l'hôpital, et la famille. Ces observations sont relativement proches de celles de Goffman (1968) et de son analyse sur l'arrivée sans consentement des patients à *Central Hospital* qu'il décrit comme provenant de la famille, de la police ou d'une erreur d'appréciation. Il ne s'agit pas ici de juger de la véracité des discours mais de retranscrire ce que les personnes retiennent de leur admission. Je ne me positionne pas en juge de la nécessité des soins mais en observateur des expériences de vie.

Pour Us.HP.1, la nuit précédant son arrivée aux urgences est particulièrement complexe. Il s'est fait frapper par son entourage « amical » pour des raisons qui me restent obscures. Il est à bord d'une voiture conduite par ses « amis » qui roulent la nuit dans Marseille. À moitié groggy, il sort de la voiture et entreprend de demander de l'aide :

Comment vous avez fait pour vous retrouver aux urgences ?

En fait j'ai demandé à des gens dans la rue « S'il vous plaît appelez le 17 », et les gens ils croyaient que j'étais sous drogues, soit ils m'ont ignoré, un moment j'ai parlé avec quelqu'un « Oui j'appelle le 17 », je lui ai dit « J'ai pas pris de drogues ». Les gens ils avaient peur de moi. (Us.HP.1.2022)

C'est par l'intermédiaire des coups qu'il a reçus et de ses commotions qu'il est amené par la police aux urgences somatiques puis psychiatriques. La police est également la porte d'entrée aux urgences pour Us.HP.3. Il ne m'a pas été possible de saisir l'ensemble des faits qui l'ont amené au commissariat. Elle parle du contexte de Covid, de relations compliquées avec l'école de sa fille, peut-

être de troubles de voisinage¹. Les policiers interviennent à son domicile et l'amènent au commissariat : « *quand ils² sont venus me chercher au commissariat, j'ai pas compris ce qui s'est passé, on m'a dit "Vous avez besoin de voir un psy" »* (Us.HP.3.2022). Pour Us.HP.3 comme pour Us.HP.1 c'est donc la police qui oriente vers le soin. L'élément critique ce n'est pas directement les troubles, mais plutôt leurs conséquences sociales. La situation est moins classique pour Us.LDR.6, qui, pour éviter de commettre l'irréparable, cherche quelqu'un qui pourrait mettre fin à ses jours : « *à la gare j'ai demandé à une personne [...] si il connaissait quelqu'un qui peut me tuer. Et cette personne-là il est parti voir les forces de l'ordre, eux ils m'ont interpellé »* (Us.LDR.6.2020). Pour Us.HP.2 non plus l'arrivée en psychiatrie ne s'est pas faite volontairement. Elle se rend un week-end aux urgences somatiques, pour demander une interruption volontaire de grossesse (IVG). Face aux propos tenus la soignante considère qu'un accès aux soins psychiatriques est nécessaire :

Elle m'a [fait] croire qu'elle cherchait la trithérapie et en fait [...] quand ils sont arrivés ils m'ont montré les médicaments, j'ai dit « C'est quoi ? », ils m'ont dit « C'est en cas que vous ayez une infection, c'est pour prévenir », et en fait c'était des somnifères. Des somnifères, on m'a endormie contre mon gré. (Us.HP.2.2022)

Us.HP.4 parle peu de la situation préliminaire à son arrivée aux urgences. Je comprends qu'il y a un contexte de tensions familiales, mais sans en connaître les détails. Pour lui, il n'y a pas eu de transition entre la situation vécue et l'entrée en hospitalisation, mais un passage coercitif, directement de l'entourage vers les urgences :

Est-ce que vous pouvez me parler de quand est-ce que vous êtes arrivé aux urgences ?
Comment ça s'est passé ?

Moi je voulais avoir une discussion et on a eu peur de cette discussion. On m'a attaché, on m'a amené de force aux urgences, alors que je leur disais « Si vraiment vous pensez que j'en ai besoin, je vous suis, il y a pas de souci ».

C'est votre famille, votre entourage, qui vous a amené aux urgences ?

¹ Bien que j'aurais sans doute pu avoir accès aux dossiers détaillés des personnes interviewées à l'hôpital, je n'ai pas cherché à le faire, préférant laisser une place importante aux discours.

² Vraisemblablement les pompiers ou le SAMU.

Exactement. Et moi j'en ressentais pas forcément le besoin, pour moi c'était pas nécessaire, pour moi c'était mieux d'avoir une bonne discussion claire, et calme, que de m'attacher et de m'amener aux urgences. (Us.HP.4.2022)

Les discours présentés ici relatent une rencontre contrainte avec l'institution psychiatrique. Bien entendu, j'ai rencontré des personnes qui se sont rendues volontairement aux urgences ou qui ont expérimenté d'autres formes de parcours, mais du fait de mes thématiques et terrains de recherche, les pratiques non consenties d'accès à l'hôpital ont été majoritaires. Dans ces conditions, le risque est grand que les usagers perçoivent négativement l'accueil proposé par les équipes soignantes, malgré les principes louables défendus par les équipes : « *je crois que ce qu'on défend c'est accueillir la souffrance d'autrui, c'est-à-dire lui donner un lieu où elle peut s'exprimer, c'est-à-dire justement pas être dans une analyse où on aurait toutes les réponses avant d'avoir les questions* » (Psychia.Pra.Hos.1.2022). Après avoir présenté des situations dans lesquelles les personnes tendent à perdre le contrôle, des transitions contraintes avec l'hôpital psychiatrique, j'aborde à présent le ressenti des usagers sur la manière dont ils ont été accueillis. Us.HP.1 a d'abord été aux urgences somatiques où on lui a prescrit des calmants. Ce n'est toutefois pas le bienfait que lui aurait procuré le sommeil qu'il retient, mais l'isolement après plusieurs jours de relations sociales abondantes :

Quand je suis arrivé [...]. J'étais dans une salle tout seul, on m'amène un petit-déjeuner, après on m'enferme à clé, j'ai dit « Laissez-moi sortir, on dirait que je suis au mitard ». Le plateau je leur remis en bas, j'étais super énervé.

C'était une cellule d'isolement ?

C'était même pas une cellule d'isolement, c'était une cellule comme ici¹, pour voir des patients peut-être, mais c'était pas une cellule d'isolement. C'est après ça qu'ils m'ont mis en psychiatrie. (Us.HP.1.2022)

Alors que retrouver le calme et bénéficier de quelques heures de sommeil sont sûrement des facteurs de santé pour Us.HP.1, c'est la situation de privation de liberté qu'il retient de son accueil à l'hôpital lors de son premier épisode de crise psychique. Ce souvenir empreigne la perception qu'il se fait de l'institution psychiatrique et façonne son futur parcours de soin en santé mentale. On peut imaginer que lors de la survenue d'une crise ultérieure, dans une forme de cercle vicieux, Us.HP.1 hésite à se rendre à l'hôpital, augmentant ainsi la probabilité de soins sans consentement, qui

¹ L'entretien a lieu dans la pièce d'un service psychiatrique destinée aux rencontres avec les familles.

viendront valider sa représentation négative, etc. Étant donné la typologie de ces trajectoires, la relation avec l'institution hospitalière est d'emblée déterminée par la contrainte, ce dont témoigne une usagère de la psychiatrie lors de notre entretien :

J'arrive en psychiatrie, alors là elle me voit deux minutes. Incroyable, deux minutes, je vous jure top chrono, montre en main, et ils me font attendre. Ils me donnent un petit bracelet avec mon nom mal épilé, mon nom de famille, mon prénom mal épelés, c'est pas grave ma foi, ça commence déjà mal donc j'ai même pas cherché à comprendre, et à ce moment-là elle me dit « Prenez ces médicaments », « Mais hors de question. Pourquoi vous voulez me donner des médicaments ? ». Tout a commencé comme ça, je vous jure. « Mais pourquoi ? », « Non mais prenez ça sinon c'est la pique », voilà ce qu'on m'a dit. (Us.HP.3.2022)

Les situations antérieures à l'hospitalisation sont généralement floues, l'entrée aux urgences se modélise par une intervention des forces de l'ordre ou par la contrainte d'une autre institution et les relations au sein de l'hôpital débutent par un rapport compliqué entre soignants et soigné. Ces premières interactions avec le personnel posent le ton d'une relation future, dans la soumission ou la révolte. Goffman a souligné ces « premiers moments de cette prise de contact [qui] peuvent ainsi constituer un test d'obéissance et même une épreuve de force pour briser les volontés » (Goffman, 1968, p.60). Comment les usagers analysent leurs interactions avec les soignants ? Comment se déroule le processus d'extraction d'un environnement problématique à l'intégration d'un contexte hospitalier ? Enfin, en quoi les relations entre usagers et soignants modifient-elles l'accompagnement de la crise psychique ? Voici les questions que je vais à présent étudier.

Désocialisation et resocialisation

L'entrée en hôpital opère une rupture avec l'environnement social, selon une idée qui est déjà présente dans l'espace asilaire (Goffman, 1968). Pour Goffman, le fait d'être coupé du monde « a pour effet d'assurer une rupture profonde avec les rôles antérieurs » (p.57) joués par le patient dans son environnement habituel. L'éloignement du contexte quotidien peut être bénéfique, recherché, ou non par les personnes, leur entourage ou les soignants, mais aussi constituer une réelle blessure (Meriaux *et al.*, 2019). C'est ce cas de figure qui se présente dans le discours de Us.HP.3 :

Je dis à ma fille « Viens avec moi », ils disent « Ah non votre fille elle doit rester ici », voilà. Donc on m'a séparé au commissariat. [...] Et là ne pas la voir depuis 18 jours aujourd'hui Pleurs, je suis désolée. Ça me fait mal. Pleurs. (Us.HP.3.2022)

Cette rupture a des conséquences importantes sur les trajectoires de vie. Us.HP.3, a subi un cambriolage de son appartement dont la porte était restée ouverte, sa voiture a été emmenée à la fourrière, engendrant des frais, son travail est mis en péril par sa période d'hospitalisation, etc. Pour elle, la seule solution envisageable consiste alors à sortir au plus vite :

Donnez-moi une issue de sortie s'il vous plait. Là j'ai des factures à payer le mois prochain, il faut que je travaille, j'ai des clients en attente, j'ai ma fille qui a besoin de moi. Je l'appelle tous les jours elle pleure Pleurs, et ça me fait mal « Maman, tu sors quand de l'hôpital ? », « Maman a mal au dos » Sanglots, c'est tout ce que je peux lui répondre, je vous jure, je le vis trop mal. (Us.HP.3.2022)

Dans la situation de Us.HP.3, la rupture est particulièrement brutale, avec une jeune enfant qui « a été en foyer quand [Us.HP.3.2022 est] restée en isolement, ils ont mis [s]a fille cinq jours en foyer », mais d'autres usagers témoignent d'avoir manqué des jours de travail, de n'avoir pas pu régler leur loyer mettant en péril leur situation administrative, voire leurs projets de vie. Désocialisation d'un côté et resocialisation de l'autre, car l'hospitalisation entraîne la création de nouveaux liens, comme pour Exp.1 :

Là où mes hospit' se sont plutôt quand même bien passées, ce sont tous ces gens qui étaient là, et avec qui on avait du temps pour échanger sur nos parcours, sur ce qui nous arrivait, sur critiquer le système psychiatrique dans lequel on était et cætera. (Exp.1.2022)

Exp.1 reste toutefois conscient qu'il « avai[t] plus d'atouts dans la poche dont disposent pas plein, plein de gens qui ont les mêmes troubles que [lui] » (Exp.1.2022). La promiscuité crée des liens, tisse des relations, ce dont témoigne plusieurs personnes interviewées :

J'ai rencontré des gens formidables ici, même au niveau des patients. Je parle avec eux, je fais un peu de social, je les écoute, je les calme. (Us.HP.3.2022) ;

Enfinement j'ai rencontré des personnes très intéressantes. (Us.HP.5.2020)

Mais les interactions proviennent le plus souvent d'initiatives individuelles. Elles ne sont pas dynamisées par le personnel de soin : « oui, il y avait d'autres personnes, ils étaient malades aussi, mais on fait pas de trucs collectifs à l'hôpital » (Us.LDR.7.2020). Et comme dans tout collectif, les tensions existent qui peuvent rendre la cohabitation problématique :

Oui, il y a des patients qui me menacent de me frapper ou alors « Est-ce que tu peux me prêter ton téléphone ? » ; « Je ne prête pas mon téléphone », je le dis tous les jours, tous les jours le gars il essaye de me frapper. (Us.HP.2.2022) ;

J'ai fait une deuxième fois aux urgences psychiatriques, et là ça c'était encore dur, parce que on n'a jamais de moment de répit. C'était... y avait toujours des clashes, y a toujours des moments de tensions, comme il peut y en avoir ici [au LDR] mais encore pire qu'ici quoi. Y avait vraiment des gros, gros, gros, moments de tensions. (Us.LDR.4.2019)

Ainsi les usagers sont placés dans une position inconfortable. Déplacés de leur lieu de vie habituel, forcés d'intégrer une structure qui leur apparaît rebutante, éloignés de leur réseau proche, ils sont pris dans de nouvelles modalités relationnelles qu'ils subissent et dont ils ne perçoivent pas la portée thérapeutique. La relation des usagers avec l'institution semble initialement biaisée, la séparation des espaces sociaux habituels rendant impossible la dissimulation du stigmate (Goffman, 1975). Les individus se trouvent inscrits dans un groupe contre leur volonté, et en opposition forte avec le groupe des soignants représentant la norme.

2.3 Perceptions de l'institution psychiatrique par les usagers

Les enjeux des épisodes de crise (répercussions des symptômes, malaise de l'entourage, étirement du lien social, etc.) et la réponse sociale qui y est apportée explique la négativité du discours des usagers sur leurs expériences d'hospitalisations. Au départ captifs d'une situation dans laquelle leur pouvoir d'action est restreint, ils finissent par être sommés de rejoindre un environnement perçu comme hostile. La coupure avec l'environnement leur apparaît problématique dans un nouvel espace où les relations humaines sont inconstantes. Goffman a analysé ce moment initial : « cette carrière, sous ses aspects moraux, commence donc par l'expérience de l'abandon, de la trahison et de l'amertume » (Goffman, 1968, p.187). Dans les paragraphes suivants, je m'attache à comprendre quelles perceptions les usagers de la psychiatrie ont de l'environnement hospitalier et en quoi celles-ci influent les interactions avec les professionnels de santé. Il est toutefois important de rappeler que ces expériences ne représentent pas la généralité des pratiques hospitalières¹. L'un des psychiatres interviewés relativise les modalités d'hospitalisation :

¹ Sur mon terrain de recherche, les soins sans consentement représentent approximativement 5 % de la file active des urgences, mais 30 % des hospitalisations qui y sont réalisées, soit une personne par jour environ.

Il y a des patients qui veulent être hospitalisés, ne soyons pas dans la représentation « L'hôpital c'est mal, les patients n'y trouvent aucun bénéfice, ça ne génère que de l'hospitalisme », ce n'est pas vrai, il y a des gens qui sont très contents... des gens et des entourages aussi parfois qui craquent complet. Et il y en a d'autres c'est vrai que c'est très difficile, ça fait partie du panel de possible. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

L'instauration d'une méfiance réciproque

Entre usagers involontaires du système de soin et personnels hospitaliers soumis aux pressions managériales (Mougeot, 2020a), la question de la confiance imprègne rapidement les interactions (J. McMillan *et al.*, 2019). La thématique de la confiance a été abordée spontanément lors de deux entretiens, l'un avec un MSP, l'autre avec une personne hospitalisée :

En fait il y avait ce rapport à la confiance. Je connaissais pas la personne et elle insistait sur le fait qu'il fallait que je lui fasse confiance. (Exp.LDR.1.2022) ;

La confiance ça exclut pas le contrôle. [...] « Tenez, prenez ça c'est du Valium », « Non, je veux pas. Montrer moi ce que c'est », montrez-moi du Valium en gouttes, « Montrez-moi ce que c'est comme comprimé », « Nan ». (Us.HP.1.2022)

Le sentiment est particulièrement sensible quand les troubles psychiques compliquent la réalité perçue, comme pour Us.HP.1 : « *je pensais que j'étais peut-être sur écoute* » (Us.HP.1.2022). Un phénomène similaire a été observé par Goffman (1968) à propos de l'image que le personnel hospitalier et l'entourage du patient renvoient au patient. Celle-ci est réduite à la seule dimension pathologique, ce qui peut déclencher un sentiment de conspiration. La fluctuation de la relation de confiance entre l'individu hospitalisé et ses proches modifie le moi du patient dans le système social auquel il appartient, à l'intérieur, comme à l'extérieur de l'hôpital : « chaque groupe [personnel et « reclus »] tend à se faire de l'autre une image étroite, stéréotypée et hostile » (Goffman, 1968, p.49), les premiers ayant tendance à se sentir supérieurs, quand les seconds se sentent mécaniquement infériorisés. Le manque de confiance n'est pourtant pas dû seulement au comportement des équipes de soins, parfois décrites de manière positive (Coffey *et al.*, 2019), comme pour Us.HP.3 :

Ici tout le monde est juste... [...] tous ils sont là vraiment, moi ils me donnent du baume au cœur quand je les vois. [...] Pareil le corps médical là-bas, j'ai rien à dire, même eux, ils ont été sympathiques avec moi. (Us.HP.3.2022)

Dans ses études sur les groupes, Lewin a souligné que les représentations n'étaient pas le fait des individus mais étaient sous-tendues par des conceptions culturelles profondément ancrées :

Recent research findings have indicated that the ideologies and stereotypes which govern intergroup relations should not be viewed as individual character traits but they are anchored in cultural standards, that their stability and their change depend largely on happenings in groups as groups. (Lewin, 1946, p.40)

Goffman (1968) a également souligné le caractère non intentionnel du personnel soignant dans les actes de « mortification » qu'il a observés. Mais pour Haberey-Knuessi et Obertelli, la confiance, ou la méfiance, s'inscrit durablement dans la relation thérapeutique et elle est même « au cœur des postures des soignants et des malades » (2017, p.11). Ainsi, le ressentiment des usagers s'inscrit dans la durée :

Le fait d'avoir fait des hospit' ça me rend méfiant maintenant, vis à vis des médecins et tout. Je sais que, j'aurais plus la même vision des médecins que j'aurais pu avoir auparavant. (Us.LDR.4.2019)

À la suite de la méfiance qui s'installe dans la relation, la perception des usagers se constitue sous l'angle de la contrainte (Cutcliffe *et al.*, 2015). Le *verbatim* d'entretien d'un aidant du LDR est significatif de cette ligne biographique :

Aux urgences systématiquement ils donnent ça, Valium et Loxapac, peut-être, mais bon après une fois qu'il est à l'hôpital... Et le résultat aussi c'est que Us.LDR.8 était pas sous contrainte là, il a voulu aller à l'hôpital parce qu'il était pas bien, vraiment pas bien après vingt jours d'arrêt de traitement, [...] donc il a dit « Ok pour aller à l'hôpital » et le résultat c'est que, ce qu'il retient de l'hôpital c'est : « Ils me donnent des médicaments, je suis comme un zombie », et voilà, donc ce n'est pas productif parce qu'il a qu'une envie là, c'est d'arrêter son traitement, parce qu'il fait l'amalgame. (Aid.LDR.1.2020)

Le rapport de méfiance empreigne les relations et augure de futures interactions tendues entre patients et soignants. C'est ce que retient Us.HP.4 de sa relation avec l'hôpital :

[Un établissement hospitalier], vous avez l'impression qu'ils écoutaient pas trop ce que vous disiez. Plutôt, ils faisaient semblant d'écouter, mais pas tout le monde, ils disaient « Prends tes cachets pour qu'on t'écoute ». (Us.HP.4.2022)

Face à l'asymétrie hiérarchique entre usagers et professionnels, la parole est entravée. Au-delà de la méfiance, les rapports de domination commencent à percer, comme pour ce MSP parlant de son parcours d'usager : « [mon psychiatre] avait plus [+] d'emprise sur moi, parce qu'il y a quand même ce truc d'emprise entre les psys et le patient » (Exp.LDR.2.2019). Les personnes se retrouvent prises au piège de rapports conflictuels internes (avec les troubles), et externes (avec l'institution). Dans cette lutte quotidienne, elles *apparaissent* dans des positions passives, dans l'impossibilité de réaliser des choix. Le témoignage de cet ancien infirmier est particulièrement éloquent sur l'exercice d'une violence ressentie comme nécessaire et en retour l'attente d'échanges sincères, qui ne sont plus au goût du jour :

Pour moi la crise on la sédatait à coup de médocs, à coup d'entraves sur le lit s'il fallait et voilà on attendait que ça passe et... Mais quand ça allait mieux après on pouvait reprendre la parole avec le patient. Mais le patient avait souvent été violenté, on va dire que la parole était quand même assez difficile après. Parce que presque il nous voyait en ennemis, le personnel soignant. (Int.LDR.1.2017)

Les rapports des patients avec l'institution psychiatrique sont donc largement teintés de scepticisme, de violence, symbolique ou réelle, et d'incompréhension réciproque. Face à cette asymétrie de ressentis et de relation, les patients peuvent être tentés de dissimuler des informations afin de ne pas exacerber le stigmatisme dans les interactions avec le personnel soignant (Goffman, 1975).

Rapport au temps et emprise

Intégrer l'institution psychiatrique c'est aussi se confronter à un rythme particulier, construit par les contraintes de service ou de soins. Us.HP.4 raconte sa courte expérience d'hospitalisation : « *il y a un traitement à 8 heures et demi, un traitement à 11 heures et demi, et un traitement à 18 heures ou à 17 heures trente* » (Us.HP.4.2022). Les usagers relatent des horaires décalés par rapport à ceux de la vie à l'extérieur de l'institution :

Ce qui m'a beaucoup marqué c'est le rythme de vie imposée, les repas à 18h45 le soir c'était assez aberrant. (Exp.1.2022) ;

Je supporte très mal mon hospitalisation parce que finalement, le matin je prends le café à 9 heures, à 9 heures et demi je dors jusqu'à midi. L'après-midi je prends le café, je dors parfois jusqu'à 17 heures, donc ça veut dire que je suis amputé de ma vie, de l'ordre de six heures en pleine journée et c'est intolérable pour moi. (Us.HP.2.2022)

Le passage du temps est rythmé par les effets secondaires des traitements, qui empêchent les activités créatrices, mais l'imposition d'une temporalité régulière participe aussi à resynchroniser des rythmes naturels qui n'étaient plus respectés, ce dont témoigne une personne accueillie au LDR :

Quand j'ai été hospitalisé je me sentais bien franchement, on me donnait mes médicaments, on me disait à quelle heure je mangeais, quelle heure tu fumes ta cigarette, ça c'était vraiment, [un service de psychiatrie] je pense que ça s'appelait, c'est l'endroit le plus fermé, après tu passes dans un autre endroit qui est plus ouvert tu peux sortir dehors acheter tes clopes, tu peux aller là-bas, tu peux voir tes amis mais tu dois revenir à une certaine heure. (Us.LDR.9.2020)

Ce confort de la passivité est critiqué par Alix Choppin dans son mémoire :

Car en un sens, rien n'est plus confortable que le rôle de « patient psychiatrique » : être « pris en charge » par le système de santé, jusque dans ses besoins les plus intimes, ne plus avoir à assumer aucune responsabilité, aucune corvée du quotidien, à prendre aucune initiative. (Choppin, 2023, p.50)

Cette temporalité déconnectée engendre un sentiment d'impuissance à maîtriser le déroulement des actes, repéré par Goffman :

Toutes ces périodes d'activité sont réglées selon un programme strict, en sorte que toute tâche s'enchaîne avec la suivante à un moment déterminé à l'avance, conformément à un plan imposé d'en haut par un système explicite de règlements dont l'application est assurée par une équipe administrative. (Goffman, 1968, p.48)

Un de mes amis a été hospitalisé en psychiatrie pendant que je menais ma recherche. Nous étions en conversation téléphonique lorsqu'une personne passe dans sa chambre pour débarrasser les plateaux repas. Mon ami n'avait pas commencé à manger et le fait remarquer : « *ben on débarrasse* », lui a-t-on répondu, ce qui l'a obligé à mettre fin à notre conversation pour manger instantanément avant qu'on ne lui enlève son plateau repas. Le temps peut se brouiller, sensation accentuée par les traitements médicamenteux pour Us.HP.1 :

C'est un peu le bazar dans ma tête. Je voulais faire [des choses], et de rester là il est quelle heure, on est quel jour ? On est jeudi, c'est bien ça ? [...] Vous voyez au niveau de la notion

du temps et au niveau de la mémoire rapide... je suis resté dix jours mais pour moi ça fait quatre-cinq jours que je suis hospitalisé, j'ai pas trop ressenti ça. (Us.HP.1.2022)

L'abolition de la maîtrise de son temps et de son énergie place les usagers dans une situation de domination vis-à-vis de l'institution psychiatrique : « *on n'est pas vraiment libre ici. Moi, pour demander une sortie, je dois faire une demande, elle doit être acceptée 48 heures après, donc je dois toujours anticiper avant, donc c'est toute une organisation* » (Us.HP.3.2022). On retrouve l'institution totalitaire décrite par Goffman (1968). L'individu est obligé de demander une autorisation pour des actes banals qu'il exécutait sans rien demander auparavant : fumer, aller aux toilettes, se laver, etc. : « *c'est l'autonomie de l'acte lui-même qui lui est volé* » (Goffman, 1968, p.82). Les patients que j'ai interrogés se retrouvent catégorisés, contre leur gré :

Je comprends pas aujourd'hui qu'on m'est mise dans une case, [...] parce qu'à un moment donné j'ai dû gueuler avec la police ou des choses qui leur ont peut-être pas plu. Ils m'ont mise dans une case tout de suite. (Us.HP.3.2022)

Les usagers font part d'un sentiment d'objectivation, d'infantilisation : « *Ils te traitent comme un adolescent* » (Us.HP.5.2020), voire de dépersonnalisation comme en témoigne une usagère :

Je n'ai jamais expérimenté de rapports humains si indifférents et condescendants. Ce n'est pas seulement mon corps qu'ils m'ont volé, ils me confisquent mon humanité. Ici ma dignité n'est plus qu'un lointain souvenir. Ce n'est même pas du mépris, je ne suis pas assez considérée pour être méprisée. Je suis transparente. Ma souffrance est tournée en ridicule : « Elle boude », « Elle n'a encore rien mangé, tant pis pour elle ». (site CRPA¹, consulté le 07/09/2023)

Le sentiment de passivité est renforcé par la prise de traitement qui est plus un acte subit qu'une décision choisie :

Et c'était comment ton expérience à l'hôpital ?

Ben, la première fois je me rappelle plus du tout parce qu'ils m'ont tellement donné de cachets je me rappelle plus de rien. (Us.LDR.5.2020)

¹ <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/>

Dans les discours recueillis, les usagers témoignent de ressentis d'aliénation opérée par l'institution, comme ce MSP du LDR qui relate son expérience passée :

On te donne un médicament qui te fais te faire dessus, et on te dit pas pourquoi du jour au lendemain, parce que tu te plains trop, on te l'enlève. Mais on te dit pas qu'est-ce qu'il t'a apporté de plus ou de moins ce médicament en fait. Et du coup moi je me suis raconté que c'était juste pour que je comprenne que j'avais pas d'emprise sur mon corps et qu'on faisait de moi ce qu'on voulait. Pour moi c'est ça la psychiatrie « Ben écoutes en gros, tu te la fermes et on fait ce qu'on veut de toi. Et donc si t'es pas sage, si t'es pas tranquille, si t'ouvres encore la gueule, ben tu repasseras par la psychiatrie ». (Exp.LDR.1.2022)

Certaines personnes font le parallèle avec le milieu carcéral, qui de fait s'en rapproche puisque l'hospitalisation sans consentement est une privation de liberté : « *aux soins psychiatriques on avait qu'une p'tite parcelle où circuler, [...] c'était limite une prison, [voilà] pour moi comment je l'ai ressenti* » (Us.LDR.4.2019). Il est intéressant que Exp.LDR.1 et Us.LDR.4 précisent qu'il s'agit de leur représentation : « *moi c'est un peu comme ça que je l'ai compris quoi. Voilà, après je sais pas si c'est exactement la réalité ou pas, mais bon* », car quelle que soit la part de subjectivité dans ces propos, il n'en demeure pas moins que ce sont ces perceptions de l'institution psychiatrique qui s'inscrivent dans l'expérience des patients.

2.4 La contrainte, conséquence d'une relation perturbée

La méfiance qu'éprouvent les usagers envers le personnel soignant, et inversement, tout comme le pouvoir institutionnel et médical qu'incarne l'hôpital psychiatrique ne sont pas propices à des situations de négociation (Strauss, 1992) ou de coopération (Velpry, 2008). Cela ne signifie pas que les patients ou les soignants perdent toute capacité d'action, mais plutôt que les interactions, basées sur la réduction du malaise et de l'incertitude, entraînent les protagonistes vers des prises de position réciproquement rigides, comme le souligne ce psychiatre :

Chacun part de ses présupposés et de ce qu'il a envie pour l'autre, parce que les présupposés ne sont pas que d'un côté, ils sont aussi du côté des patients. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Au contraire, les postures sont tellement ancrées qu'il devient difficile de dialoguer. Lorsque les échanges ne sont plus possibles et que les individus sont acculés de part et d'autre, l'utilisation de la contrainte s'impose :

Et de la même manière, sur le discours des méchants soignants qui parlent mal, qui enferment, ben oui, il y a des moments où on est dans le rapport de force, et qu'il faut la force du soin pour lutter contre la force psychotique, que la toute-puissance psychotique à un moment donné elle doit être barrée. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Ces considérations rappellent les contradictions du mandat social de la psychiatrie soulignées par Moreau (2017) : protéger (les personnes concernées, la société, les proches, les soignants, etc.), si besoin en contraignant, tout en réclamant une diminution des mesures de contrainte.

Non consentement aux soins et contrainte physique

La contrainte comme élément logique du soin, c'est ce dont témoigne Int.LDR.1 qui a été infirmier pendant plusieurs dizaines d'années dans différents services ou encore Us.HP.4.2022. Pour eux, la contention semble une réponse presque « naturelle » à la crise :

Pour moi si tu veux la crise j'en avais une image déformée par mon professionnalisme. La crise : on hospitalise en urgence, on calme le mec dans une chambre, si il est agité on l'entrave. Bon c'est ce que j'ai vécu dans beaucoup de circonstances. Chaque fois ça me blessait aussi quelque part d'avoir à agir comme ça, mais c'était tellement institutionnalisé, j'arrivais pas à prendre du recul et surtout de voir qu'il pouvait y avoir d'autres alternatives que la contention. (Int.LDR.1.2017)

Moi je suis arrivé pour parler avec mon père, et eux ils ont vu la chose comme de la folie, et du coup ils m'ont ramené à l'hôpital attaché. Et c'est ça qui m'a mis en colère [...]. Elle est là l'incompréhension. (Us.HP.4.2022)

De chaque côté, une part d'incompréhension et d'inélictable. Pour les soignants la contrainte physique apparaît comme seule solution possible, pour les usagers l'impossibilité de dialoguer est si forte que la communication passe par des comportements inhabituels, plus ou moins tolérés par l'entourage (Goffman, 1975). En France, l'une des évolutions majeures dans les droits des patients de ces dernières années est la prise en compte de la dimension législative des soins sans consentement¹ (Moreau, 2015). Pour Psychi.Pra.Hos.1, ces évolutions législatives n'évitent toutefois pas l'utilisation de la contrainte, notamment lorsqu'un danger existe pour les personnes :

¹ Notamment la création du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) par le décret du 12 mars 2008.

Avoir un type isolé chez lui qui souffre et qui n'a pas accès aux soins c'est aussi quelque chose qui peut ne pas être scandaleux, parce que ça ne se voit pas, mais qui me paraît pas très éthique non plus. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Finalement, les soins non consentis sont moralement justifiés dans les cas de péril grave. La psychiatrie est une exception car, par son pouvoir discrétionnaire, des personnes peuvent être enfermées sans avoir commis de délit. L'approche par la loi visibilise les contingences de cette particularité pour les personnes qui en font l'expérience, d'un côté ou de l'autre de l'enfermement :

J'ai été trois ans enfermé dans un hôpital [sans doute un hôpital militaire] donc j'ai besoin du sentiment de liberté. Je supporte pas d'être enfermé plus de temps. (Us.LDR.3.2020) ;

On a une double casquette d'exercer la contrainte de soins, on n'est pas dans les mêmes positions, donc c'est plus difficile en fait, il y a une dimension de contrainte, liée aux soins psychiatriques mêmes, mais liés à la pathologie mentale, liée à la question de la violence de la psychose et au déni aussi des pathologies qui fait que... en même temps c'est ça l'exercice intéressant mais compliqué de faire de la psychiatrie à l'hôpital. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Si toutes les personnes hospitalisées ne subissent heureusement pas de traitement contraint, la menace demeure, participant à la dégradation de l'intégrité des patients (Goffman, 1968). La limite entre intérêt thérapeutique du patient et imposition arbitraire d'un pouvoir médical est ténue, et les formes de contrainte sont multiples (Guibet Lafaye, 2017 ; Moreau, 2015). Des agents de sécurité sont ainsi appelés à intervenir en contexte hospitalier :

Alors après du coup on m'a piqué, même il y avait le mec de la sécurité. [...] Je me suis dit la sécurité qu'elle soit là, qu'elle me pique, juste après moi j'étais choqué et il y a le mec de la sécurité il me fait « Heureusement que t'es là parce que sinon tu serais en isolement, là-bas il y a des vrais fous ». (Us.HP.1.2022)

Face à ces pratiques, certains auteurs considèrent que :

« Soigner » par la menace et la contrainte ne peut que nuire à la relation entre un psychiatre et son patient et entretenir une pratique paternaliste plutôt que d'ouvrir le champ à une relation de soutien et de défense à l'égard du patient. (Wooley, 2020, p.28)

Dans l'un des services hospitaliers où j'ai réalisé mes observations, quatre notifications de soins sans consentement étaient étalées sans évidence sur la table de la salle des soignants, soulignant ainsi l'importance du document et son besoin de visibilité. Ces formulaires doivent être signés par les patients, mais cette affirmation est tout de suite relativisée : « *ceux qui peuvent le faire* » (notes de terrain). Un psychiatre différent doit réévaluer la nécessité des soins sans consentement 24h après la première notification. Pour autant, certains usagers témoignent d'obligations de soins qui les ont aidés à ne pas se détruire : « *la dernière ça a été mon frère qui m'a hospitalisé sous contrainte [en addictologie]. Il a bien fait, sinon je serai pas là aujourd'hui* », tout en soulignant la pénibilité du vécu : « *mais je l'ai quand même mal vécu* » (Exp.LDR.4.2017).

Isolement

L'hospitalisation sans consentement constitue un acte fort (Chami & Gourevitch, 2022), moralement et législativement, dont les résultats ne peuvent être évalués avec certitude, puisqu'il est impossible de savoir ce qui se serait passé sans les soins imposés, comme le stipule ce psychiatre : « *j'ai pas de réponse, on a les réponses dans les histoires cliniques qui nous semblent satisfaisantes parce que il y a vraiment un gain après ou catastrophiques parce qu'il s'est passée une catastrophe, ça nous arrive aussi* » (Psychia.Pra.Hos.1.2022). Nous avons vu que cette modalité d'hospitalisation résulte de rapports de méfiance et d'une forme d'emprise institutionnelle. Il y a une polarisation des positions avec d'un côté des professionnels possédant un pouvoir fort et de l'autre des usagers avec un sentiment d'injustice, et d'incompréhension (Goffman, 1968). Les conditions sont réunies pour des mesures plus coercitives que la privation de liberté, comme celles qu'a subies Us.HP.3 : « *on m'a mis sept jours à l'isolement. Donc c'est une pièce comme ça, l'isolement, c'est un peu comme la garde à vue, vous avez des toilettes turques [...]. Un lit avec un sommier* » (Us.HP.3.2022). Des avancées législatives limitent le recours à ces pratiques¹. Exp.LDR.1 me raconte son arrivée aux urgences, quelques années plus tôt :

Je me suis assis sur les toilettes refermées et j'ai fumé une clope, parce j'avais besoin de me poser. [Les soignants] ont senti l'odeur de la clope et ils sont rentrés dans les toilettes et le simple fait que j'ai fumé une clope, ça m'a valu d'être à l'isolement en fait. Tu te retrouves à l'isolement, où t'es cachetonné de médocs et tu dors pendant plusieurs jours. Et tu sors pas de ta piaule, t'es dans un truc, c'est même pas un lit, c'est genre une table

¹ L'isolement et la contention sont encadrés par la loi du 26 janvier 2016, elle-même renforcée par la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020, dont l'article 84 modifie l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

de massage, tu te dis « Mais comment j'ai pu dormir ? », alors t'as aucune douleur, hein, t'es bien anesthésié. Et je me rappelle pas de grand-chose, hormis le fait qu'il y avait rien dans la pièce et que quelques temps plus tard, quand je suis sorti d'isolement, mais ça a pris du temps, ça a pris une ou deux semaines [...] j'avais l'impression d'être dans une prison quoi. (Exp.LDR.1.2022)

Si l'on peut comprendre que le règlement interdise de fumer dans une chambre d'hôpital, la réponse, elle, est bien médiatisée par le pouvoir médical. La situation est différente pour Exp.LDR.2 :

Donc ils te forçaient à prendre les médicaments. Et comme je lui ai jetés à la figure, ils m'ont mis en secteur fermé, donc du coup je suis ressorti au bout de... une semaine, quinze jours, moi je reste pas longtemps en secteur fermé. En chambre d'isolement, je suis resté une semaine un truc comme ça. Je me rappelle plus exactement. (Exp.LDR.2.2019)

Là aussi l'utilité de la réponse et sa concordance au regard du geste (refuser son traitement) pose des questions morales et thérapeutiques. Ces interrogations s'amplifient lorsque les mesures d'isolement se doublent de contention mécanique. Selon les chiffres disponibles pour l'année 2021, environ 29 000 personnes ont été placées en isolement (30 % des personnes hospitalisées sans leur consentement) et 10 000 ont subi la contention mécanique (soit 10 % des personnes hospitalisées sous contrainte et donc 30 % des personnes placées en isolement) (Coldefy *et al.*, 2022). Dans leur étude rétrospective de dossiers des urgences psychiatriques sur un an, Sigaud et ses collègues (2015) dénombrent même 90 % des personnes hospitalisées sous contrainte qui ont été placées en chambre d'isolement. Résumons. Si vous avez l'infortune d'arriver aux urgences psychiatriques avec un besoin d'hospitalisation, vous avez une « chance » sur trois de l'être sans votre consentement ; une fois dans cette situation, vous avez la même probabilité d'être placé en isolement ; et de nouveau une « chance » sur trois de faire l'objet d'une contention mécanique. Je n'ai pas connaissance de données relatives à la médication à haute dose, une plainte récurrente des (ex)usagers que j'ai rencontrés. C'est pour éviter les débordements liés à l'usage de la contrainte en psychiatrie que les députés ont légiféré sur l'intervention du JDL. Obligé d'intervenir au bout de douze jours d'hospitalisation sans consentement, il se prononce sur la validité de la procédure de privation de liberté. Les décisions allant à l'encontre de la poursuite de l'hospitalisation sont en augmentation, bien que les jugements soient pris plutôt sur la forme du dossier que sur la justification médicale. Us.HP.1 a rencontré une JDL lors de son séjour à l'hôpital :

Parce que déjà quand j'arrive, elle [la juge de libertés] me dit « Ah ben vous êtes là parce que vous avez frappé quelqu'un », elle s'était trompée de dossier. Je m'étais dit est-ce

qu'elle avait fait ça exprès pour voir comment je me sentais ? Je lui dis « Non c'est pas moi », « Ah je me suis trompée de dossier ». Après tout ce qu'elle m'a dit c'est « Oui, le shit c'est pas bien, il faut que t'arrête », juste pour me sensibiliser au shit, alors que je le sais très bien mais au final on n'a même pas parlé de mes libertés, on n'a pas parlé des dédommagements et intérêts. Avec l'avocate j'ai juste dit que je voulais pas prendre du Loxapac. Au final j'ai pas eu de discussion, j'ai plus eu une discussion dans le sens où avec la juge des libertés c'était un... comment on dit ça ? Une mise en garde ou... je perds mes mots. De la prévention, elle voulait juste me prévenir, me dire « Faites attention le shit c'est grave, il faut que vous arrêtez », alors que ça je le sais très bien. (Us.HP.1.2022)

3. HP

Lorsque les usagers évoquent les parcours qui les mènent aux urgences psychiatriques, on perçoit un cheminement des premiers symptômes jusqu'à la perturbation de l'environnement social. Dans la plupart des cas, on observe une situation limite à partir de laquelle il n'y a plus d'autre solution que l'hospitalisation. La rencontre avec l'institution psychiatrique se fait souvent par l'intermédiaire d'une force extérieure (police, famille, etc.) qui place les usagers dans une position de contrainte vis-à-vis du soin, voire d'objectivation. Ces modalités vont à l'encontre de relations thérapeutiques constructives, puisqu'une distance s'impose d'emblée, renforcée par la différenciation, physique et morale, des deux univers. Le parcours type d'accès à l'hospitalisation décrit dans cette sous-partie procède d'une mise à l'écart de l'environnement social que la crise psychique est venue bouleverser. Pour certains, la coupure avec l'entourage est telle qu'elle entraîne des conséquences importantes sur la vie familiale et professionnelle. Cette distanciation va de pair avec l'intégration d'un contexte social spécifique où le pouvoir médical prédomine et restreint en miroir le pouvoir d'agir des usagers. L'emprise institutionnelle est ressentie psychiquement, mais aussi vécue physiquement, avec des pratiques liminaires des droits fondamentaux. Les grilles de lecture ne sont toutefois pas univoques et imposer une hospitalisation peut aussi être vu comme une possibilité d'accès aux soins pour les personnes qui en sont trop éloignées. Certains usagers témoignent en ce sens, bien que les perceptions des patients et des soignants diffèrent comme le souligne un médecin psychiatre dans l'extrait suivant :

Il y a quelque chose du déni de la pathologie en fait, qu'on ne peut pas ne pas entendre aussi. C'est-à-dire qu'il y a du déni de la pathologie chez les patients psychotiques et donc il y a de la projection, il y a de la persécution, c'est les autres qui font mal, c'est les soignants qui sont méchants, c'est la famille qui est méchante, et ça c'est un symptôme

de la pathologie, c'est pas la réalité, et on peut être pris à ce discours-là dans la bouche des patients. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Pour présenter l'envers du décor, et donner la parole aux professionnels de santé, je présente mes analyses issues d'observations de terrain en services psychiatriques¹. Durant ces temps d'immersion, mes observations ont été orientées vers les rapports entre soignants et soignés et la compréhension de l'organisation des soins hospitaliers (Marquis & Pesesse, 2021). J'ai tenté de rester attentif à la parole des usagers mais, de par mon positionnement et l'organisation binaire de l'hôpital, je me situais du côté de l'équipe de soin. Ma présence a d'ailleurs déclenché quelques comportements *ad hoc*, comme des remarques destinées à être entendues par moi ou l'expression des ressentis d'un professionnel vis-à-vis d'un problème dont il jugeait important de m'entretenir. Du côté des patients, il était complexe d'expliquer exhaustivement ma démarche et je me suis présenté la plupart du temps comme un étudiant en stage d'observation, quitte à approfondir le sujet si la demande se présentait.

3.1 Dynamique spatiotemporelle des services de psychiatrie étudiés

L'approche spatiotemporelle est riche d'enseignements anthropologiques, car elle permet de saisir des impressions fines sur la nature des interactions, et elle trace les contours du décor dans lequel les acteurs évoluent (Goffman, 1996). Les perceptions de ce décor varient selon les acteurs, et Bourdais (2016) a souligné les temporalités différentes entre patients et soignants, révélant ainsi la diversité des négociations en fonction du statut occupé dans l'institution.

Une amplitude importante des rythmes

J'ai souvent été frappé par un étrange sentiment de calme et de lenteur lorsque je me suis trouvé sur des lieux dédiés à la santé mentale. C'est le cas au LDR où parfois l'impression est quasiment celle de se trouver dans un lieu sans vie, mis à part quelques bruits épars qui attestent de l'activité humaine. C'est le cas par exemple lorsque Exp.LDR.5 vit une situation de crise et que je l'accompagne en urgence à une consultation au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Malgré la tension de la situation, nous patientons calmement dans la salle d'attente, les lieux sont silencieux, apaisés, même lorsque deux autres personnes y pénètrent en

¹ Je tiens à remercier vivement les équipes qui m'ont accueilli, toujours chaleureusement, et qui ont rendu possible l'accès à ce matériel ethnographique précieux, dont l'interprétation n'engage que moi. Au risque de me répéter, mon objectif n'est pas de montrer les déficits de l'institution publique hospitalière, mais de comprendre les mécanismes structurels et individuels qui amènent les patients à une représentation négative de leur expérience de la crise en psychiatrie.

discutant tranquillement. C'est la même impression que je ressens à l'entrée d'un hôpital psychiatrique dans lequel je vais rendre une visite. Il n'est pas encore 14h et l'activité n'a pas encore pleinement repris. Le box de l'accueil n'est pas ouvert malgré les horaires indiqués (8h-17h), et lorsqu'un jeune homme se dirige vers la sortie d'un pas mal assuré, la professionnelle l'interpelle sans animosité, les deux échangeant des sourires.

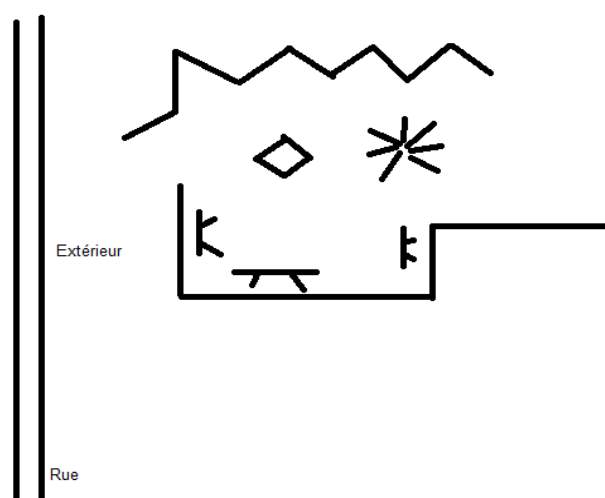
Dans les services, il m'est arrivé à plusieurs reprises de trouver les professionnels calmes, détendus et inoccupés dans leur espace commun. Je ne veux pas dire par là qu'ils étaient négligents, mais que leur activité professionnelle comprenait des temps vacants. Pour autant, ces espaces de respiration ne sont pas le pendant de l'organisation très stricte du temps en psychiatrie (Cf. p.59), bien qu'ils aient lieu en dehors des moments forts de la journée (repas, réunions, distribution des traitements, etc.). Il y a un contraste important avec l'effervescence, voire l'agitation, qui se perçoit à d'autres instants. Par exemple, dans un CMP qui jouxte un hôpital de jour, le mardi et le mercredi sont des jours de grande affluence, car ce sont les seuls où il est possible de rencontrer l'assistante sociale sans prendre rendez-vous. Dans les services, parfois, le temps semble s'accélérer, avec des sonneries de téléphone simultanées, un cadre de santé qui répond à deux téléphones à la fois, des personnes qui s'interpellent dans le couloir, etc.

Durant ces moments denses, les échanges entre professionnels sont souvent interrompus par une nouvelle sollicitation, ce qui agit sur les pratiques de soins. Par exemple, il arrive que des professionnels discutent de la meilleure orientation possible pour un patient et qu'ils soient interrompus par une demande « urgente », empêchant la discussion d'aller à son terme. La contrainte temporelle apparaît sur mon terrain lorsque Us.HP.1 souhaite avoir la preuve que l'infirmière lui donne bien du *Valium* : celle-ci est prête à en discuter dans une certaine mesure, mais au bout de quelques minutes elle s'impatiente et le traitement est administré de force. Dans cette situation, le temps est un facteur prépondérant : il aurait sans doute été possible de différer de quelques minutes la prise de traitement pour l'expliciter, mais ce temps n'est pas disponible, et c'est par la contrainte que l'institution impose son rythme. Dans les moments de grande urgence, de violence, lorsque l'alarme résonne, etc. les tensions sont perceptibles et atteignent des sommets. Dans l'un des services un patient avait quitté les lieux alors que l'équipe envisageait de le placer en cellule d'isolement. Lorsque ce dernier pénètre de nouveau dans la salle, le branle-bas de combat est instantané et la sécurité est convoquée. Les sept personnes présentes plaquent Us.HP.6 au sol, l'empêchant de bouger avec des clés de bras, pendant que le silence se fait en attendant l'injection, point d'orgue de la situation. Quand les membres de l'équipe reviennent de la chambre d'isolement, tous soufflent de soulagement « *Ffff'* », soulignant ainsi le passage du « pic » de tension émotionnelle.

Organisation de l'espace et miroir institutionnel

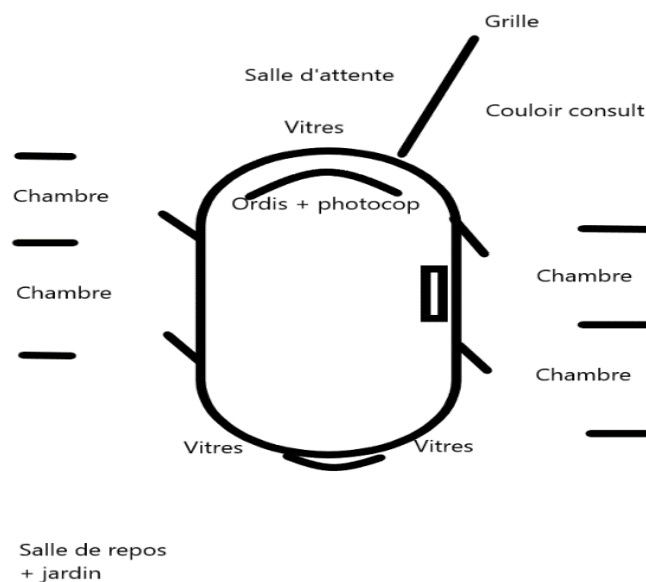
Pour débiter, voici une description de l'un des hôpitaux de mon terrain de recherche :

Le centre hospitalier est implanté dans les quartiers défavorisés du nord de Marseille. Coincé entre deux bretelles d'autoroute, il est situé à proximité de l'hôpital public, qui accueille les urgences psychiatriques sans qu'elles y soient rattachées (Cf. p.116), et proche de la faculté de médecine. L'espace du centre hospitalier est délimité par de hautes barrières, un portillon fermé par électroaimant et une barrière permettant de contrôler les voitures depuis la guérite du gardien. Lorsque je rentre la première fois dans l'enceinte, je me dirige vers le bâtiment principal, puis pénètre dans un large hall. Un escalier vert clair en colimaçon datant des années 1970 en constitue le centre. De nombreux pans de mur, coupés de biais, occupent la pièce et donnent une impression de fragmentation de l'espace (Cf. ci-dessous). Plusieurs portes ne semblent s'ouvrir qu'avec un code. Continuant ma visite du domaine hospitalier, je croise les bâtiments dédiés à la « Direction », aux « Services informatiques », puis à la médecine du travail, à la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), à l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité (EMLPP). À l'arrière du bâtiment administratif, est installé un espace de détente et de parcours sportif qui semble être peu utilisé. Au bout de l'espace vert se tient une chapelle, de laquelle part un chemin qui monte vers les « pavillons » numérotés de 1 à 10 et portant des noms. Au bout du chemin, se trouve un lieu extérieur de créativité coloré qui dénote dans l'ambiance austère des bâtiments, généralement dégradés.



Plan du hall d'un bâtiment au centre hospitalier

Les barrières qui séparent le centre hospitalier de l'extérieur en font une institution totalitaire, selon la définition de Goffman (1968). Les délimitations sont fortement marquées, notamment entre le dedans et le dehors, matérialisant ainsi la restriction de déplacement assignée à une partie des patients. Delphine Moreau note à ce propos sur son terrain en Suisse que « les pratiques faisant l'objet de régulation dépassent les seules contentions mécaniques et l'usage de la chambre fermée, et incluent notamment tout ce qui restreint la circulation » (2017, p.553). La séparation des lieux est aussi interne, entre les espaces pour les professionnels et ceux pour les usagers. L'un des services est par exemple organisé autour de la salle des soignants, qui demeure fermée la plupart du temps. J'ai d'ailleurs ressenti le sentiment d'exclusion de tourner autour de la salle sans pouvoir y entrer, faute de clés. Cette organisation de l'espace a une incidence importante sur les pratiques des soignants.



Plan d'un service de psychiatrie organisé autour de la salle des soignants

Les services d'hospitalisation sont délimités par des frontières symboliques et physiques fortes (portes fermées, barrières, etc.) (Védie *et al.*, 2023) bien que les patients les détournent pour communiquer entre services. Au centre hospitalier, deux secteurs sont conjoints au niveau des bâtiments mais séparés en pratique. Il est intéressant de noter que c'est au niveau de la cuisine collective qu'ils se rejoignent. Dans une perspective spatiale plus large, l'unité d'hospitalisation où j'ai réalisé mes observations fait partie d'un des plus grands secteurs de la ville. Sur le lieu qui regroupe le CMP, l'hôpital de jour et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), qui est partagé avec un autre grand secteur, l'organisation du travail est transversale. C'est-à-dire que tous les professionnels travaillent alternativement dans les différentes structures. L'équipe tente également de travailler avec le territoire proche (maison départementale de la solidarité (MDS), centres sociaux,

médecins généralistes, etc.). Cette organisation est voulue et valorisée par l'équipe soignante qui entend décloisonner les services offerts par le secteur et non les restreindre à un champ d'activité. L'analyse spatiale du système psychiatrique peut s'observer à différentes échelles, du micro-spatial (l'agencement des chambres et des bureaux professionnels), à l'implantation sociogéographique urbaine (secteurs de niveaux socio-économiques divers, tissu local habitué à la collaboration ou non, etc.), en passant par l'échelle intermédiaire d'agencement immobilier des hôpitaux et services.

Comme Robert Barrett l'a montré (1999), l'organisation spatiale recouvre des enjeux symboliques, comme dans cette discussion en réunion d'équipe à la suite de la fugue d'un patient :

Est-ce qu'il faut pas fermer la première porte avant d'ouvrir la deuxième ?

Je sais, il faut qu'on en discute en réunion de fonctionnement mais Psychia.Pra.Hos.2 ne voulait pas.

Ici, la procédure spatiale (fermer une porte avant d'en ouvrir une autre) est vue comme pouvant empêcher la fuite des patients, mais est refusée par le responsable du service qui promeut une approche non-sécuritaire. Cette organisation de l'espace recèle des enjeux conceptuels qui se répercutent au plus près des pratiques hospitalières. Les positions physiques des acteurs en réunion sont également révélatrices de leur place symbolique, avec les médecins placés au centre, et qui prennent la parole de façon plus fréquente et affirmée que les aides-soignantes. L'espace agit sur la question de la confidentialité (fenêtre ouverte dans la salle de réunion, discussion dans la cour commune, etc.) qui est omniprésente. Enfin, la gestion des chambres, au-delà des places disponibles, occupe une place conséquente dans les discours des professionnels (L. A. Rhodes, 1991) avec des « réservations » de chambre pour un patient en attente, ou des travaux à réaliser qui limitent l'accès à la ressource pendant quelques jours. L'espace hospitalier apparaît fragmenté, voire comme agencant l'exclusion, mais il est aussi l'objet d'une sociabilité qui s'aménage au sein d'une organisation complexe et hiérarchisée. Il est par exemple nécessaire de demander l'accord du médecin pour savoir si un patient peut ou non voir un proche, comme le montre cet extrait d'une réunion d'équipe :

Elle [une patiente] a pas une perm' ce week-end ?

On sait pas, il y a pas de médecin.

Du fait de la forte hiérarchisation, l'absence de médecin dans le service pose donc des problèmes décisionnels. Dans cet univers symboliquement scindé, les instants d'inversion des rôles, comme un patient qui m'ouvre la porte du service, déclenchent des rires, révélateurs de l'incongruité

de la situation. J'ai aussi observé de multiples situations d'entraide entre patients et professionnels, de rires partagés. Enfin, des rencontres imprévisibles avec les acteurs marseillais du rétablissement ont eu lieu au sein des services, montrant la place centrale qu'occupe l'hôpital dans le système de soin psychiatrique, ainsi que la diffusion du rétablissement dans le réseau local de la psychiatrie (Cf. p.115).

3.2 Une complexité structurelle inhérente à la santé mentale

Un lieu d'accueil de crise comme le service des urgences psychiatriques est soumis à une forte complexité structurelle qui s'explique par l'incertitude particulière de son objet. Comme mon accès aux services hospitaliers a eu lieu après une immersion importante au LDR, je m'attendais à y trouver une double résultante de la nature hasardeuse de la crise : d'une part une tentative de diminuer l'incertitude par des procédures de gestion et de contrôle (Marquis & Pesesse, 2021) ; et d'autre part une complexité organisationnelle importante dans une structure qui doit répondre à un nombre conséquent de trajectoires individuelles aléatoires. Les conditions structurelles et matérielles dans lesquelles prennent place les pratiques hospitalières visent à réguler les comportements des usagers comme des professionnels.

L'organisation hiérarchique des ressources humaines et matérielles

Tout d'abord, voici les chiffres de l'activité des services de psychiatrie que j'ai observés¹. Pour les urgences, il s'agit de « 7 500 passages par an », dont « 1 800 qu'on hospitalise », et « 5 700 qui sont vus en consultation ». Les patients sont hospitalisés pour une « durée moyenne de séjour [de] deux jours ». À la fin de ce séjour « il y en a la moitié qui repartent à la maison », ce qui fait « un millier sur les 7 500 qui sont des gens qu'on va hospitaliser [à la sortie des urgences] et le reste on trouve des autres solutions » (Psychia.Pra.Hos.1.2022). Enfin, sur ce millier de personnes hospitalisées, 340 environ le sont sans leur consentement. Sur le service hospitalier observé, la file active est environ d'un millier de patients suivis par an. Le service des urgences peut accueillir une douzaine de personnes simultanément, le service intra-hospitalier le double. Pour un troisième service, les durées de séjour maximales sont d'environ un an, pour un coût individuel journalier évalué entre 800 et 1 300 euros. L'accueil constant de nouvelles personnes pose bien entendu la question de la recherche de places disponibles, qui constitue l'une des activités centrales des soignants (Rhodes, 1991), comme en témoigne ce dialogue dont j'ai été témoin :

¹ Les chiffres ont été donnés par les professionnels rencontrés. Ils sont approximatifs, mais restent proches de l'activité réelle.

*Il y a une patiente qui va pas bien à T, il faut aller la chercher et la mettre en C.I.¹
(Cadre.Pra.Hos.1)*

Je viens de faire le point sur les lits. Il n'y a plus de place nulle part. (Psychia.Pra.Hos.4)

Comment on fait pour lui garder une place ? On doit déjà libérer des lits, ça pousse de partout. (Cadre.Pra.Hos.1)

Le personnel soignant doit faire face à une activité quantitativement importante. Cette charge de travail rejaillit sur la qualité de l'activité, engendrant par exemple une difficulté à remplir tous les dossiers de soins, ou à suivre la prise de rendez-vous en CMP. La tarification à l'acte entraîne également des incohérences, comme cette soignante qui me dit à l'annonce de la fugue d'un patient :

Moi je suis contente quand les patients fuguent.

Pourquoi ?

Parce que ça fait une sortie, ça maintient des durées de séjour courtes, et les patients vont revenir, du coup ça fera deux entrées au lieu d'une, et deux fois plus de sous par la sécurité sociale. (FFI.Pra.Hos.2022)

Enfin, l'organisation très structurée de l'hôpital n'évite pas les oublis (ordonnance, papiers d'identité, etc.) ou la perte d'effets personnels. La réponse aux besoins d'accompagnement d'un nombre croissant de patients par l'institution psychiatrique publique des dernières années a été la mise en place de techniques de gestion managériales qui a alimenté le débat sur les conséquences d'une approche néolibérale de l'activité thérapeutique (Di Rocco, 2021 ; Mougeot, 2017, 2020). L'aspect organisationnel (le manque de places et les modalités d'organisation interne) des urgences psychiatriques est cité comme la première source d'épuisement des psychiatres urgentistes (Very et al., 2018). Pour faire face à la pénurie de soignants qu'elle rencontre, l'institution hospitalière recourt à des psychiatres étrangers faisant fonction d'interne (FFI), ainsi qu'à des intérimaires et vacataires dont la place est sujette à enjeux dans une hiérarchie claire entre infirmiers, internes et psychiatres confirmés (Barrett, 1999). La mobilisation de personnel supplémentaire est rendue nécessaire par les besoins en termes de présence constante d'un personnel suffisant, 365 jours par an, 24h/24. Un cadre hospitalier me décrivait les besoins d'un service hospitalier comme étant de dix infirmiers, avec des

¹ Chambre d'isolement.

alternances en binôme sur des plages horaires de 7h-15h, et 13h-21h, et une présence durant la nuit. Du fait des absences, certains professionnels enchainent deux créneaux, par exemple le soir, et le lendemain matin. Une infirmière me disait qu'elle n'avait parfois qu'un seul week-end complet de libre sur une période de six à sept semaines. Pour répondre à ces obligations de présence, des logiciels de gestion des remplacements sont mis en place. Dans une situation observée, un logiciel de gestion des ressources humaines était paramétré pour respecter les plages légales de repos entre deux périodes de travail, mais il était possible de contourner ces obligations pour assurer la présence physique. Dans cette tension structurelle, les professionnels constatent que :

Ça fonctionne un peu à l'envers aujourd'hui.

Pourquoi ?

Déjà je n'arrive pas à joindre mes collègues des autres services pour savoir s'il y a des places et où je peux orienter les patients. Ensuite on me demande de faire des consult' alors que j'ai des patients à voir en hospit'. Normalement, surtout le matin, les consult' elles attendent. Il faut d'abord que je vois les patients en hospit pour savoir si ils peuvent sortir, s'il y a des soins sous contrainte ou pas, pour pouvoir accueillir de nouvelles personnes. Et la police qui vient auditionner un patient chez nous, c'est pas normal. Ils l'auditionnent en tant que victime, mais quand même. Et les urgences [somatiques] ils nous envoient un patient, pour un premier épisode, très délirant. Et là je me rends compte qu'il a pris beaucoup de toxiques hier soir, si des personnes sont alcoolisées ou sous toxiques c'est à eux [les urgences somatiques] de les garder jusque ça aille mieux. Sinon comment je fais pour faire une évaluation psychique ? Et il faut une surveillance médicale, des perf's, etc. (Psychia.Pra.Hos.5)

Enfin, les soignants doivent aussi faire face à des difficultés d'ordre matériel, comme l'absence d'eau chaude sur un bâtiment pourtant récent, le fait que les portables ne passent pas dans les locaux ou que les techniciens interviennent au beau milieu de l'activité du service, gênant la circulation des uns et des autres. Au bout du compte, ce sont essentiellement les usagers qui subissent ces situations, comme ce patient placé en cellule d'isolement aux urgences parce que la chasse d'eau de celle du service dans lequel il est hospitalisé ne fonctionne pas. Les conditions d'exercice de la psychiatrie, malgré des moyens relativement conséquents et une organisation très structurée, restent complexes pour tous les acteurs, soulignant les limites de ce type de réponses à la souffrance psychique. En effet, malgré le haut degré d'organisation des services, l'activité hospitalière atteint parfois des extrêmes pour les professionnels comme pour les usagers.

Violence, mal-être ressenti et soins sans consentement

Quand nous souffrons, notre comportement se modifie, nos relations aux autres changent. Accueillir des personnes avec des problématiques psychiques c'est prendre en compte cette souffrance et apporter une réponse adaptée à son expression (Moreau, 2011). Il arrive fréquemment que les patients des services de psychiatrie émettent des propos virulents, que des vols se produisent ou que des altercations aient lieu. L'expression de la souffrance peut aussi être solitaire, comme ce bruit de tambourinade contre un mur, qu'on entend résonner dans l'hôpital et qui s'intensifie, avant que le patient ne se mette à hurler, encore et encore, de plus en plus fort. Dans l'un des services des agents de sécurité étaient employés par une société privée pour répondre aux situations jugées dangereuses. Au niveau de l'équipe soignante, quand un incident survient, ce sont surtout les hommes de l'équipe qui interviennent, et j'ai observé la mobilisation de plusieurs soignants hommes par l'intermédiaire d'un système d'alarme reliant les services. L'alarme indique le lieu de l'intervention et les professionnels masculins quittent leur poste quelques minutes pour répondre, généralement par la force, à la situation. Encore faut-il que le système fonctionne. Un soignant qui ne se rendait pas sur le site de l'alarme, m'expliquait que « *souvent c'est une erreur* », parce que « *au service Y, quand ils tirent le cordon vers le hall ça indique « Logistique », alors que c'est le hall, et « Chambre 16 » c'est l'entrée* » (notes de terrain). Voici une situation dans un service psychiatrique fermé où je rencontre Us.HP.7 pour une admission au LDR :

À l'intérieur du service, les murs sont décrépis, l'ambiance morose. Deux infirmiers sont assis dans une kitchenette, très délabrée elle aussi, en train de prendre un café. Les trois professionnels présents ont une allure peu avenante. Sans doute à cause de l'ambiance terne et triste, de la nature du service (service fermé qui a subi plusieurs fois les critiques de la CGLPL), mais aussi de notre place dans le champ de la santé mentale, Exp.LDR.6 et moi avons le sentiment que les trois infirmiers diplômés d'état (IDE), tous des hommes, incarnent surtout les sanctions possibles pour les personnes internées. Us.HP.7 dort encore quand nous arrivons vers 10h15, sans doute à cause d'une sédation importante et par manque de sommeil : « *on le laisse dormir, c'est le premier soin dont il a besoin* ». Le médecin « de permanence » est appelé, sans avoir été informé de notre venue, ni de la situation. Il n'a jamais vu Us.HP.7 mais est chargé d'évaluer s'il peut quitter le service. Au moment du départ, un infirmier nous raccompagne à la porte en estimant qu'il est trop tôt pour que Us.HP.7 sorte, mais complète, désabusé : « *c'est pas moi qui décide* ».

J'ai montré que la possibilité de la contrainte faisait partie du contexte de réception sociale de la crise psychique (Cf. p.63). Le placement en chambre d'isolement est une réponse à l'agressivité des patients, bien que « *on ne met pas en iso[lement] pour séparer les deux [protagonistes d'une altercation], on les met pour indication médicale. On ne fait pas d'abus de pouvoir* » (Psychia.Pra.Hos.4). Le corps soignant et les sociétés de sécurité privées ayant leurs limites, la police est amenée à intervenir de deux façons dans les services de psychiatrie. La première à la demande des professionnels de santé qui peuvent actionner un dispositif d'intervention en urgences dans des situations extrêmes. Dans l'un des services, ce protocole est intitulé « *Ramsès* ». Alors que je suis assis en train de prendre des notes, cinq professionnels se rassemblent autour de moi pour parler entre eux de la présence dans la salle d'attente d'un monsieur qui a été emmené la veille par la police : « *Hier on a dû faire péter un Ramsès pour lui* ». À la suite de la perte, ou du vol, de ses affaires, le monsieur a proféré des menaces de mort : « *Personne n'ouvre à ce mec ! Et personne ne va dans cette p***** de salle d'attente !* ». Le second type d'intervention de la police que j'ai observé se déroule dans le cadre d'auditions, pour rencontrer des personnes autrices ou victimes. La discussion s'engage en réunion d'équipe : « *il faudrait peut-être parler du poids de la police ces derniers temps* » (Psychia.Pra.Hos.2). La question dépasse le cadre hospitalier, puisqu'un professionnel a prévenu la police lorsqu'il a aperçu un patient jugé dangereux dans l'un des quartiers fréquentés de Marseille.

Cette présence significative de la police dans un espace thérapeutique interroge encore un peu plus les limites minces entre psychiatrie et incarcération. Les équipes de soins sont placées devant « *des personnes qui ont des troubles psychiatriques où il y a une dangerosité importante* » et sont amenées à user du pouvoir octroyé à la psychiatrie de « *dispositifs d'obligation de soins, de soins sous contrainte, je sais pas si on peut faire autrement* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). Mais ces actes sont tout sauf anodins et les professionnels qui s'y confrontent en sont moralement affectés, bien que moins que les personnes qui les subissent.

3.3 Place des acteurs dans une dynamique complexe

Dans un contexte incertain où l'organisation managériale ne suffit pas toujours à répondre aux besoins, les professionnels de santé peuvent se sentir découragés par l'ampleur de la tâche (Mougeot, 2020b). C'est le sens de la description que me fait l'un des responsables de ses missions : « *le principal défi c'est de maintenir les gens disponibles pour leur rôle de soignants. C'est-à-dire qu'on est traversé par des tas de difficultés, par des tas de tensions, des fois ça peut nous épuiser* » (Psychia.Pra.Hos.1.2022). Le cadre de l'hôpital régulé par les contraintes institutionnelles organise les comportements individuels : porter la blouse blanche, paraître sûr de soi, respecter les horaires, faire appel à la sécurité en cas d'agressivité, etc. Les soignants adaptent donc leur comportement en

fonction des règles en vigueur, de leurs valeurs personnelles, de leur tempérament, et adoptent une posture professionnelle singulière (Demailly *et al.*, 2021). Comme l'a repéré Robert Barrett : « je soutiens que l'hégémonie de la psychiatrie s'opère en englobant l'équipe pluridisciplinaire et en la marquant du sceau de son identité particulière » (1999, p.102).

Des postures professionnelles hétérogènes

La variable subjective dans le dispositif de soin est importante en psychiatrie où « *on travaille aussi avec ce qu'on est* », phrase entendue lors d'une réunion où il est question des supervisions lors desquelles « *les soignants se livrent, se mettent un peu à nus...* » (Cadre.Pra.Hos.1). En hôpital psychiatrique les limites entre vie privée et professionnelle sont en effet plus minces qu'ailleurs : « *je pense qu'il n'y a aucun soignant qui peut dire qu'il pense pas aux patients quand il est en dehors du travail* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). La relation avec les patients se fonde sur l'échange de sujets intimes comme le fait de se sentir « fou », l'envie de mettre fin à ses jours, etc. C'est pourquoi « *les émotions sont beaucoup plus présentes [en psychiatrie]* » (Us.HP.3.2022). Le rôle des soignants est alors « *d'être là où la psychose attaque la continuité* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). Ils sont à l'écoute des besoins des patients sans minimiser les difficultés liées aux troubles : « *c'est la chose la plus difficile de pas être pris dans le déni des patients, dans le déni de la pathologie, dans le clivage* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022).

Il y a donc une forme de rapprochement à opérer entre la vision du patient et le savoir médical : « *on les aide à identifier, on essaye d'identifier avec eux la nature du problème. On a forcément une représentation qui est liée à notre culture médicale, psychopathologique et qui est souvent assez éloignée de la représentation des patients* » (Psychia.Pra.Hos.1.2022). En ce sens, l'activité soignante est de l'ordre de la négociation (Strauss, 1992), ce qui comprend une part de présumé car, comme le souligne Barrett : « le savoir psychiatrique a la préséance sur celui des autres professions » (1999, p.58). Dans une perspective large de représentations sociales, les soignants sont confrontés à un altérité sociale à laquelle ils répondent selon leurs savoirs, mais aussi selon leurs appréciations personnelles : « le maniement du stigmatisme n'est qu'un rameau d'une activité fondamentale dans la société, à savoir le stéréotypage, le « profilage » de nos attentes normatives quant à la conduite et au caractère d'autrui » (Goffman, 1968, p.68). Prises dans vision disciplinaire marquée par la pathologie et les incapacités, les conditions d'exercice du soin psychiatrique favorisent les comportements individuels parfois inappropriés :

Que des soignants de psychiatrie puissent faire des choses comme ça [des pratiques particulièrement violentes de contention], je me dis mais comment on est en arrivé là, et

je pense pas que les gens ils soient intrinsèquement mauvais, donc comment l'institution, l'organisation de l'hôpital en est arrivée à être maltraitante, au point que des gens qui travaillent dans cette institution, en deviennent maltraitants pour les patients qu'ils ont en charge ? (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

La verticalité des rapports professionnels, le pouvoir médical, la position de supériorité supposée vis-à-vis des patients peuvent être dévoyés. C'est ce que Grand relève dans sa thèse lorsqu'il énonce que : « l'évolution de la psychiatrie euphémise les formes de la violence institutionnelle, mais les logiques sous-jacentes restent les mêmes et les manquements au respect dû aux personnes existent toujours » (2011, p.280). Face à cette violence imposée, les réactions des soignants sont d'évacuer leurs ressentis et l'objet de leur mal-être, tel ce professionnel qui annonce en riant avant le début de la réunion qu'il y a « *zéro patients présents, je les ai tous fait sortir* » (notes de terrain).

Place du patient

Toutes ces caractéristiques de l'institution psychiatrique amènent à questionner la place qu'y occupe les patients. Comment trouver une place dans cette organisation où la déférence envers le corps soignant peut être ressentie comme une humiliation (Goffman, 1968) ? Des psychiatres ont dénoncé cette hiérarchisation de la relation en contexte hospitalier : « la prise en charge hospitalière entraîne, quelle que soit la qualité des soins apportée, une relation professionnel-usager asymétrique, infantilissante et réductrice du "pouvoir d'agir" de la personne bénéficiaire des soins » (Beetlestone, 2016, p.19). De quelles façons les professionnels parlent des patients ? Comment les injonctions institutionnelles orientent la façon dont les soignants considèrent les usagers dans leur discours ? Dans les paragraphes suivants, je m'intéresse à l'expression des équipes lorsque les décisions relatives aux patients se discutent : réunions d'équipe, temps informels, accompagnements, etc., car l'objectivation des personnes souffrant de troubles psychiques (Bechla & Zerbib, 2021) ne se lit pas dans les notes ministérielles, ni dans les entretiens menés avec les professionnels, mais elle se donne à voir dans les postures quotidiennes, quand les soignants sont en action.

Avant d'exposer les données recueillies dans les deux services de psychiatrie, voici le *verbatim* d'un entretien d'une ex-patiente qui a travaillé comme secrétaire médicale :

*Moi j'ai entendu, même en travaillant avec d'autres médecins « Oh p***** encore c't'alcool. Il nous fait c****. Il a qu'à se foutre en l'air ». J'ai entendu des choses comme ça venant d'autres médecins. Vraiment... Traiter un patient comme un déchet quoi. (Exp.LDR.4.2017)*

Voici les mots d'un médecin psychiatre lors d'un staff d'équipe, alors que le père d'un patient semble très intrusif : « *casse C*****. Il est sans traitement le père ?* », et encore un peu plus tard : « *je m'en fous qu'il soit malheureux, je suis pas là pour lui donner des mouchoirs* » (notes de terrain). Mais la déconsidération des patients peut prendre des formes plus banales comme lorsque la salariée d'un centre de soins me demande si « *ça fait longtemps qu'il est pas venu ?* », en parlant de la personne que j'accompagne, comme si c'était à moi et non pas à la personne concernée de répondre de ses soins.

Les positionnements des professionnels de santé quant au parcours des patients tiennent à peu de choses, bien que pour les personnes hospitalisées ces choix sont au cœur de leur situation de vie. Voici un exemple où la posture d'un chef de service modifie la trajectoire hospitalière d'un patient après la prise de parole d'un médecin : « *il veut déjà sortir. On va essayer de le garder jusqu'à l'exploration* », ce à quoi Psychia.Pra.Hos.2 rétorque : « *pourquoi pas [sortir] ? Il peut les faire en ambulatoire* ». Le premier médecin réenchérit : « *dans trois jours il va revenir comme ça* [Le médecin prend une position cocasse avec la tête sur le côté, les bras en l'air, et la bouche tordue] » Rires. Ou encore ces paroles lors d'une réunion qui a eu lieu la veille à propos d'un patient rentré au domicile, et qui aurait reçu un coup de marteau de la part d'un membre de sa famille : « *disons que c'est pas le seul malade de la famille* » ; « *moi j'ai pas vu la différence* [entre avant et après le coup de marteau] » Rires. Ces moqueries, destinées avant tout à décharger une tension émotionnelle, dessinent l'image d'un patient non autonome, dépourvu d'agentivité, dont les soignants auraient la charge.

Le choix des autorisations de sortie lors des réunions quotidiennes ressemble à une litanie dont Jacques Brel aurait pu tirer une chanson : « *les personnes qui sortent pas* » : « *accompagné* », « *accompagné* », « *il sort* », « *il sort* », « *accompagné* », « *sort* », « *je ne sais pas si il sort ou accompagné* », « *on attend la médecin* » (notes de terrain). Ou cette liste réalisée par un IDE sur les personnes qui ont l'autorisation de sortir, ou non, du service : Patient 1 : autorisation de sortie, le matin devant, l'après-midi au parc ; Patient 2 : Livraison de cigarettes prévue ; Patient 3 : pas de scooter, même s'il demande ; Patient 4 : « *il faut le descendre heu... l'accompagner* » ; Patient 5 : pas de sortie ou accompagné car ramasse des cigarettes par terre (notes de terrain). Enfin, ces rapports de domination et stigmatisation, se lisent jusque dans les faits banals du quotidien : « *Mme X, je l'installe dans le bureau* » ; « *ou tu l'installes par terre* ». Les infirmiers sont souvent ceux qui évaluent l'évolution clinique des patients, bien que les médecins aient le pouvoir décisionnel du traitement (Barrett, 1999). Ce sont aussi eux qui jugent du comportement individuel des patients par rapport à l'activité du service : « [Mr X], *il a fallu le recadrer. Il a été NAPé¹ hier* » (notes de terrain).

¹ C'est-à-dire qu'il a reçu une injection de neuroleptique à action prolongée (NAP).

Sur mon terrain, les comportements individuels objectivants ou stigmatisants s'intègrent dans une organisation qui favorise la différenciation entre, d'un côté les professionnels auxquels sont confiés les attributs du pouvoir, et de l'autre les patients placés dans une position d'infériorité. L'analyse spatiotemporelle couplée à une analyse des normes et valeurs de l'institution psychiatrique permet de discerner les mécanismes d'un soin perçu comme aliénant par les usagers. L'organisation générale des services et les postures professionnelles sont deux leviers de la transformation du pouvoir médical en outil de contrôle individuel. Comme le relèvent Spaniol et ses collaborateurs citant une usagère de la psychiatrie : « *about mental health personnel she says, "the power of having power over another person goes to their heads"* » (Spaniol *et al.*, 2002, p.331). Goffman (1968) a noté ces variations du statut au sein de l'hôpital qui se matérialise pour lui dans les changements de « quartiers » : « chacun de ces déplacements entraîne une altération radicale de son style de vie ainsi que des conditions à partir desquelles il pourrait se créer un ensemble d'activités susceptibles d'affermir sa personnalité » (p.218).

La fonction de l'hôpital psychiatrique public renvoie à une conception sociale plus large du groupe des personnes souffrant de troubles psychiques « et il ne saurait en aller autrement dans la mesure où ce que l'individu est, ou pourrait être, dérive de la place qu'occupe sa catégorie au sein de la structure sociale » (Goffman, 1975, p.134). Les rôles sont ainsi ancrés dans une conscience sociale (Durkheim, 2007) comme le relève l'un des psychiatres interviewés :

Il y a des gens qui ont plus peur de l'aspect alternative à la psychiatrie, pair-aidance, que de la psychiatrie, ils sont rassurés par le côté docteur, psychologue, parce que ce sont des cases, des métiers connus, ils vont plutôt être en demande de l'équipe psychiatrique, plutôt que de pair-aidant. (Psychia.Pra.Hos.3.2019)

Le soin psychiatrie hospitalier relève d'une catégorisation sociale, ancrée dans des normes morales intemporelles. En intégrant la structure hospitalière, les patients retrouvent une dynamique interactionnelle stigmatisante qui a parfois été un amplificateur, voire une source, de leur souffrance psychique. Placé dans une position d'infériorité, dominé par le savoir médical et contraint de répondre aux injonctions de l'organisation hospitalière, l'individu peut ressentir une augmentation de son mal-être, qui à son tour majore la réponse apportée à ses manifestations. La contrainte comportementale rejoue alors la fonction d'injonction sociale, refermant la boucle de l'exclusion.

Conclusion du premier chapitre

Ce premier chapitre rend compte de parcours individuels liés à l'institution hospitalière publique de psychiatrie. La notion de parcours se réfère aux travaux de Livia Velpry (2008) qui l'utilise

comme une évolution du concept de trajectoire, forgé par Strauss (1992), qui critique lui-même le manque de souplesse de la carrière morale mobilisée par Erving Goffman (1968) (Grard, 2011). J'ai montré en quoi les représentations pessimistes sur les troubles psychiques caractérisent l'annonce du diagnostic et régissent les comportements dans les premiers contacts avec la psychiatrie. Les liens des usagers avec la psychiatrie sont marqués par l'usage quasi systématique de la médication, empreinte d'un imaginaire collectif puissamment ancré et par la judiciarisation des soins sans consentement. Les récits des (ex)usagers sont singuliers mais des similitudes apparaissent dans les dynamiques qui mènent à l'hospitalisation sans consentement. L'accès par les urgences apparaît comme un résultat de l'organisation des soins en psychiatrie, avec peu d'équipes disponibles rapidement pour les situations de crise et quasiment aucune alternative, mais aussi une conséquence environnementale et individuelle. Une fois hospitalisés, les patients décrivent une relation perturbée avec l'institution hospitalière. La contrainte et la grande différenciation entre le groupe des soignants et celui des patients, sur fond de stigmatisation et de malaise (Goffman, 1975), perturbent la relation thérapeutique. Les interactions avec les autres usagers de l'hôpital sont peu valorisées au niveau institutionnel, bien qu'elles soient soulignées (positivement ou négativement) par les enquêtés.

Paroxysme de la contrainte, l'enfermement et la contention concluent trop souvent des trajectoires qui semblent inéluctables. Mes observations révèlent que la dynamique temporelle et l'agencement spatial sont significatifs des conceptions et des pratiques thérapeutiques mises en œuvre à différents niveaux, tout comme ils les contraignent (Barrett, 1999). L'institution hospitalière impose un rythme et des déplacements qui lui sont propres, mais elle est aussi conditionnée par un contexte spatiotemporel préexistant. Les conditions environnementales engendrent des frustrations et des difficultés matérielles qui pèsent sur le travail des soignants. Prises dans une hiérarchisation qui implique des rapports de domination, les relations entre les soignants et les soignés, impactées par la crise psychique, débordent vers de la violence. Ces situations sont favorisées par des postures professionnelles hétérogènes qui s'inscrivent dans des représentations individuelles de la crise psychique en lien direct avec une catégorisation sociale renforcée par la structure hospitalière. La réponse sociale apportée à la crise psychique n'est donc pas uniquement la résultante de techniques médicales, d'une structure organisationnelle ou encore de comportements individuels. Elle est aussi fonction de la conscience sociale large et de la manière dont la société se représente les troubles psychiques et les situations de crise.

Chapitre 2 : Contexte spatiotemporel de l'hospitalité

La description de l'espace et du temps est une modalité classique en anthropologie. Elle permet à la fois de situer le terrain dans une logique de longue durée, de relativiser le déroulement des situations au regard d'un contexte social spécifique, et de préciser l'action que le milieu exerce sur les acteurs, dont l'enquêteur fait partie, car « écrire l'histoire, c'est nécessairement se livrer à un acte interprétatif » (Bloor, 1983, p.147). L'analyse des temporalités (évolution du champ psychiatrique dans le temps long, processus de construction du dispositif, etc.) et des spatialités (ancrage local, occupation des espaces) montre une tension générale entre, d'un côté une urgence des situations de crise, et la temporalité de construction du dispositif ; et de l'autre, des luttes de pouvoir qui s'incarnent dans la répartition des espaces.

Dans une première partie, je présente l'évolution historique de la psychiatrie et de la perception sociale des troubles psychiques. Cette « histoire de la santé mentale » est nécessairement située, puisque « les savoirs psychiatriques n'ont jamais été isolés des idées sociales et politiques de leur époque » (Henckes & Majerus, 2022, p.57). Aujourd'hui comme auparavant, la psychiatrie est le miroir qui révèle les valeurs morales de notre société à l'égard des troubles psychiques, dont l'expérience « renvoie forcément à une histoire des mentalités, de la pensée » comme le soulignait Foucault dans son *Cours au Collège de France* (Foucault, 2003). De même, l'organisation hiérarchisée de la psychiatrie hospitalière reflète la distinction entre groupes sociaux en fonction de leur position morale dans l'imaginaire collectif (Goffman, 1975).

La prise en compte des atteintes aux droits fondamentaux que constituent les soins sans consentement, et particulièrement l'isolement et la contention, révèle une tendance morale qui interroge la position de pouvoir hégémonique des médecins dans la prise de décision. En replaçant la relation soignant-soigné au centre du débat (Armstrong, 1984 ; Lézé, 2021) dans une société qui prône la liberté individuelle, l'injonction aux soins apparaît moralement critiquable et le modèle médical perd l'exclusivité du thérapeutique. Au-delà des tensions entre les approches hospitalières et communautaires pour répondre aux problématiques de santé mentale, des débats politiques et épistémologiques émergent, sur la place du citoyen dans la prise de décision et sur les frontières entre savoirs scientifiques et profanes (Autès, 2020).

L'analyse spatiale de la seconde partie du chapitre situe le dispositif dans son contexte physique et livre une représentation des lieux ainsi que des enjeux locaux. La mise en perspective

visibilise des facteurs qui façonnent les pratiques d'accompagnement de la crise psychique au LDR au-delà du cadre quotidien d'intervention. Cette contextualisation est d'autant plus importante que le terrain de recherche diffère du cadre habituel en sociologie ou en anthropologie de la santé mentale. Comme le remarque Samuel Lézé : « *in France, mental health has only received intermittent sociological attention, and prior to 2000 this literature remained sparse* » (Lézé, 2007, p.326). En effet, la plupart des travaux marquants dans ce domaine de recherche ont été réalisés en institution (Barrett, 1999 ; Foucault, 1975 ; Goffman, 1968). Bien que Estroff (1998) et Brodwin (2013) aient réalisé des ethnographies d'équipes de psychiatrie dans la communauté, ils ont tous les deux intégrés leur terrain de recherche à partir de dispositifs institutionnels. Parmi les rares travaux situés hors institution, citons ceux de Julien Grard (2011) et Aurélien Troisoefu (2012) qui portent sur les GEM.

1. Jeux d'échelles

La plupart des pays occidentaux suivent une dynamique comparable sur les questions de santé mentale depuis la fin du XXème siècle. Ils ont globalement développé les soins dans la cité, rendus possibles par la généralisation des traitements médicamenteux. Les sociétés occidentales ont toutes été altérées par les mouvements sociaux des années 1960-1970, bien que différemment selon les pays. Le contexte économique, comme la recherche d'une réduction des coûts hospitaliers, est un exemple concret de l'action du contexte social sur les politiques publiques de santé mentale (Lézé, 2007). Mon terrain de recherche se situe à la croisée de l'évolution du champ psychiatrique et de l'histoire des expérimentations alternatives, et doit être analysé comme faisant partie du processus de déshospitalisation des usagers de la psychiatrie (Eyraud & Velpry, 2014 ; Klein *et al.*, 2018).

1.1 Histoire comparative de la santé mentale occidentale

Dans les sections suivantes, je présente l'évolution du champ de la psychiatrie en trois époques, classiques lorsque l'on adopte une perspective centrée sur la France et l'Occident¹. Après une brève introduction, la première partie débute avant 1838 et la loi n°7443 « sur les aliénés » qui ordonnera, en France, les hôpitaux psychiatriques pendant un siècle et demi (von Buelzingsloewen, 2015). La deuxième période débute en 1952, date traditionnellement retenue comme marquant le début de l'essor de la pharmacologie et le vaste mouvement de désinstitutionalisation qui a suivi. La troisième période rend compte des problématiques actuelles que rencontre la psychiatrie depuis le

¹ Une analyse qui se centrerait sur d'autres lieux montrerait des différences fondamentales tant sur le rapport aux troubles psychiques que sur l'accompagnement des personnes qui en souffrent (Kleinman, 1977).

début du XXIème siècle. La perspective chronologique permet de présenter l'évolution du traitement social des troubles psychiques, et celle de la position sociale d'un groupe moralement déconsidéré.

Le tournant XVIIIème-XIXème siècle, une période sociale historique et psychiatrique

Avant 1656, date de la fondation de l'Hôpital Général de Paris en vue d'enfermer les « malades mentaux » et « insensés », les hôpitaux parisiens (la Salpêtrière, Bicêtre) ne sont pas tant destinés à accueillir les personnes malades qu'à héberger les pauvres. Par la suite, dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, Foucault (1972) montre que l'exclusion sociale a été le mode privilégié du traitement de la folie :

On sait bien que le XVIIème siècle a créé de vastes maisons d'internement. [...] Depuis le milieu du XVIIème siècle, la folie a été liée à cette terre de l'internement, et au geste qui la désignait comme son lieu naturel. (Foucault, 1972, p.59)

Bien que le sens de cette mise à l'écart diffère en fonction des époques, de correction à protection, l'enfermement délimite les contours de la raison. Foucault (1972) a également montré les représentations hétérogènes et variables de la folie, tout comme le bouleversement du « vieil espace nosographique » (p.220) induit par les définitions successives des troubles. Certains principes du XVIIIème siècle présentent d'ailleurs des similitudes avec la période actuelle¹. Ce n'est qu'avec la circulaire de 1785, impulsée par Necker, que la médecine est introduite dans les asiles dorénavant considérés comme des lieux de soin : « longtemps, la pensée médicale et la pratique de l'internement étaient restées étrangères l'une à l'autre. [...] À la fin du XVIIIème siècle, ces deux figures se rapprochent, dans le dessin d'une première convergence » (Foucault, 1972, p.447).

Au moment de la période révolutionnaire les perceptions morales de la santé mentale sont réévaluées et à la fin de l'été 1793 Pinel prend ses fonctions à Bicêtre. En retirant les chaînes des personnes qui y sont enfermées, il fonde un « mythe des origines » pour les aliénistes (Foucault, 2003), l'une des premières spécialités médicales à émerger au début du XIXème siècle. Après sa nomination à la Salpêtrière le 13 mai 1795, Pinel rédige son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1801) qui se diffuse en Europe et marque la naissance de la psychiatrie. Dans son ouvrage, Pinel met en exergue les émotions, ainsi que le contexte dans lequel surviennent les troubles. La

¹ Des débats sur le risque encouru par l'internement des sujets les plus jeunes aux préconisations de soin à domicile de Baudeau en 1765, les visées de la psychiatrie ne sont pas plus uniformes au XVIIIème siècle qu'elles ne le sont aujourd'hui.

concomitance des deux évènements que sont la Révolution française et la « libération » des aliénés rationalisent l'approche sociale des troubles de santé mentale.

Le début du XIX^{ème} siècle marque également l'apparition des premiers groupes d'usagers de la santé mentale (Le Cardinal *et al.*, 2013). Leur participation au débat social passe par des témoignages remarquables comme celui de l'anglais John Perceval, fils d'un premier ministre, qui publie des livres sur son expérience asilaire dans les années 1830, ou les *Mémoires d'une aliénée* d'Hersilie Rouy, en 1883 (Henckes & Majerus, 2022). La période précédant 1838 est propice à la remise en cause des conditions d'internement. À la suite de son mémoire *Des établissements des aliénés en France* (1819) Jean-Dominique-Etienne Esquirol définit les concepts de rechute, de guérison et de rémission, après que son maître Philippe Pinel ait démontré la curabilité des maladies mentales, et engagé le traitement moral des troubles psychiques. Quelques années plus tard apparaissent les premiers balbutiements des traitements médicamenteux, avec la synthèse de l'hydrate de choral par le chimiste allemand Justus von Liebig, massivement prescrit en Europe à partir des années 1870.

L'enfermement ouvre paradoxalement la voie à l'essor de la psychiatrie

Le 30 juin 1838 la France légifère par la loi n°7443 sur ce qui constitue les fondements du système asilaire français, voire européen (Le Bonhomme & Le Bras, 2020) et « impos[e] l'existence d'un "asile d'aliénés" par département » (Coldefy, 2007, p.17). La loi « sur les aliénés » ouvre une période de vaste enfermement dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle (Henckes & Majerus, 2022). Depuis la circulaire de Necker, ce sont les médecins qui administrent les hôpitaux mais ce ne sont pas eux qui prodiguent les soins. Les relations quotidiennes sont plutôt à la charge des religieux et des surveillants souvent recrutés parmi les malades (Foucault, 1972). Au milieu du XIX^{ème} siècle en Europe la psychiatrie, en tant que nouvelle discipline médicale, est en recherche de légitimité. De nombreuses sociétés et revues voient le jour : *Société médico-psychologique* à Paris, *Annales médico-psychologiques* en 1843 première revue consacrée spécifiquement à la médecine mentale en Europe, et revue fondatrice de la médecine mentale française, puis *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, en 1844, *Asylum Journal* (aujourd'hui *British Journal of Psychiatry*) en Angleterre, en 1853.

La légitimation scientifique acquise par la psychiatrie permet à ses promoteurs de poursuivre l'implantation de structures psychiatriques, avec la création du système des asiles de la Seine en 1867, puis dans les années 1870 de l'asile Sainte Anne dans le XIV^{ème} arrondissement de Paris. D'autres espaces s'ouvrent en parallèle de l'institutionnalisation de la psychiatrie. Parmi les lieux qui proposent un soin centré sur le social, *the Retreat*, ouvert en 1796 par William Tuke (Foucault, 1972), et Gheel (Fauvel & Dupont, 2018) font figure de pionniers. En France, ils ont inspiré l'ouverture d'une colonie familiale à Dun-sur-Auron, en 1892, puis à Ainay-le-Château en 1898. Ces différents espaces

envisagent le traitement des troubles psychiques par une approche non coercitive. Les évolutions concrètes du champ de la psychiatrie s'accompagnent d'un élargissement des réflexions théoriques, et comme le souligne les médecins Charles Lasègue et Jules Falret :

Il ne s'agit pas seulement d'examiner l'influence de l'aliéné sur l'homme supposé sain d'esprit ; mais il importe de rechercher l'action inverse du raisonnant sur le délirant, et de montrer par quels compromis mutuels s'effacent les divergences. (Lasègue & Falret, 1877)

En Allemagne, le psychiatre Emil Kraepelin regroupe l'hébéphrénie de Ecker, la catatonie de Kahlbaum et le délire paranoïde sous le vocable de démence précoce en 1883. Celle-ci prendra ensuite le nom de « schizophrénie » en 1911 suite au travail de Eugen Bleuler, qui tente de déconnecter le concept de schizophrénie de la démence. Le terme s'impose dans le monde entier (K. Weber, 2014), mais c'est la vision déficitaire de Kraepelin qui imprègne l'imaginaire collectif et construit l'image d'un patient schizophrène incapable dont la détérioration est irrémédiable. À la suite de ces travaux, l'approfondissement des connaissances théoriques favorise la reconnaissance de la psychiatrie en tant que discipline médicale et scientifique. Le concept de psychothérapie, proposé par Daniel Hack Tuke, rencontre rapidement un fort intérêt en Occident renforce cette image positive (Henckes & Majerus, 2022). Dans une période de fortes inégalités sociales (London, 2018), cette approche reste toutefois réservée à la frange aisée de la population.

Guerres et innovations thérapeutiques

La fin du XIXème est marquée par l'avènement de la psychanalyse qui ouvre un nouveau champ d'exercice pour la santé mentale. Freud, le premier à utiliser le terme en 1896, s'est montré plutôt pessimiste sur les possibilités de soigner la schizophrénie, efficacité qui reste controversée (Eyraud & Velpry, 2011). Eugen Bleuler a quant à lui mis en avant les possibilités de rétablissement inscrites dans chaque être humain et a plébiscité les approches communautaires¹ dans les soins psychiques (T. Becker & Kösters, 2012). Sa clinique de Burghölzli a favorisé la réception internationale de la psychanalyse (Eyraud & Velpry, 2011 ; Weber, 2014). Malgré la lente diffusion de l'approche psychanalytique en France et la création de la *Société psychanalytique* de Paris en 1926, le mouvement se développe en marge des lieux de légitimité du savoir médical (Lézé, 2010). Par ses techniques et concepts innovants la psychanalyse bouleverse les rapports entre patient et thérapeute.

¹ « La psychiatrie communautaire désigne une pratique où le patient est compris dans et avec son entourage » (Hochmann *et al.*, 2015, p.20).

En 1908 paraît le livre de Clifton W. Beers, *A mind that found itself* (Beers, 1929). Beers, qui utilise le mot « *power* » vingt et une fois sur les 154 pages du livre, crée la *Mental Health America*¹ (MHA) en 1909, qui soutient les réformes du système psychiatrique, en valorisant l'idée que les troubles mentaux résultent d'une mauvaise interaction des individus avec leur environnement (Cabanes, 2013). Parmi les innovations du début du XX^{ème} siècle, dès 1911 le psychiatre allemand Gustav Kolb organise un service libre à Erlangen, et la *Tavistock Clinic* ouverte à Londres en 1920 propose des soins en dehors de l'asile (Le Bonhomme & Le Bras, 2020). Au-delà du récit bien connu de Pinel et Pussin à Bicêtre, le psychiatre et psychanalyste Harry Stack Sullivan, un proche collègue de l'anthropologue du langage Edward Sapir (Kirmayer, 2007), embauche dans les années 1920 des personnes rétablies dans des fonctions de soignants (Davidson *et al.*, 1999). Ces expériences à contre-courant de la psychiatrie asilaire représentent des jalons dans l'histoire du traitement social de la psychiatrie. Comme les *Poliklinik* allemandes elles inspirent le premier service libre français de « prophylaxie mentale » ouvert à Paris en 1922 sous la responsabilité d'Édouard Toulouse, situé sur le site de l'asile Sainte-Anne. Comprenant un laboratoire de recherche, ses principes reposent sur la liberté des patients et le service participe à réduire l'exclusion sociale de ses usagers, ouvrant des débats d'ordre moral, politique et scientifique (von Bueltzingsloewen, 2013).

Le déploiement de la psychiatrie, modifié par la première guerre mondiale, reprend dans les années 1930 (Guignard *et al.*, 2013 ; Roelandt, 2022, p. 46). Le 10 juin 1935 est une date repère dans l'histoire de la santé mentale, puisqu'elle correspond à la création des Alcooliques Anonymes (AA) aux USA, reconnue comme l'origine du soutien par les pairs (Repper & Carter, 2011 ; Lionnet, 2014) et du concept de *recovery* (Le Cardinal *et al.*, 2013). Ces groupes postulent que côtoyer des personnes ayant une dépendance à l'alcool qui ont dépassé leur problème, permet de s'engager dans une démarche de soin. L'approche intègre les dimensions émotionnelles et sensibles des usagers (Jauffret-Roustide, 2010). En France, la circulaire du 13 octobre 1937 propose la généralisation des services libres et des dispensaires de santé, preuve d'une tendance à une sortie de l'hôpital. Ces orientations politiques ne peuvent pas être décorrélées de découvertes scientifiques et techniques (Rabier, 2016) : électroconvulsivothérapie par Cerletti et Bini en Italie (1938), injections d'insuline ou d'amphétamine, puis plus tard du Lithium (1949).

Le développement matériel et scientifique de la psychiatrie est de nouveau ralenti par la seconde guerre mondiale qui met en lumière les conditions de vie déplorables dans les asiles avec le décès de 40 % des 100 000 personnes internées en France (von Bueltzingsloewen, 2009). L'hôpital de Saint-Alban (aujourd'hui hôpital François Tosquelles) est le lieu d'une expérimentation qui transforme

¹ Également appelé *Comité national d'hygiène mentale*.

la pratique institutionnelle, initiée par le psychiatre François Tosquelles qui a fui l'Espagne franquiste (Robcis, 2021). Par une double approche marxiste et psychanalytique, il redonne une grande liberté aux patients et repense les rapports de soins, notamment en conférant un statut thérapeutique aux espaces. L'émulation est forte autour de Tosquelles et de Saint-Alban, pour les pratiques de soins, mais aussi vis-à-vis de l'approche politique et un soutien important apporté au réseau de la Résistance.

Dans les années 1940 est créé le premier club *Fountain House* à New York, qui constitue l'une des racines de la réadaptation psychosociale (Franck, 2019). Celle-ci repose sur l'idée que les individus sont en capacité d'évoluer malgré la présence de troubles et qu'ils sont en capacité de déterminer leur projet de vie. La réadaptation psychosociale intervient sur un ensemble varié de domaines : du social au médical, avec un aspect pratique et fonctionnel. Ses outils privilégiés sont : la remédiation cognitive ; l'entraînement de la cognition sociale ; et les thérapies comportementales et cognitives (TCC) mais d'autres formes d'accompagnement ne sont pas exclues. D'une manière large « la réadaptation psychosociale pourrait se définir comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté » (Duprez, 2008, p.908). Le club *Fountain House* a la particularité d'être un dispositif par et pour les usagers (Aron *et al.*, 2018 ; Gélinas, 2006).

Après 1945, la naissance de la *Sécurité sociale* favorise les expériences innovantes (Guignard *et al.*, 2013 ; Roelandt, 2022) et en France le nombre de psychiatres augmente considérablement. Par ailleurs, dans la lignée des travaux entrepris par le psychiatre Maxwell Jones durant la guerre, des communautés thérapeutiques s'organisent (Fussinger, 2010). Leur fonctionnement valorise la *thérapeutique des interactions*, mais aussi la *déhiérarchisation des rapports humains*. Toutefois, comme pour la psychothérapie institutionnelle, l'attention se porte essentiellement sur les interactions soignants-soignés, voire sur les soignants entre eux, mais très peu sur les interactions entre usagers. Les chercheurs en SHS se sont beaucoup intéressés à l'étude des communautés thérapeutiques, bien que le concept puisse apparaître comme « une solution simple à des problèmes sociaux ou sociologiques subtils et profonds qui relèvent le plus souvent de plusieurs processus sociaux imbriqués qu'il est nécessaire de distinguer » (Lézé, 2008, p.4).

À la fin des années 1940, sont créées deux classifications sur les troubles psychiques qui déterminent encore aujourd'hui les diagnostics posés en psychiatrie : un chapitre dans la 6ème Classification internationale des maladies et causes de décès (CIM), et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), qui supprime la CIM sous l'impulsion de l'*American Psychiatric Association* (APA). Ces classifications jouent un rôle majeur dans la standardisation des diagnostics et dans les possibilités statistiques qu'elles offrent (Chapireau, 2007a). Le DSM propose une classification basée sur un mode descriptif du comportement mais n'évalue pas en profondeur le fonctionnement

psychique individuel (Delègue, 2020). Comme dans d'autres domaines, les USA s'imposent comme un pays moteur pour la recherche en santé mentale avec la création du *National Institute of Mental Health* (NIMH) en 1948.

Comme souvent en ce qui concerne le handicap, la prise de conscience sociale est alimentée par le retour des vétérans de guerre qui souffrent de troubles liés à leur expérience des combats (Guillemain & Tison, 2013). Le regard sur les pathologies mentales se renouvelle avec la remise au goût du jour de la distinction entre biomédecine et souffrance du patient (*Illness versus Sickness*) par Parsons (1951). Aux USA, l'entraide entre usagers se formalise notamment grâce à la création de la *Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania* (MHASP) en 1951 qui a joué un rôle politique de premier plan. Au XXème siècle, la psychiatrie suit donc les évolutions de son temps, avec un basculement qui s'opère après la seconde guerre mondiale, favorisé par le développement de la psychanalyse et les avancées thérapeutiques de la première moitié du siècle. Par la suite, la discipline poursuit son évolution dans un contexte social en grande effervescence.

1.2 La sortie des institutions

Au début des années 1950 s'ouvre une période de la psychiatrie largement analysée par les SHS, malgré le fait qu'elle soit imparfaitement circonscrite, comme le souligne le psychiatre François Chapiro : « en première approximation, et en jargon contemporain, la désinstitutionnalisation psychiatrique est la substitution à la relégation asilaire d'un système inclusif d'aide et de soins » (Chapiro, 2021, p.39). Véritable révolution médicale et sociale, l'usage des neuroleptiques modifie profondément la perception du risque et répond parfaitement à la reconfiguration des espaces asilaires. Le phénomène de désinstitutionnalisation touche la majorité des pays occidentaux (Craig, 2021 ; Hamm *et al.*, 2020) bien qu'il ne soit pas possible d'extraire un modèle d'implantation tant les applications nationales sont hétérogènes (Fonsegrive & Plantevin, 2019). La sortie progressive de l'hôpital psychiatrique n'élimine toutefois pas le contrôle social exercé par la discipline médicale sur les comportements individuels (Craig, 2021 ; Marques *et al.*, 2016 ; Moreau, 2022 ; Moreau & Marques, 2020).

En France, le mouvement de la psychothérapie institutionnelle se développe à partir de l'hôpital de Saint-Alban qui sert de modèle à la création de la clinique de La Borde par Jean Oury en 1953, puis de La Chesnaie en 1956. C'est le psychiatre Georges Daumezon qui propose le terme de *psychothérapie institutionnelle*, en 1948, puis 1953 (Castel, dans Goffman, 1968). Le développement de la psychothérapie institutionnelle est prolongé notamment par Paul Bavet, ou Lucien Bonnafé, mais aussi par l'édition d'une revue dirigée par Tosquelles, *Psychothérapie institutionnelle*. Les approches de la psychothérapie institutionnelle et du LDR sont relativement proches : dénonciation de

l'enfermement et liberté de mouvement des usagers, fonction thérapeutique de professionnels sans formation académique de soignant, relation soigné-soignant moins hiérarchisée, participation des usagers aux tâches collectives, espaces de discussion ouverts, etc. (Demailly, 2021a). La notion de participation est toutefois à prendre avec précaution, car elle peut permettre aux individus de s'épanouir en prenant part aux interactions sociales (Zask, 2020), mais Marcel Jaeger a montré la multiplicité des formes de participation et leurs écueils (2023). Face aux bénéfices potentiels de la participation se dressent de fortes injustices et nous sommes en droit de questionner les possibilités critiques dont bénéficient des patients s'exprimant au sein d'un espace empreint de pouvoir médical.

Médicamentation et recherche en SHS : des outils pour la socialisation des troubles

En 1952 les psychiatres français Jean Delay et Pierre Deniker découvrent à Paris le premier neuroleptique : la *Chlorpromazine* dont la molécule est synthétisée par le laboratoire de l'entreprise Rhône-Poulenc. Le médicament est commercialisé en France sous le nom de *Largactil*, et aux USA sous celui de *Thorazine*. Le rapport qui suit cette découverte va changer le visage de la psychiatrie mondiale en soulignant l'efficacité de la *Chlorpromazine* dans la réduction de l'agitation. La découverte des neuroleptiques ouvre la voie à une augmentation des réponses pharmacologiques, avec l'*Imipramine* (*Tofranil*) premier antidépresseur tricyclique en 1957, et le *Chlordiazépoxyde* (*Librium*), première benzodiazépine en 1960. Après des essais préalables en 1949, le lithium est autorisé à des fins thérapeutiques en 1971 aux USA. La généralisation des solutions médicamenteuses pour répondre aux troubles psychiques est souvent mise en lien avec le processus de désinstitutionalisation (Brodwin, 2013). Comme le souligne Yrjö Alanen : « *a seminal 1952 report on the efficacy of chlorpromazine in reducing agitation changed the treatment of psychotic individuals the world over, as did the move to deinstitutionalization* » (Alanen, 2009, p.1023).

La désinstitutionalisation, phénomène hétérogène, a été définie « comme un ensemble intégré de politiques sociales conçues pour promouvoir un niveau raisonnable de fonctionnement chez les handicapés avec le moins de restrictions possibles sur leur mobilité et leur participation sociale » (Mechanic 1978, p.3, cité par Estroff, 1998, p.40-41). D'autres auteurs ont souligné que la généralisation de l'usage des neuroleptiques a pris plusieurs années et que les taux de sortie des institutions psychiatriques augmentent dès 1946, mais essentiellement par un transfert des populations vers des établissements pour personnes âgées (Chapireau, 2007b). Quoi qu'il en soit, les politiques publiques favorisent la diminution des durées d'hospitalisation. Conséquence de cette nouvelle modalité de prise en charge, le décret du 27 juin 1955 assure en France la mise en place de services ouverts (Eyraud & Velpry, 2011).

Dans la continuité de ce changement social majeur, la recherche en SHS profite des travaux de l'École de Chicago qui rapproche l'anthropologie et la sociologie, forge le concept d'observation-participante et opte pour une résolution concrète des problématiques sociales (Chapoulie, 1984). Dans le même temps, des anthropologues et des sociologues s'intéressent à l'institution psychiatrique grâce à des financements du NIMH et de Don deAvila Jackson qui fonde le *Mental Research Institut* (MRI) en 1958. Le MRI enseigne, pratique et étudie des psychothérapies menées avec les familles et forme la plupart des chercheurs de *Palo Alto* (Watzlawick & Weakland, 1981). Avec entre autres l'anthropologue Gregory Bateson et le psychiatre Paul Watzlawick, le courant anthro-sociologique a permis de mieux comprendre les spécificités communicationnelles de la schizophrénie et est à l'origine des thérapies familiales systémiques. En 1961, juste après l'année de la santé mentale proclamée par l'OMS, paraît une première édition de *Asiles* de Erving Goffman, qui a soutenu sa thèse en 1953 à l'université de Chicago.

Comme d'autres écrits qui le précèdent (Caudill, 1958, OMS, 1953), l'ouvrage de Goffman contribue à une prise de conscience sociale et morale des conditions dégradantes dans lesquelles sont placés les usagers de l'institution psychiatrique. Il est l'un des premiers chercheurs en SHS à s'intéresser aux comportements quotidiens et dans la suite de ces travaux montre que « la société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories » (Goffman, 1975, p.11). Bien que s'intéressant aux interactions entre les individus, Goffman refuse l'affiliation à l'interactionnisme symbolique, car pour lui les rôles sociaux préexistent aux interactions qui ne sont que le miroir d'un ordre social établi. Ses travaux ont été mobilisés pour critiquer le caractère totalitaire de l'institution, en particulier l'institution psychiatrique, et à la lecture de *Stigmaté* (1975) il est possible de saisir la constitution d'un groupe social en capacité de s'organiser et de faire entendre sa voix.

La psychiatrie, ses usagers et les revendications sociales des années 1960-1970

En France, après la réforme Debré de décembre 1958, qui marque la naissance des centres hospitalo-universitaires et renforce l'organisation sanitaire du pays, la fameuse circulaire du 15 mars 1960 lance la politique de sectorisation pensée par Lacan, Ey, Le Guillant, Mareschal et Bonnafé qui espèrent développer « la psychiatrie dans la cité » (Henckes, 2015). Les années 1960 sont propices aux changements et à la remise en cause des normes sociales, et « comme les autres élaborations conceptuelles de caractère scientifique, les théories psychiatriques font partie intégrante du *Zeitgeist* ou de l'épistémologie de leur époque » (Watzlawick & Weakland, 1981, p.14). La première association française de proches des usagers, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) est créée le 4 août 1963 à Paris. La même année aux USA, le

Community Mental Health Centers Act oriente les soins psychiatriques dans la communauté et pose les bases de l'*Assertive Community Treatment (ACT)* (Brodwin, 2013), quelques mois avant la parution du *Civil Rights Act* de 1964.

La promiscuité temporelle de ces deux législations montre encore une fois les liens qui unissent santé mentale et considérations morales sur les droits fondamentaux. Le mouvement des (ex)usagers de la psychiatrie s'intègre aux revendications sociales des années 1960-1970, et comme le souligne Judi Chamberlin : « *the self-help movement among psychiatric survivors is part of a broader movement to establish basic legal rights* » (Chamberlin, 1997, p. 45). Le terme de « survivant » de la psychiatrie émerge à cette époque, avec une dénonciation des traitements que subissent les usagers des hôpitaux psychiatriques, mais aussi plus généralement de l'approche biomédicale des expériences psychiques (Crossley, 2005). Au départ relativement unis, les (ex)usagers se divisent entre partisans d'une approche radicale de la psychiatrie au prisme des rapports sociaux et courant réformateur (Noorani, 2013). Sur le mouvement des patients au sens large Rabeharisoa et Callon (2002) ont défini trois générations distinctes : les ex-patients, qui sont des auxiliaires du système de santé ; les *survivors*, qui sont en opposition aux approches traditionnelles ; et les *consumers*, qui se positionnent dans une culture de partenariat avec le système de soins.

Devant le mécontentement que soulèvent les soins psychiatriques traditionnels, le principe de la communauté thérapeutique a de quoi séduire et des alternatives à l'hospitalisation se développent dans ce contexte de forte critique sociale (Lecomte, 2013). À Londres, les psychiatres Ronald D. Laing et David Cooper fondent en 1965 la *Philadelphia Association's Kingsley Hall* (Chapman, 2021) et avec Loren Mosher, lui aussi psychiatre, participent à un vaste mouvement de personnalités, essentiellement des psychiatres et psychologues, qui prônent de nouvelles approches de la psychose : K.A. Menninger (1958) et J.W. Perry (1976) soulignent le potentiel des crises psychotiques, R.D. Laing (1969) et T.S. Szasz (1975) critiquent les diagnostics appliqués en raison de conventions sociales, G.W. Brown et J.L.T. Birley (1968) analysent le développement des désordres psychiques comme une réponse à une crise existentielle, etc. Leur notoriété et l'intérêt de leurs travaux participent à un changement des représentations sociales sur la psychose, ainsi que sur la relation thérapeutique. L'expérimentation de *Kingsley Hall* ouvre la voie au soutien par les pairs (Veit, 2018a). Dans une époque marquée par une grande ouverture spirituelle, ces travaux participent à élargir les perspectives cliniques et théoriques mais se heurtent aussi à des enjeux pratiques et politiques.

Après les mouvements sociaux des années 1960, la décennie suivante est celle de l'expérimentation des possibles. En 1971 est créée *Soteria House* en Californie (et *Emanon* un dispositif similaire) qui fonctionne jusqu'en 1983 (Johnson *et al.*, 2007). Le modèle doit beaucoup à la *Philadelphia Association's Kingsley Hall* mais intègre également les critiques antipsychiatriques de

Franco Basaglia (Mosher *et al.*, 2004). Ancrée dans les expérimentations et les orientations philosophiques et géographiques de son époque, *Soteria House* est une référence internationale pour l'accompagnement alternatif de la psychose et a été depuis repris et décliné¹ (Calton *et al.*, 2008). En Italie également la période est aux grands mouvements, notamment à Trieste, où des pionniers, dont le psychiatre Franco Basaglia, sont à l'origine de la loi 180 de mai 1978 qui prévoit la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Ici encore, la vision psychiatrique de l'émancipation des usagers est liée à des engagements politiques (Coffin, 2015). En France, *La Baisse*, une communauté thérapeutique d'orientation psychanalytique, est ouverte en 1979, suivie de *Le Cerisier*, en 1981, puis de la *Maison Accueil Psychothérapique* (MAP) à Villeurbanne, en 1986 (Lecomte, 2013 ; Raffard, 2020). En Belgique est ouvert *L'autre lieu* en 1981, puis la communauté thérapeutique du Wolvendael, fondée en 1990 (Oldenhove, 2013).

En France, le groupe des « Handicapés méchants » revendique des actions spectaculaires entre 1973 et 1980 pour lutter contre les discriminations. C'est à cette époque également (1975) qu'est créé *the Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS) qui participe à la reconnaissance du modèle social du handicap (Albrecht *et al.*, 2001) et critique les experts prétendant s'exprimer au nom des personnes handicapées :

En tant que syndicat, nous ne nous intéressons pas aux descriptions de l'horreur que représente le fait d'être handicapé. Ce qui nous intéresse, ce sont les moyens de changer nos conditions de vie, et donc de surmonter les handicaps qui s'ajoutent à nos déficiences physiques par la manière dont cette société est organisée pour nous exclure (UPIAS, 1976, p.4-5). (Cité par Barnes & Mercer, 1997, p.2)

Beresford & Wallcraft (1997) soulignent toutefois dans le même ouvrage que le mouvement des survivants de la psychiatrie n'a pas suivi cette dynamique, notamment parce que les personnes qui constituaient ce groupe ne se considéraient pas toutes comme handicapées. Dans la suite des années 1980, la recherche en santé mentale joue un rôle majeur dans le développement d'alternatives à la psychiatrie contemporaine. En 1982 est créée la *Society for the Study of Chronic Illness, Impairment and Disability* (SSCIID), sous la houlette de I. Zola, qui devient en 1986 la *Society for Disability Studies* (SDS) et participe à visibiliser l'expérience des personnes en situation de handicap. Comme l'exposent Barnes et Mercer : « *as the 1980s drew to a close, some disability researchers undertook studies which turned the spotlight on the experience of disablement and away from*

¹ Le dispositif le plus connu est sans doute celui développé à Berne à partir de 1984, qui existe encore aujourd'hui (Ciompi & Hoffmann, 2004).

individualistic explanations » (Barnes & Mercer, 1997). Quelques années plus tard, la publication majeure de Roy Porter *The patient view* (1985) marque une nouvelle prise en compte du point de vue des patients.

Le déploiement de la pair-aidance et la sortie de l'aliénisme

Klein (2021), identifie trois mouvements d'autonomie des patients en médecine générale : 1) une déclinaison de l'autonomie du patient simultanée à la prise d'autonomie des médecins au XIX^{ème} siècle ; 2) le développement des associations de patients, et leur agentivité politique après la deuxième guerre mondiale et jusque dans les années 1980 ; 3) la prise d'autorité des patients durant l'épidémie de Sida-VIH¹. Dans le champ de la santé mentale, 1978 est une date marquante car Judi Chamberlin lance un appel à ses pairs dans un ouvrage fondateur intitulé *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system* (Chamberlin, 1978). Elle y milite pour le développement des services de santé mentale alternatifs gérés *par et pour* les usagers. Depuis les années 1980, le mouvement des usagers accroît son organisation afin de faire entendre sa voix dans le débat public, comme avec la création des *Survivors Speak Out*, en 1986 (Noorani, 2013), ou l'association nationale d'entraide mutuelle aux États-Unis fondée la même année. Dans la lignée du congrès sur l'entente de voix organisé le 13 octobre 1987 par Marius Romme et Alexandre Escher, des groupes se forment aux Pays-Bas, puis en Angleterre (Schaefer *et al.*, 2021), ainsi qu'un réseau anglophone *Hearing Voices Network* en 1990 (Evrard & Malefan, 2013).

À la suite des mobilisations sociales, et dans une émulation constructive autour des critiques adressées à l'hôpital psychiatrique le « vivier » de bénévoles engagés qui pratiquent le soutien par les pairs de manière bénévole va servir de réservoir de main d'œuvre pour mener les recherches de la fin du XX^{ème} siècle sur le travail pair. De 1986 à 1988 se déroule le projet de recherche Denver au Colorado qui initie les études évaluatives sur le travail pair en santé mentale. Quinze (ex)usagers sont formés pour être intégrés à des équipes de soin mais ne sont pas acceptés par les autres professionnels. Malgré cela, à la fin des années 1980 aux États-Unis, la *National Association of State Mental Health Program Directors* (NASMHPD) reconnaît la contribution unique des usagers dans l'accompagnement en santé mentale, initie une politique volontariste pour leur intégration professionnelle et finance, avec la MHASP, les premières expériences sur la pair-aidance. Le travail pair, défini comme le soutien apporté par des personnes ayant l'expérience de problématiques communes (Cf. p.218), profite de la dynamique scientifique avec une succession de projet de recherche : Denver (Sherman & Porter, 1991) ; SHARE (Solomon & Draine, 1995a) ; *Work Interests and*

¹ Pour une approche historique de la notion d'autonomie en santé, voir Ehrenberg (2022).

Needs Study (WINS) (Mowbray *et al.*, 1998). Ces recherches ont eu un impact considérable sur la diffusion du *peer-support* aux USA, puis dans d'autres régions du monde (Gélinas, 2006).

Devant ces mouvements puissants de prise de pouvoir par les groupes d'(ex)usagers, les années 1990 sont celles d'une évolution conséquente des politiques publiques dans plusieurs pays occidentaux. En France, la loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation réforme le dispositif des soins sous contraintes, en modifiant enfin la loi du 30 juin 1838. Elle reconnaît le placement sous contrainte comme l'exception des modes d'hospitalisation en psychiatrie. Aux USA, l'*Americans with Disabilities Act* (ADA), une loi de grande envergure sur les droits civiques dont le but est de protéger contre les discriminations basées sur le handicap, est également voté en 1990. En Grande-Bretagne, la politique de désinstitutionalisation se poursuit avec le *Community Care Act* la même année, et en Italie, les derniers asiles ferment leurs portes au milieu des années 1990 à la suite de la loi 180 de mai 1978. En France la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) est créée le 1er mars 1992. En 1995, une université britannique (*Anglia Polytechnic University*) invite pour la première fois des usagers à intervenir dans la formation des étudiants (Khoo *et al.*, 2004), alors qu'en France ce sont les SHS qui font leur apparition dans les facultés de médecine (Gaillard & Lechopier, 2015 ; Lézé, 2021). À la fin du XXème siècle, le concept de *recovery* est repris par Patricia Deegan (Deegan, 1988), et se popularise rapidement (Pilgrim, 2008).

1.3 Considérations contemporaines de la psychiatrie française

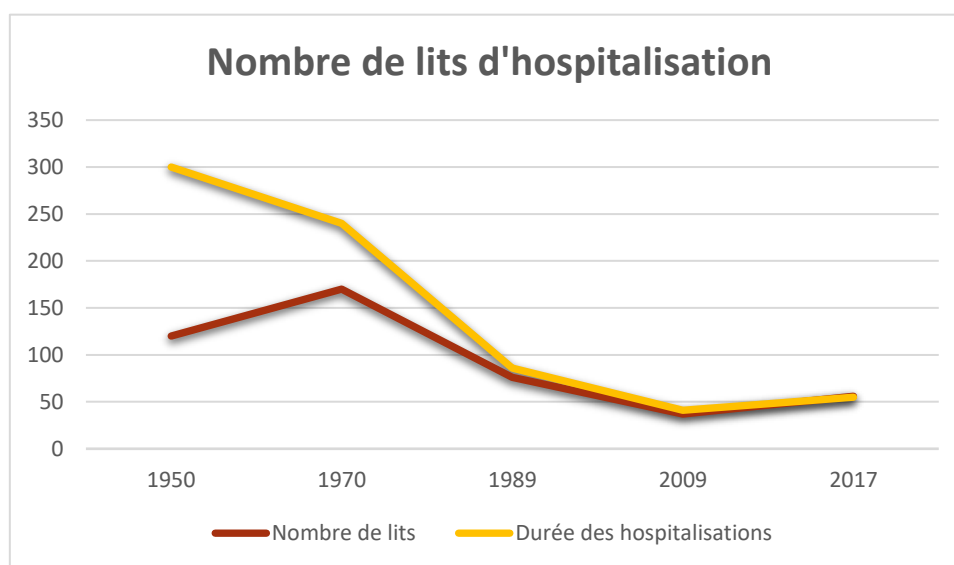
Je vais à présent m'intéresser à la psychiatrie depuis la fin du XXème siècle, époque à laquelle la densité de psychiatres en France est la deuxième au monde¹. La géographe de la santé Magali Coldefy publie régulièrement des données quantitatives sur les soins psychiatriques. Elle estime qu'« entre 2012 et 2021, le nombre annuel de personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé a augmenté de 9 % » (Coldefy *et al.*, 2022, p.4). Par ailleurs, aujourd'hui, « les troubles schizophréniques sont les troubles psychiques dont le coût économique par habitant est le plus important pour la société » (Organisation mondiale de la Santé, 2022, p.3). Les tendances actuelles du champ de la santé mentale, bien que possédant leur dynamique propre (Demailly *et al.*, 2021), sont aussi la résultante des politiques menées au siècle dernier (Mougeot, 2020b) et elles intègrent de nouvelles visions des soins en santé mentale (Rhenter, 2014). Parmi elles, le paradigme du rétablissement, issu du mouvement des usagers, s'impose progressivement (M. Koenig *et al.*, 2014).

¹ On comptait environ 13 600 psychiatres et neuropsychiatres en France au 1er janvier 2005 (Coldefy, 2007).

L'approche est portée par l'OMS, s'appuie en France sur le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017, et est plébiscitée par les usagers et leurs proches (Lieberman & Kopelowicz, 2002).

Le tournant du millénaire, un virage vers le rétablissement et la pair-aidance

Le nouveau millénaire s'ouvre en France avec la parution de la charte de l'utilisateur en santé mentale (2000), suivie de près par le rapport Piel Roelandt (2001), qui contribuent tous deux à placer « l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover », du nom d'un plan de santé mentale (2001). En donnant une place plus importante aux usagers, la France se rapproche des pays anglophones dont les politiques de santé mentale reposent sur le rétablissement¹ et les soins dans la communauté reconnus comme plus efficaces (Schöttle *et al.*, 2018). La diminution des capacités intra hospitalières, engagée dès 1946, n'est toutefois pas compensée par une augmentation des dispositifs extrahospitaliers (Coldefy, 2012). Entre luttes interprofessionnelles (Bercot & Mathieu-Fritz, 2008) et objectifs de restriction des dépenses² : « *parce que de toutes façons ça coûte cher la folie, il y a du temps de bonhomme et c'est ça qui coûte cher* » (Psychia.Pra.Hos.1.2022), le nouveau siècle s'annonce incertain pour les trois millions de personnes souffrant de troubles psychiques sévères.



Nombre de lits (en milliers) et durées moyennes d'hospitalisation (en jours) entre 1950 et 2017

¹ La Nouvelle-Zélande (*Mental Health Commission, 1998*), les États-Unis (*Department of Health and Human Services, 2003*), l'Australie (*Australian Government, 2003*), l'Irlande (*Mental Health Commission, 2005*) et l'Écosse (*Scotland Government, 2006*) ont adopté l'approche du rétablissement en santé mentale.

² Les dépenses remboursées pour la psychiatrie sont le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie, avec 23 milliards d'euros annuels, dont les trois-quarts sont absorbés par l'hospitalisation (Coldefy, 2007). Le coût global est de plus de 100 milliards d'euros si on ajoute les pertes de revenus et de bien-être (Synthèse du bilan de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, mars 2023).

Les évolutions législatives du début du XXI^{ème} siècle révèlent un changement dans les approches politiques et morales sur la santé mentale. Les lois de 2002 (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et loi n°2002-303 du 4 mars 2002, dite loi Kouchner) visent à assurer la qualité des soins et le respect des individus. Elles reconnaissent le droit des collectifs de patients à s'assembler et à participer aux décisions en proposant des outils de participation, mais ont aussi été critiquées pour leur injonction libérale (Stiegler & Alla, 2022). À leur suite paraissent l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui modifie l'organisation des soins en psychiatrie (Coldefy, 2007), puis la tarification à l'activité en 2004 et la loi n°2005-102 du 11 février 2005 qui redéfinit la notion de handicap en donnant une réelle place au handicap psychique, et légifère sur l'implantation des GEM (Troisoeufs, 2012).

Les usagers de la psychiatrie comptent également sur la reconnaissance de leurs droits fondamentaux avec la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH), adoptée par l'organisation des nations unies (ONU) en 2006. La convention se traduit en France par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007, instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) indépendant (Peljak, 2016). Avec la loi du 21 juillet 2009, apparaît en France la notion d'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui contribue à modifier les représentations sociales sur la maladie (Gagnayre, 2007). L'ETP privilégie la transmission des savoirs pour éviter l'apparition des complications et cherche à développer les compétences des patients dans un modèle éducatif de socialisation. Enfin, la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme le principe de la sectorisation et institue les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) créés le 5 juin 2018 (Roelandt, 2022).

En France, les mouvements d'usagers en santé mentale ont été moins organisés qu'aux USA, ce qui explique sans doute que la professionnalisation de la pair-aidance y soit plus tardive. L'intérêt porté pour le travail pair débute au début des années 2000 (Gardien & Laval, 2019) avec l'embauche des premiers médiateurs (Girard, 2010), une RAP qui aboutit au programme MSP (Lagueux, 2011), et le programme EMILIA première recherche hexagonale conséquente sur le rétablissement (Greacen & Jouet, 2017 ; Jouet *et al.*, 2011). Le travail pair et le concept de rétablissement bousculent les pratiques existantes (Henckes, 2009 ; Koenig *et al.*, 2014), les deux approches étant intimement liées comme le précise Pascale Estecahandy et ses collaborateurs : « le "rétablissement" est donc un concept qui part de l'expérience des personnes et qui place l'entraide mutuelle, que seuls les individus ayant traversé l'expérience de la maladie peuvent apporter, comme un axe fondamental » (Estecahandy *et al.*, 2015, p.77). C'est également un concept originaire d'Amérique du nord, *Housing First*, qui dynamise le travail pair en France au cours des années 2010 (Estecahandy *et al.*, 2015) et il faut attendre 2012 pour la première formation d'envergure de MSP (Demailly *et al.*, 2014).

Le soutien par les pairs est loin de faire l'unanimité dans le champ psychiatrique (Demailly *et al.*, 2014 ; Roelandt *et al.*, 2015). Il est l'enjeu de luttes de pouvoir, symboliques ou réelles, et porte intrinsèquement des revendications sociales qui dépassent l'accompagnement thérapeutique (Mead *et al.*, 2001). Aude Fauvel et Wannes Dupont rattachent par exemple les tensions qui entourent le développement d'alternatives à une remise en cause épistémique : « adouber Gheel ou des expériences similaires par des recherches approfondies, reviendrait à admettre ceci : en matière d'accompagnement de la maladie mentale, le savoir-faire de profanes peut-être aussi opérant, voire plus, que celui de scientifiques » (Fauvel & Dupont, 2018, p.36). L'un des psychiatres interviewés émet également des réserves quant aux motivations du travail pair :

Il faut être assez vigilant aussi qu'il ne s'agisse pas d'une espèce de forme de relégation au moment où la situation économique est catastrophique et on essaye de faire des économies partout, on se dit « Vous inquiétez pas, les meilleurs experts de la maladie c'est ceux qui l'ont traversé, on va les laisser ensemble ils vont se démerder ».
(Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Les craintes exprimées par les acteurs de la psychiatrie au sujet de la pair-aidance sont donc d'ordre économique, mais il est aussi question d'un pouvoir symbolique lié au savoir médical, dont les usagers seraient dépourvus. La pair-aidance cristallise un ensemble de tensions sociales, thérapeutiques, philosophiques, politiques, financières, etc. dont les travailleurs pairs se retrouvent investis (Choppin, 2023). Ces tensions sont communes à l'ensemble de la psychiatrie et font partie intégrante de l'émergence de la profession (Norton, 2023), mais elles pèsent particulièrement sur les épaules des personnes les moins favorisées socialement. Entre les annonces politiques et la réalité du terrain, un décalage important demeure.

Economies morales contemporaines

Le concept d'économies morales, défini par Didier Fassin (2009) permet de lier l'évolution du champ psychiatrique à ses représentations sociales. Pour lui, concentrer l'analyse sur les économies morales nous informe sur l'état d'esprit de la société à un instant donné : « l'anthropologie des économies morales [...] s'intéresse moins à la morale en tant que telle qu'à ce que les confrontations qu'elle suscite nous disent des sociétés que nous étudions » (Fassin, 2009, p.1265). Par exemple, « l'illégitimité grandissante que rencontrent les pratiques de soin fondées sur la contrainte ou la coercition dans les mondes occidentaux est l'une des évolutions majeures qu'a connues la psychiatrie ces dernières décennies » (Marquis & Moutaud, 2020, p.4). Aujourd'hui, bien que la France soit dotée

de lois encadrant les soins psychiatriques et garantissant les droits des patients, ces sujets restent sensibles et font l'objet de vifs débats (Guibet Lafaye, 2016, 2017 ; Hazan, 2019 ; Velpry, 2019). Par exemple, l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est inférieure de 15 ans à celle de la population générale (Gandré *et al.*, 2022).

Les hospitalisations non consenties sont à la limite de problèmes éthiques et de respect des droits humains (Kleinman, 2009 ; Spandler & Calton, 2009), alors même que les pratiques de restriction de liberté sont peu efficaces sur l'état de santé, voire produisent des effets négatifs (Kisely *et al.*, 2013 ; Nytingnes *et al.*, 2016 ; Sibitz *et al.*, 2011 ; Swanson *et al.*, 2003). Une étude comparative internationale a montré que les usagers des services de santé mentale avaient une perception très négative des services, quel que soit le contexte et l'orientation théorique des soignants (Cutcliffe *et al.*, 2015). Les représentations négatives du système de soin en psychiatrie démotivent les patients à y recourir mais aussi les professionnels qui souffrent de ne pas pouvoir déployer une approche humaniste du soin (Mougeot, 2020a), et sont pris dans les injonctions paradoxales implicites des tutelles administratives. Comme le signalent Nicolas Marquis et Baptiste Moutaud, les évolutions du champ de la psychiatrie :

ont participé à transformer ou au moins à diversifier les conceptions non seulement de ce que sont un trouble et un malade psychiatriques, mais aussi de ce qui devrait être entrepris pour améliorer la vie des personnes qui en souffrent. (Marquis & Moutaud, 2020, p.1)

On observe depuis quelques années un élargissement des problématiques de santé mentale qui touchent le milieu scolaire, les grandes écoles, les chercheurs en environnement, etc. (Allouch *et al.*, 2020). Il faut ajouter à cette augmentation de la file active générale la particularité des populations spécifiques que sont les personnes sans domicile ou les personnes incarcérées qui sont plus touchées que la population générale. L'augmentation du nombre de patients depuis la fin des années 1980 entraîne une saturation des dispositifs de soin sans que se développent les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation (Coldefy, 2007, 2012 ; Robin *et al.*, 2001 ; Schmoll *et al.*, 2015). Pourtant :

Tous les rapports ministériels en France depuis 1983 rappellent que les soins doivent être dans la proximité, au plus près des lieux de vie et doivent prendre en compte l'inclusion sociale des personnes, leur dignité et leur choix de vie et de soins. (Roelandt, 2022, p.47)

Néanmoins, très peu d'équipes sont en capacité de se déplacer (Robin *et al.*, 2001) et moins de 10 % des patients ont bénéficié de soins à domicile en 2021 (Roelandt, 2022). Dans le même temps, les urgences psychiatriques deviennent une modalité d'accès soin de plus en plus importante

(Quillerou & Bouchard, 2018 ; Very *et al.*, 2018), et « les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes du monde. Plus d'un quart des Français consomment des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères et autres médicaments psychotropes. » (Synthèse du bilan de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, mars 2023). Par ailleurs, 78 500 personnes ont été hospitalisées sans consentement en 2021, dont 29 000 ont été mises en isolement et 10 000 ont subi des pratiques de contentions mécaniques (Coldefy *et al.*, 2022). On observe également une augmentation du nombre de personnes placées en soins sans consentement suite à l'apparition de la modalité du programme de soins, instauré par la loi du 5 juillet 2011 (Coldefy *et al.*, 2022). Elles étaient plus de 42 000 en 2018 et « les mesures de soins sans consentement ambulatoires ont pu séduire tant ceux dont le souci est de limiter la contrainte que ceux qui restent attachés au maintien de mesures coercitives » (Moreau & Marques, 2020, p.180). Pour l'un des psychiatres interviewés, ce phénomène est la conséquence d'une diminution des budgets de la psychiatrie hospitalière :

Je pense aussi que l'augmentation de l'utilisation des contentions, des chambres d'isolement, depuis quinze ans à l'hôpital c'est inversement proportionnel à la baisse des effectifs. C'est qu'on met des clés, on met des portes, on met des attaches à la place des moyens humains. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

De nos jours, l'association entre maladie mentale et violence reste persistante (Velpry, 2009) et nous sommes encore loin de l'hégémonie du rétablissement, tant il existe de controverses dans le champ de la psychiatrie. Entre contraintes financières et orientations politiques sécuritaires, force est de constater que « l'hôpital n'est plus un asile protecteur mais bien le lieu de la violence et de l'emprise » (Mougeot, 2020, p.189), et que « la prise en charge des troubles psychiques sévères en hôpital psychiatrique doit être abandonnée au profit de services de santé mentale communautaires » (Organisation mondiale de la Santé, 2022, p.9). Malgré le fait que les réponses médicales ne fassent plus l'unanimité, les alternatives restent insuffisamment développées, ce qui a été relevé par de nombreux auteurs (Bonsack *et al.*, 2018 ; Coldefy, 2012 ; Drake & Whitley, 2014 ; Fonsegrive & Plantevin, 2019 ; Gabet *et al.*, 2020 ; Gandré *et al.*, 2016 ; Lloyd-Evans & Johnson, 2019 ; Spandler & Calton, 2009). Or, il s'agit bien de sortir d'un schéma majoritairement centré sur l'hôpital :

Donc dans cette lignée, qu'on propose des dispositifs de soin divers, pour moi ça ne pose pas de problème que ces dispositifs soient centrés sur d'autres personnes que l'hôpital. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Rendre les expériences psychotiques plus acceptables sans nier la souffrance qu'elles produisent est un enjeu social et politique : « la désinstitutionnalisation exige que soient redéfinies les

notions, centrales pour les sciences sociales, d'intégration et de normalisation » (Dorvil *et al.*, 2002, p.510). Psychia.Pra.Hos.2 souligne cette corrélation entre soin psychique et dimension politique :

Je crois que quand on travaille à l'hôpital public, et qu'on fait de la psychiatrie, on ne peut pas faire fi de la dimension sociale et politique qui est inhérente à la psychiatrie, c'est pas une spécialité médicale comme une autre. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Dans ce contexte, « il faut poursuivre et chercher davantage de solutions, avec les personnes concernées, et notamment pour les cas les plus difficiles de personnes en crise psychique » (Wooley, 2020, p.32). Des recherches récentes montrent d'ailleurs l'intérêt que représentent les alternatives à l'hospitalisation, non seulement pour le dispositif en lui-même, mais également pour les services de santé mentale implantés à proximité (Fabel *et al.*, 2023), en diminuant les durées d'hospitalisation et de médication, mais aussi les actes de violence envers le personnel soignant. Ainsi : « *the Soteria idea is approaching its 50th birthday and, in contrast to many prejudices, it still has the potential to meet the demands of modern acute care* » (Wolf *et al.*, 2021, p.7).

L'histoire de la psychiatrie française et occidentale depuis le XIXème siècle montre une évolution morale et sociale des formes de traitement qui entendent répondre à la crise psychique. L'hégémonie de la période asilaire qui sert de tremplin à la discipline psychiatrique, comme analysée par Foucault (1972, 2003), est remise en cause par les événements historiques des deux guerres mondiales (Guignard *et al.*, 2013 ; von Bueltzingsloewen, 2020). Les découvertes thérapeutiques majeures que sont la psychanalyse et les neuroleptiques participent également à la transformation du champ psychiatrique qui possède dorénavant les moyens d'orienter ses pratiques vers la communauté. Mouvement inégal et inabouti, la déshospitalisation est développée théoriquement et pratiquement jusqu'à ses limites par des acteurs issus des revendications des années 1960-1970 qui s'inscrivent dans une critique de la psychiatrie en tant que pouvoir social hégémonique (Laing, 1969; Veit, 2018b). De ces idéaux éthiques et politiques émergent le paradigme du rétablissement, et son corollaire du soutien par les pairs, objectivés par des recherches randomisées (Fortuna *et al.*, 2022). Aujourd'hui le changement du champ de la santé mentale est une réalité et une nécessité reconnues de manière unanime, qui s'intègre dans un contexte d'économies morales régit par le respect des droits des usagers. Après ce tour d'horizon large de l'évolution des économies morales de la psychiatrie, je vais rapprocher la focale au niveau local pour présenter l'histoire du LDR.

2. Temporalité du LDR

Les expériences de communautés thérapeutiques se sont multipliées à la fin de la deuxième guerre mondiale, notamment dans les pays anglo-saxons (Fussinger, 2010). Entre 1946 et 1947, ont lieu deux événements qui constituent les racines idéologiques du dispositif LDR. L'apparition du concept de communauté thérapeutique, forgé par Thomas Main et la création de la première expérience de communauté thérapeutique au *Belmont Hospital* sous la direction de Maxwell Jones (Lecomte, 2013), tous les deux médecins. D'autres expériences furent menées à cette époque, notamment par le psychiatre et psychanalyste Wilfred Bion, pionnier de la psychothérapie de groupe. Ce sont ces modèles dont s'inspirent Laing, Cooper et Mosher pour la création de *Kingsley Hall* (Chapman, 2021), puis de *Soteria House*, qui devient le modèle de diffusion d'un accueil de type communautaire en alternative à l'hospitalisation (Calton *et al.*, 2008). Le concept de communauté en sciences sociales renvoie à des conceptions diverses (Frederick *et al.*, 2017), tour à tour objet d'observation et approche théorique (Guérin, 2004). La communauté se construit généralement en opposition à la société, et son image positive ne doit pas escamoter les tensions et conflits qu'elle héberge (Lézé, 2008a).

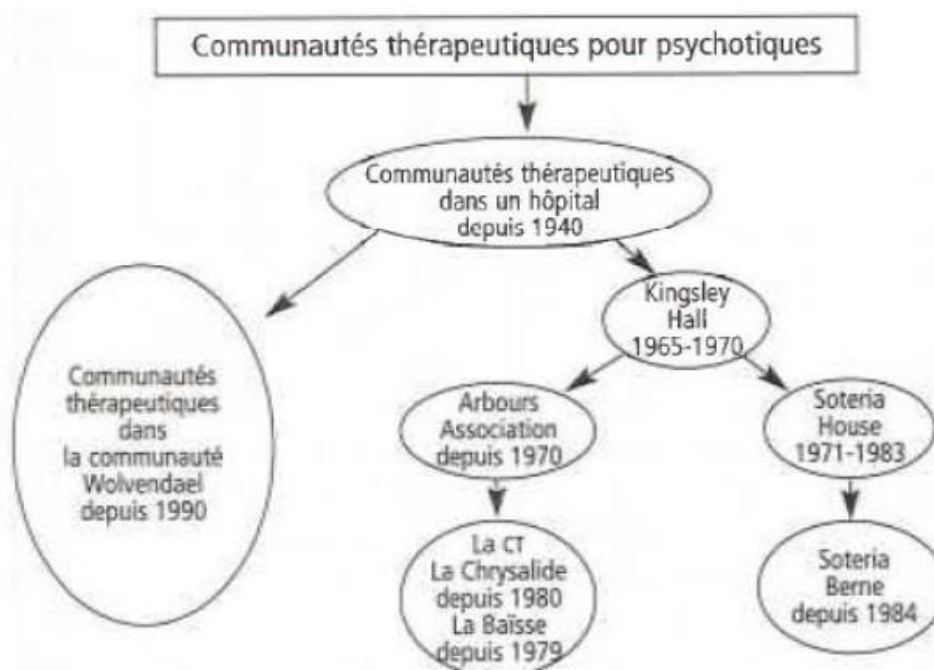


Figure 1. Les quatre générations de communautés thérapeutiques pour psychotiques.

Les quatre générations de communautés thérapeutiques pour psychotiques (Lecomte, 2013)

Voici le schéma historique des communautés thérapeutiques « pour psychotiques » que présente Yves Lecomte dans son ouvrage *Actualité des communautés thérapeutiques* paru en 2013 (Lecomte & Maqueda, 2013a). On y voit l'origine commune ancrée dans les expérimentations réalisées à l'occasion de la seconde guerre mondiale. *Kingsley Hall* s'en différencie par une rupture avec l'institution faisant suite à des tensions entre l'hôpital et le psychiatre sud-africain David Cooper qui a tenté de mettre en place *Pavillon 21* entre 1962 et 1966 à Londres. La rupture entre la *Philadelphia Association* et *Arbours Association* s'ancre dans le rapport à la psychothérapie pour la seconde, qui entend répondre aux limites du soin communautaire tel qu'observées à *Kingsley Hall*. Ce modèle se concrétise en France avec les centres d'accueil de crise de l'association *Santé mentale et communauté* qui s'appuient sur la psychanalyse. *Soteria House* et *Soteria* Berne sont les deux modèles principaux issus de *Kingsley Hall*, et c'est le modèle *Soteria* qui inspire le LDR.

2.1 Les origines

De ses racines anglosaxonnes, le projet LDR a gardé une partie des principes d'organisation (horizontalité des rapports), de la philosophie de soin (liberté) et des modalités de relations thérapeutiques (crise comme opportunité de changement). Par contre, l'approche de Laing et Mosher reposait sur le non-recours à la médication, ce qui n'est pas le cas du LDR, bien que la question de l'usage des neuroleptiques soit restée présente (Cf. p.211).

Une histoire ancienne

Entre 2004 et 2006 se constitue à Marseille un collectif bénévole qui prend le nom de *Logement santé*. L'un de ses objectifs est de se réapproprier des bâtiments pour des mises à l'abri et des hébergements d'urgence. C'est dans ce cadre que naît l'idée d'ouvrir un squat et après un an de recherche, un vieil hôtel est négocié de gré à gré. En 2005 une équipe mobile psychiatrie précarité s'est constituée au sein de Médecins du monde (MDM). Elle adopte un modèle basé sur le rétablissement, s'inspire d'une équipe de rue américaine et est reconnue comme l'une des équipes pionnières sur l'embauche des travailleurs pairs (Sarradon-Eck *et al.*, 2012). Baptisée MARSS (Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social) l'équipe utilise, quand elle ne peut faire autrement, des hôtels meublés afin d'accompagner les personnes en situation de crise. Les choix offerts par le système de soins habituel sont en effet souvent inopérants pour les personnes sans domicile (Schmoll *et al.*, 2015). Ainsi : « *la posture de MARSS s'est construite en opposition à l'hospitalier de manière générale* » (Che.Mars.2020). Afin de répondre à cette problématique, un projet spécifique est mené pendant quelques années, conjointement avec l'association Habitat

alternatif social (HAS) qui met à disposition de l'équipe MARSS quatre appartements pour héberger les personnes en crise. Mais « *la relation entre [MARSS] et HAS ça a toujours été conflictuelle* » (Psycho.Pra.Hos.2017).

Du squat à la politique publique

Le collectif et le squat donnent naissance en 2007 au *Marabout*, rue Curiol, dans le premier arrondissement de Marseille. À partir de ce lieu de vie alternatif et communautaire, les acteurs travaillent à développer un dispositif expérimental. Le squat est conçu comme une expérience thérapeutique¹ avec l'instauration d'une ambiance favorisant le repos et le rétablissement. Le lieu devient le premier local de l'équipe psychiatrie précarité, mais aussi le creuset des programmes *Un chez soi d'abord* et *Lieu de répit*. Une expérience en particulier est importante à restituer pour la compréhension du LDR. Une personne avec un logement, en crise, vient passer plusieurs heures et dormir sur le lieu, ce dont elle témoigne : « *donc je suis venu là-bas parce que je savais que j'étais en sécurité déjà. Je sentais quelque chose. Et puis je savais qu'il y avait une équipe. Il y avait du monde* » (Us.LDR.1.2018).

Fin 2008, Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, visite le *Marabout* et échange avec les habitants. Elle accorde un appui financier pérenne de 900 000 € qui permet au projet du squat thérapeutique de s'agrandir. Le lieu, légalisé par un bail précaire, sera ensuite institué en étant porté par l'association HAS. La ministre sollicite alors les porteurs du projet pour qu'ils réalisent un rapport ministériel sur la santé des personnes sans chez soi (Girard *et al.*, 2010). Ce rapport, fruit d'un travail collectif, permet au réseau marseillais de rencontrer de nombreux acteurs et débouche sur une action concrète. La proposition est de réaliser un essai randomisé national, dans la lignée d'un projet de recherche de vaste envergure qui vient de débiter au Canada sur le modèle *Un chez soi d'abord* (Rhenter *et al.*, 2018). Le projet de recherche évaluative est monté et constitue une porte d'entrée pour les paradigmes du rétablissement et du logement d'abord en France (Chambon *et al.*, 2022).

Ce projet va produire des résultats très significatifs, tant sur la faisabilité de ce type de programme que sur l'efficacité (plus de 90% des personnes sont encore dans leur logement après deux ans) que l'efficience (l'économie faite par rapport aux offres habituelles est de l'ordre de 10 à 40% selon la population cible) (Tinland *et al.*, 2020). Le programme est inscrit dans la loi par le décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique *Un chez-soi d'abord*. En 2017, le tout nouveau gouvernement, s'appuyant sur ces

¹ De nombreuses crises psychiques sont accompagnées dans le lieu, mais aussi vers des hospitalisations, parfois sans consentement.

résultats, décide de changer de politique publique de lutte contre le sans-abrisme et de passer d'une politique d'hébergement de type centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) à une politique de logement d'abord (Estecahandy & Hennin, 2022). Suite à l'expérience réussie du *Un chez soi d'abord*, les acteurs marseillais de la psychiatrie précarité sont reconnus comme des porteurs de projet en capacité de développer des innovations probantes. Leur idée principale est de développer des projets permettant de favoriser l'accès aux soins des personnes sans chez-soi. Le groupe se donne aussi comme mission de suivre l'évolution du projet LDR et de travailler à sa concrétisation, comme en témoigne deux des acteurs :

On a été à Liverpool. On a fait plein de choses, on était à fond dans l'écriture. (Psycho.Pra.Hos.2017) ;

À ce moment-là [2011] il y avait le programme sur les médiateurs pairs qui commençait à se déployer. L'objectif était de créer un programme de recherche. [...] Des projets dans tous les sens. (Che.Mars.2020)

C'est dans cette optique, et pour apporter de la souplesse dans l'organisation des activités, que la constitution d'une association est enclenchée. En effet, l'équipe MARSS est rattachée à l'AP-HM, qui par sa taille et sa structuration ne facilite pas la prise d'initiatives et l'engagement bénévole. L'association *Justice and union toward social transformation* (JUST) est créé en avril 2015 et revendique la concrétisation d'alternatives viables à la psychiatrie institutionnelle pouvant s'intégrer durablement dans l'offre de soin. Un collectif spécifique au LDR s'organise pour proposer un accueil de courte durée orienté vers le rétablissement dans l'optique d'apporter une réponse sociale aux personnes sans chez-soi en situation de crise psychique.

2.2 Une construction heurtée

L'histoire du LDR est faite de phases de continuité et de rupture en fonction des crises institutionnelles, mais le modèle d'intervention reste globalement stable à partir de septembre 2019. Construit au départ pour un public uniquement sans domicile, répondant aux besoins des personnes suivies par l'équipe MARSS, le dispositif s'est ensuite ouvert à la population général. Les acteurs qui ont travaillé à son élaboration le définissent comme un projet non standardisé :

*L'intérêt c'était de faire un projet pour des gens qui ne rentraient pas dans les cases, il fallait donc que le projet ne rentre pas dans les cases, si on essayait de le rigidifier, forcément il y aurait des gens à côté de cette p***** de case, on n'arriverait pas à les*

faire rentrer, à les rattraper. [...] dans la rue, il faut donc être souple sur les modalités de fonctionnement ça oblige à ne pas avoir une structure rigide. (Che.Mars.2020)

Les premiers pas : une dynamique communautaire et bénévole

Différents acteurs se sont succédés autour du projet LDR qui a mis du temps à se concrétiser et lors de la remise des clés du 85 rue Jean de Bernardy, toujours dans le premier arrondissement de Marseille, les contours n'en sont pas totalement définis. Comme le processus de construction du dispositif est heurté, chacun peut prétendre en détenir la vérité première et les personnes les plus anciennes acquièrent rapidement un pouvoir symbolique quand il s'agit de confronter les visées initiales du projet. En fonction des valeurs qui sont associées, le fonctionnement plus récent ne peut être qu'une dégradation du modèle originel : « *il y a des problèmes entre ce qui a été pensé et ce qui est en train de se créer, c'est sûr* » (Psycho.Pra.Hos.2017). Cette incertitude se nourrit de la méthodologie mise en place lors des premières réunions sur le site : une méthode pas à pas, sans grandes décisions (réunion, 17/01/2017). Durant l'année 2017 les membres travaillent à formaliser le modèle d'intervention et plus globalement l'organisation du projet.

Les débuts sont riches de rencontres humaines et d'idées audacieuses sur une alternative à l'hospitalisation pour les personnes en crise psychique et sans abri. Une cinquantaine de personnes participent à la dynamique dont une forte proportion d'(ex)usagers. L'hypothèse de départ est la potentielle réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, ainsi que du recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention. Les entretiens menés à cette époque font ressortir un fort sentiment d'appartenance communautaire (Alinsky, 1976). Le dispositif de recherche-action occupe une place reconnue et participe à l'émulation collective. Dès le départ, une attention est accordée au renforcement du pouvoir d'agir (Ninacs, 2003) et un processus d'*empowerment* collectif se fait sentir (Onken *et al.*, 2007). Les locaux sont progressivement aménagés et les premiers habitants sont accueillis de manière informelle, mais les acteurs sont peu informés sur le dispositif :

Il y a encore beaucoup de flou. Par contre un des... pas reproche, mais... où je trouve que l'info circule mal mais c'est pas parce que... c'est pas une mauvaise volonté des gens mais c'est qu'il y a beaucoup de personnes qui sont tellement au courant de tout qu'ils voient pas l'intérêt de l'expliquer plus à fond aux nouveaux. (Int.LDR.1.2017)

Le projet collectif se heurte parfois aux rapports de pouvoir et aux intérêts individuels. La visée d'horizontalité des rapports n'est pas toujours suivie en pratique, sur fond de représentations hétérogènes du projet. Des questions commencent à se poser sur la compatibilité des locaux avec un

lieu de crise : « *l'accueil de crise est une visée. Pour le moment il s'agit plus d'un lieu de répit que d'un lieu de crise* » (réunion, 03/02/2017). Lors d'une rencontre avec les acteurs de la *Run Away House*, qui propose un modèle proche du LDR à Berlin, des points de tension organisationnelle soulevés à Berlin font écho à l'expérience marseillaise. Ces complexités jalonnent par la suite les réflexions autour du projet : la problématique des plannings, de la personne d'astreinte, l'importance de la continuité au sein du lieu, les changements de service, ou encore la temporalité de la crise estimée « *entre 4 et 9 mois* ». En 2017 j'observe que le projet est peu maîtrisé par les bénévoles et que sa représentation à l'extérieure est souvent prise en charge par les détenteurs de savoirs professionnels et académiques. Des tensions apparaissent sur des sujets en apparence anodins, mais qui mettent en lumière des difficultés à répartir la parole et la prise de décision au sein du groupe. Devant l'absence de consensus collectif, des principes fondamentaux sont réinterrogés, comme la limite de la durée de séjour, ou l'accueil de personnes en situation de crise psychique.

La première fonction que j'occupe au LDR est celle de stagiaire en SHS dans le cadre d'un mémoire de master à l'*École des hautes études en sciences sociales* (EHESS) de Marseille. Ma mission principale est de réaliser l'évaluation du premier trimestre d'implantation. Lors de la présentation au collectif, la quinzaine de personnes présentes relèvent la fragilité du projet, une impression de division du groupe entre dirigeants et dirigés, sans vision précise des avancées administratives et financières, ainsi que la mise en danger que représentent les consommations d'alcool et de drogue sur le lieu, ou encore l'attention à porter à la communication pour la dynamique de groupe. Comme le souligne l'un des premiers pairs aidants : « *moi j'ai l'impression qu'il y a eu une grosse période de flou et de brouhaha* » (Exp.LDR.4.2017). Au fil des réunions sont abordés des points centraux qui n'ont pas été déterminés : entrées et sorties du bâtiment ; date d'ouverture officielle du lieu ; assurance du bâtiment ; participation financière ; procédure d'accueil des nouveaux habitants, etc. Un exemple montre bien la dynamique alambiquée de ce début de projet. Alors que le bail doit être signé quelques semaines plus tard, se pose la question de la forme de l'hébergement et de l'accueil de personnes en « *répit* » et non en « *crise psychique* » (réunion, 17/05/ 2017). On peut se demander pourquoi six mois après l'ouverture du lieu, le type d'accueil n'est pas défini, alors que la crise psychique constitue le cœur du dispositif. Une semaine plus tard, la réunion est tellement tendue qu'une intervenante propose une pause respiratoire.

La rupture salariale

À partir de l'été 2017 mes notes de terrain se font plus rares, car j'ai repris une activité salariée en dehors du LDR et j'y passe moins de temps. La dynamique du GRAP sur cette période est importante avec 38 rencontres entre juin 2017 et février 2018, dont certaines rassemblent une trentaine de

participants. Je suis les avancées du projet, en lisant les actualités diffusées par mail, en assistant à quelques rencontres, etc. Je participe également aux réflexions sur le recrutement de l'équipe salariée suite à l'obtention d'un financement de l'ARS. Alors qu'en 2017 quasiment toutes les personnes impliquées étaient bénévoles et pouvaient s'identifier à un même statut, l'embauche d'une partie des membres divise le collectif en introduisant la catégorie « salarié » qui renforce, par un effet miroir, la catégorie « bénévole » peu visible auparavant. La segmentation du collectif se propage à d'autres types d'acteurs : les personnes concernées et celles qui ne le sont pas (Chinman *et al.*, 2006 ; Choppin, 2023 ; Demailly, 2014), les personnes accueillies et celles qui les accompagnent, etc. Les (ex)usagers de la psychiatrie ressentent alors un sentiment de dépossession dont témoigne l'un des MSP :

Ce projet il a été monté quand même pour les travailleurs pairs. Montrer que les personnes qui étaient concernées comprenaient mieux, je vulgarise hein, mieux la personne qui est en moment de crise qu'un professionnel. Et du coup, quand sont arrivés les professionnels Poum ! On m'écoutait plus. (Exp.LDR.2.2019)

Certains membres historiques du projet n'obtiennent pas d'emploi, au contraire de nouveaux arrivants sans expérience personnelle des troubles psychiques. Les entretiens montrent une première rupture du sentiment communautaire : « à partir du moment qu'il y a eu l'équipe salariale, cette âme elle est partie. [...] L'âme centrale du collectif LDR » (Exp.LDR.2.2019). La dilution de la communauté, entraîne la diminution de la participation des bénévoles et des personnes accueillies (Campbell & Jovchelovitch, 1999). Les tensions sont palpables à l'été 2018, dans un climat d'effervescence due à la venue de Catalina Devandas, représentante des *Nations Unies* pour les personnes handicapées. Les travaux de rafraîchissement souffrent d'un manque de participation et l'argent est au centre des discussions. La réunion collective à laquelle j'assiste le 17 septembre 2018 est symptomatique de l'état d'avancement du projet, avec un point à l'ordre du jour intitulé : « Élaborer un plan de reprise de l'objectif initial du projet », qui démontre en creux que le projet initial n'a pas été mis en place. À la lecture de ces notes de terrain des questions se posent. Pourquoi s'être éloigné du modèle initial et avoir attendu presque deux ans pour y revenir ? En quoi consiste ce modèle initial ? Quand et comment a-t-il été défini ? L'imprécision est renforcée par les orientations très générales présentées et par l'absence des salariés de l'intervention à cette réunion. L'une des difficultés de cette période est que les personnes ont été accueillies sur le lieu sans déterminer de durée de séjour¹, ce qui pose de réelles difficultés par la suite :

¹ Le peu de documentation accessible fait état de contrat de six mois, renouvelable tacitement jusqu'à trois fois, soit une durée d'accueil de deux ans.

Les gens sont rentrés là sans savoir quand ils devaient partir, y a jamais eu de trucs vraiment fixes. On avait dit qu'on ferait un contrat, on nous dit qu'on mettra un loyer, on avait dit pleins de choses, il y a rien qui a été fait. (Us.LDR.10.2019)

2018 marque toutefois le début d'autonomisation du LDR sur le plan idéologique, avec un positionnement communautaire qui se définit en indépendance du pouvoir médical (Bechla & Zerbib, 2021). Mais l'autonomie est compliquée par l'approche sociocratique¹ instaurée dans le collectif, dont les acteurs notent les limites :

Ce n'est pas comme si y avait un chef de service à qui on dit « Oh il y a tel débat dans l'équipe, tranche ! » Ce n'est pas possible dans la structuration actuelle du LDR d'aller voir quelqu'un pour trancher. (notes de terrain)

Au sein du collectif, la question se pose de savoir si le passage par l'hôpital doit être évité à tout prix ou si le recours à l'institution hospitalière peut faire partie de l'accompagnement au LDR pour les personnes qui n'arrivent pas à se maintenir sur le lieu. Avec la question de l'hospitalisation, se pose aussi celle du traitement : « *est-ce que vraiment on est contre les traitements, et que personne doit en prendre ?* » (Int.LDR.2.2018). Un langage et des pratiques d'accompagnement se construisent durant la même période, dessinant les contours d'un répertoire conceptuel propre au LDR (Cf. p.176).

2019, l'interlude impatient et le rapprochement avec le projet initial

Résultat des tâtonnements initiaux, le « *hiatus entre le projet initial et tel qu'il est mis en place* » (notes de terrain) est relevé début 2019. En plus d'un déficit de structuration, le projet souffre d'un manque d'efficacité et ne fonctionne pas à la hauteur des attentes. Alors que la convention signée avec l'ARS projette d'héberger de « *40 à 70 personnes par an* », seules quinze sont accueillies en 2018. À la suite de la perte de l'esprit communautaire initial, avec l'attribution de financements pérennes, les annonces de départ s'enchaînent. En février 2019, je suis salarié sur le projet depuis moins de deux mois quand Coor.LDR.3, chargé d'animer la participation au sein de la RAP, annonce son départ. Dans l'équipe d'intervention également des questions se posent. Lors de la réunion du 06/03/2019, le conseil d'administration de l'association souligne la « *montée en compétences* » mais surtout la nécessité d'« *organiser par le planning* », outil dont l'équipe n'est pas dotée. La réunion est aussi l'occasion de repositionner une hiérarchie dont l'absence constituait jusqu'ici un socle identitaire

¹ La sociocratie est un type d'organisation systémique non pyramidale dont les outils privilégiés sont l'élection sans candidat, et la prise de décision par consentement.

et organisationnel : « *c'est la première fois que j'entends la notion de chef au LDR* » (Notes de terrain). Après la réunion, je déjeune avec quelques membres de l'équipe qui me confient que leurs missions ont changé depuis le départ de Coord.LDR.1, sans savoir comment agir « *on danse la salsa et tout d'un coup on doit danser le tango* ». Quelques jours plus tard, plusieurs intervenants sont en arrêt maladie.

Lors de cette crise structurelle, le collectif profite de la présence de Baptiste Godrie, alors sociologue au centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et qui suit le projet, pour organiser une journée RAP. Les personnes présentes évoquent le manque d'organisation du projet, et des questions se posent sur le mode de prise de décision et le niveau de participation des personnes accueillies. La « *page qu'il fallait tourner* » (notes de terrain) se ferme avec l'annonce aux membres de l'équipe que leurs contrats ne sont pas renouvelés. S'ouvre alors une « *phase de restructuration* », avec l'objectif annoncé « *en septembre on ouvre que pour les personnes en crise* » ce qui souligne que les personnes accueillies précédemment ne respectaient pas toutes ce critère. Le « *temps mort* » est propice à la réflexion à propos d'un « *lieu qui a perdu toute sa vie* » (Exp.LDR.5.2019) et dont l'organisation sociocratique a engendré des débordements qui ont rejailli sur les pratiques d'accompagnement, comme en témoigne l'un des intervenants : « *l'échec de l'équipe passée n'est pas seulement celle de l'équipe, mais aussi la façon dont elle a été coordonnée, dans quelles conditions on l'a mise* » (notes de terrain).

Le projet ayant échoué à accompagner les personnes sans domicile vers le logement, le LDR s'ouvre à un public plus large et recentre son activité sur la crise psychique. Après le départ de l'équipe d'intervention, aidées en cela par une temporalité d'accueil mal définie : « *en leur faisant croire que en fait c'est chez eux* » (Exp.LDR.2.2019), les personnes hébergées s'approprient le bâtiment. La prise de pouvoir est facilitée par l'absence physique des acteurs : les bénévoles sont progressivement partis, les salariés sont peu nombreux et travaillent à la réorganisation. Ces tensions importantes s'ajoutent aux luttes de pouvoir qui se situent à de nombreux niveaux dès le début du LDR : diffusion de l'information ; orientations du projet ; rapports (non)hiérarchiques ; oppositions entre bénévoles et salariés ; prise de possession du bâtiment par les personnes hébergées. Ces conflits sont favorisés par l'opacité des objectifs du projet et des moyens pour les atteindre, ainsi que par l'indétermination des relations hiérarchiques et du modèle décisionnel. En instituant le concept de communauté, les acteurs ont pensé, moi y compris, que les luttes de pouvoir pourraient s'effacer alors qu'elles se sont maintenues et ont fragilisé le sentiment de conformité interindividuelle. Mis en difficulté par ces enjeux le collectif éclate au détriment des individus. L'écart entre groupe d'appartenance et communauté imaginée est trop important, et les individus se regroupent et s'opposent à partir de caractéristiques identitaires, jouant l'exclusion de la non-conformité.

Après les réponses positives obtenues pour le financement du projet, une nouvelle équipe est recrutée sur une fiche de poste commune d'*Intervenant.e en santé mentale communautaire* (ISMC), qui vise à ne pas hiérarchiser les compétences professionnelles ou expérientielles. L'équipe instaure des relations plus apaisées avec les personnes hébergées de longue date et l'agressivité diminue grâce à une négociation quotidienne (Strauss, 1992). Les modalités d'intervention sont revues afin de répondre à un accueil de personnes en situation de crise psychique. Une présence en binôme est assurée sept jours sur sept, de 8h à 21h, et une astreinte téléphonique est mise en place sur le temps de nuit. Les missions des ISMC se déploient sur le versant collectif (animation de la vie quotidienne), et individuel (accompagnement au rétablissement). Enfin, les ISMC organisent et animent des rencontres incluant le réseau des personnes accueillies, selon l'approche OD (Olson *et al.*, 2014). L'OD est une évolution de la thérapie familiale systémique développée dans les années 1980 en Finlande (Alanen *et al.*, 1991). Dans les réunions OD, les thérapeutes sont intégrés au réseau, et échangent de manière transparente, devant les participants qui sont invités à réagir. L'idée est de favoriser la circulation des émotions, de s'adapter aux besoins du réseau, et de proposer une disponibilité dans les 24h (Seikkula *et al.*, 2011) (Cf. p.259).

Les dimensions collectives et individuelles de l'accompagnement sont soutenues par une posture professionnelle d'écoute de la parole des personnes accueillies, qui valorise leurs forces et leurs savoirs expérientiels (Borkman, 1976). Les personnes participent aux décisions qui les concernent, mais aussi à l'organisation du lieu, au plaidoyer, etc. En cohérence avec les pratiques de rétablissement, les intervenants s'appuient sur des outils conçus « par et pour » les personnes souffrant de troubles psychiques : directives anticipées (Tinland *et al.*, 2022), plan de rétablissement (Copeland, 2002), approche centrée sur la personne (Daval, 2008). Les modalités d'intervention se sont construites par expérimentation par allers-retours entre réflexion et pratique, et en intégrant l'erreur comme une possibilité d'évolution. Comme le souligne Gaston Bachelard : « l'essence même de la réflexion c'est de comprendre qu'on n'avait pas compris » (Bachelard, 1934).

Transition : un dispositif à l'image de son objet ou l'incertitude de la crise

L'analyse des données de terrain révèle une tension entre deux formes de temporalités, celle des acteurs et celle du contexte dont ils dépendent. Au niveau macrosocial, l'histoire longue situe le projet dans l'évolution politique et épistémique de la santé mentale, alors que le projet se développe avec une dynamique propre faite de contraintes externes, de choix internes et de relations interindividuelles. Un exemple de cette tension est la nécessité de développer des réponses alternatives aux vues de l'état actuel de l'hôpital psychiatrique, alors que les politiques de restriction budgétaire contrarient leur financement. Concrètement, dans le cas du LDR, des fonds ont été versés

en juin pour un exercice qui a débuté depuis janvier. La gestion financière des ressources humaines incombe aux gestionnaires, parfois bénévoles, qui tentent de concilier temporalité des financements et continuité des missions d'intervention. L'incertitude budgétaire qui s'ajoute aux imprécisions stratégiques troublent les acteurs et engendrent de l'inconfort, voire du ressentiment.

La tension temporelle s'observe aussi au niveau du modèle interventionnel, avec un projet qui s'appuie sur des concepts théoriques décrits dans les protocoles de recherche, mais sans que leur mise en pratique soit anticipée, ce dont témoigne l'un des rédacteur d'un projet de recherche : « *nous on était dans un truc qui était l'évaluation du dispositif, pas penser [concrètement] le dispositif* » (Che.Mars.2020). Des mois sont nécessaires pour éprouver le modèle d'intervention, alors que l'urgence des situations de crise demande une action immédiate. La discordance de ces deux temporalités place les intervenants dans une urgence temporelle avec des « *questions de fond à trancher presque dans l'urgence* » (Int.LDR.4.2019). Face aux situations de crise, les réponses à apporter sont immédiates, mais sans pouvoir se référer à un modèle établi. Dans ce contexte, l'ambiance est souvent qualifiée de « *tourbillon* » ou d'« *orage permanent* », dont les modulations se rapportent à ces deux temporalités différentes.

Au cours de l'année, s'observe des moments de tension générale comme l'approche des fêtes de fin d'année ou la période estivale. Durkheim (1981) a rapproché ces temps spécifiques d'instant de socialisation plus ou moins importants. Ces moments modifient toute la dynamique collective. Autre modalité temporelle, la durée des accueils est un sujet récurrent et nombreuses sont les personnes qui estiment que « *trois mois ça suffit pas forcément* » (Cf. p.242). La temporalité des accueils engendre un *turn-over* régulier¹ qui module également la dynamique collective. Le rapport au temps diffère aussi en fonction du poste occupé (Barrett, 1999). La réalisation du planning par exemple nécessite du temps de coordination mais pourtant l'organisation en reste insatisfaisante pour des ISMC pris par les contraintes de terrain. Si l'on considère le temps d'un point de vue plus proche de l'activité, il se structure autour des moments collectifs de la journée : le réveil, le repas du midi, la transmission, les réunions, le repas du soir, etc. Chaque jour possède sa dynamique particulière que les notes du cahier de liaison des ISMC montrent bien. L'animation est parfois palpable comme ce jour de Noël 2019 :

8h04, Us.LDR.11 est monté énervé au 1^{er} étage car Us.LDR.12 marche trop fort !

8h06, Us.LDR.12 est remonté après Us.LDR.13, a dormi sur le canapé !

¹ Huit personnes accueillies simultanément pour une durée de deux mois en moyenne correspond à une arrivée et un départ tous les dix jours environ.

8h20, Us.LDR.13 EMA-RI¹. Il est plus en forme qu'hier ! Il veut retourner [au CHRS] demain car c'est trop « *la folie* » ici

8h30, Us.LDR.14 est apparu au 2^{ème} étage, revient pour EMA

Us.LDR.12, appelle le 115, veut dormir [au CHRS] !

9h, veut dormir chez un collègue !

D'autres jours, les personnes accueillies éprouvent de l'ennui (Demailly, 2022) : « *souvent il y a des journées où ça se passe rien du tout* » (Us.LDR.3.2020). La perception du temps est différente pour les ISMC qui sont sollicités par les personnes accueillies, par des appels téléphoniques, par l'organisation ou la participation à une réunion, etc. Comme le souligne l'un des MSP :

Ce que je retiens c'est que j'avais pas énormément de temps dans la journée et que la plupart des jours j'étais tout le temps à regarder l'heure pour essayer de vite finir les trucs avant de partir et que ça soit pas possible d'être fait. (Exp.LDR.1.2022)

Le temps collectif est impacté par ces dynamiques dans une alternance entre compression et distension. Il existe un enjeu de contrôle des temporalités, que ce soit pour les ISMC, pour les personnes accueillies, pour les financeurs publiques ou pour les coordinateurs, mais avec des enjeux et des temporalités différentes. D'un côté le déploiement et l'organisation du LDR doivent reposer sur un rythme maîtrisé (périodes de financements, plannings, etc.), de l'autre l'imprévisibilité des rapports humains et l'instabilité de la crise psychique empêchent le contrôle des événements. Cette dichotomie est accentuée par la volonté collective de ne pas reproduire une organisation temporelle institutionnelle telle que décrite par Goffman (1968). La complexité engendrée par ces tensions indépassables apparaît comme une composante du dispositif, un état de fait avec lequel il faut composer. La notion de changement (Watzlawick *et al.*, 1981) et donc d'instabilité est d'ailleurs une composante du rétablissement : « *embedded in recovery writings is the notion of change* » (Onken *et al.*, 2007, p.10). Il n'est pas étonnant qu'elle occupe une place centrale dans un dispositif d'accueil de crise psychique.

¹ « Engagement mutuel d'accueil » et « règlement intérieur », les deux formulaires administratifs à signer à l'entrée dans le dispositif.

3. Spatialité de l'expérimentation

Pour saisir le contexte dans lequel émerge le dispositif, j'ai aussi considéré son espace physique qui comprend les spécificités locales dans lesquelles il s'implante (Labey & Noël, 2017), mais aussi les locaux qui agissent sur les pratiques professionnelles du projet et se transforment selon les valeurs morales de la communauté. Par exemple, en Irlande, au Brésil ou au Canada, l'usage de drogues et la dépression revêtent des considérations et des traitements différents de celles du contexte français (Horton, 2007). De même, la réception d'un LDR aurait été différente si le projet avait été développé dans une autre ville. Ou encore, la structure immobilière du bâtiment a entraîné des pratiques qui auraient différé dans un autre espace. Après avoir situé l'expérimentation dans son contexte politique international (Cf. p.84), puis national (Cf. p.96) je vais opérer un rapprochement progressif de l'échelle communale à l'espace immobilier dans lequel se déploient les pratiques d'intervention.

3.1 Contexte urbain

La dynamique locale marseillaise est souvent qualifiée de « *vrai puzzle* » tant sont nombreux les projets, les interactions et le déplacement des acteurs entre ces entités. Comme le souligne l'un de mes interlocuteurs : « *il y a tout une espèce de diaspora, de réseau dans tous les coins. Entre Eutopia, le collectif Machin, le collectif Truc...* » (Int.LDR.1.2017). La philosophie du rétablissement constitue un fil conducteur dans cet enchevêtrement.

Marseille, une cité dynamique pour le rétablissement

J'ai montré (Cf. p.104) qu'une partie des acteurs du LDR partage une histoire commune autour de projets en liens avec la santé mentale et la précarité. Les réflexions menées lors de divers évènements¹, l'intégration de types de savoirs variés (expérientiels, académiques, interventionnels, médicaux, etc.) et la résonance avec les questions de santé publique qui émergent ces dernières années, font de Marseille une ville à fort potentiel sur l'innovation en santé mentale (Rhenter *et al.*, 2018). Par exemple, des travailleurs pairs ont engagé la création d'une association dès 2008 : France médiation, dont l'objet était de « *promouvoir le savoir expérientiel auprès des pouvoirs publics* » (notes de terrain). Par la suite, plusieurs MSP suivent la formation du Centre collaborateur de l'OMS

¹ La Fada Pride, la Folle histoire de fous, diverses occasions de plaidoyer, le GEM des Nomades Célestes, etc.

pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) de 2012 et travaillent dans des équipes de l'AP-HM. Comme le relève un psychiatre hospitalier :

Alors c'est aussi très dépendant de l'environnement dans lequel on est. On a la chance à Marseille d'avoir quand même une diversité d'offres qu'il y a certainement pas dans d'autres endroits, donc ça allonge la discussion et ça ouvre des possibles.
(Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Parmi les projets développés dans la ville, le CoFor¹ est un centre de formation au rétablissement sur le modèle des *Recovery College* du Royaume-Uni (Thériault *et al.*, 2020) avec un fonctionnement par et pour les personnes directement concernées. L'association de MSP Esper Pro² est dynamique et a assuré le développement d'une plateforme territoriale de pairs ressources. Citons encore l'expérimentation des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAiP) (Tinland *et al.*, 2022) qui a eu lieu dans plusieurs villes de France et la recherche ODAMARS (Open Dialogue à Marseille) (Desvignes *et al.*, 2021). La ville compte également un groupe d'entendeurs de voix (Grard, 2016), un service *Working First*, ULICE une des seules équipes mobiles de crise en France (Naudin *et al.*, 2016), un centre référent pour la réhabilitation psychosociale et le rétablissement, une formation de Diplôme universitaire sur la pair-aidance, un dispositif innovant proposant une alternative à l'incarcération par le logement et le suivi intensif pour les personnes souffrant de troubles psychiques (AILSI), etc. C'est de ce terreau local fertile et d'une longue tradition de psychiatres phénoménologues, que naît le collectif du LDR.

Une organisation hospitalière complexe et fragmentée

La file active de la psychiatrie marseillaise est de 20 000 personnes environ, qui se répartissent sur des secteurs disparates sur le plan spatial, historique et philosophique. Il existe quatre grands pôles hospitaliers : *La Conception* pour le centre de la ville, *Sainte-Marguerite* pour les quartiers sud, *Valvert* à l'est de la ville et *Édouard Toulouse* pour le nord. L'AP-HM gère trois secteurs de psychiatrie sur le site de *Sainte Marguerite* (239 lits), trois secteurs sur le site de *La Conception* (179 lits) et les urgences psychiatriques (10 lits) sur le site de *La Timone*. Il y a deux principaux sites d'accueil d'urgence : le Centre d'accueil permanent de psychiatrie d'une durée de 48h (CAP 48), service de l'AP-HM situé physiquement dans les locaux de *La Timone* mais dépendant de *La Conception* ; le CAP 72, physiquement implanté dans les locaux de l'hôpital Nord (géré par l'AP-HM), mais relevant du centre

¹ <https://www.coforettablissement.fr/>

² <https://esperpro-mediateur.fr/>

hospitalier *Édouard Toulouse* (CHET). Les liens entre le LDR et les deux services d'urgence sont fréquents, avec une collaboration qui s'est construite dans la temporalité spécifique du projet, comme en témoigne Psychia.Pra.Hos.1 :

Il y a eu des fluctuations dans le lieu de répit, il y a eu des moments où on a pu adresser, et des moments où s'est compliqué. Donc nous quand on est confronté à ça, on a tendance à plus y penser. On se dit que c'est plus un recours possible, c'est assez difficile pour nous, on est dans une temporalité pressante [...] après avec l'équipe on n'a jamais aucune difficulté, j'ai jamais entendu parler de difficultés quelconques. On arrive à joindre les gens, ils nous répondent, ils ont de place ils ont pas de place, ou ça convient ou ça convient pas. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Le LDR est souvent perçu comme une solution pour les personnes sans domicile auxquelles il s'adressaient originellement. Mais le dispositif s'intègre également dans une évolution de la psychiatrie, comme le souligne l'un des médecins psychiatres des urgences lors d'une conversation téléphonique : « *le sens d'une structure comme [le LDR] est d'autant plus grand dans le contexte actuel de pénurie des lits sur Marseille* » (notes de terrain). Les liens entre dispositifs innovants et psychiatrie hospitalière se sont renforcés avec l'arrivée d'internes sensibilisés à l'approche du rétablissement, dont certains ont été accueillis au LDR pour un échange de pratiques. Pour les ISMC, la réciprocité des échanges a constitué une reconnaissance de leurs savoirs sur les troubles psychiques. Lors de la proposition de recevoir des internes, pour un temps de formation, un ISMC demande ce qu'ils « *nous donneront en échange ?* ». Une plaisanterie fuse en proposant à ce qu'ils « *nous payent [Rires]* », puis la contrepartie prend la forme de sorties d'isolement, par une sorte de don contre-don (Mauss, 2021).

Un environnement protégé, mais proche de la précarité

Le centre-ville de Marseille est l'un des seuls parmi les grandes agglomérations européennes habité majoritairement par des classes populaires (Crieckingen, 2008). Le centre-ville est également l'espace de vie de la plupart des personnes sans chez-soi et deux arrondissements très proches de l'hypercentre (le 2^{ème} et le 3^{ème}) sont des zones de très grande pauvreté, dont les ambitieux projets Euro-Méditerranée successifs aimeraient voir les habitants se déplacer vers la périphérie. L'implantation au plus près des lieux de vie des personnes sans chez-soi se justifiait au démarrage du projet qui s'adressait uniquement à cette population. D'autres dispositifs semblables au LDR ont fait des choix différents, comme celui de s'implanter à la périphérie de la ville dans un environnement calme et proche de la nature à l'instar de la *Run Away House* de Berlin.

Par la suite, la position centrale, mais hors des espaces très précaires, a été un atout car les locaux auraient sans doute été soumis à une pression plus importante s'ils avaient été situés dans des quartiers très défavorisés. L'inscription sociale aux alentours du *Palais Longchamp* est au contraire simplifiée et l'implantation en centre-ville permet un accès aisé aux professionnels de santé, et facilite l'inclusion sociale à l'inverse des ruptures prônées par les partisans d'un éloignement de la vitalité urbaine. Le LDR a la chance d'être situé au plus près du réseau de transports en commun et offre une simplicité d'accès à toutes les commodités, comme aux principaux services partenaires. De plus, le quartier autour de l'axe *Réformés-Longchamp* est dynamique sur le plan socio-culturel, ce qui favorise les opportunités de lien social. Dès le démarrage du projet le collectif a fait le choix d'ouvrir le dialogue avec le voisinage en organisant des journées portes ouvertes. Les relations n'ont pas été sans heurts, mais les habitudes de communication directe ont souvent permis de dépasser les conflits et la plupart des voisins soutiennent le projet.

3.2 Focale micro-spatiale : les locaux

Après avoir montré l'implantation du lieu dans son environnement urbain, je vais à présent en décrire les locaux. Il s'agit d'une présentation physique, mais aussi de l'incidence des lieux sur les pratiques professionnelles et inversement (Barrett, 1999). Par exemple, des questions se posent dès le départ pour savoir si le lieu convient à un accueil de crise (Cf. p.106). Au niveau de l'intervention, les discussions sur l'usage de l'espace sont récurrentes au fil des ans. Ce questionnement prend en considération le passage provisoire des personnes, la promiscuité importante, ou encore le rôle de transformation qu'entend jouer le dispositif. Les locaux sont comparés avec l'espace hospitalier et les espaces s'adaptent aux besoins, en fonction de la place prise par chacun et des énergies disponibles. Par exemple, le décroisement des espaces est propice à l'émulation collective, mais peut aussi réduire les capacités de concentration par des passages ininterrompus lors d'une réunion.



Photo : A. Blanc

Le bâtiment qui abrite le LDR est situé au 85 rue Jean de Bernardy dans le premier arrondissement. Le bâtiment est un ancien centre médico-psychologique (CMP). Il a été identifié par l'équipe MARSS dès 2010 et des négociations ont été entamées avec l'AP-HM afin de le réserver pour le projet. Une contractualisation entre l'association spécialisée dans l'habitat SOLIHA, HAS et l'AP-HM est signée pour la réhabilitation du lieu, dont la gérance est confiée à SOLIHA. HAS se désengage du projet en 2016 peu avant la fin de la rénovation, ce qui participe à la complexité des enjeux entre les acteurs du territoire marseillais. En fonction des dynamiques collectives, l'entretien (et la dégradation) des locaux est aléatoire. Des tags datant de l'emménagement témoignent de l'élan initial. Ils côtoient la cage d'escalier repeinte par un bénévole, et les décorations des habitants « historiques » se superposent aux aménagements pensés par les équipes d'intervention successives. Les locaux ont également bénéficié de l'inventivité et de la débrouillardise de personnes riches de savoir-faire qui, au gré des envies, des compétences et des bonnes volontés, ont modifié l'espace et son atmosphère.



Photo : A. Blanc

L'entretien des locaux, les réparations courantes, l'ameublement ou les difficultés plus structurelles (plomberie, évacuation, etc.) sont des points de discussion récurrents au sein du collectif, dont l'énergie et les compétences en termes de bricolage sont sollicitées. Les murs sont mis à rude épreuve par l'activité du lieu, les conflits qui s'y déroulent, le bri de matériel à la suite d'emportements, ou encore par l'usure consécutive aux périodes de désengagement. L'immeuble reste globalement peu fonctionnel, et la structure des locaux questionne les acteurs sur les potentiels tentatives de suicide rendues possibles dans des espaces comme la cage d'escalier et les passerelles. Malgré les réparations courantes réalisées par les acteurs non spécialisés, des dysfonctionnements profonds (système d'eau chaude et de chaufferie par exemple) persistent des années. Des documents annoncent que le bâtiment a bénéficié d'une réhabilitation spécifique pour accueillir des personnes en situation de crise psychique, mais dans les faits les équipements de première nécessité ne sont pas conçus pour une vie en collectivité. Ces désagréments nuisent aux conditions d'accueil et les locaux se dégradent rapidement.

Sur la façade de l'immeuble apparaissait l'inscription *Centre médico-psychologique* avant qu'elle soit repeinte en ciel étoilé sur fond sombre. Il y a deux entrées distinctes pour le bâtiment : une porte d'entrée classique donnant dans la cage d'escalier et une porte fenêtre par laquelle on aperçoit la pièce principale qui accueille les rencontres collectives. En entrant par la porte fenêtre, la longueur de la pièce s'étend devant nous. La nature et la disposition des meubles sont mouvantes et font varier l'ambiance, la rendant plus ou moins accueillante (de Castelbajac & Quintin, 2021). Au début du projet, la majorité des meubles a été fourni par Emmaüs, quand le LDR était destiné aux

personnes sans logement. Les meubles d'occasion donnent l'impression d'une histoire affective ancienne et apporte une tonalité chaleureuse, mais aussi baroque car ils sont dépareillés et parfois en mauvais état. Au fond de la pièce se trouve des toilettes, un bureau, ainsi qu'une petite cour extérieure. Juste à gauche en entrant dans la pièce principale se trouve la porte communiquant avec le hall d'escaliers.



Photo : A. Blanc

L'immeuble étant un bâtiment d'habitation ordinaire, la cage d'escaliers, également accessible depuis la rue, peut aisément être confondue avec celle d'un immeuble abritant des locataires individuels. A droite des escaliers, un étroit passage mène à un monte-charge desservant le premier étage, qui permet d'affirmer que le bâtiment est accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR). Le monte-charge a été peu utilisé avant de tomber en panne et d'attendre une hypothétique réparation. Les sols de la pièce collective du rez-de-chaussée et de la cage d'escalier sont contrastés (blanche dans la pièce, noir dans la cage d'escalier) ce qui participe à la distinction entre les deux espaces : « hébergement » et « animation ». La fermeture de cette porte a fait l'objet de discussions à diverses étapes du projet, à tel point que « *la question du rez-de-chaussée est centrale dans la gestion du lieu* » (notes de terrain). Preuve de l'adaptation du projet aux spécificités de l'espace, le rez-de-chaussée a été réservé au bureau de l'intervention lorsque les enjeux de sécurité sont apparus car c'est le seul espace du bâtiment à dénomination « établissement recevant du public » (ERP).

Le bâtiment s'élève sur quatre étages. Les trois premiers comprennent un appartement de trois ou quatre pièces, le quatrième deux appartements de deux pièces. Sur chaque palier, une porte

donne accès aux appartements avec deux chambres, une douche et des toilettes communes sur la droite, et sur la gauche, une salle à manger et une petite cuisine. Pour le premier et le deuxième étage, il est possible d'accéder à une passerelle qui passe au-dessus de la cour et conduit à un petit studio. Le quatrième étage a un statut particulier car les deux appartements permettent un hébergement autonome, l'un côté cour et l'autre côté rue. En fonction des époques, les espaces collectifs (salle de séjour, cuisine) sont à usage de l'ensemble des acteurs ou sont restreints par la privatisation individuelle ou les choix stratégiques. Us.LDR.15, par exemple, a habité plus d'un an et demi au troisième étage. Il a décoré le salon, y a installé ses meubles, son chat et y a parfois fait dormir sa famille. Les professionnels se voient alors empêchés symboliquement d'accéder à l'espace collectif qui devient privatif, voire exclusif. La répartition des espaces est apparue en 2019 comme une lutte symbolique entre les habitants de longue date et les promoteurs du projet qui leur demandaient de quitter les lieux. La nouvelle équipe d'intervention a dû reconquérir une place physique mais aussi symbolique. Le phénomène s'est reproduit entre l'équipe d'intervention et l'équipe de recherche lorsque celle-ci a tenté d'occuper plus de place dans le projet.

Comme le travail de concentration n'est pas toujours possible dans un lieu de crise, d'autres espaces ont été investis, notamment un espace de *coworking* dont les locaux sont situés à 500 mètres du LDR, où l'équipe de recherche et de coordination a occupé temporairement un bureau. L'environnement favorise l'ambiance studieuse et propose un ensemble de commodités (internet, photocopieuse, salles de réunion, etc.) plus accessibles qu'au LDR. Un autre espace a été investi sporadiquement : un renforcement de trois à quatre mètres carré, entouré de barrières et rempli de blocs de pierres afin d'en restreindre l'accès aux personnes sans chez soi (Mathieu & Ballesta, 2023). En 2019 et 2020, les ISMC s'y rendent au moment des pauses pour échanger à l'écart du groupe. L'espace revêt une dimension symbolique car il servait de lieu de vie à des personnes marginalisées.

3.3 Usage du bâti

J'ai décrit les espaces physiques dans lesquels l'activité du LDR se déploie. Je vais maintenant rendre compte de l'utilisation de ces espaces afin de donner à voir les conceptions idéologiques qui déterminent leur usage, et de percevoir comment l'espace agit sur les pratiques d'intervention (May, 2023 ; Meriaux & Denis, 2022 ; Ocloo *et al.*, 2020). La symbolique des espaces accessibles ou non aux usagers est centrale dans les lieux de soin psychique. Par exemple, l'ambiance d'un hôpital psychiatrique est plutôt austère, avec de nombreuses portes fermées (D'Hoop, 2022), des bruits qui ressemblent parfois à des écrous carcéraux, mais la psychothérapie institutionnelle a engagé des réflexions sur la circulation spatiale des patients (de Castelbajac & Quintin, 2021).

Qui est responsable ?

La façon dont sont utilisés les locaux dépend pour beaucoup du cadre légal et de la dynamique collective d'entretien. Au niveau législatif, le lieu oscille dans le flou initial sur la destination des locaux. La législation différencie les locaux à usage d'habitation et ceux recevant du public car il s'y applique des normes différentes. Le passage en ERP pose par ricochet la question d'une centrale incendie et donc celle de la présence d'un professionnel durant la nuit. *A contrario*, si les personnes sont accueillies sous contrat locatif, le statut d'hébergement évolue après deux mois de présence et oblige à constituer un dossier de séjour avec d'autres contraintes. Cette dénomination administrative est source de tensions au sein de l'association, dans les échanges avec les partenaires (ARS, SOLIHA), et par répercussion sur les intervenants et les personnes accueillies. Le flou sur ce sujet est amplifié par l'impréparation du projet et il faut attendre 2021 pour une formation sur les normes incendies.

Les aménagements du LDR sont régulièrement dégradés suite à des actes de violence, à des maladresses ou à un manque d'intérêt pour le matériel. En cas d'atteinte matérielle, le seul moyen à disposition des intervenants est que les personnes concernées fassent une déclaration à leur assurance. Étant donné le contexte heurté dans lequel ont lieu ces dégradations, les écueils administratifs auxquels sont confrontés les personnes accueillies, et la priorité donnée aux dégâts humains plutôt que matériels, les démarches dans ce sens restent marginales. Pour pouvoir envisager un remboursement par son assurance propre, l'association est alors tenue de porter plainte. Ce point, qui peut sembler anodin, pose la question de la responsabilité des personnes accueillies qui est tenue pour acquise quand il s'agit de mettre en avant les potentialités des usagers, mais qui s'estompe lorsque des dégâts matériels ont lieu, laissant les ISMC faire face à la situation, comme le montre ce dialogue lors d'un entretien de recherche :

J'ai tapé dans la porte parce que j'étais vraiment énervé j'ai donné un coup de tête aussi donc s'il y a besoin de réparation ben tu me diras...

Oui, je pense que ça serait bien de faire quelque chose, de réparer.

Ouais, c'était pas mon but d'être méchant mais... Ah c'est bon ! (Us.LDR.9.2020)

Comme les réparations sont difficiles à effectuer, les éléments abîmés le restent un certain temps, ce qui s'ajoute à la tension des acteurs vis-à-vis de la saleté, du désordre et de la promiscuité. De plus, le bailleur est peu impliqué dans les travaux de réparations et les demandes qui lui sont adressées ont du mal à aboutir, qu'il s'agisse de la réparation de la chaudière et des chauffages, ou encore des fuites d'eau. La dynamisation du cadre communautaire retombe sur l'équipe

d'intervention qui gère une grande partie de l'entretien. Des outils de répartition des tâches ménagères sont régulièrement pensés puis abandonnés. La propreté des lieux n'est pas seulement liée à l'hygiène élémentaire, mais elle est aussi un facteur pour aller mieux : « *c'est important que ce soit propre* » témoignent les habitants. Or, participer aux tâches ménagères n'est pas évident pour tout le monde, d'autant plus lorsqu'on se trouve en situation de détresse psychique et plusieurs voix se sont élevées contre cette injonction. Au départ le séjour est gratuit car il s'adresse aux personnes avec des moyens financiers réduits, et qu'un séjour au LDR ne doit pas se différencier d'un séjour à l'hôpital, pour lequel il n'y a pas d'avance de frais. Par la suite, une participation financière symbolique est instaurée pour tout séjour dans le lieu¹. Il est intéressant de noter que reviens sur ce sujet la « *question de responsabilité, si on paye on respecte les lieux, sinon on casse* » (notes de terrain). La participation financière est aussi vue comme un levier à l'engagement dans le collectif et les fonds collectés pourraient servir à l'organisation de repas communautaires avec les anciennes personnes accueillies.

Espaces et thérapeutique

Au-delà de la description des espaces en eux-mêmes, il existe des conceptions divergentes du lieu et de ses fonctions qui relèvent de la négociation (Strauss, 1992). Par exemple, les appartements du quatrième ont été pensés initialement pour être mis à disposition de « pairs référents » qui auraient une fonction de régulation du collectif et pourraient pallier l'absence de présence salariée pendant la nuit. À une autre époque, il est question de les sous-louer à des personnes en attente de logement individuel. Un autre exemple de l'incidence des conceptions théoriques sur l'espace est la question de l'installation d'une pièce « neutre » ou « de crise » qui servirait d'espace contenant lors des situations intenses (Mosher *et al.*, 2004). Un lieu dans lequel il est possible de s'extraire ou d'exprimer sa colère, sur lequel les avis divergent et qui ne voit pas le jour. L'occupation des espaces induit donc une certaine forme des pratiques et révèle des tensions entre les conceptions du projet, tout comme l'agencement du bâti induit des modalités d'accompagnement. Il y a donc une action réciproque des pratiques sur l'espace ainsi que de l'architecture sur les modalités d'intervention (Barrett, 1999), mais aussi sur le ressenti des usagers (de Castelbajac & Quintin, 2021).

Autre point conséquent pour les pratiques, les ISMC doivent s'adapter à l'absence d'espace confidentiel, car du fait de la minceur des cloisons, soit les acteurs se trouvent dans un espace collectif, soit les discussions peuvent être entendues situées dans la pièce adjacente. Seul l'espace du rez-de-

¹ Le montant a été fixé en fonction des ressources : 20 € par mois pour une personne percevant plus de 500 € mensuels, 10 € pour une personne percevant moins, et prix libre pour les personnes sans revenus.

chaussée est relativement confidentiel. Ceci implique que de nombreuses discussions se font à portée d'oreilles de toute personne présente dans les lieux, voire à l'extérieur. La non-confidentialité dépasse les murs du LDR car la cour, entourée de murs, fonctionne comme une caisse de résonance. Un des voisins affirme connaître tous les noms et les pathologies des personnes accueillies. Cette particularité entraîne des réflexions sur l'endroit où doivent avoir lieu les entretiens individuels, question qui se complique lorsque plusieurs entretiens ont lieu au même moment. Pour illustrer ce point, Exp.LDR.9 me rapporte un jour les propos de Us.LDR.11 qui lui dit qu'« *il en sait plus que moi sur ce qui se passe au LDR car il entend tout* ». Cette affirmation se confirme la semaine suivante, alors que Us.LDR.9 et Us.LDR.11 s'agressent mutuellement le jour même et que nous réalisons un entretien de recherche auprès de Us.LDR.9. Lorsque celui-ci évoque l'épisode s'étant déroulé le matin, Us.LDR.11 arrive en s'écriant : « *vous parlez de moi ? Je savais que vous parliez dans mon dos !* ».

La non-confidentialité est également problématique lorsque les réunions de coordination ont lieu dans la pièce voisine d'une chambre ou quand les situations individuelles sont exposées en réunion d'équipe alors que les espaces sont ouverts à tous, ce qui fait dire à un ISMC : « *je ne vois pas comment on va transmettre si on ne peut pas parler des gens ?* » (notes de terrain). La problématique de la confidentialité a parfois été évacuée car les idéaux étaient orientés sur le principe communautaire de la « présence de tous » induisant une forme de contrôle social. Mais ces principes moraux se heurtent à la réalité lorsque la confiance diminue et que des tensions apparaissent. Les membres du groupe commencent alors à se méfier des propos qu'ils prononcent et la transparence extrême entraîne une dissimulation des pensées. Pourtant, l'espace social peut être considéré comme une dimension du soin, comme pour la psychothérapie institutionnelle décrite par Antonioli : « la vie de l'institution doit impliquer une réflexion sur son propre mode de fonctionnement, et le traitement de la psychose ne peut être déconnecté du social » (Antonioli, 2023, p.145).

La dynamique collective recherchée est celle de rapports humains chaleureux, non-jugeant, réciproques et respectueux afin de réduire la stigmatisation perçue. Il s'agit d'une autre modalité spatiale, plus symbolique, qui est de l'ordre de la distance relationnelle. Pour Barrett (1999), la psychiatrie participe d'une séparation entre la personne et sa maladie par deux principes distincts. Le premier est la circulation entre les services, dont Goffman (1968) a déduit qu'elle renvoyait l'individu à son statut social. La seconde est celle de visions différenciées du patient selon la fonction exercée par le professionnel. Au LDR, la distance relationnelle est significativement réduite notamment par le partage du vécu opéré par les MSP, mais aussi par les autres ISMC (Cf. p.276). La « fragmentation » de l'individu dont fait état Barrett (1999) est réduite par l'indifférenciation des fonctions au sein de l'équipe. Enfin, les échanges réciproques résident dans le *choix* des intervenants de ne pas stigmatiser les personnes accueillies, et de penser la *dynamique relationnelle* comme *thérapeutique*. Pour pouvoir

évoquer avec les personnes concernées les tensions qui ne manquent pas de surgir, il est nécessaire de créer des espaces symboliques sécurisants, qui permettent la réflexion et l'échange. Les espaces de parole sont constitués de temps de réunion pendant lesquels il est possible d'apprendre à situer sa parole dans un groupe. La prise de parole en collectif favorise l'agentivité, définie par Grard comme :

la capacité à agir des sujets en tant qu'êtres sociaux, malgré les contraintes structurelles auxquelles ils doivent faire face ; cette capacité est elle-même fonction du degré d'autonomie et de liberté de choix dont ils disposent dans un contexte social spécifique, et de leurs dispositions à agir, penser et sentir. (Grard, 2011, p.62)

La participation aux échanges collectifs améliore ainsi le processus de rétablissement comme le souligne Claude Deutsch :

La prise de parole publique, parce qu'elle confère la dignité retrouvée, joue un rôle essentiel de contribution à la culture commune. Parce qu'elle vient combler le « trou lacunaire du récit » propre à l'invisibilité du subalterne, elle lui donne une place d'acteur et de contributeur à l'événement collectif. (Deutsch, 2015, p.15)

Limites et tensions dans l'utilisation de l'espace

La gestion de l'espace physique et symbolique est un sujet constant pour les ISMC chargés de maintenir une ambiance de qualité, mais ces visées se heurtent aux réalités matérielles qui sont source de tensions éthiques. Comme à l'hiver 2019 quand un ISMC note dans le cahier de liaison « *il n'y a plus de chauffage dans tout le bâtiment. Les esprits s'échauffent, Us.LDR.10 va craquer, il fait froid !!!* » (cahier de liaison). Quelques mois plus tard, un autre épisode vient révéler les limites du cadre moral. Des cafards ont investi l'immeuble depuis les parties communes comme la cuisine. Les ISMC notent qu'« *il faut aussi que les habitants nettoient plus les parties communes* », et qu'ils doivent faire le « *ménage dans les étages alors que c'est un lieu pour rendre les gens autonomes, ce serait aux habitants de nettoyer leur étage* » (cahier de liaison). Comme ces tâches ne sont pas effectuées, les ISMC sont surinvestis des tâches quotidiennes, poussant Exp.LDR.10 à exprimer son

Ras-le-bol général. Je ne suis pas femme de ménage ou cuisinier. Comment est-ce possible qu'en une journée je me retrouve à laver les chiottes, le frigo, faire les courses, à manger, la vaisselle après avoir cuisiner... ??? A quoi sert le planning sur le tableau ?? Nous devons en parler entre nous et avec les habitants. Bon courage à tous pour cette fin de semaine !!!
(cahier de liaison)

L'impression de manque d'autonomie des personnes accueillies est consécutive au non-respect de l'espace matériel. C'est également pour cette raison que les personnes accueillies sont « obligées » d'assister à la réunion collective lors d'un épisode de désinvestissement pour le collectif. Le frigo a été vidé la veille pour éviter que quelqu'un mange pendant la nuit et laisse la cuisine sale. Les rôles d'animation, de prise de notes, et de gestion du temps durant la réunion ont été décidés en amont et attribués aux salariés les plus aguerris. Le règlement intérieur est rappelé, des heures fixes de repas sont données, sans dérogation et il est précisé que le LDR n'est « *pas un hôtel restaurant, pas un foyer* » (notes de terrain). On observe un glissement entre un idéal initial d'autonomie et de responsabilisation, à partir duquel les ISMC dévient vers des actions « à la place de » générant tensions entre les représentations du poste et sa réalité concrète. Ces épisodes débouchent sur la dépréciation des capacités des personnes accueillies, jugées comme peu autonomes sur les tâches quotidiennes, mais responsables du maintien de la propreté. Comme cette fonction n'est pas remplie, le cadre réglementaire et ses obligations sont convoqués.

La nature des rapports entre ISMC et personnes accueillies est aussi perceptible dans le positionnement moral, entre division extrême des espaces « [le bureau] *c'est notre espace. Les hébergés ne doivent pas y avoir accès* » (notes de terrain), et posture d'ouverture avec des ISMC qui réalisent leurs tâches administratives dans l'espace collectif « [les portes] *devraient être tout le temps ouvertes* » (notes de terrain). Mais les situations limites (vols, risques d'atteinte à la vie privée) contraignent à la fermeture. Le maintien d'un environnement apaisé passe aussi par la gestion de l'utilisation des téléphones portables et de la musique, avec par exemple, l'instauration d'une règle sur la non-utilisation des téléphones pendant les repas. Enfin, la gestion communautaire du lieu rencontre sa plus grande limite la nuit, en l'absence des ISMC. À ce moment-là, comment demander à des personnes accueillies de gérer les potentiels événements graves qui sont amenés à se produire ? C'est le cas lorsqu'un membre du collectif est suspecté de viol dans la nuit. Une personne témoigne qu'elle n'a rien entendu parce que « *les médicaments ça [l']assomme* » (notes de terrain). Une autre était « *clouée sur [son] lit sans pouvoir bouger* » et elle a entendu tout le remue-ménage.

Conclusion du second chapitre

Dans ce chapitre, j'ai montré les échelles temporelles et spatiales dans lesquelles s'intègre le dispositif et le contexte des économies morales (Fassin, 2009). Le LDR se situe dans une histoire de la psychiatrie et de ses alternatives propre à son époque. Il répond à des besoins liés pour une part à des revendications sociales larges, et pour une autre part à la dynamique contemporaine du champ de la psychiatrie. Ensuite, la position spatiale du bâtiment définit un contexte local spécifique qui agit sur le modèle et des conditions matérielles qui déterminent en partie l'expérimentation. Enfin, la

description physique des locaux visibilise les difficultés des pratiques d'intervention et leurs conséquences sur la hiérarchie sociale du lieu. L'inscription spatiale est inséparable de la dimension morale, ou politique des acteurs, comme le signale l'un des MSP lors d'un *focus group* :

À Marseille j'ai rencontré la vie militante, je n'y connaissais rien, tout ce qui était militant c'était Martin Luther King, Angela Davis. À Marseille il y a une très forte précarité, donc beaucoup de gens sont traversés par ça, ont envie de faire bouger les choses, d'entrevoir une alternative au système capitaliste, de rencontrer toutes formes de groupes, je me suis dit que c'était très facile de reproduire ces dominations, que ça part de soi, que soi-même on est acteur de ça. C'est pour ça que j'aime bien [le LDR]. (Exp.LDR.12.2020)

Les principes communautaires résistent mal aux représentations de la crise psychique qui s'opposent aux conceptions égalitaires initiales. Les positionnements idéologiques divergents, et dans le flou organisationnel qui règne au démarrage du projet et les tensions inhérentes à la vie en collectivité le LDR donne l'image qu'il « *est un lieu en crise depuis le début* » (Int.Ext.LDR.1). Le dispositif et son objet s'homogénéisent, chacun intègre les qualités et les défauts de l'autre. Le processus d'objectivation des normes et valeurs du projet s'est déroulé dans le cadre d'une recherche procédant par aller-retours réflexifs entre théorie et pratiques. Dans le chapitre suivant, j'étudie les modalités de la RAP pour comprendre comment cette recherche a accompagné le développement du dispositif interventionnel.

Chapitre 3 : Normes et valeurs morales de l'expérimentation

Dans ce chapitre, j'analyse les normes de l'expérimentation LDR afin de montrer comment se sont formalisées d'une part la RAP du LDR et d'autre part ma pratique de recherche doctorale, bien qu'il ne s'agisse de deux entités totalement distinctes. Car l'une des spécificités de ma thèse est de s'être intégrée à un cadre scientifique préexistant incluant les personnes accueillies et leurs aidants, les partenaires, les professionnels et bénévoles. L'analyse des conditions de la RAP est nécessaire pour comprendre ses effets à trois niveaux : 1) sur les catégories d'acteurs, ou « la conscientisation [et] la prise de pouvoir des communautés sur leurs réalités » (Gélineau *et al.*, 2012, p.37) ; 2) sur les pratiques d'intervention, l'organisation du travail et les orientations du projet ; 3) sur la transformation sociale (Pourtois *et al.*, 2013 ; Van Trier, 1980) en proposant un nouveau modèle de résolution de la crise psychique. Dans le cadre de cette RAP, je m'associe à Freire car « ce que nous affirmons dans cet essai n'est ni le fruit de divagations intellectuelles ni le simple résultat de lectures, pour importantes qu'elles aient été. Notre propos est toujours ancré dans des situations concrètes » (2021, p.5).

1. Animer une approche inductive à visée opérationnelle

Après l'analyse contextuelle de l'expérimentation, j'observe à présent la construction du LDR en tant qu'objet d'étude scientifique tel que pensé dans le protocole de la RAP. Plusieurs projets de recherche sur le LDR ont été soumis à différentes époques. Celui déposé à la CNSA est le premier à obtenir une réponse positive. La participation des (ex)usagers de la psychiatrie y est valorisée et une tentative d'articulation avec le protocole porté par le laboratoire de santé publique est amorcée bien qu'elle demeure imparfaite (Cf. p.158). La dynamique participative nécessaire à ce projet ambitieux a été obtenue en recrutant les membres parmi le collectif initial (Cf. p.107), dont une part significative sont des (ex)usagers de la psychiatrie. Le financement de la CNSA (250 000 € sur trois ans) a largement contribué à la construction et la stabilisation du modèle d'intervention (Cf. p.152), et c'est sur ce montant que mon poste salarié en convention CIFRE a été financé.

En cohérence avec les idéaux de transformation sociale portés par le projet, la participation à la RAP a été un objectif prioritaire. Cette participation est vue comme un moyen de déstigmatisation de la schizophrénie et de la bipolarité trop souvent dépeintes de façon négative (Lampropoulos *et al.*, 2019 ; Michalak *et al.*, 2016 ; Yvon & Prouteau, 2017). La place accordée aux (ex)usagers de la psychiatrie vise également à modifier les rapports de domination épistémiques dans le champ de la

production scientifique et de la formation professionnelle (Basset *et al.*, 2006). La participation des (ex)usagers est enfin un moyen d'améliorer qualitativement la portée des résultats scientifiques, en favorisant les applications concrètes dans des contextes donnés. Comme le soulignent Godrie et ses collaborateurs : « les recherches participatives ne sont pas uniquement une façon de travailler à plus de justice cognitive ; elles sont aussi une manière de produire des résultats de recherche avec un haut niveau de validité contextuelle » (Godrie *et al.*, 2020, p.7). Il s'agit donc de construire des recherches qui puissent satisfaire concrètement les objectifs des groupes ciblés, tout en améliorant la cohérence entre la théorie et la pratique par la participation des individus.

D'une manière plus large, la participation revêt une visée politique qui passe par une prise de conscience individuelle et collective des populations marginalisées, à la fois de leur acquis culturels mais aussi, des contradictions systémiques (Fals-Borda, 1987 ; Freire, 2021 ; Popay *et al.*, 2021). Pour Nicolas Lechopier : « la recherche participative n'est pas une méthodologie particulière, mais bien plutôt une façon particulière de situer les relations entre la recherche, son objet et son contexte » (Lechopier, 2013, p.5). L'objectif transformatif de la RAP est donc processuel puisqu'il s'agit d'un acte d'apprentissage, voire d'un rapport social au savoir (Charlot, 1997). Différents types d'acteurs ont été engagés dans ce processus : les chercheurs que je nomme « académiques », c'est-à-dire les personnes qui ne se revendiquent pas par leur rapport personnel à la psychiatrie et dont l'affiliation principale est celle de la recherche (doctorant, salarié de l'équipe de recherche, stagiaire universitaire, etc.) ; et les chercheurs « non-académiques » qui participent à la RAP sur un pied d'égalité théorique avec les chercheurs académiques et qui sont généralement des (ex)usagers de la psychiatrie engagés dans la RAP à travers cette affiliation. Il s'agit là d'une schématisation théorique et les frontières sont parfois ténues (Cf. p.133).

J'ai identifié trois objectifs principaux de la RAP : 1) produire des résultats scientifiques pour accompagner la construction du modèle interventionnel local, soutenir son implantation et participer à son essaimage sur le territoire français en partant d'un modèle nord-américain ; 2) s'appropriier le processus de recherche, développer la conscientisation de ses implications politiques (Campbell & Jovchelovitch, 1999) et faciliter une acquisition réciproque de savoirs entre chercheurs académiques et non-académiques ; 3) conscientiser les leviers scientifiques à des fins d'*empowerment* (Cf. p.176), pour soi et les autres. Pour William Ninacs : « le concept d'*empowerment* est fondé sur l'idée que les individus et les collectivités ont le droit de participer aux décisions qui les concernent » (Ninacs, 2003, p.2). La participation demande toutefois une vigilance vis-à-vis des inégalités épistémiques définies comme les difficultés à témoigner d'expériences injustes. Ces difficultés peuvent provenir soit d'une perception sociale structurée par des critères dictés par les groupes dominants, soit de la décrédibilisation des personnes en raison de leur statut (Fricker, 2007 ; Godrie *et al.*, 2020).

Dans le cadre de la RAP, il a donc fallu viser une égalité de participation au processus réflexif pour que les savoirs expérientiels puissent bénéficier à la recherche. Il ne s'agit donc pas d'une opposition entre chercheurs académiques et non-académiques, particulièrement dans une perspective de SHS qui fonctionne à partir de l'expérience (Cf. p.217). Il s'agit d'un élargissement de la légitimité des savoirs, sans les restreindre à la sphère institutionnelle. Les savoirs expérientiels de *tous les chercheurs* peuvent se transformer en connaissances scientifiques pour peu qu'ils soient l'objet d'une analyse réflexive. Il y a donc une évolution de la posture de chercheur (Faulkner & Thompson, 2023) qui est considéré comme un rouage de la transformation des savoirs, partant de l'expérience pour aboutir à la production scientifique.

1.1 De quoi la RAP est-elle le nom ?

Avant d'entrer plus avant dans l'analyse de l'animation locale de la RAP, j'en présente les acteurs ainsi que les raisons de leur participation, en adoptant un point de vue situé depuis l'intérieur de l'expérimentation sociale. En pratique comment la participation se concrétise-t-elle ? De quelles manières des personnes d'horizons divers sont amenées à collaborer dans une perspective de production de connaissances ? Quels sont les savoirs mis en œuvre et comment s'imbriquent-ils les uns avec les autres ? J'explique dans les pages suivantes les modalités particulières du partage des savoirs qui induit de nouvelles pratiques basées sur la transparence et la congruence, comme le montre cette demande exaucée lors d'un entretien de recherche : « *je peux voir ton cahier ? Excuse-moi... oui c'est ça, ce que j'ai amené...* » (Exp.RAP.1.2022). Je m'intéresse également au langage en tant que vecteur de production de savoirs et « comme un outil de construction, de médiation qui façonne les savoirs et intervient dans l'élaboration des savoirs et dans la pratique scientifique » (Steffen *et al.*, 2015, p.324). C'est-à-dire qu'à cette approche innovante de faire de la recherche, se doit d'être adjoind des spécificités langagières qui traduisent une nouvelle articulation des savoirs.

Étymologiquement « participer » vient du latin *participare* « prendre part à », lui-même composé de la racine *pars, partis* « partie » et du verbe *capere, captus* « prendre », « capter », « saisir ». Participer s'est donc faire partie de quelque chose, ou encore se saisir d'une portion d'un tout. En tant que concept, la participation est hétérogène, peu définie, et sa portée symbolique a évolué dans le temps, parallèlement aux politiques publiques qui l'ont mobilisée (Jaeger, 2023). Le champ de la santé mentale constitue un terrain historiquement fertile de recherches participatives depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle (Monceau *et al.*, 2020). Comme l'a étudié Baptiste Godrie dans sa thèse : « la documentation d'initiatives de participation publique des usagers à l'organisation des services de santé mentale remonte aux années 1970 et les publications sur ce sujet connaissent

une explosion depuis la fin des années 1990 » (Godrie, 2014, p.97). La RAP du LDR s'appuie donc sur une pratique ancienne et rituelle, mais possède une originalité qui est liée à son contexte spécifique.

Dans le cas du LDR, bien que la RAP s'adresse à toute personne en lien avec le projet, dont les partenaires institutionnels (B. Hall, 1985), ce sont essentiellement les chercheurs salariés qui en ont assuré l'animation. La participation doit être évaluée puisqu'il a été largement montré que le principe peut être mis à profit pour des intérêts divergents (Arnstein, 1969 ; Bureau-Point & Hermann-Mesfen, 2014 ; Costa *et al.*, 2012 ; Wallerstein & Duran, 2010). Sherry Arnstein a proposé une grille qui est devenue un outil princeps sur la participation. Dans celle-ci, elle identifie huit niveaux de participation de « Manipulation » à « Contrôle citoyen », et bien que ses travaux aient fait l'objet de critiques sur le possible cumul de différents niveaux de participation (Jaeger, 2023), l'article d'Arnstein a le mérite de nous alerter sur l'illusion d'une redistribution complète du pouvoir en tant qu'enjeu central des démarches de RAP. Comme l'explique Thomas Saïas, le président de l'association française de psychologie communautaire :

Le principe de la recherche-action participative constitue l'exemple le plus abouti et le plus diffusé de l'« *empowerment* communautaire » : « recherche », car les besoins et ressources sont évalués rigoureusement, à l'aide d'une méthodologie contrôlée et rigoureuse ; « action », car toute recherche doit en elle-même générer des bénéfices pour la communauté ; « participative », car cette recherche ne saurait se faire sans les représentants de la communauté (partage du leadership) et la participation de celle-ci. (Saïas, 2009, p.13)

Les notions de participation, de changement social et d'*empowerment* sont historiquement associés à la psychologie communautaire d'origine sud-américaine (Loreto Martínez *et al.*, 2009). La RAP présente divers avantages dans les domaines en relation avec les populations dites vulnérables : elle associe les personnes directement concernées à la recherche (Michalak *et al.*, 2016) ; elle apporte des réponses concrètes et rapides aux difficultés rencontrées par les populations cibles (Kidd *et al.*, 2015) ; elle favorise l'implantation des projets innovants par un processus d'aller-retour entre réflexion et action (Greacen & Jouet, 2017) ; elle soutient le plaidoyer en produisant des données scientifiques (Wallcraft *et al.*, 2003) ; et enfin, elle agit sur l'*empowerment* des individus et des collectifs (Honey *et al.*, 2020 ; Mooney *et al.*, 2023 ; Pentecouteau, 2020). Son but ultime est la réappropriation des moyens de production de la connaissance scientifique par les personnes concernées (Fals-Borda, 1987 ; Gélinau *et al.*, 2012). Il donc bien question d'un *processus* au sens d'un mouvement inachevable, d'une transformation qui se rapproche du rétablissement (Duplantier, 2011). Fals-Borda définit ainsi la prise de pouvoir des personnes concernées par la recherche :

In this connection, people's power may be defined as the capacity of the grass-roots groups, which are exploited socially and economically, to articulate and systematise knowledge (both their own and that which comes from outside) in such a way that they can become protagonists in the advancement of their society and in defence of their own class and group interests. (1987, p.330)

Le premier but de la RAP est donc que les bénéficiaires renforcent leur pouvoir d'agir par l'intermédiaire de leur participation à la recherche (May, 2023 ; Ross, 2017) mais aussi de réduire les inégalités épistémiques dont sont victimes les (ex)usagers de la psychiatrie (Jones *et al.*, 2014 ; LeBlanc & Kinsella, 2016 ; Thornicroft & Tansella, 2005). Cette prise de pouvoir ne peut se faire qu'en questionnant les pratiques de recherche traditionnelles : « *experiential knowledge has the capacity to disrupt the illusion of rationality in mental health research and to transform our understandings* » (Faulkner & Thompson, 2023, p.556). La participation apparaît donc comme un moyen, et non une finalité, pour transformer les approches scientifiques et sociales traditionnelles.

Formes et pratiques de la RAP

Au LDR, la RAP a été menée dans un contexte évolutif, complexe et avec une participation conséquente. L'organe central de fonctionnement est le GRAP qui varie suivant les périodes et dont l'activité est un indicateur de la dynamique institutionnelle. Par exemple, en 2018, 22 rencontres ont eu lieu, avec une participation moyenne de neuf personnes, dont cinq (ex)usagers. En 2021, suite à mon passage sur la coordination générale du projet et au départ du chercheur pair, seules quelques réunions ont lieu, peu participatives et essentiellement organisationnelles. La recherche est parfois considérée comme plus ou moins extérieure au dispositif, symboliquement et physiquement puisqu'entre janvier 2019 et août 2020, les bureaux sont situés à l'extérieur du LDR. L'écart entre les deux pôles du projet s'agrandit avec le laboratoire de santé publique (EA 3279), dont l'équipe est externe au dispositif. De plus, le protocole PREPS comprend les axes et méthodes de recherche contre lesquels l'équipe d'intervention est la plus critique : approche quantitative, médico-économique et randomisation (Cf. p.158). Afin de créer les conditions d'une participation conséquente (Eyraud *et al.*, 2018), la rémunération est l'un des moyens de diminution des inégalités statutaires entre les co-chercheurs (Sartor, 2023). C'est ce qu'exprime l'un de mes interlocuteurs :

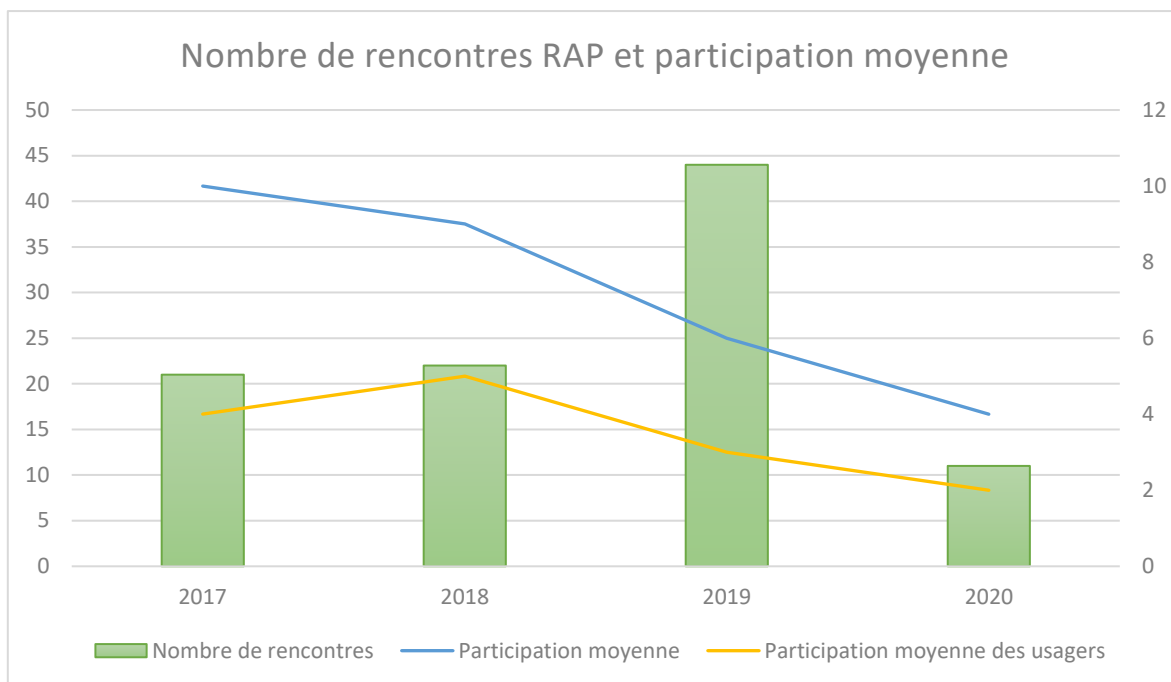
J'insistais aussi par rapport au fait que ce soit quand même rémunéré. Ça c'était important, même si c'était pas le moteur principal, mais il était toujours très important pour moi que les personnes soient... qu'il y ait une gratification d'une manière ou d'une

autre, je pense que c'est essentiel pour se sentir quelque part à niveau avec les personnes qui travaillent, puisqu'on travaille aussi. (Exp.RAP.1.2022)

Lorsque les conditions ont été remplies, une indemnisation a été proposée aux participants. L'objectif était aussi de stabiliser un noyau de personnes qui s'engageaient particulièrement dans le GRAP. Le sujet de l'indemnisation a également été soulevé dans la recherche menée par Eyraud et ses collaborateurs (2020). Les membres du GRAP non-académiques et non-salariés étaient indemnisés à hauteur de 10 € par heure de travail (réunions, passation d'entretien, rencontres de travail, etc.). L'existence d'une indemnisation a parfois questionné les motivations et la RAP pouvait constituer une source de complément de revenus plutôt qu'un intérêt scientifique ou réflexif. Ce phénomène a été facilité par l'ouverture large du GRAP sans prérequis :

Mais c'est vrai que je me dis quel diplôme il faut ? Est-ce que c'est accessible à des personnes qui n'auraient pas de diplôme ? Quelles études ? Voilà, quel niveau scientifique ? Quel cursus ? Quel parcours tu dois avoir pour pouvoir accéder à ça ? (Exp.RAP.1.2022)

La participation large et polymorphe du départ s'est restreinte par la suite et des questions ont émergé sur l'implication à long terme, la contribution, ou la taille critique du groupe. Par exemple, la constitution du GRAP, généralement ouvert, s'est fermée lors du recueil de données par entretiens pour des raisons de confidentialité et afin ne pas induire de biais. Eyraud et ses collaborateurs (2023) ont récemment étudié le phénomène d'auteurisation et comment le passage à l'écrit réactive des enjeux de pouvoir autour de la question des normes d'expression en vigueur dans le champ scientifique. En effet, le phénomène d'écriture scientifique est exclu et certains membres du groupe ont pu avoir l'impression de ne pas suffisamment être associés à cette étape de la recherche. Dans la RAP LDR, nous avons considéré que l'écriture d'un rapport scientifique peut être rebutante pour des chercheurs non-académiques et la rédaction en a été confiée aux salariés.



Evolution de la dynamique du GRAP

Début 2019, un poste de chercheur pair a été créé afin de renforcer quantitativement et qualitativement la présence des (ex)usagers dans la RAP, et d'identifier des priorités de recherche cohérentes avec leurs besoins. Comme l'ont souligné Alison Faulkner et Phil Thomas : « *redefining outcomes according to users' priorities can help to make greater sense of clinical research, improving its ecological validity* » (Faulkner & Thomas, 2002, p.2). La fiche de poste a été travaillée par le GRAP pour affiner les fonctions et le profil recherché. L'offre a été diffusée dans les réseaux du LDR, cinq candidats ont été reçus en entretien et la candidature retenue a fait consensus. La présence d'un pair chercheur a résolument contribué à l'amélioration du processus scientifique, en opérant un rapprochement entre les centres d'intérêts de l'enquête et ceux des usagers (Pomey *et al.*, 2015). Elle a également permis de rééquilibrer les rapports de pouvoir au sein du groupe en valorisant le savoir expérientiel et en identifiant les inégalités intersectionnelles (Mooney *et al.*, 2023). Enfin, la présence d'un (ex)usager de la psychiatrie sur un poste de recherche salarié a favorisé la participation en sensibilisant sur les intérêts de la recherche. Exp.RAP.1 a identifié l'intérêt de la RAP :

J'avais envie de participer à cette recherche parce que je trouve que c'est une démarche essentielle ce lieu de répit, il est exceptionnel et ça manque vraiment au paysage des solutions possibles, si ça n'existait pas quoi. Donc du coup je voulais participer aussi à maintenir ce projet, tout en étant dans la recherche participative, active.
(Exp.RAP.1.2022)

L'espace de la RAP a permis à des (ex)usagers de faire entendre leur point de vue et de participer activement à la formalisation du projet :

L'avantage que j'ai c'est que moi j'ai pu, ben du coup je me suis mis dans la recherche-action, voilà. Qui est très intéressante dans le sens où c'est ce qui se fait ici. Il y a une action ensuite on fait de la recherche autour de l'action qui a été menée, voilà. Donc on est plus dans l'action. Et ça c'est formidable. Le fait que nous on peut participer aussi, on peut donner notre avis et notre avis est tenu en compte. (Us.LDR.1.2018)

La participation a donc été une façon de contribuer à l'évolution des pratiques d'intervention, même si pour les ISMC la participation est parfois imposée, et les objectifs de la RAP peuvent sembler éloignés des préoccupations quotidiennes. Car la RAP incarne les idéaux du projet, mais elle cristallise aussi les tensions exacerbées par la collaboration d'acteurs aux profils variés, aux enjeux multiples et contradictoires, voire diamétralement opposées : « l'égalité entre les experts et les profanes ne se décrète pas » (Rabeharisoa & Callon, 2002, p.7). Enfin, s'engager dans une démarche scientifique a été ressentie par certains participants comme un levier de reprise de pouvoir d'agir. Toutefois, ce phénomène s'est aussi accompagné de tensions lorsque les inégalités systémiques sont réapparues.

La qualité des espaces d'échanges apparaît alors primordiale pour que les personnes puissent s'exprimer librement, condition *sine qua non* d'une participation effective (Eyraud *et al.*, 2020 ; Ocloo *et al.*, 2020 ; Ross, 2017). Des outils ont été mis en place afin de garantir une sécurité affective, comme la lecture du cadre collectif en début de rencontre. Celui-ci rappelle les conditions d'expression (respect et non-jugement, limitation du temps de parole, ponctualité, etc.) et organise la prise de parole, initiant une « *sensation de non-jugement, d'écoute, d'échanges et de soutien* » (Exp.RAP.1.2022). La météo de début de réunion est un temps durant lequel chacun exprime son état émotionnel. Les tensions majeures sont exprimées et une place spécifique peut leurs être accordée. Ces principes de bases servent à assurer une dynamique de groupe positive, afin de ne pas subir les tensions inhérentes à la participation qui ont parfois mis à mal la dynamique de réflexion. Les outils visent aussi à réduire la prise de parole par les porteurs de pouvoir symbolique fort (médecins, chercheurs, etc.) afin que toutes les personnes présentes puissent s'exprimer.

Rappeler le cadre en début de réunion a souvent eu un effet bénéfique sur l'ambiance. A *contrario*, il est arrivé que les rencontres du groupe RAP soit le théâtre de cris, de prise à partie, voire d'insultes qui affectent fortement les participants. L'analyse sociologique de ces interactions peut être menée à trois niveaux : celui de l'évènement qui suscite l'émotion, celui du contenu émotionnel, et celui de son appréciation morale. Au cœur de l'analyse de ces interactions se trouve également dans les relations de pouvoir car les réunions du GRAP sont parfois le théâtre d'enjeux qui dépassent le

cadre de la recherche. Comme ce jour où est organisé un *focus group* qui s'annonce particulièrement tendu car une date butoir vient d'être fixée pour le départ des habitants de longue durée¹. De fait, une altercation a lieu entre Us.LDR.11 et deux membres du GRAP qui sont repartis avant le début de la réunion. Un grand flou règne sur le lieu de la réunion et personne ne sait qui participe à la réunion ou non, de nombreux passages ayant lieu. Certains des participants ne viennent que pour parler de la date butoir, sans avoir une idée de l'ordre du jour de la réunion. Les interprétations sont nombreuses et la réunion cesse suite à une nouvelle altercation. Il y a heureusement des moments moins conflictuels, comme l'organisation de repas autour des questions de recherche qui ont permis aux personnes accueillies de prendre la parole et d'ébaucher la construction d'outils de recueil de données.

La recherche est donc utilisée alternativement par les acteurs selon les buts poursuivis. Elle peut servir à poser des revendications auprès des chercheurs qui jouent un rôle de médiateurs ; à rechercher des solutions concrètes à une problématique organisationnelle ; à accompagner à la prise de décision, etc. Le cadre de la RAP permet la formalisation d'échanges constructifs et donc l'apport d'une réflexion sur les orientations du dispositif. C'est ce qu'exprime Exp.RAP.1.2022 :

Je comprenais très bien au fur et à mesure tout ce que je faisais. Et ça c'est quelque chose d'important parce que je me sentais pas du tout dépassé par tout ce que je pouvais entreprendre. (Exp.RAP.1.2022)

La difficulté à construire un répertoire commun est souvent relevée comme un obstacle à l'organisation des recherches participatives (Steffen *et al.*, 2015). L'un des participants témoigne : « j'ai mis deux ans [pour apprendre le jargon méthodologique de la RAP] » (notes de terrain). Le discours se doit d'être accessible et non sentencieux afin de ne pas exclure une partie de l'auditoire : « en assumant la simplicité d'un discours accessible à ceux auquel il est destiné, permettant ainsi la participation active des usagers aux débats les concernant » (Saïas, 2009, p.10). Avant la participation effective, il est possible d'organiser une étape préalable, sur le vocabulaire de la recherche en partant de questions simples : « Qu'est-ce que vous avez envie de savoir ? » ; « Qu'est-ce que c'est pour vous la recherche ? » ; « Comment vous faites quand vous voulez savoir quelque chose ? ». Le but de l'exercice est de multiplier les points de vue pour construire une représentation qui intègre la vision de tous les participants. Voici un nouvel extrait d'entretien qui illustre ces réflexions :

¹ Les occupants n'ont finalement pas quitté le lieu à cette date.

Parce que ça donne une place à chacun comme il est, dans son intégrité, dans le sens de la participation. On n'attend pas un modèle particulier pour pouvoir participer, en fait sans les prérequis. Je pensais qu'on pouvait être chercheur seulement si on était scientifique. Mais là, avec le fait de participer avec nos compétences personnelles ça permet de participer à la recherche et c'était le but. Ça c'est hyper important. (Exp.RAP.1.2022)

Pour favoriser la participation, il importe d'ouvrir les espaces d'échanges et de ne pas en limiter l'accès à l'obtention d'un diplôme, comme c'est généralement le cas dans le champ académique. Mais d'un autre côté, la formation des participants est nécessaire pour que leur participation soit réelle et non cosmétique (Deutsch, 2017). Nous avons mis en place des temps de sensibilisation et de jeux de rôles, dans l'optique de la passation des entretiens de recherche. Les jeux de rôles ont été jugés bénéfiques par les participants, ou au contraire ont permis d'identifier les limites de leur engagement. Une autre modalité de formation a été la mise en pratique d'un exercice de codage d'entretien. Sur mon terrain, l'analyse collective des *verbatim* a été particulièrement riche et a ouvert des perspectives de réflexion quasiment illimitées (Mooney *et al.*, 2023). À la suite de ces temps de travail, nous avons envisagé la possibilité de recueillir et d'analyser les écarts d'interprétation en fonction du statut des chercheurs : pourquoi un bénévole pair perçoit un *verbatim* différemment d'un doctorant non pair ? Pourquoi tel individu, avec son expérience de vie unique, analyse un discours autrement que ne le fait un autre individu, tout aussi singulier ? Mais le temps, les moyens et la disponibilité nous ont manqués pour suivre ces pistes. La formation des chercheurs non pairs aux enjeux de la participation est également un levier qu'il faut garder à l'esprit, afin que ce ne soient pas toujours les groupes dominés qui s'adaptent à la norme, mais que les acteurs plus institutionnels fassent évoluer leurs pratiques.

Un autre type de facilitateur concerne l'animation et la qualité de la dynamique de groupe, qu'un participant juge positivement : « *je me sentais soutenu quand j'avais des doutes ou des remises en question ou des écarts* » (Exp.RAP.1.2022). Les personnes en charge de l'animation doivent préparer la rencontre avec un ordre du jour, éventuellement construit de manière collaborative, envoyé en amont de la réunion, mais modulable en fonction des besoins sur l'instant¹. L'animation de la réunion, comme la prise de notes, peuvent se faire à tour de rôle. La personne qui coordonne les travaux doit avoir une vision claire des enjeux d'une rencontre, des potentiels obstacles qui peuvent se dresser, des points à développer, etc. Enfin, l'instauration d'un cadre bienveillant et sécurisant

¹ Il peut s'agir par exemple de déterminer l'ordre des points à aborder avec les participants ou de définir des priorisations, des temps dédiés à chaque point, etc.

permet aux acteurs de partager leurs questionnements avec le groupe. La bienveillance est évoquée par Exp.RAP.1 comme un ingrédient *sine qua non* de son implication :

Il y a une bonne ouverture pour aller vérifier ce qu'il en est par rapport à soi, et ça a énormément facilité la démarche. Sinon ça restait quelque chose qui était à peu près impossible pour moi, c'était pas mon monde, donc c'est une démystification de tout ça.
(Exp.RAP.1.2022)

Pour instaurer un espace sécurisant et non-jugeant, il est nécessaire de porter une attention particulière aux inégalités de statuts et donc à la répartition de la parole en tant que marqueur de pouvoir (Bornand *et al.*, 2015). L'égalité statutaire constitue un socle à partir duquel la co-construction est rendue possible :

Tout de suite je me suis senti dans la même posture que les autres, alors que je m'étais posé beaucoup de questions quant à ce que je pouvais amener ou pas à cette recherche.
(Exp.RAP.1.2022)

Il s'agit de réduire les inégalités épistémiques et de prendre en compte la construction sociale et individuelle du savoir, tout comme celle des individus qui le partagent. Comme le notent Roisin Mooney et ses collaborateurs : « *the adoption of an epistemic justice framework recognises that knowledge is socially constructed and is valued irrespective of the source or social status of the person sharing their knowledge* » (Mooney *et al.*, 2023, p.2). Enfin, des temps spécifiques de régulation peuvent être mis en place pour exprimer les tensions ou pour que les participants puissent construire une réflexion sur leurs pratiques. Ces temps *sur* les pratiques contribuent à garder les questionnements ouverts :

Des mises au point régulières [...] ou analyse de pratiques, de ce qu'on fait, comment on le fait pour chacun et où on en est, et comment on pense continuer. Régulièrement voir où on veut aller encore ensemble. Et réfléchir régulièrement sur la façon d'avancer, perso et ensemble. (Exp.RAP.1.2022)

Dans l'espace local de la RAP LDR, les modalités pratiques de la recherche se sont donc construites autour de plusieurs choix décisifs dans le processus participatif : ouverture des groupes et indemnisation des personnes impliquées ; embauche d'un chercheur pair ; usage d'un vocabulaire simple et accessible ; attention portée aux inégalités statutaires et à la dynamique d'échanges ; formation par la pratique ; mise en place d'espaces réflexifs sur l'expérience de recherche. Je vais à

présent m'intéresser à la façon dont les différents savoirs (expérientiels, professionnels et universitaires) se sont rencontrés, opposés et articulés.

Complémentarité des savoirs

Les savoirs expérientiels ne sont pas présents à l'état naturel de la recherche telle qu'elle est conçue en Occident (Abbott, 2001). Une action sur l'environnement est donc nécessaire pour qu'ils soient intégrés à la réflexion scientifique et leur introduction doit s'accompagner d'une remise en question de la hiérarchie symbolique préexistante entre les savoirs (Godrie, 2019). Si, nous considérons avec Bloor (1983) que toute construction de savoir est socialement, historiquement et subjectivement située, les savoirs expérientiels incarnent la forme assumée et aboutie de cette subjectivité. Autrement dit : « les formalistes partagent ce trait avec tous les positivistes, qui croient pratiquer la science et chercher la vérité, oubliant qu'ils s'appuient sur des présupposés arbitraires » (Tedorov préface à Bakhtine, 1984, p.12). Au LDR, les savoirs expérientiels ont été valorisés dès le début du processus de recherche et des outils sont mobilisés pour renforcer la présence des usagers. Ce choix transparait dans le projet de recherche déposé à la CNSA, ainsi que dans le choix de la RAP comme méthodologie. La participation engendre des tensions autour des rapports de pouvoir, conséquence logique de la modification des rapports de force induite par la place plus importante donnée aux (ex)usagers (Fals-Borda, 1987 ; Holley *et al.*, 2015 ; Jones *et al.*, 2014, LDR, 2020), notamment dans la production scientifique (LeBlanc & Kinsella, 2016 ; Russo, 2012 ; Sartor, 2023).

Historiquement, plusieurs ouvrages œuvrent de manière concomitante à la reconnaissance et au déploiement des savoirs expérientiels en France. Il n'est pas anodin que la première attestation de l'adjectif « *expérientiel* » soit relevée dans la traduction française de l'ouvrage de R.D. Laing *La politique de l'expérience* (1969). Au même moment sont promus les savoirs expérientiels importés des USA et du Canada (Lochard, 2007). La notion prend une autre dimension dans les années 1980 suite à l'épidémie de VIH-Sida qui laisse les praticiens et décideurs politiques ignorants sur les modalités de transmission de la maladie et donc sur les mesures sanitaires à mettre en place. Ce sont les usagers qui, par leur connaissance empirique, produisent du savoir et participent à combattre l'épidémie (Paulay-Kocak, 2008). Cet épisode constitue en France une réelle modification du rapport de force entre soignés et soignants (Fainzang, 2015) et est notamment à l'origine de l'université des patients (Tourette-Turgis, 2013).

Bien que la modification des rapports de force entre soignés et soignants concerne l'ensemble du champ de la santé, la psychiatrie occupe une place épistémique particulière quant aux savoirs expérientiels. Dans la lignée du développement du *peer-support* aux USA, les travailleurs pairs en santé mentale font figure de pionniers sur le sujet. Le parallèle est sans doute facilité par la proximité

entre santé mentale et troubles addictifs car les consommateurs d'alcool et de « narcotiques » ont su très tôt se rencontrer pour établir des démarches de soin à partir de leurs expériences (Autès, 2020 ; Gardien, 2010 ; Jauffret-Roustide, 2010). En effet, les savoirs expérientiels s'élaborent à partir d'expériences individuelles mais c'est bien par l'intermédiaire du groupe que peuvent s'opérer des comparaisons et des montées en généralité (Borkman, 1976).

Les savoirs expérientiels jouent un rôle de plus en plus important dans le champ médico-social où les professionnels sont confrontés à des limites dans l'accompagnement des patients (Pomey *et al.*, 2015). Mais ils ne sont pas une panacée qu'il suffirait d'appliquer pour résoudre les difficultés. Ils posent en creux la question de l'ignorance et de la co-construction. Le terme est d'ailleurs peu délimité par les rares ouvrages qui s'y consacrent et fait l'objet d'une controverse scientifique ancienne (Gardien, 2020). Les tensions éthiques, politiques et épistémiques entre savoirs universitaires et expérientiels renvoient également à des enjeux de place sociale privilégiée d'un côté et marginalisée de l'autre (Jouet *et al.*, 2023 ; Loignon *et al.*, 2018). Les savoirs expérientiels sont donc encore en recherche de légitimité dans un contexte où les témoignages sont plébiscités lorsqu'ils valorisent la présence des usagers (Loubières *et al.*, 2018), et bâillonnés lorsqu'ils énoncent des points de vue trop critiques (Godrie, 2019). Au-delà de l'intérêt scientifique des savoirs expérientiels, se trouvent donc des questions relatives au pouvoir d'agir des (ex)usagers. Au sein de la RAP du LDR, nous avons tenté de dépasser ces inégalités statutaires :

Personnellement j'ai pas ressenti de différences de postures [entre les chercheurs pairs et non pairs]. [...] j'avais pas ce sentiment d'être inférieurisé ou dominé ou mal perçu.
(Exp.RAP.1.2022)

Les tensions de distribution du pouvoir ont été présentes mais ont été atténuées dans le GRAP par des modalités spécifiques (Cf. p.133). Les chercheurs étaient sensibilisés à ces enjeux et ont fait preuve de vigilance sur les inégalités systémiques. Le *verbatim* suivant relève l'importance des postures individuelles vis-à-vis de la participation :

L'avantage c'est que ces personnes-là on les découvre autrement. Pourquoi, parce qu'ici on se sent pas stigmatisé. [...] je vois bien comment on fait avec les usagers. Et c'est super parce qu'on est écouté. On s'intéresse vraiment à ce qu'on dit et dans les rendus on retrouve, on tient compte de ce qu'on dit. Quand j'interviens dans des groupes recherche ou qu'on me sollicite pour participer à certaines choses, mon avis on en tient compte. Et des fois ça permet de faire avancer et moi j'apprends beaucoup parce qu'en vous écoutant

tous, je vois un peu comment vous fonctionnez et aussi je veille à ce que ça aille bien dans l'intérêt du projet. (Us.LDR.1.2017)

La forme collaborative a donc permis à des participants d'être écoutés de la même manière que d'autres co-chercheurs. Pour analyser l'apport des savoirs expérientiels il convient de s'intéresser aussi aux autres formes de savoir, au partage qui s'opère entre elles, et pas seulement au transfert de l'une vers l'autre. Car considérer uniquement l'apport des savoirs expérientiels à la recherche, c'est prendre le risque de percevoir les (ex)usagers comme des réservoirs de savoir dont il reviendrait aux chercheurs académiques en mal de nouveauté et de sensationnel d'en extraire le contenu (Godrie, 2021). Or, chaque participant possède des connaissances qui sont en partie propres à chacun et en partie générales. Par exemple, j'ai une connaissance des méthodes de recherche en SHS que d'autres participants à la recherche ne possédaient pas, mais qui sont partagées par d'autres chercheurs en sciences sociales. Ou encore, une (ex)usagère de la psychiatrie et moi partageons des connaissances sur le système de soin en santé mentale, mais elle partage avec d'autres (ex)usagers des savoirs issus de son vécu que je ne possède pas. Ces rapprochements sont apparus lors des rencontres du GRAP et ont été la source de réflexions fertiles. La mise en commun de ces différents types de savoirs a créé une émulation intellectuelle, loin d'une simple transmission entre les tenants de l'un des savoirs et les autres.

Dans notre cas, les savoirs expérientiels et académiques se sont donc hybridés (Rullac, 2021). Ce processus a été favorisé par les parcours variés des participants : un étudiant en philosophie usager de la psychiatrie, une stagiaire en psychologie spécialisée en addictologie, un chargé de recherche avec une expérience en santé communautaire, un doctorant en anthropologie, un expert du parcours de rétablissement, etc. Exp.RAP.1 note que l'hétérogénéité a constitué une richesse pour les échanges collectifs : « *il y avait beaucoup de regards différents, de postures différentes chez les personnes que je pouvais rencontrer, j'avais une vue globale* » (Exp.RAP.1.2022). Le croisement des regards multiples a permis une perception globale de l'objet de recherche et a bénéficié aux chercheurs académiques et non-académiques placés dans une posture réflexive (Le Floch, 2023 ; Ross, 2017) : « *après il y a eu une démarche intérieure et un questionnement* » (Exp.RAP.1.2022). La pratique de la RAP a amené les participants à développer des savoirs scientifiques, comme le montre ce *verbatim* :

Alors moi ça m'a beaucoup appris [la RAP], en plus à canaliser les pratiques. À mettre en place des méthodologies. Puis la recherche socio après tout le vocabulaire, le jargon technique. (Exp.LDR.2.2019)

Certains ont éprouvé un sentiment d'espoir face aux perspectives de la recherche :

Donc on le découvre par nous-même, parce qu'il y a des gens qui voyagent, parce qu'il y a des gens qui font de la recherche et qui nous donnent ces éléments. Nous automatiquement on est influencés. Et ça nous donne de l'espoir. (Us.LDR.1.2017)

Ce phénomène réflexif et évolutif est aussi valable pour les chercheurs plus traditionnels comme un stagiaire qui témoigne dans son mémoire de Master que « ce stage fût au final une vraie leçon de vie, chamboulant ma conception de la recherche, et de ses objectifs, mon rapport à la connaissance » (Devaux, 2019, p.6). J'ai moi-même beaucoup appris auprès des « apprentis » chercheurs. Enfin, un participant témoigne d'un changement de statut social, voire de groupe de rattachement, observé également par Godrie (2014) :

Parfois j'ai l'impression d'être rien, pas un vrai chercheur et pas un vrai pair parce que le fait d'être au contact de chercheurs et d'institutions m'éloigne de réalités que j'ai pu connaître, donc c'est troublant comme identité professionnelle. (Exp.RAP.2.2020)

Grace à ces échanges de savoirs les chercheurs non-académiques ont mieux saisi les impératifs de la recherche et les chercheurs académiques ont intégré des remarques profanes qui stimulaient la réflexion collective. Les membres du groupe ont donc fait conjointement évoluer leurs postures, comme en témoigne ce participant : « *il y avait des moments où je répondais pas en tant que personne concernée, mais je pouvais me poser les mêmes questions [que les chercheurs académiques] justement sur certaines formes de pratiques ou perceptions* » (Exp.RAP.1.2022). Les *normes morales* véhiculées au sein des *interactions sociales* spécifiques du GRAP ont engendré un *empowerment* individuel pour Exp.RAP.1 : « *intellectuellement, j'ai beaucoup avancé et réfléchi [...] ça a énormément participé à remettre le cerveau en route et à aller plus loin* » (Exp.RAP.1.2022).

L'intégration des savoirs expérientiels dans le GRAP a donc été bénéfique a plus d'un titre avec une réflexivité enrichie par l'interaction des savoirs (Lechopier, 2013 ; Michalak *et al.*, 2016 ; Pomey *et al.*, 2015 ; Russo, 2012), un apport spécifique et un processus d'*empowerment* pour les participants (Le Floch, 2023). Mais pour cela, la réciprocité a été un prérequis indispensable. Il n'a pas été uniquement question d'un transfert de connaissances expérientielles vers le milieu l'académique ou inversement, mais d'un processus qui affecte chaque partie prenante. Dans notre cas, les apports expérientiels ont pu être intégrés car les salariés garantissaient le cadre scientifique et éthique de la recherche tout en assurant la cohérence des actions du GRAP avec le volet interventionnel du dispositif. La présence d'un chercheur pair a renforcé ces principes. L'absence de ce poste aurait constitué un handicap éthique et scientifique important. Traiter la question des savoirs a impliqué de penser conjointement celle du pouvoir, source de tensions et de conflits nécessaires à l'élaboration

d'une nouvelle dynamique collective (Jones *et al.*, 2014). Dans un article récent Faulkner et Thompson (2023) ont relevé les implications émotionnelles d'une participation à la recherche pour les usagers de la psychiatrie. Elles soulignent que :

Most of the other authors to have touched on this theme identify the value of building in spaces for open dialogue to take place, where people with lived experience have the time and space to reflect on the impact of this work and their identity. (Faulkner & Thompson, 2023, p.555)

Contribuer à la recherche est l'une des formes que peut revêtir la participation, mais si celle-ci est incomplète elle se transforme en source d'injustice. Comme le note Marcel Jaeger : « la participation n'est réelle que si, en amont des procédures, les citoyens peuvent contribuer à la définition de la forme et de la nature de l'expérience qu'ils vont vivre » (Jaeger, 2023, p.25). La participation importante des personnes concernées dans le projet LDR en général, et dans la RAP en particulier, a suivi la dynamique globale et les moments de crises collectives. Lorsque des inégalités réapparaissent au grand jour elles renforçaient le sentiment de tromperie qui pouvait être ressenti. À ces périodes, les interruptions intempestives et les interactions conflictuelles ont été fréquentes. Les personnes expriment fortement leur courroux et l'expression d'un ressenti négatif s'alimente de reproches individuels. Le GRAP joue alors le rôle d'une scène d'expression où les acteurs peuvent venir témoigner des injustices ressenties. La source de la colère de certains participants a été la place qui leur était assignée comme « *pair de service* » (notes de terrain), dans une prise de conscience que la collaboration égalitaire se transforme en présence alibi et non comme une véritable prise en compte de leur parole (Eyraud *et al.*, 2020). La colère exprimée est à la taille de l'imposture ressentie et les vraies règles du jeu apparaissent : « *now they too know how to play* » (Arnstein, 1969, p.218). Il faut toutefois se garder d'une critique *a priori* puisque la tromperie n'est pas systématique :

C'est ça qui me plait aussi, c'est que tous ces projets [...] c'est d'inclure dans le projet les personnes, les pairs aidants qu'on appelle ou des professionnels usagers. Et cette place on n'avait un peu peur parce que dans le temps on a souvent servi de potiches, mais là non. Ça a évolué comme le fait de faire des binômes professionnels et usagers. (Us.LDR.1.2017)

Pour conclure cette sous-partie, la complémentarité des savoirs ne se décrète pas mais elle doit faire l'objet d'une réflexion théorique et de dispositifs concrets. Du fait de la proximité entre savoir et pouvoir, les rencontres de recherche sont des espaces où les enjeux se visibilisent et touchent en premier lieu les personnes vulnérables qui peuvent alors être renvoyées à un statut d'infériorité.

L'intérêt que représente les savoirs d'expérience ne doit donc pas se départir de questionnements éthiques afin de ne pas enrôler des usagers à la seule fin de caution morale (Russo, 2012). Une fois ces considérations préalables exposées, je vais dorénavant présenter les effets théoriques et pratiques de la RAP au sein du dispositif. Après avoir resitué historiquement et conceptuellement l'approche de la recherche-action, j'expose comment elle s'est déclinée à l'échelle du LDR au niveau des interactions spécifiques, comme des outils qui ont été construits. J'analyse ensuite l'articulation complexe et changeante entre la recherche et l'intervention, avant de présenter les formes émotionnelles qui semblent adjointes à la spécificité du terrain d'enquête.

1.2 Effets théoriques et pratiques

Les théories du psychologue étasunien John Dewey sont parfois considérées comme étant à l'origine de la recherche-action (Dewey, 2015) et son approche pragmatiste a été mobilisée dans la formulation de la *grounded theory* (Strauss & Corbin, 1990). En pratique, l'équipe du psychologue australien Elton Mayo préfigure le concept de recherche-action lors d'une enquête à la *Western Electric Company* en 1929. Alors qu'ils étudient les moyens d'améliorer l'absentéisme des salariées, les chercheurs vont montrer que les *interactions sociales* au sein du groupe de travailleuses jouent un rôle plus important que toute autre variable. L'équipe de recherche mène alors un plaidoyer auprès de la direction de l'entreprise pour la mise en place d'un modèle organisationnel basé sur ces conclusions (Mendras, 2016). C'est le psychologue Kurt Lewin qui utilise le premier le terme « *action-research* » (Lenoir, 2012) en reprenant les apports de Mayo et en les approfondissant (Hess, 1981).

Pour Lewin, la recherche-action produit et valide des savoirs empiriques dans un contexte spécifique. Ceci implique qu'elle soit menée dans l'environnement de production des savoirs issus de l'expérience, et non en laboratoire, et qu'elle doit considérer le vécu des acteurs qui participent à l'étude. La conception lewinienne initiale s'est enrichie au fil du temps par un déplacement du pôle « recherche » vers le pôle « action » (Ardoino, 1988). Il est intéressant de constater que des concepts issus de la recherche-action, comme le psychodrame de Jakob Moreno, ont infusé dans les pratiques communautaires en santé mentale (Fussinger, 2010). Dans la lignée des chercheurs de l'université de Chicago, les leviers méthodologiques et conceptuels de la recherche-action ont également accompagné les démarches d'autonomisation des années 1960-1970 (Chapoulie, 1984 ; Hall, 1981).

En pratique, la recherche-action constitue un point de rencontre entre une volonté de changement social et une intention de recherche (Gonzalez-Laporte, 2014). Plusieurs théoriciens de la recherche-action, comme Fals-Borda et Rahman (1991), formulent une critique sociale de la science considérée comme un instrument de pouvoir. Pour eux, l'émancipation est centrale dans la recherche-action et celle-ci doit permettre aux groupes dominés de prendre conscience de leurs possibilités

d'action tout en développant des compétences scientifiques (Freire, 2021). En facilitant la participation des personnes directement concernées (Berger *et al.*, 2023 ; Mooney *et al.*, 2023 ; Russo, 2012), la recherche-action facilite l'ouverture de débats politiques (Blangy *et al.*, 2018) et questionne la place épistémologique du savoir profane (Mooney *et al.*, 2023). Elle a donc une visée de transformation sociale (Monceau *et al.*, 2020) car « elle implique de réorienter les pratiques et la théorie afin de générer de nouvelles connaissances, non pas pour expliquer la réalité, mais pour agir sur celle-ci, dans un but social » (Ximena López Rieux, 2021, p.162). Elle donc à la fois une méthode scientifique et un outil politique.

Il existe de multiples formes de recherche-action et de contextes comme l'a montré Yves Bonny : « dès l'instant où l'on y regarde de plus près, l'on constate qu'il y a autant de courants se réclamant de la recherche-action qu'il y a de contextes d'émergence et de projets ayant conduit à mobiliser cette expression » (Bonny, 2014, p.1). Il n'existe pas non plus de définition univoque, voire pour certains chercheurs : « paradoxalement, il n'est ni possible, ni souhaitable de partir ou même d'aboutir à une définition achevée de la recherche-action » (Albaladejo & Casabianca, 1997, p.129). Trois dimensions se retrouvent toutefois dans toutes les recherches-action : le changement ; l'élaboration de connaissances ; l'intervention. Ces trois éléments « revêtent des significations différenciées en fonction des postulats épistémologiques et de la vision de la réalité sociale qu'elles portent » (Allard-Poesi & Perret, 2003, p.1). Fisher s'est toutefois essayé à en donner une définition dans un article opportunément intitulé *What is action-research?* :

Action-research can be defined as a process in which a group of people with a shared issue of concern collaboratively, systematically and deliberately plan, implement and evaluate actions. Action-research combines action and investigation. The investigation informs action and the researchers learn from critical reflection on the action. (Fisher, 2006, p.2)

Théorie locale

Quels ont été les effets de la participation à la recherche dans le cadre du LDR ? Dans les premiers temps, la présence de personnes directement concernées par les troubles psychiques a produit un effet particulier qui se rapprocherait du malaise dont parle Goffman (1975). Mais avec le temps des habitudes se sont mises en place et les acteurs se sont éloignés de cette première impression. Ils ont intégré la composition du groupe dont le fonctionnement s'est adapté aux spécificités individuelles. Voici une situation où les participants à la rencontre du GRAP n'étaient pas familiarisés avec la présence d'usagers. La réunion se déroule naturellement quand Us.LDR.7 rejoint le groupe après la pause. Us.LDR.7 est accueilli depuis quelques temps au LDR et il lui a été proposé

de participer au GRAP. Quand il rejoint la réunion, rapidement des questions commencent à lui être adressées pour qu'il formule son avis, les termes complexes sont détaillés et les participants portent une attention aux mots qu'ils utilisent afin de s'assurer de ne pas apparaître désobligeants. Dans cet exemple, l'attention portée au langage est un effet net de la présence de Us.LDR.7 dans le groupe de recherche. La simplification du jargon technique évite la mise à distance des non-initiés et les termes utilisés par les chercheurs participe à un changement de représentations et donc de pratiques. Comme le fait remarquer Baptiste Godrie : « on constate, considérant l'ampleur des transformations introduites par leur présence, que ce changement de vocabulaire recouvre des changements plus profonds dans la manière de concevoir les problèmes de santé mentale et l'intervention dans ce domaine » (Godrie, 2014, p.330). La présence de personnes directement concernées par la problématique de recherche produit donc *de fait* des changements dans la façon de mener le processus scientifique.

J'ai montré (cf. p.133) les spécificités des interactions au sein du GRAP afin de permettre une réelle participation. La dynamique de groupe se modifie aussi lorsque les (ex)usagers de la psychiatrie sont en position de sachants comme lorsqu'on évoque des expériences sur les effets secondaires des traitements ou sur les sensations et idées que l'on peut éprouver dans des situations de crise. Dans ces cas-là, les (ex)usagers sont les experts qui sont en position de savoir et qui transmettent des informations aux autres membres du groupe, modifiant ainsi les rapports de savoir. Ce croisement des différents types de savoirs participe à une approche réflexive globale des phénomènes étudiés (Rullac, 2018), mais il positionne aussi les chercheurs non-académiques, souvent issus de groupes marginalisés, dans une posture d'expertise. Ce renversement épistémique génère une confiance en soi, et un sentiment de reprise de pouvoir d'agir. Dans la RAP du LDR, l'*empowerment* ressenti par les chercheurs a été lié à des facteurs comme : la participation régulière à une activité formalisée ; la stimulation des échanges intellectuels ; des apprentissages théoriques et pratiques ; une satisfaction collective et personnelle du fait de l'avancée du projet de recherche.

L'analyse des données est l'un des points centraux de la recherche, puisqu'elle permet de vérifier les hypothèses ou d'améliorer le modèle d'analyse et de proposer des nouvelles pistes de réflexion (Quivy & van Campenhoudt, 1997). C'est donc une étape importante du processus qui ne doit pas rester « l'apanage des seuls chercheurs certifiés » (Gélineau *et al.*, 2012, p.41). L'idée d'une analyse des entretiens en présence de la personne interviewée a émergé des réflexions du GRAP. Cette approche collaborative a déjà été proposée, notamment en sciences de l'éducation, dans un dispositif nommé « entretien d'explicitation » (Vermersch, 1991). Le principe est de s'appuyer sur un support de recueil de données (par exemple la vidéo) pour présenter des situations de terrain à la personne interviewée. Celle-ci, et au besoin l'interviewer, sélectionne les moments qu'elle trouve

pertinents et/ou qu'elle souhaite commenter. La co-analyse fournit un matériau empirique supplémentaire et approfondit les réflexions, tout en définissant ce qui est porteur de sens pour la personne interviewée. Au LDR, l'analyse des *verbatim* avec la personne interviewée a été très peu mise en œuvre par manque de temps et de disponibilités. Elle comporte également une forte part de complexité pour des personnes peu familières d'un exercice long et complexe. Quelques essais ont été tentés mais résultats n'ont pas pu être exploités au-delà de l'analyse primaire du *corpus*.

Par contre, l'analyse des *verbatim* d'entretien de recherche est apparue comme une compétence significative développée par certains participants au GRAP. L'une des participantes à la recherche a rédigé un compte-rendu riche d'enseignements suite à une journée de travail entre chercheurs non-académiques (Eyraud *et al.*, 2020). L'objectif était de lire le *verbatim* d'un *focus group* pour en extraire des passages en lien avec la grille de codage élaborée collectivement¹. La mise en situation a été accompagnée d'une fiche conseil, anticipée lors des rencontres précédentes et a fait l'objet d'un retour réflexif. Voici quelques extraits du compte-rendu :

- *Nous n'étions pas à l'aise avec cet exercice de codage que nous n'avions jamais fait. Il nous a donc fallu un peu de temps pour trouver notre rythme, notre méthodologie et commencer à nous sentir plus à l'aise. Les discussions et échanges que nous avons eus nous ont permis d'avancer.*
- *Nous avons travaillé en faisant une lecture linéaire à deux de la transcription, en surlignant au fur et à mesure ce qui nous paraissait intéressant.*
- *La question de la méthodologie et de la compréhension de la grille en fonction des propos n'est pas évidente pour des personnes n'ayant jamais fait ça. La communication et être à plusieurs au moins au départ est important et bénéfique.*

Lors du retour d'expérience les témoignages sont plutôt positifs, malgré la complexité ressentie : « *c'est super intéressant, ça permet de comprendre plein de choses* » (notes de terrain). Il y a une sorte d'entraînement à fonctionner avec la grille : « *j'ai vu tout ce qu'on pouvait mettre en place comme stratégies personnelles pour produire quelque chose* ». Le regard des chercheurs non-académiques a été particulièrement enrichissant pour l'analyse de ces *verbatim* d'entretiens. Par exemple, des divergences sont apparues pour déterminer à quelle catégorie d'analyse un extrait de *verbatim* renvoyait. Tous les participants n'avaient pas le même point de vue ce qui a engendré des débats passionnants car il ne s'agissait pas de prioriser un point de vue ou un type de savoir par

¹ La grille de codage a été mobilisée dans le cadre du GRAP, mais j'ai réalisé une autre analyse de contenu dans la thèse.

rapport à un autre, mais d'explorer les différentes options afin de déterminer les plus justes et les plus riches.

La présence de personnes porteuses de savoirs expérientiels ne modifie donc pas uniquement les pratiques de recherche, par exemple en faisant évoluer le comportement des chercheurs académiques, elle enrichie aussi qualitativement les résultats produits en intégrant des visions du social différemment normées. Comme le signale Pestre (2006) : « prise dans des activités et relations sociales diversifiées, répondant à des objectifs multiples [...], la "science" perd de sa singularité, elle s'hybride, se dissout comme entité évidente [...] en bref, elle est sans essence » (p.5-6). Par une participation réflexive des personnes directement concernées, le savoir scientifique se constitue au travers d'échanges entre acteurs porteurs d'expériences et de savoirs variés. Ces pratiques nécessitent des modalités de recherche spécifiques.

Des outils ad hoc

L'approche méthodologique singulière de la RAP nécessite de questionner la façon dont ont été construits et mobilisés les outils de recueil de données. Ce point nécessite une vigilance d'autant plus particulière que ces outils ont agi sur mon recueil de données et donc sur la recherche doctorale. La grille d'entretien a été coconstruite en *focus group* à partir des échanges avec des usagers du LDR. Il n'était pas question de modifier foncièrement les catégories analytiques définies dans la convention de recherche, mais de nouvelles thématiques ont été identifiées et intégrées à la grille d'entretien. Des débats ont émergé sur le laps de temps à partir duquel il était tolérable de faire passer un entretien de recherche à une personne en crise ou sur la pertinence de répéter les entretiens de recherche pour montrer les évolutions individuelles. Les propositions du GRAP, notamment celles des (ex)usagers, ont permis d'amender le protocole de recherche initial, sans le dénaturer. La présence d'(ex)usagers dans le GRAP a donc constitué une garantie éthique mais aussi une plus-value pour la construction des outils de recueil de données, comme observé par Boulze et ses collaborateurs sur une recherche en alcoologie communautaire (2016).

La trame d'entretien est restée relativement constante tout au long de la recherche, mais dans une démarche inductive, elle a ponctuellement varié (type d'acteur interviewé, contexte de la passation d'entretiens, etc.). La grille a été relue et commentée par des chercheurs expérimentés qui accompagnaient le projet. La durée moyenne des entretiens est de trois-quarts d'heure. Une attention particulière a été portée à la fatigabilité des personnes, notamment durant les épisodes de crise psychique ou de prise importante de traitement médicamenteux. Les entretiens ont été menés par

un membre de l'équipe de recherche¹ ou en binôme, si possible avec la présence d'un (ex)usager dans le binôme d'enquêteurs. Ce mode de fonctionnement permet d'appliquer la complémentarité des savoirs académiques et expérientiels : « *ça s'emboîtaient comme réflexions et ça pouvait être que constructif et avancer* » (Exp.RAP.1.2022). Les personnes qui n'étaient pas familiarisées avec la technique d'entretien de recherche ont réalisé au préalable des mises en situation sous forme de jeux de rôles, des fiches conseils ont été élaborées et des retours d'évaluation réflexive ont été menés à la suite des entretiens.

Les savoirs expérientiels ont réhaussé la qualité des données recueillies lors de la passation des entretiens semi-directifs. Quand l'un des intervieweurs partageait son expérience des troubles psychiques, ce qui n'était pas systématique², nous avons observé une expression plus libre des sujets intimes liés à l'expérience des troubles psychiques par les enquêtés. C'est ce que relève Exp.RAP.1 : « *je trouve que ça amenait une certaine horizontalité et une certaine égalité de rapport* » (Exp.RAP.1.2022). Je fais l'hypothèse que, dans le cadre d'entretiens de recherche, le dévoilement entraîne un approfondissement du discours grâce à l'identification avec le pair, un résultat déjà souligné par Jones et ses collaborateurs (2014). Voici un extrait de l'entretien de Us.LDR.6 que j'ai mené en binôme avec Exp.RAP.1. Les échanges entre les deux personnes montrent l'instauration d'une relation réciproque, sur la base d'informations personnelles :

MAIS TU ES ARRIVÉ EN FRANCE... JE REPRENDS PEUT-ETRE PARCE QUE COMME ON SE CONNAIT PAS...

C'est pas grave

TU ES ARRIVÉ À QUEL ÂGE ICI ?

À 4 ans

À L'ÂGE DE 4 ANS ?

Oui...

AH, MOI AUSSI TU VOIS... AU MAROC... JE SUIS ARRIVÉ ICI, J'AVAIS 4 ANS

D'accord.

¹ J'ai réalisé la quasi-totalité des entretiens, mais certaines données ont été recueillies par d'autres chercheurs.

² Au sein du GRAP il a été décidé que chaque enquêteur était libre de dévoiler ou non son statut d'(ex)usager.

Exp.RAP.1 explique par la suite qu'il n'a pas anticipé une place particulière de chercheur, mais qu'il est arrivé « *naturellement* » dans la situation d'entretien, ce qui a participé à l'instauration d'une relation qui égalitaire entre lui et Us.LDR.6 :

La première fois, je suis arrivé, j'ai fait ça à ma façon, c'est-à-dire pas du tout... Rires j'avais pas du tout de notion de comment... même si ça avait été expliqué, bon j'ai fait ... je suis venu comme j'étais [...] et au deuxième... à l'entretien suivant ça va Rires, je savais où j'étais, ce que je faisais. (Exp.RAP.1.2022)

Il émet toutefois cet avertissement pour des personnes qui rencontreraient des situations similaires : « *attention on peut se projeter en tant que personne concernée sur la personne, donc toujours un équilibre, une remise en question à avoir en tête, je pense* » (Exp.RAP.1.2022). En effet, l'entretien ethnographique ne se limite pas à un recueil de données, il est avant tout une relation à part entière, et en ce sens est potentiellement transformateur. Comme le relève Julien Grard :

L'enquêteur, de par la manière dont il construit ses objets – ici, les parcours biographiques – en ne les dissociant pas du contexte de leur production sociale et politique, peut contribuer à aider ses sujets à recouvrer leur parole. Ceci constitue une première étape vers *l'empowerment*, et est favorisé par l'aspect dialogique de la pratique de l'enquête ethnographique. (Grard, 2008, p.161)

J'ai relevé des situations où les personnes interviewées témoignaient d'une transformation profonde après la passation d'entretien. C'est le cas de Us.LDR.4 qui passe plusieurs heures seul dans sa chambre avec un carnet de notes dans lequel il inscrit ses réflexions sur son parcours à la suite d'un entretien sur les différentes crises qu'il a vécu. Ou encore de Us.LDR.1 qui dit avoir été « *secoué* » par l'analyse de ses entretiens que nous entamons ensemble. Je manque de temps ici pour aborder le sujet de la « *thérapeutique* » des entretiens de recherche (Ciccone, 2014) mais c'est une piste qui me semble intéressante à poursuivre. La situation d'écoute procède d'une forme thérapeutique pour Andersen : « *the listener is not only a receiver of a story but also, by being present, an encouragement to the act of making the story. And that act is the act of constituting one's self* » (Andersen, 1992, p. 66). Florence Weber et Astrid Chevance ont étudié des passations d'entretiens mi-cliniques, mi-scientifiques auprès de personnes souffrant de troubles psychiques (2020). Elles relèvent l'intérêt sémiologique que représente ces entretiens, à la fois pour le thérapeute et pour l'anthropologue.

Les entretiens de recherche peuvent s'organiser sous forme de *focus group* qui sur mon terrain ont été des temps particuliers dans la vie du collectif. Par exemple, à la fin de l'année 2018, un évènement marque profondément l'équipe quelques jours avant la tenue d'un *focus group* : les

pompiers interviennent au LDR et emmènent deux personnes nouvellement accueillies pour être hospitalisées. Cet épisode exacerbe les tensions déjà présentes entre les intervenants et lors de ce *focus group*, Int.LDR.3 exprime par des pleurs la distance qui le sépare du positionnement de ses collègues. Quelques semaines plus tard, ces salariés de la première équipe d'intervention seront contraints de quitter le projet. Un deuxième *focus group* a lieu à la mise en place de la seconde équipe d'intervention, en septembre 2019. Alors que la recherche a établi son calendrier sur un démarrage des inclusions¹ le lendemain du *focus group*, l'équipe énonce qu'elle ne se sent pas prête et ne pense pas disposer des outils nécessaires pour réaliser ses missions. Ce *focus group* met également en lumière les situations de Exp.LDR.5 et Exp.RAP.2 qui se sentent dévalorisés du fait de leur statut de pair. Dans ces deux exemples, les *focus group* adviennent à des moments charnières dans la construction de l'équipe d'intervention. Deux analyses de cette observation sont possibles : soit le choix des dates de *focus group* a été décidé avec une acuité très fine des dynamiques groupales ; soit les *focus group* ont servi de lieu d'expression privilégié des tensions intra collectives. Il est aussi possible que ces deux analyses soient justes.

Des grilles d'observation ont également été élaborées pour analyser la répartition de la parole et les enjeux de pouvoir au sein des réunions. Les données recueillies ont servi à alimenter la réflexion sur les relations entre les typologies d'acteurs. Elles ont aussi révélé de précieuses indications sur le nombre et la durée des prises de parole, ou encore sur les réactions suscitées par les discours des acteurs. Un questionnaire de satisfaction à destination des personnes en fin de séjour a été coconstruit dans le cadre du GRAP en s'inspirant d'un questionnaire élaboré aux USA et intitulé *Toolkit for evaluating peer respites* (Ostrow & Croft, 2014). Dix personnes y ont répondu, fournissant des avis riches d'enseignements sur leur séjour au LDR (Cf. p.368). Le questionnaire était organisé sur les catégories : du LDR (accueil, fonctionnement, etc.) ; des relations avec les autres (ISMC, pairs, etc.) ; du processus de rétablissement (freins et leviers, domaines de satisfaction, etc.). Il était proposé que toutes les personnes accueillies y répondent volontairement et anonymement à l'issue de leur séjour. Malgré le nombre relativement faible de questionnaires recueillis, ces derniers contiennent des informations de qualité sur le ressenti des usagers du LDR vis-à-vis de leur séjour.

Recherche et intervention, une articulation de proximité

Les informations recueillies dans le cadre de la RAP n'ont pas uniquement alimenté les rapports de recherche, mais ont aussi servi à faire des retours sur la construction du dispositif. En effet, la recherche-action procède par allers-retours réflexifs entre expérience et théorisation. Au LDR

¹ C'est-à-dire l'accueil de nouvelles personnes dans le dispositif, soumis au protocole de recherche (Cf.p.174).

l'objectif de ces échanges était la structuration du dispositif, et la RAP a donc agi concrètement sur la construction du modèle, lui-même considéré comme un levier transformationnel du champ de la psychiatrie. Dans une interrelation entre individus, communauté et société la RAP s'attache à améliorer les trois dimensions : individuelle, méso-sociale et macrosociale (Saïas, 2009). La RAP du LDR avait donc une triple visée : 1) produire des résultats scientifiques par le croisement des savoirs (Thorncroft & Tansella, 2005) ; 2) faciliter l'implantation des pratiques d'intervention en y apportant un regard réflexif (Rullac, 2018 ; Wallerstein & Duran, 2010) ; 3) développer un *empowerment* pour les individus et la communauté (Deutsch, 2015 ; Onken *et al.*, 2007). Pour cela, la RAP a favorisé la participation des personnes concernées (Cf. p.131), les seules à même d'apporter un savoir de première main sur la crise psychique.

La RAP a aussi constitué un outil au service de l'ajustement des pratiques d'intervention en ajustant le modèle théorique aux spécificités locales. L'enjeu autour des pratiques d'intervention a été d'autant plus fort qu'elles matérialisent les dimensions conceptuelles : rétablissement, savoir expérientiel, horizontalité, réciprocité, etc. (Cf. p.179) et constituent donc le cœur du projet. Les productions écrites de la RAP ont accompagné les grandes phases de développement : point d'étape à six mois *La construction des fondations* (LDR, 2017) ; bilan annuel et préconisations début 2018 ; *Rapport qualitatif* et préconisations en 2019 (LDR, 2019) ; rapport intermédiaire CNSA *Un projet participatif pour une transformation sociale* (LDR, 2020) et rapport final CNSA *Le communautaire en alternative à l'hospitalisation* (Bechla & Zerbib, 2021). Les restitutions au collectif sous forme de thématiques de réunion, d'organisation de temps collectifs sur la RAP, d'échanges informels, etc. ont été fréquents. La proximité entre la RAP et le pôle interventionnel a été favorisée par l'intégration des salariés de l'équipe recherche dans toutes les composantes du projet. Pour ma part, je me suis considéré comme un membre à part entière du dispositif et j'ai œuvré en interaction avec l'équipe de coordination et d'intervention. Ma prise de fonction de coordination générale du projet à partir de 2021 peut d'ailleurs être vue comme l'aboutissement de l'articulation entre recherche et intervention.

La contiguïté de la recherche et de l'intervention marque profondément les résultats de la RAP et de cette thèse. Il me semble que c'est bien aux interstices de la recherche et du soin (F. Weber & Chevance, 2020) qu'il est possible de saisir les mécanismes sociaux de réception de la crise psychique. Pour donner un exemple concret, alors qu'au téléphone je fixe un rendez-vous avec Us.HP.1 pour un entretien, sa psychiatre demande à me parler et m'impose de la voir avant de réaliser l'interview. Le jour de l'entretien, je me retrouve donc intégré à une rencontre thérapeutique de trente minutes avec Us.HP.1 et sa psychiatre, cherchant la posture à adopter entre implication distanciée dans le processus de soin de Us.HP.1, que je connais très peu, et responsabilité éthique dépassant le protocole de recherche par un engagement de fait. Action et réflexion doivent donc être

pensées dans une complémentarité de sens et les résultats issus de la recherche-action possèdent d'autant plus de force qu'ils sont pensés en actes (Lewin, 1948). Le chercheur impliqué dans une recherche-action ne peut se départir de la responsabilité que lui donne son engagement dans le processus de transformation sociale qu'il accompagne.

Sur mon terrain, le GRAP a par exemple participé à la dénomination du poste d'ISMC en intégrant les débats sur la désignation du travail pair (Campos *et al.*, 2014 ; Gardien & Laval, 2019). En effet, la fonction de « travailleur pair » ne laisse pas le choix du dévoilement à l'intervenant, « *the disclosure of the peer status was perceived as a key factor affecting peer integration* » (Gates & Akabas, 2007, p. 300). Or, comme en témoigne Exp.LDR.1 :

Il me demande si je suis médiateur, alors je me dis « Mais en fait elle est un peu déplacée la question » [...], et je me suis dit « Mais en fait, c'est bizarre ce truc de présenter les gens comme médiateurs ». Alors je sais que j'ai signé ça sur la fiche de paie il y avait écrit que j'étais médiateur et tout, mais... (Exp.LDR.1.2022)

D'autres outils interventionnels ont été forgés par l'intermédiaire de la RAP comme le protocole d'accueil, des outils de rétablissement formalisés pour le LDR, etc. Afin de donner une idée de la corrélation des axes de travail du GRAP et des pratiques d'intervention, un tableau reprenant quelques-unes des préconisations est présenté en annexes (Cf. p.412). Ces préconisations montrent que les chercheurs du GRAP ont tenté de faire évoluer le fonctionnement du dispositif en repérant les points problématiques et les axes d'amélioration.

Typologie des émotions

Comme évoqué (Cf.p.146), les interactions dans le cadre de la RAP ne peuvent être analysées uniquement par une séparation enquêteurs-enquêtés mais sont aussi le fruit de liens moins distincts, et d'échanges qui dépassent le cadre scientifique ou professionnel. Les acteurs se connaissent par leurs histoires de vie, tissent des liens d'amitié, traversent ensemble des épreuves, etc. ce qui participe à construire des relations où l'affect tient une place conséquente. Parfois exacerbé par les troubles psychiques, ces affects peuvent prendre une place conséquente dans le processus de recherche. Durant la RAP, j'ai été confronté à la complexité de l'intégration des sensibilités individuelles dans un cadre qui impliquait de tolérer des comportements et des opinions qui auraient été jugés inappropriés dans un autre contexte. Les interactions parfois complexes ont été révélatrices de normes :

Il s'agit d'observer ce qui se passe lorsque se trouvent en présence deux individus n'ayant pas intériorisé les mêmes normes communicatives [...] : ce décalage va généralement

entraîner certains dysfonctionnements (« *miscommunication* »), susceptibles de jouer le rôle de révélateurs des normes respectives des partenaires en présence. (Kerbrat-Orecchioni, 1994, p.11)

Il a aussi fallu composer en laissant une place à l'urgence et à l'expression des ressentis sur l'instant, tout en amenant des réponses cohérentes avec les valeurs communautaires lorsque les situations dépassaient les limites de l'acceptable. L'expression de sentiments intenses comme la colère, la peur ou l'injustice a été d'autant plus vive que la RAP a joué un rôle de révélateur des enjeux de pouvoir et de domination en rendant ces aspects explicites. Dans mon approche des enjeux interactionnistes la *praxis* a joué le rôle afin de m'orienter dans un environnement affectif, essentiellement indicible et inobjectivable. Voici comment l'historien Mikhaïl Bakhtine perçoit l'analyse symbolique :

Une explication des structures symboliques a besoin de s'enfoncer dans l'infinité des sens symboliques, et de ce fait, elle ne peut devenir une science, dans l'acceptation qu'on en a lorsqu'il s'agit des sciences exactes. Une interprétation des sens ne peut pas être d'ordre scientifique, mais elle n'en garde pas moins sa valeur profondément cognitive. Elle peut servir directement la pratique qui concerne les choses. (Bakhtine, 2017, p.424)

En cela, l'analyse des interactions, des enjeux de places et les émotions qu'ils suscitent peuvent être réinjectés dans une perspective pragmatique. Ce positionnement méthodologique est donc cohérent avec la pratique de la RAP, et on perçoit une certaine circularité entre les relations spécifiques entre les acteurs dans le cadre de la RAP du LDR, les émotions produites dans ce contexte spécifique, et leur analyse qui comprend une dimension pratique et donc renforce l'action de la recherche sur le terrain et les interactions qui s'y déploient. Voici deux situations de terrain, l'une sur la charge mentale et l'autre sur le travail émotionnel (Hochschild, 2003). La première est un extrait de mes notes de terrain, jour de retour de mes congés, et la seconde le compte rendu d'interactions vécues par Exp.RAP.2 dans le lieu :

Je n'ai pas particulièrement envie de retourner au LDR, car j'ai peur de voir revenir les questionnements incessants qui sont liés à ce travail, mais aussi les angoisses d'affronter fréquemment des situations conflictuelles. Ce n'est pas tant la charge de travail qui me dérange, que la gestion des émotions qu'il engendre. Et à l'ouverture de ma boîte mail, je me sens comme replongé dans un tourbillon incessant. La lecture des mails reçus pendant mes congés m'angoisse, je sens instinctivement que la quasi-totalité de mon espace

psychique sera occupé par les problématiques liées au LDR et que mon sommeil en sera perturbé. (cahier personnel, 24/08/2020)

Cette situation montre la relation entre vécu professionnel (ou implication scientifique) et spécificité du terrain. Ici, la reprise du travail après une période de congés correspond à une augmentation de l'angoisse qui débouche sur des problématiques de sommeil et donc une détérioration potentielle de l'état de santé. Du fait de sa complexité, de ses enjeux et des tensions qui s'y déploient, le LDR est un contexte de travail éprouvant psychologiquement et il n'est pas étonnant que les durées de maintien dans l'emploi y soient courtes (Cf. p.218). Voici une autre situation qui se concentre sur le vécu de Exp.RAP.2 lors de divers rencontres au LDR. En plus de Exp.RAP.2, les acteurs en sont Exp.LDR.9, Us.LDR.2 et moi qui peuvent être vus comme l'incarnation des différents sphères du projet (recherche, intervention et personnes accueillies). Chacune de ses interactions possède ses propres enjeux, en partie reliés à la sphère personnelle :

Avant tout échange verbal, le premier contact de Exp.RAP.2 en entrant dans le bâtiment, est un regard noir et perturbant que lui jette Exp.LDR.9 dans un contexte relationnel complexe entre les deux personnes. Puis, Exp.RAP.2 et moi nous opposons fermement au cours d'une réunion, ce qui provoque de vives émotions chez l'un comme chez l'autre. Après cet épisode, nous rejoignons l'espace collectif où se trouve Exp.LDR.9 et des personnes accueillies. Une discussion s'engage sur le nouveau casque de moto de Exp.RAP.2, que Exp.LDR.9 saisit pour l'observer de plus près. Or, en pleine épidémie de Covid-19, Exp.RAP.2 souhaite éviter toute possibilité de contamination, comme porter un casque de moto touché par d'autres personnes. Exp.RAP.2 s'emploie ensuite à convaincre une personne de l'équipe d'intervention de remettre un verrou à la porte du bureau de l'équipe de recherche¹, sujet conflictuel à cette période. Enfin, alors que nous quittons le lieu, nous croisons et saluons Us.LDR.2 qui a récemment agressé une personne accueillie que Exp.RAP.2 connaît personnellement. En sortant de l'immeuble, Exp.RAP.2 s'exclame « Que d'émotions ! » (notes de terrain)

Les situations relevées dans ces prises de notes ne sont pas tout à fait banales, mais elles ne sont pas non plus exceptionnelles car la période considérée est celle d'une crise institutionnelle où les relations interpersonnelles sont tendues. Les notes montrent une production d'émotions qui passe

¹ Les portes sont de piètre qualité et ont souvent été forcées pour des raisons diverses. La pose de verrou et la gestion des clés sont des activités récurrentes dans le lieu.

essentiellement par le langage non verbal, avec une brève expression : « *Que d'émotions !* » sensée rassembler les affects ressentis. Comme le souligne Tom Andersen :

When the words are expressed, the words themselves and all the emotions that are embedded in them are brought to others through the physiological act of breathing. This act of breathing, which is part of the act of creating meaning, is very personal. It sets the air in motion and creates a wind that touches others with its words and emotions.
(Andersen, 1992, p. 66).

Or, Watzlawick, Beavin et Jackson (1972) ont bien montré que la communication est :

un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportement : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel, etc. Il ne s'agit pas de faire une opposition entre la communication verbale et la « communication non verbale » : *la communication est un tout intégré*¹. (Winkin, 1981, p.24)

La question des émotions ne concerne donc pas que l'individu en tant que « gestionnaire » de ses émotions. Elle ne se limite pas non plus à l'interaction considérée, mais le travail émotionnel rejaille sur l'ensemble des acteurs sociaux (Fernandez *et al.*, 2008), en tant que générateur de comportements communicationnels. Ces considérations prennent un sens particulier dans le contexte du LDR qui traite d'un domaine, la psychose, dans lequel les affects occupent une place importante.

En effet, la psychose est parfois considérée comme la réponse comportementale à une tension psychique indicible (Perry, 1976) (Cf. 176). Pour Perry, plus la crise serait profonde plus l'affect émergerait : « il semble donc que plus le sujet s'enfonce dans la voie mystique plus il s'éloigne de la cognition intellectuelle pour atteindre la cognition purement affective laquelle devient de moins en moins exprimable par des mots » (1976, p. 124). Ciompi (2015) a également montré le rôle positif joué par les émotions, ainsi que l'impact négatif qu'elles peuvent avoir sur les personnes souffrant de schizophrénie : « *certain emotions, especially negative ones, may be felt even more strongly by persons with schizophrenia than by others* » (p.318). Ces auteurs attirent notre attention sur le *potentiel thérapeutique* lié à la question de l'expression des émotions dans les interactions. Si tel est le cas, les émotions ne sont plus à cantonner à l'extérieur du champ professionnel, ce qui est manifestement impossible. Ce choix implique de garder un esprit ouvert et non défensif quand un problème se présente dans la relation à l'autre. La mobilisation des émotions dans le cadre du LDR nécessite donc de plus amples développements, en particulier dans l'accompagnement de la crise (Cf. p.265).

¹ Souligné dans l'original.

Transition : le PREPS, une source de tensions

L'équipe de recherche a donc tenu une place centrale dans le modèle d'intervention, mais en agissant sur les acteurs et la structure du projet ce rôle moteur a été un enjeu de pouvoir. Pour les intervenants de première ligne qui portent le projet au quotidien, les chercheurs ont parfois été considérés comme imposant des contraintes extérieures sans fondement pragmatique : « *il faudra mettre en place les procédures d'intervention, ça veut dire que c'est la recherche qui décide* » (notes de terrain). La durée des accueils et le critère diagnostique sont des sujets sur lesquels les oppositions ont été particulièrement prononcées. Pour les chercheurs¹, il est important que les personnes recrutées dans la recherche aient un profil homogène afin de réaliser des comparaisons qui constituent la base des expérimentations quantitatives, et plus particulièrement quand elles fonctionnent sur un mode randomisé (Green, 2022). Au contraire, une « sélection » des personnes accueillies sur une base diagnostique apparaît comme une aberration pour certains intervenants. *Idem* pour la durée d'accueil déterminée par les besoins du protocole de recherche en termes de nombre d'inclusion sur une période donnée, alors que pour les ISMC un accueil plus long permettrait un travail de meilleure qualité. Dans un contexte interactionnel à forte dimension émotionnelle, lorsque les relations se détériorent les jugements émis se radicalisent : « *on est des cobayes* » (notes de terrain).

La visibilité et la compréhension des enjeux de la recherche ont été particulièrement complexes du fait d'un double protocole. D'un côté, le financement de la CNSA « actions innovantes » pour mener une RAP, de l'autre, un PREPS obtenu par le laboratoire de santé publique (EA 3279) auprès de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), pour mener une recherche randomisée. Les objectifs et les temporalités des deux protocoles se sont entrecroisés rendant leur coordination hasardeuse. Une distinction s'est rapidement opérée : au PREPS la recherche quantitative et médico-économique et à la RAP la partie participative et qualitative. Mais au fil du temps, il est apparu que la partie qualitative était sous la responsabilité du PREPS, alors que ce volet a fortement contraint l'équipe de recherche RAP qui pensait en avoir la charge. Les tensions entre les deux équipes ont aussi été exacerbées par des enjeux différents. Alors que la RAP valorisait la déhiérarchisation des rapports de savoir et de pouvoir, le PREPS était en quête de reconnaissance scientifique et ses acteurs ont paru éloignés des enjeux éthiques liées aux inégalités épistémiques. Les tensions se sont aussi retrouvées entre méthodologie participative et quantitative qui se sont parfois complétées et parfois opposées.

¹ Les injonctions retenues ici sont essentiellement celles élaborées par le protocole PREPS, bien que certains arguments aient pu être communs à la RAP.

La délicate question du consentement (Guibet Lafaye, 2015) a été un point de discussion et de crispation récurrent sur notre terrain de recherche (Cf. p.413). Ce point concentrait les critiques émises à l'encontre de la recherche randomisée car il impliquait une double contrainte. D'une part il était nécessaire d'évaluer la situation de crise, voire la possibilité d'une hospitalisation sans consentement, ce qui revient à dire que le discernement de la personne est altéré et qu'elle n'est plus en capacité de décider pour elle-même. De l'autre, il fallait notifier le consentement à participer à la recherche, alors justement que ce consentement était théoriquement aboli par la situation de crise. Les personnes opposées au PREPS trouvaient dans cette équivoque une raison de critiquer l'imprécision du protocole de recherche. Les bases théoriques de la recherche randomisée ont été présentées lors des réunions au laboratoire de santé publique situé dans les locaux de la faculté de médecine de la Timone. Voici mes notes d'une réunion lors de laquelle est présenté le « rationnel¹ » :

Lorsque les participants se présentent, la salle de réunion est encore occupée. La rencontre débute donc dans la cuisine, un espace étroit, dans lequel une douzaine de personnes se serrent. Che.LSP.1 débute la présentation et apporte des données quantitatives puis qualitatives sur l'hospitalisation sans consentement. Une partie de l'exposé est dédiée aux orientations actuelles, sociale et politique, du soin en santé mentale. Les aspects pratiques de la recherche sont ensuite abordés, sans que l'ensemble des points fassent consensus. Par exemple, une discussion émerge sur ce qui peut définir qu'une personne pourrait être hospitalisée sans consentement. S'agit-il d'une « intentionnalité » de soins sans consentement ou d'une « potentialité » ? Dans le premier cas l'intentionnalité doit être prouvée et le protocole nécessite l'intervention d'un psychiatre, mais exclut les personnes se dirigeant directement vers le LDR sans passer par un médecin. Dans le second la potentialité pourrait être uniquement déclarative, mais pose la question de qui détermine cette potentialité et comment cette appréciation peut intégrer le protocole de recherche.

La recherche LDR est souvent comparée à la recherche « Un chez soi d'abord » qui a été impulsée et en partie menée par plusieurs des acteurs du LDR. Che.LSP.1 évoque la participation qui a été une « expérience malheureuse » pour le Un chez soi d'abord, légitimant en miroir la volonté de forte participation pour le LDR. La première phase du projet étant dépassée, il serait maintenant temps de réduire cette participation qui ne

¹ Le rationnel de la recherche est la présentation des arguments scientifiques qui la justifie.

peut pas se faire avec des personnes en crise psychique, qui ne connaissent pas le projet et qui restent peu de temps sur le lieu.

Cette situation permet d'observer que la cohérence du PREPS avec les enjeux actuels de la psychiatrie, notamment l'augmentation des soins sous contrainte, se dissout dans les exigences pratiques et concrètes de la recherche. Par exemple, la participation est valable jusqu'à un certain point, mais est réduite par la suite. Ou, si un psychiatre doit décider si une personne pourrait être hospitalisée, le protocole va à l'encontre des visées politiques du projet sur la hiérarchie soignant-soigné. S'il est possible d'inclure les personnes à partir d'une « potentialité », il faut s'assurer que la modalité puisse intégrer un protocole de recherche scientifique. Comme la plupart des points restent indécis, le PREPS entretient le flou pour les acteurs de terrain. L'implantation spatiale des réunions PREPS crée de plus une distance physique qui s'ajoute à la distance symbolique pour les acteurs les moins familiarisés avec le monde académique. Les réunions PREPS sont des espaces moins mixtes (en genre et en présence de personnes concernées) et moins sécurisés affectivement avec des inégalités épistémiques qui se font fortement sentir, comme je le note lors de l'une de ces rencontres :

Modification de la dynamique de prise de parole suite à l'arrivée de Che.LSP.1. D'une manière générale, il est nécessaire de s'imposer pour pouvoir s'exprimer. Si les personnes n'arrivent pas à s'imposer, elles sont contraintes de lever la main pour que quelqu'un leur donne la parole. Toutes les personnes présentes ont parlé, mais Exp.RAP.2 a été contraint de lever plusieurs fois la main. (notes de terrain)

La réunion précédente avait été particulièrement difficile pour l'un des (ex)usagers présents, qui quitte la pièce à un moment car il se sent peu écouté et que la parole lui est coupée. Ces situations reproduisent des inégalités systémiques avec un pouvoir détenu par des personnes avec un statut social favorisé et des (ex)usagers de la psychiatrie qui se sentent rabaissés. La recherche standardisée menée par le laboratoire de santé publique incarne alors une partie des dérives idéologiques du projet. Au-delà de la randomisation qui sert aisément de repoussoir, la recherche est critiquée car elle contrevient aux principes politiques du projet, ce que relève l'un des acteurs dans la période de démarrage : « *après il faut pas qu'il y ait l'équipe de recherche qui vienne, et qu'ils sortent leurs protocoles de trucs qui correspondent pas à ce qui dans la pratique a émergé. C'est comment on est cohérents dans ce qu'on fait* » (Psycho.Pra.Hos.2017). J'ai observé souvent que les réunions au laboratoire de santé publique, qui devaient s'en tenir au protocole de recherche, débordent sur des questions éthiques.

Mais l'équilibre du pouvoir vis-à-vis du protocole PREPS n'est pas uniquement du côté de l'académie puisque l'équipe de recherche a besoin que le dispositif fonctionne convenablement pour pouvoir l'évaluer. Or, ce sont ISMC qui animent le lieu et leurs attentes et remarques doivent être prises en considération. Il y a donc une tension entre les critères scientifiques et le fonctionnement quotidien du LDR. Par exemple, la délimitation du type de crise pouvant être accueilli a été un point représentatif qui a eu des conséquences pratiques conséquentes. Divers acteurs de terrain ont fait état de la difficulté pour le LDR d'accueillir des personnes en situation de crise psychotique aiguë, mais le critère retenu est resté celui d'« épisode psychotique aiguë sur les critères du DSM-V »¹ (protocole PREPS). Les observations empiriques montrent que la majorité des hospitalisations qui ont eu lieu à partir du LDR concernaient des personnes en crise psychotique aiguë. Or cette limite était repérée de longue date, comme le souligne l'un des témoins des projets de recherche initiaux : « *les crises aiguës de toute manière ce n'est pas le lieu de répit* » (Che.Mars.2020). Dans cet exemple, le « rapport de force » a été initialement du côté de l'équipe PREPS, malgré des conséquences interventionnelles négatives, puis il s'est inversé face aux évènements concrets.

Parmi les points de tension entre l'équipe de recherche du PREPS et celle d'intervention la randomisation l'évaluation médico-économique bousculent particulièrement les économies morales des ISMC. Concernant le premier point, les acteurs de terrain critiquent le fait qu'une moitié des candidats au LDR ne puissent pas y avoir accès, par un procédé aléatoire jugé comme peu éthique. Les critiques soulignent que des usagers en situation de crise pourraient avoir des difficultés à comprendre et accepter le tirage au sort. L'évaluation économique du dispositif révèle des craintes associées au déploiement d'une psychiatrie *low-cost* qui n'aille pas dans l'intérêt des usagers. Dans ces discours, l'essaimage de dispositifs de type LDR considéré sous l'angle économique répondrait à des besoins budgétaires et non thérapeutiques. Certaines personnes soulignent même l'idée que le développement de lieux d'accueil alternatifs à l'hospitalisation pourrait se faire au détriment du financement de l'hôpital public. C'est ce dont témoigne l'un des psychiatres hospitaliers dans un entretien : « [Sur la critique de l'approche comptable de la recherche], *je trouve que c'est juste prendre le discours des pouvoirs publics pour avoir des moyens, c'est de bonne guerre, je peux tout à fait comprendre. Mais moi c'est la limite que j'aurais pas franchie* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022).

La recherche PREPS et le dispositif interventionnel interagissent donc l'un sur l'autre, chacun devant respecter des impératifs qui impactent l'autre partie. Le protocole PREPS, financé par la DGOS, est d'ailleurs l'un des arguments utilisés pour justifier le maintien du financement du dispositif interventionnel, et donc la pérennité du projet.

¹ Ce critère a été modifié par la suite, après la fin de mon recueil de données.

2. Expérience réflexive de la RAP

J'ai exposé comment l'expérience des (ex)usagers de la psychiatrie s'est intégrée à la RAP, et comment cette dernière a interagi avec le dispositif interventionnel du LDR. Dans la suite du troisième chapitre, j'analyse l'incidence de la RAP sur mon parcours doctoral. Il s'agit de préciser comment le contexte expérimental a agi sur mon activité de recherche, mais aussi sur mon individualité engagée dans des *interactions* spécifiques. La première partie de ce sous-chapitre est dévolue à des considérations méthodologiques. J'y analyse mon expérience du GRAP afin de discerner ma pratique réflexive de thèse de celle de la recherche LDR, et je rends compte de l'apport de cette « recherche sur la recherche » pour ma formation professionnelle. La seconde partie traite de mon implication personnelle et des réflexions qu'elle a engendrées dans une perspective de parcours individuel.

2.1 Considérations méthodologiques

Pour rendre compte de l'objet de ma thèse il m'a fallu croiser les points de vue en intégrant les savoirs expérientiels. Comme le relève Emmanuelle Jouet : « les seuls savoirs médical, scientifique et clinique ne suffisent plus, et il s'impose de les articuler autant épistémologiquement que pragmatiquement à d'autres savoirs comme ceux, informels, issus du vécu » (Jouet *et al.*, 2023, p.224). Il était donc impossible de se limiter à une unique approche disciplinaire au risque de restreindre les possibilités d'analyse de mon objet de recherche. Candelaria Mahlke et ses collaborateurs ont noté la complexité méthodologique qu'implique l'étude des savoirs expérientiels : « *assessing the impact of peer support on service users, peer support workers and organizations require complex intervention studies using mixed methods designs with qualitative research into process and subjective experience complementing controlled trials* » (Mahlke *et al.*, 2014, p.277). Parmi les croisements disciplinaires, l'interdépendance entre psychiatrie et anthropologie ont occupé plusieurs générations de théoriciens, d'Emil Kraepelin (1904) à Andrew Scull (2013), en passant par l'article *Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry* d'Arthur Kleinman (1977). Les deux approches se complètent puisque la psychiatrie présente une perspective privilégiée sur les parcours individuels pour les anthropologues, alors que l'anthropologie permet à la psychiatrie une approche centrée au plus près de la personne et procure une vision de l'expérience vécue par les acteurs (Jenkins, 2018).

Pour les pratiques d'innovation, il apparaît efficace de conduire une approche théorique et pratique afin d'améliorer les connaissances sur le travail en santé tout en le légitimant (Rullac, 2021). Pour cela, doit-on, comme Weller (1998) lors de son travail sur la relation de service, s'inspirer à la fois de l'interactionnisme goffmanien, de l'ethnométhodologie et de la sociolinguistique ? Ou doit-on s'attacher aux représentations des acteurs locaux (Olivier de Sardan, 1995) ? Quel est l'intérêt de

l'analyse conversationnelle pour saisir les enjeux symboliques des acteurs (Kerbrat-Orecchioni, 1998) ? Doit-on privilégier la forme et les usages des savoirs alors même que les sciences sociales ont peine à donner des réponses sur l'expérience sociale des troubles psychiques (Henckes & Majerus, 2022) ? Voici quelques questionnements qui donnent à voir l'intérêt et la richesse de penser une approche méthodologique large et interdisciplinaire (Abbott, 2001) tout comme la complexité qu'elle engendre. D'un côté, les évolutions intellectuelles et matérielles de la psychiatrie provoquent une modification de la dynamique du champ de la santé mentale, de l'autre, les revendications des usagers à participer plus concrètement à l'organisation des soins modifient les rapports de pouvoir et agissent sur les politiques de santé (Faizang, 2010 ; Flora, 2013 ; Paulay-Kocak, 2008). L'anthropologie médicale de la santé mentale (Lézé, 2013a) peut éclairer les liens entre histoire de la psychiatrie et épistémologie tout en considérant qu'une perspective sociologique implique nécessairement une dimension psychologique (Goffman, 1968). Ces réflexions ne m'ont pas permis de « résoudre le problème de [l']inscription épistémologique » comme l'annonce Saïas à propos de la psychologie communautaire (2009, p.14), mais elles ont participé à développer des points de vue situés dans une perspective disciplinaire large.

J'ai identifié trois champs dont les apports ont été complémentaires pour la thèse : l'histoire de la psychiatrie, l'épistémologie des savoirs et la sociologie des professions. Le découpage des sciences en disciplines permet d'aborder un ensemble de problèmes de manière structurée et avec une approche commune mais nécessite de penser l'articulation entre ces champs. Cette affirmation prend un sens particulier dans le cadre d'une RAP dont les modalités pratiques s'opposent à la rupture disciplinaire. Comme le note Kurt Lewin : « *psychology, sociology, and cultural anthropology each have begun to realize that without the help of the other neither will be able to proceed very far* » (Lewin, 1948, p.219-220). Par exemple, l'analyse des politiques publiques et le prisme des innovations en santé m'ont semblé pertinents pour relier l'histoire de la psychiatrie et la sociologie du *peer-suport*. Pour autant, c'est la méthode ethnographique qui m'a permis de saisir ce phénomène de façon systémique, car « il est certain que toute connaissance disciplinaire fonctionne mieux avec certains problèmes qu'avec d'autres : d'où l'importance pratique de l'interdisciplinarité » (Abbott, 2001, p.210). L'étude anthropologique du terrain a donc été complétée par une perspective historique des alternatives à l'hospitalisation ou par une analyse sociologique du travail pair en santé mentale.

En effet, le sujet complexe de ma recherche nécessitait une approche pluridisciplinaire (Wagner *et al.*, 2011) et mobilisait des domaines de compréhension connexes à la santé mentale. La méthode ethnographique au plus près du terrain, rend compte de l'aspect dynamique du dispositif et des processus dans lesquels s'inscrivent les situations. Les apports de la sociologie, de l'histoire et de l'épistémologie enrichissent les observations menées et donnent aux réflexions qui en découlent une

dimension globale. Enfin, les visées réflexives de la RAP, sous forme d'évaluation située (Vial, 2012), augmentent l'intérêt pour la démarche participative et améliorent l'enrichissement mutuel entre recherche et intervention. La méthode s'approche donc d'une comparaison continue pertinente dans le cas de processus et d'interactions évolutives (Glaser & Strauss, 1967b). Ma démarche explicative est donc inductive (Lapassade, 1990) et le recueil de données et leur modèle explicatif ont interféré réciproquement durant la recherche. Mais, par ce choix d'approche interdisciplinaire, je me suis retrouvé dans la situation soulignée par Howard Becker : « *faced with such a quantity of "rich" but varied data, the researcher faces the problem of how to analyze it systematically and then to present his conclusions so as to convince other scientists of their validity* » (Becker, 1958, p.653). Fidèle à une vision de la science comme lieu de collaboration réflexive entre les différents types de savoirs (Jouet *et al.*, 2023), j'ai donc tenté d'élargir mon cadre analytique.

Les données que j'ai recueillies l'ont toutefois été dans un cadre spécifique, celui d'une participation conséquente des (ex)usagers, qui constitue un élément contextuel important. Dans sa thèse de sociologie, Baptiste Godrie a cherché à comprendre l'intérêt et les limites de la participation des (ex)usagers à la recherche. Voici un extrait de ses propos :

Alors qu'il y aurait une explosion des connaissances disponibles obtenues dans le cadre de la médecine fondée sur les données probantes par le moyen des essais contrôlés randomisés, il y aurait un déficit de données issues de recherches par et pour les usagers et de recherches participatives qui portent sur l'expérience des pairs. (Godrie, 2014, p.412)

La RAP offre un cadre privilégié pour appréhender cette participation et les relations de savoir-pouvoir entre champs académique et expérientiel. Les réunions du GRAP ont été des situations fertiles pour analyser et mettre en lien la participation, la prise de parole et l'*empowerment* des acteurs. Mais mon observation a dû prendre en considération la complexité du comportement humain qui ne peut se réduire à un raisonnement mécanique ou de logique formelle.

Il existe des tentatives d'appréhension de l'expérience sociale des troubles psychiques par les SHS. Toutefois, les auteurs se sont surtout concentrés sur les effets du diagnostic (Hacking, 1995), sur l'institution psychiatrique (Goffman, 1968), ou sur le savoir médical (Foucault, 2003), mais moins sur les expériences de vie des usagers (Henckes & Majerus, 2022). Barrett (1999) a par exemple saisi la psychiatrie par la parole des professionnels et « [son] livre s'est donc intéressé principalement au monde quotidien de l'hôpital psychiatrique et aux présupposés tacites dont usent généralement les gens dans leur travail quotidien » (p.313). Les soignants étant considérés comme pourvoyeurs de sens et de savoir sur la schizophrénie, reproduisant ainsi une certaine domination symbolique. Parmi les

ethnographies sur la psychiatrie Brodwin (2013) analyse les valeurs morales d'une équipe d'ACT également à partir de la parole des professionnels : « *Everyday ethics represents a first order theorization about decision-making and its local context, made in the voice of frontline clinicians* » (p.199). Finalement ces travaux relèvent d'une évidence implicite : pour saisir l'expérience sociale des troubles psychiques il est nécessaire de s'intéresser à l'institution psychiatrique, au risque d'omettre qu'elle agit physiquement et symboliquement sur le vécu de ses usagers.

Les auteurs ayant réussi à s'approcher au plus près de la population directement concernée sont rares (Estroff, 1998 ; Grard, 2011). Généralement, le témoignage des usagers arrive en fin d'enquête après une entrée sur le terrain par l'intermédiaire de l'institution et souvent « il ne s'agit en effet pas exactement de laisser place à la subjectivité du patient ou de donner son point de vue » (Velpry, 2008, p.216). C'est cette carence de perspective que j'ai souhaité explorer dans mon travail de thèse. Depuis plusieurs décennies, les (ex)usagers de la psychiatrie appellent à ne rien faire sur eux sans eux. Je n'ai jamais été usager de la psychiatrie et je ne peux donc pas prétendre à prendre la parole depuis cette place, mais j'ai cherché à visibiliser l'expérience et le discours des personnes directement concernées. Ce choix induit toutefois des précautions méthodologiques qui sont d'autant plus sensibles que les sujets de l'enquête sont considérés à partir de leurs difficultés psychiques. Car bien qu'il ait été critiqué pour minimiser les capacités d'action des usagers (Tekin, 2014), Ian Hacking (1995) a montré dans sa théorie du « *looping effect* » que la catégorisation diagnostique des individus formatait leurs perceptions identitaire et comportementale.

Ainsi, des travaux révèlent l'intérêt de la recherche en SHS pour l'expérience des (ex)usagers de la psychiatrie, mais « cette mise en avant de l'utilisateur et de son expérience de la maladie devrait être davantage interrogée » (Troisoeufs, 2012, p.506). C'est cet intérêt que montre Armstrong (1984), pour qui le point de vue du patient a évolué essentiellement dans la perception qu'en a la médecine depuis la moitié du XX^{ème} siècle. Il note l'élargissement du regard médical, qui n'est plus réservé aux seuls médecins, et qui doit être mis en lien avec les découvertes techniques. Ce déplacement de regard appelle à élargir le champ d'analyse de la maladie, qui se localise non seulement dans le corps mais aussi dans l'espace social : « *the meeting between doctor and patient was not between an enquiring gaze and a passive object but an interaction between two subjects* » (Armstrong, 1984, p.742). Porter (1985), qui a transposé l'article d'Armstrong en histoire de la médecine, plaide pour une histoire de la façon dont les individus font face à la maladie. Pour lui, l'historiographie ne doit pas se centrer sur les écrits de médecins et il critique le fait que « *the history of healing is par excellence the history of doctors* » (p.175). Nicolas Henckes et Benoit Majerus ont récemment publié leurs réflexions sur l'histoire de la recherche en santé mentale, voici ce qu'ils en disent :

L'histoire des savoirs de la folie s'est beaucoup concentrée sur les systèmes de représentations associés aux maladies mentales, qu'il s'agisse des cadres explicatifs à l'intérieur desquels sont pensés la nature et les causes des phénomènes pathologiques, ou des représentations sociales et culturelles qui influencent les descriptions des catégories cliniques. C'est oublier que, au-delà de ces représentations, les savoirs, la forme qu'ils empruntent et les usages auxquels ils se prêtent sont intimement liés à des pratiques sociales. (Henckes & Majerus, 2022, p. 39)

Le regain d'intérêt des sciences sociales pour la psychiatrie est le signal d'un besoin de compréhension globale et de lucidité sur la réalité sociale contemporaine (F. Weber, 2022). Cette dynamique scientifique montre aussi la pertinence de « développe[r] de[s] structures d'accueil de personnes ayant des troubles psychiques qui soient extérieures à la psychiatrie [en tant qu'] opportunité supplémentaire de multiplier les espaces sociaux d'existence pour ces personnes » (Velpry, 2008, p. 311). L'analyse de la crise psychique ne peut donc pas être circonscrite à la parole des professionnels de la santé mentale, mais doit prendre en considération les implications sociales (évolution et transformation du champ, rapport au savoir, pouvoir médical, etc.). Ces aspirations scientifiques sont liées à de nouvelles revendications qui exigent d'interroger les approches scientifiques traditionnelles (Faulkner & Thompson, 2023 ; Wallerstein & Duran, 2010), d'intégrer des méthodologies mixtes afin de comprendre en profondeur les données recueillies (Miyamoto & Sono, 2012) et de s'attacher aux questions éthiques de la participation des personnes concernées dans la recherche en santé (Bueter, 2019 ; Loignon *et al.*, 2018).

Il s'agit d'un intérêt majeur de la RAP du LDR : montrer, à partir d'une expérience de l'intérieur, des pratiques sociales qui nous renseignent sur l'usage qui est fait des principes théoriques, scientifiques et politiques qui sous-tendent l'intervention. Pour cela, j'ai dû mettre en œuvre une réflexivité de mon implication dans la RAP depuis mon point de vue socialement situé. Comme le propose Becker : « *the participant observer gathers data by participating in the daily life of the group or organization he studies* » (Becker, 1958, p.652). Il s'agit donc d'une analyse de mon expérience d'intégration à une expérience collective. Dans ses recherches, David Bloor a étudié les conditions sociales et culturelles de production du savoir scientifique. François Briatte en livre une analyse :

Le *strong program* consiste à reconnaître que, dans la mesure où toute entreprise de connaissance du monde est relative à ses conditions d'acquisition, la démarche scientifique initiée par l'être humain en société est un processus systématiquement borné par nos sens comme par nos croyances collectives, et qui n'est pas en mesure d'atteindre des certitudes absolues. (Briatte, 2007, p.2)

Nous sommes dans le quatrième principe du « *strong program* » de Bloor (1983), tout en « [acceptant] nos limites d'êtres humains et [en sachant] qu'il n'est pas simple (voire qu'il est impossible) de chercher à décrire une situation tout en nous regardant faire » (Pestre, 2006, p.17). Ce but nécessite de prendre en compte que la recherche scientifique n'est pas exempte des tensions qui traversent tout champ social (Bourdieu, 1976). Au contraire : « *science is a cultural product with specific human purposes and implicitly carries those class biases and values which scientists hold as a group* » (Fals-Borda, 1987, p.337). C'est la raison pour laquelle Bloor considère qu'il existe des interactions significatives entre des processus sociaux et leurs perceptions :

Les hommes reçoivent une certaine éducation qui structure leurs intérêts ou leurs attentes. Lorsque certains événements non attendus se produisent devant eux, ils peuvent donc ne pas les voir ou, s'ils les voient, rester sans réaction. Pour eux, ces événements sont dépourvus de sens et n'entraînent aucune action particulière. Inversement, là où certains observateurs ne voient rien ou ne détectent aucun ordre logique ou aucun modèle, d'autres perçoivent ou se rappellent avoir perçu quelque chose qui correspond à ce qu'ils attendaient. (Bloor, 1983, p.28)

Dans les paragraphes suivants j'analyse l'expérience qui découle des conditions de réalisation de la thèse, en identifiant la façon dont mon individualité et le dispositif scientifique ont interagi.

2.2 Réflexivité et anthropologie

Il est nécessaire de clarifier les conséquences de mon implication personnelle dans le projet, ainsi du double niveau de recherche (RAP et thèse). Dans *La formation de l'esprit scientifique* (1938), le philosophe français Gaston Bachelard demande aux scientifiques de mettre à distance leurs premières impressions pour atteindre l'objectivité et éviter les obstacles épistémiques (Bachelard, 1993). Si l'attention portée à nos présupposés est nécessaire, elle n'est pas toujours suffisante, car nos conceptions philosophiques sont intégrées à nos expériences, à ce qui nous constitue en tant que sujet (Haraway, 1988). Dans le cadre spécifique de la RAP du LDR, quelle part de mon analyse est une interprétation personnelle et quels sont les résultats qui ne dépendent pas de moi ? Les paragraphes suivants sont consacrés à l'analyse critique de ma position sociale et en quoi elle a agi sur le traitement réflexif que j'ai appliqué aux situations présentées ici. En effet, d'autres membres du GRAP auraient sans doute recueilli des matériaux de recherche originaux. Ils auraient même vraisemblablement abouti à des conclusions différentes en partant pourtant des mêmes données de recherche. Il s'agit d'une forme d'étude sur la recherche, comme évoqué dans cet extrait d'entretien :

De quelle forme on fait les recherches, c'était ça.

Est-ce qu'on fait de la recherche sur la recherche et sur les chercheurs ?

C'est ça. Est-ce qu'on se pose régulièrement les questions qu'il faut ? (Exp.RAP.1.2022)

Pour comprendre le phénomène de production des faits scientifiques, la recherche sur la recherche (*science studies*) s'appuie sur la philosophie et la sociologie des sciences, l'anthropologie cognitive et l'ethnométhodologie (Chateauraynaud, 1991). Issue des pays anglo-saxons, elle est introduite en France au début des années 1980 par l'ouvrage de Callon et Latour *La science telle qu'elle se fait : anthropologie de la sociologie des sciences de langue anglaise* (1991). Les auteurs montrent entre autres que la subjectivité existe dans le domaine scientifique jusque dans les laboratoires de neurologie (Latour & Woolgar, 1988). Ceci signifie que nous ne pouvons pas revendiquer, dans le champ des SHS, une impossible objectivité (Rabier, 2022). Au contraire, il me semble que nos émotions, la singularité du contexte, l'expérience sociale du chercheur, etc. constituent des outils d'analyse pertinents pour peu que nous leur accordions une place signifiante (Montenegro, 2018).

C'est l'idée que développe le sociologue des sciences anglais David Bloor lorsqu'il rédige son « programme fort » (*strong programme*) en 1976 (Bloor, 1983). Bloor a démontré par les exemples que la pensée mathématique présente des variations. Selon lui, les mathématiques se basent sur l'expérience mais agissent à partir de principes d'utilisation variable. Dans son livre *Socio/logie de la logique ou les limites de l'épistémologie*, il développe trois thèmes majeurs : « les idées relatives à la connaissance sont fondées sur des représentations sociales, [...] la nécessité logique est une forme d'obligation morale et [...] l'objectivité est un phénomène social » (p.178). Bloor introduit son propos par le constat suivant : si un philosophe ou un historien des sciences est face à une proposition scientifique du passé, il pense savoir, en fonction de ce que lui dit la science actuelle, si cette proposition est vraie ou fausse (Pestre, 2006). Si l'on considère que la vérité est unique, rien de social ou de culturel ne devrait intervenir dans la véracité des résultats et un résultat faux ne peut être que la conséquence du dérèglement du processus scientifique. C'est pourquoi Bloor considère que « pour [le sociologue], la connaissance sera, non pas la croyance vraie, mais tout ce que les hommes considèrent comme connaissance, c'est-à-dire ce qu'ils croient en toute confiance et dont ils vivent » (1983, p.5). Appliquer des normes réflexives à la sociologie lui confère un statut équivalent à celui des autres sciences.

Ces considérations résonnent d'une manière particulière sur mon terrain de recherche où les croyances non partagées¹ sont habituelles et où le terrain, et donc les discours qui s'y déploient, est imprégné d'idéaux et de valeurs fortes qui forgent le ciment communautaire. S'intéresser à la parole des (ex)usagers de la psychiatrie demande également un « nécessaire surplus de réflexivité dont les sciences humaines et sociales doivent faire preuve dans un contexte d'abondance et de légitimité de la parole des patients » (Marquis & Moutaud, 2020, p.8). J'ai fait partie de la communauté LDR, j'ai partagé ses valeurs, j'ai travaillé pour le succès du projet, j'ai « particip[é] comme tout autre membre aux activités du groupe [...] en étant déjà membre au départ » (Anzieu & Martin, 2007, p.125). L'analyse de mon implication est donc une nécessité épistémologique et méthodologique, comme le relève Olivier de Sardan :

Tout chercheur menant une enquête prolongée (comme toute personne qui séjourne un certain temps au sein d'un groupe humain quelconque) y développe une certaine forme d'insertion affective. Cette insertion affective est induite par le processus d'enquête et a des effets importants sur ses résultats et sa qualité. (Olivier de Sardan, 2000, p.434)

La place accordée à une personne dans le champ scientifique dépend en partie de ses caractéristiques sociales (Bourdieu, 1976 ; Merton, 1968 ; Rossiter, 1993). Les matériaux recueillis, tout comme l'analyse qui en est faite diffère selon le genre, l'appartenance ethnique ou sociale, l'expérience, etc. de la personne qui s'intéresse à l'objet (Haraway, 1988). Ainsi, l'arrivée de nouveaux acteurs sur les terrains de recherche, comme les patients partenaires, modifie la façon dont sont traitées les problématiques scientifiques (Mooney *et al.*, 2023 ; Ross, 2017 ; Russo, 2012 ; Sartor, 2023). Poursuivons la réflexion d'Olivier de Sardan sur l'implication méthodologique d'un chercheur subjectivement situé :

De toutes les sciences sociales, l'anthropologie (ou la sociologie de terrain) est celle où le rôle « méthodologique » de la personne même du chercheur (son observation, son écoute, ses relations personnelles, son intuition, etc.) est le plus important, au niveau particulier de la production des données. La subjectivité de l'anthropologue est un point de passage obligé du travail anthropologique de terrain, c'est une caractéristique en quelque sorte « professionnelle » centrale. (Olivier de Sardan, 2000, p.425)

¹ Cette expression sert à désigner des croyances, considérées parfois comme des symptômes psychotiques, qui sont essentiellement des constructions psychiques, mais n'en demeurent pas moins vraies pour les personnes qui les expérimentent.

L'analyse de l'implication personnelle du chercheur est donc d'autant plus importante dans la discipline anthropologique où « la relation entre l'anthropologue et son terrain n'a jamais été simple [et] s'inscrit fondamentalement dans le cadre nécessaire de la réflexivité » (Ouattara & Zongo, 2018, p.165). C'est notamment le cas lorsque les sujets de la recherche sont des groupes défavorisés : « *it is important to recognize the significance of emotional labor in qualitative research and unpack the complex personal consequences of conducting research with vulnerable populations* » (Rogers-Shaw *et al.*, 2021, p.2). La réflexion passe par l'analyse des émotions de l'ethnographe bien que « l'affectif du chercheur [soit] largement occulté dans la plupart des recherches en sciences sociales, [et] alors que le rapport aux émotions éprouvées sur le terrain tient une place majeure dans la construction même du raisonnement scientifique » (Fernandez *et al.*, 2008, p.352). Comme je l'ai dit, j'ai ressenti un sentiment d'appartenance au collectif LDR qui m'a donné accès à des matériaux difficilement accessibles. J'ai aussi éprouvé un ensemble d'émotions, soit en faisant face à des personnes (ou à des collectifs) en situation de crise, soit dans le cadre des échanges professionnels en lien avec le projet. L'une des spécificités de ces ressentis est qu'ils se déployaient dans un contexte particulier où mon terrain de recherche et mon lieu d'exercice professionnel se confondaient.

Au cours de ce doctorat en convention CIFRE, je me suis questionné le positionnement à adopter lorsque des tensions apparaissaient entre les aspirations du collectif et mes orientations de recherche personnelles. C'est à partir de mes ressentis, de mes impressions et émotions que j'ai sélectionné les données à recueillir, que je les ai agencées au sein d'un *corpus* organisé selon une certaine vision du monde (Latour, 2007). L'analyse découle donc d'un ensemble d'opérations sélectives qui s'opèrent à partir d'une place située socialement, moralement, historiquement, etc. (Bloor, 1983 ; Rabier, 2022). Cela signifie qu'« il n'y a pas des principes premiers desquels dérive la structure de la connaissance, mais au contraire cette dernière s'élabore simultanément sous l'influence réciproque des différentes observations et conceptions [comme le soutiennent Deleuze et Guattari] » (Crispi, 2015, p. 26). Les faits relevés lors de mon enquête de terrain existent par l'observation que j'en ai fait, mais par là même en sont modifiés. C'est-à-dire que nous ne saisissons les faits qu'en les observant et nous les faisons exister d'une manière unique qui est la nôtre à ce moment-là dans des conditions individuelles et sociales données. Comme le souligne François Briatte : « le concept de vérité n'existe par conséquent qu'à l'état de connaissance conventionnelle particulière, historiquement contingente et relative aux facteurs sociaux et culturels interagissant avec notre expérience sensible » (Briatte, 2007). Les faits saisis n'existent pour les personnes à qui ils sont relatés qu'à travers l'observation qui en est faite, et quand nous intervenons en tant que chercheurs, soignants, pairs, etc., nous agissons en tant qu'individu unique, subjectif et socialement construit. Chercher à l'oblitérer constituerait une erreur.

2.3 Cheminement personnel et parcours professionnel

C'est à la faveur d'un congé parental que j'ai repris des études universitaires abandonnées au début des années 2000. À l'époque j'avais choisi une voie qui a été très formatrice mais qui ne répondait pas à mon appétence pour les SHS. La fin de mon cursus universitaire initial a correspondu à l'entrée dans l'âge adulte et au départ du domicile familial. Comme pour une proportion significative de mes semblables, cette période a été difficile à vivre et j'ai traversé un épisode dépressif important. Quelques années plus tard j'ai pu retrouver une dynamique personnelle positive, puis reprendre ma formation universitaire. C'est lors d'un stage dans l'équipe MARSS en 2016 que j'ai découvert le travail pair, l'approche du rétablissement et le projet du lieu de répit. Ma thèse a été construite d'emblée en articulation avec mon implication dans le projet, débutée par une période de bénévolat. En janvier 2019, lors de ma prise de poste, j'ai intégré une équipe de recherche formée de deux professionnels chevronnés. Après la déception qui a suivi leurs rapides départs, c'est avec joie et enthousiasme que je me suis appliqué à animer la RAP.

Ici apparaît « le risque [...] de communier [...] avec les sentiments et les émotions véhiculées par le groupe [...] sans essayer de démêler les liens profonds et complexes qui lient émotions, morale et pouvoir » (Fernandez *et al.*, 2008, p.377). Le risque s'accroît par la place qu'occupent les émotions sur le terrain de recherche. Que ce soit par l'approche OD, qui plébiscite l'apport de l'intime dans la relation d'accompagnement, ou par les travailleurs pairs, qui dévoilent régulièrement des pans de leur expérience, j'ai été amené à livrer une partie de mon histoire personnelle. Cette divulgation ne va pas sans émotions. Par exemple, avant de débiter un *focus group* avec des MSP, alors que chacun présente son rapport à la psychiatrie, je déclare que je n'ai « *pas de parcours psychiatrique institutionnel* ». En prononçant ces paroles, je ressens une émotion visible qui est atténuée par les rires et les remarques des autres personnes présentes : « *C'est pas grave* » ; « *Tant mieux pour toi* ». Il est cocasse de constater que la situation donne à voir une version inverse de *stigmaté* (Goffman, 1975), dans lequel ce sont les habituels « stigmatisés » qui réduisent la tension produite dans l'interaction par mon émotion.

L'implication dans le travail de recherche au LDR m'a amené à opérer un changement en profondeur. Pour atténuer le risque d'être happé par les affects, j'ai tenu un cahier à part de mes notes de terrain, dans lequel j'ai consigné mes impressions, émotions et sentiments. Il s'agissait d'une sorte de carnet intime dans lequel j'épanchais mes doutes et mes colères à l'abri des regards. Ces notes m'ont amené à prendre du recul quand les situations étaient trop chargées émotionnellement, et je les ai utilisées pour analyser mon implication (Montenegro, 2018). Par exemple, j'ai noté des réflexions à la suite d'une réunion durant laquelle j'analysais les interactions verbales entre les participants (Hymes, 2005) avec une attention aux rapports de pouvoir. Je constate que les individus

prennent surtout la parole en se référant à des expériences professionnelles, ce qui réduit d'autant la prise de parole des ISMC les moins expérimentés professionnellement. Suite à cette réflexion, je me rends compte qu'en tant qu'animateur, j'ai coupé deux fois la parole à Exp.LDR.5 et je me demande si j'aurais agi de la même façon si Exp.LDR.5 n'avait pas été (ex)usager de la psychiatrie. J'ai également relevé une corrélation entre la densité de mes notes et l'intensité « dramatique » du LDR. Par exemple, début 2019 mes notes sont abondantes jusqu'au pic de l'évènement traumatique du départ des salariés et elles se raréfient une fois la décision est actée et que la pression collective diminue.

Dans cette posture assumée d'implication, j'ai éprouvé des difficultés à prendre de la distance avec le terrain et à préserver des espaces de réflexivité, à « m'émanciper » (Chapoulie, 1984). Il a été question d'éclaircir ma position physique et morale au sein du groupe afin de produire un savoir consciemment situé. Comme souligné par Donna Haraway : « *situated knowledges are about communities, not about isolated individual. The only way to find a larger vision is to be somewhere in particular* » (Haraway, 1988, p.590). En plus de la position ethnographique déjà complexe, l'approche RAP a participé à troubler les frontières entre acteur et observateur, tout comme ma prise de poste de coordination générale. C'est ce que relève Christian Gonzalez-Laporte lorsqu'il souligne que :

La RAP est considérée comme une pratique dans laquelle la séparation entre la position du chercheur et l'objet social de la recherche « l'acteur » est interrogée, dans la mesure où les participants ont l'opportunité de prendre un rôle (voir le contrôle) dans la définition des actions qui auront des effets directs sur leur univers, leur environnement social ou leur organisation. (Gonzalez-Laporte, 2014, p. 14)

J'ai donc eu besoin d'une prise de distance pour me « dégager des positions et jugements qui [ont été les miennes] en tant qu'acteur » (Olivier de Sardan, 2000, p.432), bien que je ne me sois pas senti dans une position « schizophréni[que] »¹, comme le note l'auteur. Après avoir réalisé cette prise de distance, certaines notes me sont apparues différemment au moment de la relecture. Par exemple, suite à la venue de Catarina Devandas, rapporteuse spéciale des Nations Unies, à l'été 2018, un mail est envoyé par une personnalité du champ de la santé mentale pour affirmer que les défauts de l'organisation de l'évènement portaient atteinte à l'image du mouvement pour le rétablissement. Au moment de la prise de notes, je considère que l'auteur rejette la non-normativité du collectif qui explique selon moi les défauts organisationnels. Lorsque je relis mes notes quatre ans plus tard, ce qui me marque c'est le rejet de la critique extérieure et l'idéalisation de l'esprit communautaire, comme

¹ Olivier de Sardan utilise le terme de « schizophrénie » pour décrire un état non pathologique, détournant, comme beaucoup d'autres avant et après lui, le terme de sa signification première.

si tout pouvait être justifié par les finalités du projet. Les évènements qui ont lieu dans le projet ont aussi une incidence sur ma vie personnelle. Après le décès d'une des personnes accueillies, en avril 2018, je prends ces notes :

J'ai rêvé de Us.LDR.18 cette nuit. Nous étions tous les deux à Marseille et devions aller ensemble chez une personne qu'il connaissait. Coord.LDR.1 lui téléphone, comme pour lui rappeler quelque chose d'important, mais Us.LDR.18 semble ne pas y accorder d'intérêt. Nous partons et après un certain temps je me rends compte que j'ai laissé mon vélo. Je pars le chercher en ayant la crainte qu'on me l'ait volé et je me réveille pendant le trajet.

Dans cette situation comme dans de nombreuses autres par la suite, mon sommeil s'en trouve perturbé, allant même jusqu'à une détérioration de ma santé. Car, si la personnalité du chercheur agit sur la recherche, la recherche agit sur les sujets concernés (Chauvier, 2013). Mener une recherche implique d'évoluer intellectuellement et psychologiquement, ce que souligne Exp.RAP.1 : « *au fur et à mesure que j'avançais, je me confrontais à moi, et du coup chaque fois ça me permettait de passer des étapes en réglant tout ce qui m'empêchait d'avancer pour aller vers l'autre* » (Exp.RAP.1.2022). Cette évolution peut être bénéfique, comme avoir des effets négatifs.

L'interpénétration des différentes sphères de ma recherche (thèse, animation de la RAP, coordination, valorisation du projet, etc.) a constitué un bénéfice substantiel pour le dispositif (Cf. p.152), mais mon implication dans les tâches de pratiques organisationnelles a réduit la place de mon travail de thèse. Le traitement de mes notes de terrain fait d'ailleurs émerger une catégorie liée à la façon dont j'organise mon temps de travail. Les tâches professionnelles apparaissent variées et appartiennent à des domaines dépareillés : répondre aux demandes d'accueil et les organiser ; organiser et animer des temps de coordination ; animer la RAP ; accompagner l'équipe dans la mise en place des outils de rétablissement ; proposer une écoute active aux usagers du LDR en souffrance ; etc. La gestion du temps est une question présente tout au long de mes notes de terrain le choix de consacrer du temps à une tâche plutôt qu'à une autre a structuré mon recueil de données et le manuscrit final de ma thèse. J'aurais pu faire le choix de privilégier mon travail de recherche doctorale à l'amélioration effective du dispositif, j'aurais pu refuser le poste de coordination ou j'aurais pu décider de ne pas m'occuper des demandes d'inclusion, mais si ces tâches ont été très contraignantes pour la temporalité de réalisation de la thèse, elles m'ont également permis d'accéder à des données de terrain riches et variées.

Comme le suggèrent Strauss et Corbin (1990) ou Becker (1958), il me semble important de visibiliser les opérations ethnographiques qui m'ont amené aux conclusions que je présente ici. Mes observations de terrain ont été réalisées entre le 10/06/2016, et le 30/09/2022 et occupent environ

dix-huit cahiers manuscrits (entre 1 500 et 2 000 pages) de notes de terrain et de travail, ainsi que 200 pages environ sous format informatique. Durant ma présence sur le terrain, j'ai côtoyé des dizaines d'experts d'expérience, qu'ils soient MSP professionnels, aidants bénévoles, salariés au LDR, etc. J'ai aussi échangé avec des dizaines d'usagers de la psychiatrie, rencontrés au LDR, dans le cadre de la psychiatrie institutionnelle ou dans d'autres espaces. 53 entretiens semi-directifs ont été menés, essentiellement auprès d'usagers, mais aussi de MSP, de psychiatres, d'aidants et de partenaires. 43 ont été retranscrits intégralement et ont fait l'objet d'une analyse de contenu (Bardin, 1977). Ces entretiens basés sur l'expérience vécue de l'interviewé ont été des outils pertinents pour rendre compte du processus de rétablissement (Martin & Franck, 2013 ; Marty *et al.*, 2014) malgré les limitations dues aux troubles psychiques dans la production des discours (Allé *et al.*, 2016 ; Henckes & Marquis, 2020 ; Velprey, 2008). Ces entretiens ont été complétés par d'innombrables échanges informels ou se déroulant lors de réunions collectives. Des relations amicales se sont construites au fil du temps et je suis toujours en contact avec plusieurs personnes interviewées (Arrais, 2022).

L'une des idées qui a guidé ma méthodologie d'enquête a été de ne pas penser des hypothèses *a priori*, mais de les dégager lors du traitement des données. Certaines hypothèses étaient toutefois présentes soit dans les protocoles de recherche (par exemple que le recours au LDR diminue le nombre et la durée des hospitalisations), soit à l'état évanescent (par exemple que la qualité des liens communautaires permet d'accompagner une personne en situation de crise psychique). J'ai donc réalisé des allers-retours entre approche inductive et déductive selon que les données de terrain venaient infirmer ou confirmer les hypothèses. Grâce à cette approche, j'espère avoir évité l'écueil de trouver ce que je cherchais à démontrer, car « on peut rendre compte de ces accomplissements et raisonnements pratiques au moyen d'une démarche ethnographique sans qu'il y ait besoin d'hypothèses préalables au travail de terrain. Ce serait même une hérésie suprême » (Garfinkel, 1967). L'approche inductive m'a semblée particulièrement adaptée dans un contexte très incertain qui demandait une adaptation permanente. Les notes de terrain ont été réparties en catégories et sous-catégories grâce à un logiciel approprié. Onze catégories et 89 sous-catégories sont apparues, chacune comprenant un nombre variable de vignettes. Cette classification a servi de base à l'organisation du manuscrit en chapitres et sous-parties et un travail de réajustement et de recoupements a été opéré au fil du temps en fonction des avancées logiques de ma réflexion globale.

Mes hypothèses se sont construites au fil de la recherche et de quelques présupposés éthiques. Mon recueil de données a aussi été dépendant des rapports humains que j'ai tissés avec les personnes qui ont accompagné mon parcours. Je pense particulièrement aux personnes accueillies au LDR ou aux ISMC avec qui j'ai partagé plus qu'une simple relation de recherche. Les données que j'ai recueillies sont teintées de mes agissements au sein d'un projet éminemment collectif. Ainsi, dans les

entretiens menés auprès des personnes en situation de crise psychique, les propos qui m'ont été adressés l'ont été parce que j'étais reconnu en tant que membre à part entière du LDR avec ses avantages et ses inconvénients. Je pense avoir approché de l'expérience de la crise psychique par l'intermédiaire des entretiens de recherche sans nier une part de complexité et d'incommensurabilité. Durant ma dernière année de doctorat j'ai été éloigné de mon objet de recherche. Cette distance physique m'a permis de mener une distanciation intellectuelle qu'il était complexe de conduire en situation. La phase de traitement et d'analyse des données a renforcé mes axes de recherche et a donné du sens à un ensemble de notes conséquent sur le plan quantitatif, mais dont la cohérence globale pouvait m'échapper. La démarche d'observation-réflexion a composé l'architecture de ma transformation identitaire en tant que chercheur. J'ai appris à :

Laisser courir [m]on regard sans s'obstiner sur une piste unique, écouter tout autour de [m]oi sans se contenter d'un seul message, [m]e pénétrer des ambiances, et chercher finalement à discerner les dimensions essentielles du problème étudié, ses facettes les plus révélatrices et, par suite, les modes d'approches les plus éclairants. (Quivy & van Campenhoudt, 1997)

En pratique, j'ai également développé des compétences dans l'organisation globale de la recherche, dans la conceptualisation des données de terrain, dans la mise en place d'une organisation temporelle et matérielle adaptée, etc. Les rencontres et les échanges tout au long du doctorat m'ont permis de progresser dans la professionnalisation du travail scientifique (Lelubre *et al.*, 2020). Les participations aux séminaires m'ont familiarisé avec l'univers académique et j'ai senti à la fin de cette enquête un basculement, de la place d'apprenant à celle de potentiel collaborateur. Ma posture de recherche n'est pas la seule à avoir évolué, puisque le titre de ma thèse était au départ « *l'individu face à la gestion de la crise psychique* ». Le terme de « gestion » m'a questionné à la relecture de Strauss (1992) et un passage dans la préface d'Isabelle Baszanger m'y a renvoyé : « gérer une maladie chronique nécessite de travailler dans trois directions (ou lignes de travail) : gérer la maladie, gérer la biographie, gérer la vie quotidienne » (p.38). Enfin, mon rapport au terrain a sensiblement bougé et j'ai eu l'impression après coup que des acteurs venaient témoigner naturellement de ce qu'ils vivaient sans que j'ai besoin de « forcer » la recherche d'informations. Ma simple présence, identifiée et assumée : « *on pourra peut-être pas trop faire attention à lui* » (notes de terrain) a engendré des demandes d'interactions spontanées comme partager un repas pendant lequel on me fait part de son regard sur l'institution psychiatrique, laisser entendre qu'on aimerait être interviewé ou encore proposer la visite des chambres d'isolement, etc. Une situation m'a particulièrement marqué. Alors que je suis assis à une table le nez dans mon carnet, un groupe de soignants se forme à proximité pour

parler d'une situation qui les touche particulièrement. Je perçois la concentration inconsciente des soignants autour de moi comme une demande d'écoute et de témoignage de la part d'une profession en tension, qui souhaite donner à voir ses conditions d'exercice.

Conclusion du troisième chapitre

La présentation et l'analyse de la RAP que j'ai réalisées dans ce chapitre s'imposaient à un double niveau. Tout d'abord il était nécessaire de comprendre de manière précise en quoi la RAP a contribué à l'élaboration du modèle interventionnel en tant que prérequis à l'analyse du dispositif en lui-même. Mais la RAP a aussi constitué une expérience sociale dont j'ai étudié la logique interne et déterminé les principes scientifiques, épistémiques et moraux. Par sa spécificité, notamment la place donnée aux savoirs expérientiels, la RAP a engendré des relations particulières entre les acteurs. La passation d'entretiens en binôme, par exemple, constitue une modalité particulière de recueil de données. En plus d'accompagner la construction du LDR et de produire des résultats scientifiques, la RAP a favorisé l'*empowerment* de certains participants. Les enjeux de pouvoir sont apparus à la lumière des inégalités épistémiques et la dimension collective de l'*empowerment* constitue l'une des limites de la démarche. L'analyse de la RAP montre toutefois l'intérêt qu'elle revêt dans une forte perspective participative.

La place centrale qu'a occupé la RAP dans la thèse et dans l'expérimentation en fait la source principale de mes données. Il s'agissait donc d'explicitier mon vécu de l'expérience collective qu'elle a constituée. Mon implication conséquente dans le collectif supposait une réflexivité sur ma position au sein du groupe, afin d'objectiver le cheminement logique de la thèse. Les données que j'ai recueillies, tout comme l'analyse que j'en ai faite, sont apparues dépendantes de ma position singulière dans l'espace social, à la fois au niveau global mais aussi au niveau local. La méthodologie inductive que j'ai adoptée était cohérente avec un objet de recherche spécifique, la crise psychique, qui ne se laisse pas aisément manipuler. Pour naviguer durant plusieurs années au sein d'une incertitude quotidienne, il m'a fallu faire preuve de souplesse et d'adaptation. Ce parcours doctoral, bien que complexe sur le plan personnel et scientifique, m'a permis de progresser dans une carrière professionnelle qui s'oriente désormais vers la recherche. Terrain et personnalité du chercheur ont été interdépendants et ont agi l'un sur l'autre, dans les périodes heureuses comme dans les moments difficiles.

Chapitre 4 : Dire la crise psychique

Platon opposait deux thèses sur le langage. La première est qu'il existe une dénomination correcte pour désigner les choses et la seconde que la nomination n'est par naturelle mais que les mots sont des conventions sociales. Selon cette dernière, lorsque l'on nomme, on procède par catégories identifiées et validées collectivement. Le langage est l'expression concrète et symbolique de la dimension sociale des rapports humains. Comme le dit Émile Durkheim :

Le langage est chose sociale au premier chef ; c'est la société qui l'a élaboré, et c'est par elle qu'il se transmet de génération en génération. Or, le langage n'est pas seulement un système de mots ; chaque langage implique une mentalité propre, qui est celle de la société qui le parle, où s'exprime son tempérament propre, et c'est cette mentalité qui fait le fond de la mentalité individuelle. (Durkheim, 1934, p.53)

C'est-à-dire que la signification que donne un groupe à une expression lexicale englobe non seulement un sens pratique, mais aussi une ontologie à laquelle les individus se réfèrent dans un espace symbolique commun (Mol, 2002). Pour Annemarie Mol, un objet ne peut être compris qu'en relation avec des acteurs divers qui le font advenir tout en différenciant l'objet de ses fonctions. Caroline Guibet Lafaye décrit dans *Usages du consentement en psychiatrie* les variations conceptuelles autour de l'usage d'un même terme (Guibet Lafaye, 2015). Elle démontre les conséquences cliniques des différentes appréciations sémantiques du « consentement » : « *ce qui est compliqué. . . c'est que le consentement dépend vraiment de l'équipe soignante* » (p.49) explique un psychiatre dans un *verbatim* d'entretien qu'elle cite dans son article. Les mots sont inséparables des actes qui les accompagnent et le vocabulaire est une composante de la « culture collective construite et validée au sein de l'institution, et sur laquelle le sujet s'appuie pour authentifier son discours dans le champ social » (Djambian & Lainé-Cruzel, 2012, p.5). En ce sens, l'étude d'un lexique permet d'accéder à une terminologie, dont l'analyse renseigne sur les catégories du système symbolique.

Selon cette approche d'un langage qui catégorise notre univers, le vocabulaire que nous utilisons est un indicateur de notre perception de la réalité, bien qu'il ne la définisse pas, malgré ce qu'avance l'anthropologue Benjamin Lee Whorf (1950) (Kay & Kempton, 1984). Ainsi, bien que l'identité sociale d'un individu n'est pas uniquement le reflet du regard des autres, celle-ci est tout de même intégrée à une représentation sociale prédéterminée : « l'ensemble du stigmaté et de l'effort accompli pour le dissimuler ou y porter remède se fixe en tant que partie de l'identité personnelle » (Goffman, 1975, p.83). C'est pour cette raison la stigmatisation associée aux troubles psychiques

constitue un frein au rétablissement (Jenkins & Carpenter-Song, 2009 ; Valery & Prouteau, 2020). Barrett (1999) a retrouvé une portée symbolique stigmatisante dans les appellations choisies par l'équipe soignante pour caractériser une personne extrêmement psychotique. Sur son terrain, les désignations renvoyaient à des termes culinaires ou animaliers, assignant aux patients une place inférieure : « non seulement la personne est "ailleurs" au sens spatial, mais elle est déshumanisée en étant assimilée à d'autres espèces » (Barrett, 1999, p.163). Le langage n'est donc pas uniquement un moyen de communiquer, mais aussi le lieu d'antagonismes éthiques (Nowak *et al.*, 2015).

Dans le champ de la santé mentale ces considérations prennent une importance d'autant plus grande que les représentations sociales des troubles psychiques sont anciennes et émotionnellement chargées. Comme le remarque l'écossais Ron Coleman, engagé dans la défense des (ex)usagers de la psychiatrie et critique des approches biomédicales sur les troubles psychiques : « *understanding the use of language is important if we are to understand the failure of the mental health system to achieve sustainable recovery on a large scale* » (Coleman, 2004, p.4, cité par Pilgrim, 2008, p.298). Par exemple, le discours psychologique a entretenu une opacité qui en assurait le monopole aux seuls initiés (Saïas, 2009) et Foucault a étudié « le dispositif de pouvoir comme instance productrice de la pratique discursive » (2003, p.14). Dans le contexte du LDR des mots comme : « *psychose* » ; « *schizophrénie* » ; « *rétablissement* » renvoient à une certaine conception philosophique des troubles psychiques. Ainsi, les représentations de la schizophrénie diffèrent si on la considère avec une perspective phénoménologique ou biomédicale : « *nothing is negative in itself ; it becomes negative when the listener perceives it as negative* » (Andersen, 1992, p.60). La stigmatisation dont sont porteurs les termes en lien avec la santé mentale est d'autant plus forte qu'une fois utilisés, ils sont visibles, se diffusent et sont plus facilement repris par les autres interlocuteurs (Fernandez *et al.*, 2010). Lors de rencontres diverses et variées (institutionnelles, scientifiques, organisationnelles, etc.) je me suis souvent étonné de la reprise de termes issus de mon terrain qui avaient été énoncés en début de réunion : « *alternative* », « *rétablissement* », « *travail pair* », etc. Ces observations concernent les termes mais aussi les idées qui sont intégrées au fil de la discussion par l'intervention de l'un ou l'autre des participants.

L'approche biomédicale de la santé mentale est une tentative d'objectivation des troubles, alors même que la complexité de la psychiatrie réside en ceci que les symptômes sont subjectifs et échappent à une interprétation objective, ce qui rend la discipline polysémique et perméable aux incohérences épistémiques. Marie-Aude Piot note cette importance de la subjectivité du praticien dans la pose du diagnostic :

Néanmoins, même si cette démarche vise un maximum d'objectivité, elle comporte la part subjective inaliénable de celui qui conduit le raisonnement : ainsi, de par la

perception qu'il a des manifestations du patient, le praticien va choisir de délimiter les symptômes à un endroit ou à un autre. (Piot, 2010, p.360)

J'ai donc réalisé une analyse lexicale du vocable LDR, afin d'accéder aux catégories symboliques et culturelles mobilisées par les acteurs (Goffman, 1974), ainsi qu'aux signifiants des pratiques d'intervention. Celles-ci découlent d'un modèle, prescripteur de normes morales auxquelles les acteurs se réfèrent, qu'ils interprètent, adaptent et contournent. L'analyse lexicale vise à révéler ces normes comme le souligne la linguiste française Catherine Kerbrat-Orecchioni :

L'analyse conversationnelle a pour objectif de dégager les règles et principes qui sous-tendent le fonctionnement des conversations, et plus généralement, des différents types d'échanges communicatifs qui s'observent dans la vie quotidienne. (Kerbrat-Orecchioni, 1998, p.7)

Afin d'imager mon propos, voici un exemple de conceptions morales divergentes révélées par l'étude du lexique mobilisé par deux ISMC. Exp.LDR.11 et moi animons un entretien d'inclusion dans l'espace collectif du rez-de-chaussée, lorsque Int.LDR.5 rentre dans la pièce et demande : « *C'est l'inclusion* [qui était programmée] ? », ce à quoi Exp.LDR.11 rétorque : « *C'est Us.LDR.19 !* ». D'un côté Us.LDR.19 est considéré avant tout comme une personne à part entière, alors que de l'autre il représente une place occupée dans le dispositif : une « *inclusion* ». Par cet échange qui peut sembler banal, Exp.LDR.11 cherche à signifier à son collègue de travail que leurs valeurs professionnelles s'opposent, et il renvoie Int.LDR.5 à une vision ontologique dans laquelle les individus souffrant de troubles psychiques sont objectivés. L'opposition n'est donc pas uniquement lexicale, mais quasiment philosophique et se révèle dans l'usage des termes langagiers.

1. Les concepts et leurs attributions morales

Freud a questionné l'interaction entre culture et troubles psychiques (Freud, 2010) et la psychiatrie s'intéresse depuis plus d'un siècle à l'incidence de la culture sur leur perception. Suite à son voyage en Asie du sud-est, Kraepelin publie un article sur la psychiatrie comparative *Vergleichende Psychiatrie* (Kraepelin, 1904) généralement considéré comme étant à l'origine de la psychiatrie transculturelle. D'autres recherches établissent par la suite des liens entre culture et psychose, comme celles de Georges Devereux (2013) et d'Arthur Kleinman (1977). Ce dernier introduit la « *nouvelle psychiatrie interculturelle* » selon laquelle une anthropologie de la psychiatrie ne peut pas déroger à l'analyse de la relation entre culture et expression des troubles :

Psychiatric categories are bound to the context of professional psychiatric theory and practice in the West Psychiatry must learn from anthropology that culture does considerably more than shape illness as an experience, it shapes the very way we conceive of illness. A true comparative cross-cultural science of illness must begin with this powerful anthropological insight. (Kleinman, 1977, p.4)

Proche de la phénoménologie, Kleinman critique l'approche occidentale, appliquée selon lui sans tenir compte de la construction culturelle des troubles. Des études récentes montrent également que le contexte culturel joue un rôle dans le processus de rétablissement (Ma *et al.*, 2023). Depuis l'époque où Kleinman écrit son article fondateur, les approches permettant de comprendre l'origine des troubles psychiques se sont multipliées (Hardy-Baylé, 2015). Toutefois, étant donné leur infinie diversité d'expression, il semble impossible d'en donner une définition unique comme l'admet l'APA : « aucune définition ne [peut] capturer l'ensemble des aspects des troubles mentaux contenus dans le DSM-5 » (American Psychiatric Association, 2016, p.4-5). Se pose alors la question de la classification des troubles, et particulièrement du critère diagnostique sur lequel elle se fonde. Par exemple, le DSM considère l'altération des activités sociales induit par les troubles et non la pathologie mentale en elle-même, alors que le *Research Domain Criteria* (RDoC) met en avant l'origine physiologique et propose un système diagnostique basé sur la biologie. D'autres recherches s'intéressent à la dimension ontologique des troubles psychiques (Kohne *et al.*, 2023) et German Elias Berrios a étudié l'histoire de la formulation diagnostique en psychiatrie :

The stability of descriptive psychopathology¹ varies with the rate of change in both biology and language. Descriptions and diagnoses are kept going as much by symbols, myths, and other constructs as by biological invariants. Indeed, psychiatrists have not yet developed accurate ways of deciding on the relative contribution of each. (Berrios, 2008, p.353)

Il est donc démontré que l'approche diagnostique occidentale est dépendante de variables interpersonnelles et interculturelles. Par ailleurs, il existe également des approches non pathologiques des troubles. L'entente de voix revêt notamment des formes symboliques fortes dans certains contextes culturels (Dupuis, 2022 ; Silverman, 1967). D'autres auteurs vont jusqu'à renvoyer les catégories diagnostiques des troubles psychiques à une pure construction culturelle : « les dénominations des "troubles" psychologiques sont des vocables pour les théories et non des

¹ Pour Berrios la psychopathologie renvoie au langage de la description des troubles.

appellations de choses qui existent dans la nature » (Sanders & Berthoud, 2019, p.67). L'avènement des troubles peut être d'ailleurs être considéré comme l'expression d'une souffrance sociale (Romme & Escher, 2006). Un article récent montre par exemple l'impact des inégalités raciales sur l'état de santé mentale (Fulford *et al.*, 2023). Dans cette perspective, santé mentale et environnement social sont liés et les violences symboliques subies (le racisme, l'exclusion, la stigmatisation, etc.) aggraveraient potentiellement les symptômes. Il existe donc un lien entre l'appréciation sociale d'un individu donné et le développement (ou l'atténuation) de troubles psychiques. Dans son ethnographie Sue Estroff (1998) distingue dénomination d'un état clinique et imposition d'une identité sociale :

Il existe une distinction entre « fou » au sens de folie, soit la qualité ou l'état de l'individu psychotique [...] soit comme un patient ou un client de la santé mentale, ce qui est une identité et un rôle. La description et l'identité se chevauchent mais ne sont pas équivalentes. (p.17)

Au LDR, j'ai observé un débat autour du terme de « *guérison* » qui renvoie à une disparition des symptômes. Ce terme était un sujet de controverses puisque l'approche médicale et celle du rétablissement postulent plutôt de leur apprivoisement, soit par les traitements médicamenteux, soit dans une vision holistique (Slade & Longden, 2015). Mais la question se pose aussi sous la forme « *doit-on en guérir ?* », qui sous-entend une critique des normes sociales d'acceptation des comportements étranges et inaccoutumés : « la personne normale ? Cet animal n'existe pas. Il existe au contraire une grande diversité de modèles adaptatifs et de répertoire comportementaux » (Jackson, 1967, cité dans Watzlawick & Weakland, 1981, p.224). Sur le terrain d'enquête, les confusions lexicales mettent en tension des polémiques internes au dispositif avec les valeurs morales défendues par les intervenants. Des conflits interpersonnels émergent en rapport à l'utilisation des termes lorsque ceux-ci font référence à des valeurs fondamentales du projet. C'est le cas au démarrage avec le mot « *crise* » (Cf. p.106), mais aussi sur la désignation des usagers du lieu : « *habitants* », « *résidents* », « *personnes accueillies* », « *personnes hébergées* », « *hôtes* », etc. Chaque terme renvoie à des conceptions théoriques différentes du projet : doit-on considérer que les personnes sont chez elles, le temps d'un séjour ou qu'elles sont « *invitées* » ? Si elles sont invitées, comment leur annoncer la nécessité du départ ? Faut-il les « *virer* », mettre en place une « *procédure* » ou les « *accompagner vers une solution de sortie* » ? Pour animer le lieu, est-ce qu'on propose des « *ateliers* » ou des « *activités* » ? etc. Ainsi, les débats idéologiques sur les représentations du LDR s'incarnent dans des termes lexicaux.

Ces appréciations ontologiques révèlent des tensions lorsqu'elles se confrontent à la mise en œuvre pratique du modèle d'intervention, particulièrement sur la notion de responsabilité. En effet, le LDR rend possible une autonomie dans la liberté d'agir qui pose symétriquement la question de la

responsabilité. Les postulats théoriques de l'expérimentation sont que les usagers du LDR sont des individus responsables en accord avec les principes d'*empowerment* et de déstigmatisation. Mais dans les faits les intervenants se confrontent à des limites (Cf. p.123). Par exemple, jusqu'à quel point les personnes accueillies sont-elles responsables de leurs actes, dans le lieu mais aussi en dehors ? À partir de quel instant la responsabilité des intervenants est-elle engagée ? Des situations concrètes lors de sorties en groupe ont fait émerger ces questionnements, comme le fait de fumer dans l'espace du métro, d'ingérer des déchets alimentaires trouvés dans la rue ou de refuser de porter un masque dans les espaces publics pendant l'épidémie de Covid-19. Qui sont les garants de ce que Goffman analyse comme des « mesures réparatrices » si la personne qui agit à l'encontre des normes sociales ne s'y conforme pas ?

On peut admettre que l'une des conditions nécessaires de la vie sociale est le partage par tous les intéressés d'un ensemble unique d'attentes normatives, de normes, maintenues et soutenues en partie parce qu'elles sont incorporées. Toute infraction entraîne des mesures réparatrices : l'ordre est restauré et les torts redressés, par les agences de contrôle ou par le coupable lui-même. (Goffman, 1975, p.150)

Dans un cadre collectif qui valorise justement la reprise de pouvoir d'agir par les (ex)usagers de la psychiatrie, les ISMC ne devraient pas être tenus de « contrôler » les comportements déviants. Or, les limites morales acceptables sont propres à chacun et certains ISMC sont plus prompts que d'autres à vouloir maîtriser les comportements individuels inaccoutumés. Afin de ne pas plaquer ses représentations sur celles de la personne accompagnée, j'ai observée des formes d'adaptation. L'une d'elles consiste à interroger son interlocuteur sur ce qu'un terme représente pour lui, plutôt que d'interpréter ses propos selon sa propre grille de lecture. Voici un exemple qui se déroule lors d'un entretien d'inclusion que j'ai mené avec Exp.LDR.13. Quand nous évoquons les désirs de Us.LDR.20, celui-ci dit qu'il aimerait « *se caser* » et alors que la représentation me paraît automatique, Exp.LDR.13 demande : « *C'est quoi se caser pour toi ?* ». La même scène se rejoue quelques instants plus tard sur la santé : « *Ce que je veux, c'est la santé* » ; « *Ce serait quoi pour toi la santé ?* ». En demandant à Us.LDR.20 de préciser ce qui est important pour lui, Exp.LDR.13 cherche à ne pas appliquer ses propres cadres symboliques à la situation de Us.LDR.20. Cette ouverture à l'univers de l'autre est à la fois très simple à mettre en pratique et très enrichissante pour ouvrir le dialogue. La mise en œuvre de cette simple modalité permet de mieux saisir les attentes de la personne.

1.1 Diagnostics de la psychose et de la schizophrénie

Les conceptions étiologiques des troubles psychiques sont variées et les controverses sur le sujet sont anciennes (Coffin, 2003). D'un point de vue épistémologique, les classifications diagnostiques postulent que les troubles psychiques sont des états naturels, objectivement différenciables. Les diagnostics renforcent les normes morales conventionnelles et leur usage masque les déterminants sociaux de la détresse et de l'invalidité. Malgré les répercussions qu'elles peuvent avoir pour les *interactions quotidiennes* de leurs usagers, les psychiatres administrent les diagnostics par la légitimité confiée au pouvoir médical. Mon propos n'est pas de critiquer la pose d'un diagnostic dont plusieurs usagers témoignent de l'importance qu'il représente dans un parcours de soin : « *c'est comme un garagiste, il faut bien qu'il pose un diagnostic sur une panne pour pouvoir réparer la voiture*¹ » (Exp.2.2021), mais de montrer son caractère subjectif et donc modulable.

Le mot « psychose » aurait été introduit en psychiatrie pour remplacer le terme « folie » devenu péjoratif. Il désignait initialement tous les processus mentaux mais a finalement incorporé les connotations négatives de son prédécesseur en se diffusant dans l'espace social symbolique (Goffman, 1974). Les représentations de la psychose sont en partie déterminées par le principe de l'incurabilité qui organise la psychiatrie du XIX^{ème} siècle (Barrett, 1999). Les appréciations modernes ont évolué avec les approches thérapeutiques (Demailly *et al.*, 2021) mais le discours fataliste est toujours présent. Aujourd'hui, la psychose est perçue comme l'effet d'un ensemble de facteurs interdépendants et l'idée d'une étiologie purement héréditaire s'est éloignée : « *vulnerability to psychosis is not genetically inherited, but acquired as a result of a reciprocal interaction between environmental distress and psychological and biological elements* » (Thomas & Longden, 2013, p.120).

Tous les acteurs du LDR n'ont évidemment pas la même position quant à la nature de la psychose, mais elle est plus souvent considérée comme une vulnérabilité d'ordre psychologique, voire sociale, que biologique. Selon cette approche, les perturbations psychiques sont dues à des influences sociales ou à des obstacles que les individus rencontrent dans leur développement. L'expression de la psychose est une réponse à des événements traumatiques comme un parcours migratoire, un deuil, une rupture affective, etc. Ce n'est pas le symptôme qui est mis en avant mais plutôt la surcharge énergétique et émotionnelle provenant des tensions entre l'individu et son environnement. Les symptômes ne seraient alors que les indicateurs d'une tentative de réorganisation psychique comme l'a développé le psychiatre et psychanalyste John Perry (1976). Perry insiste, avec Jung, sur l'effet de compensation de la psychose qui constituerait une adaptation pour faire face au flux émotionnel. Le

¹ Cet entretien a été mené dans le cadre d'un travail avec Lisa Mandel (2022).

rôle des émotions est majeur dans la théorie de Perry pour qui la psychose est la conséquence d'une gestion émotionnelle : « [Psychose :] état psychique dans lequel l'individu a perdu le contact avec la signification de ses émotions » (Perry, 1976, p.57). On perçoit ici un des fils conducteurs de ce travail de thèse : le lien entre expression de la psychose et résonnance émotionnelle individuelle et collective.

Ainsi, la psychose surviendrait lorsqu'il serait devenu impossible d'exprimer verbalement des expériences traumatiques (Laing, 1970). Par l'expression des symptômes, la psyché chercherait à exprimer des sensations pour lesquelles il n'existerait aucun mot. En effet, il semble illusoire d'imaginer un vocabulaire propre à exprimer par la parole les sensations psychotiques : « la clinique rappelle fréquemment qu'il est des éprouvés qui ne pourront jamais être transcrits dans la langue » (Veit, 2018a, p.559). Selon Camille Veit, la psychose participerait à la création de sens : « un savoir inédit et fondamental réside dans l'expérience de chacun, en vertu de quoi ladite expérience gagnera à être accompagnée plutôt que contenue, même et surtout dans ses temps de grandes difficultés » (Veit, 2018b, p.47). Selon cette approche, la psychose est considérée comme porteuse de significations, *individuelles et sociales*, par lesquelles l'individu tente de mettre en place un changement dans son environnement. C'est en ce sens que « Laing disait que la crise psychotique est une crise existentielle qui peut aboutir à une nouvelle maturation, situant la maladie dans le rapport à la famille, l'environnement, la société » (Sicard & Parizot, 2014). Il y a là un changement en profondeur de la représentation de la crise psychique. On passe de symptômes comportementaux anormaux qu'il faut contrôler, une « orthopsychiatrie », à l'expression d'une souffrance qui sollicite de son environnement un accompagnement au changement.

Entente de voix et autres phénomènes extrasensoriels

Les hallucinations auditives ont été définies par le psychiatre allemand Kurt Schneider dans son ouvrage *Klinische Psychopathologie* (1950) comme l'un des symptômes de premier rang caractérisant la schizophrénie. Cette nosographie est encore largement utilisée aujourd'hui dans l'activité diagnostique (American Psychiatric Association, 2016 ; Banovic & Frerejouan, 2017 ; Evrard *et al.*, 2023). Des travaux de dépathologisation de l'entente de voix sont engagés depuis plusieurs dizaines d'années (Corstens *et al.*, 2014 ; Grard, 2016 ; Romme & Escher, 2019) et les groupes d'auto-support, comme le Réseau des Entendeurs de Voix (REV) France, s'ouvrent à l'ensemble des expériences extrasensorielles, voire plus largement encore. Il est intéressant de noter que « le cheminement de Romme part donc d'une remise en question du savoir et du pouvoir médical, associée à un regain d'intérêt pour des expériences dites psychotiques du point de vue de ceux qui les vivent » (Evrard & Malefan, 2013, p.4). Les phénomènes d'entente de voix couvriraient une population

bien plus importante qu'uniquement celle diagnostiquée comme schizophrène (Evrard *et al.*, 2023 ; Evrard & Malefan, 2013 ; Schaefer *et al.*, 2021).

Sur le prisme des expériences humaines nous sommes donc potentiellement du « mauvais » côté de la barrière, c'est-à-dire que « la notion de stigmaté implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles » (Goffman, 1975, p.160). La frontière entre raison et hallucinations n'est pas si franche qu'il y paraît à première vue, et tout comme les délires mystiques, les hallucinations ont sans doute des racines profondes qui s'alimentent dans l'inconscient collectif (Perry, 1976). Les auteurs du guide des *Stratégies pour faire face à l'entente de voix*¹ annoncent dans leur introduction qu'ils espèrent que le guide servira « à vivre positivement ces expériences et à maintenir un sentiment de maîtrise à leur égard ». Les auteurs ajoutent que « tout au long de l'histoire, les entendeurs et entendeuses de voix ont été nombreux.eux et influent.es : prophètes religieux.eux, médecins et psychologues, philosophes, artistes, poètes, explorateur.rices et politicien.nes ». En effet, il existe une tradition d'usages sociaux de l'entente de voix (Basu, 2014 ; Dupuis, 2022).

Les hallucinations sensorielles ne sont pas des phénomènes isolés et le savoir psychiatrique a encore beaucoup à apprendre des personnes qui partagent ces expériences. C'est pour tenter de mieux saisir l'expérience hallucinatoire que Romme et Escher formalisent en 1998 un guide d'*Entretien avec une personne qui entend des voix*. Voici leur vision du ressenti des participants au meeting sur l'entente de voix organisé le 13 octobre 1987 :

Some people were obviously troubled by their voices and saw them as part of a mental illness, but many had very different ways of understanding these experiences and appeared to be competent, not disabled, and depending on one's view of the nature of voices, not in any way « ill ». (1989, p.210)

En tentant de saisir les logiques internes de l'entente de voix, les deux auteurs apparaissent comme les descendants de Moreau de Tours :

Moreau de Tours can be considered as one of the protagonists in this development. In his Psychologie morbide Moreau attempted to legitimate the value of subjective information. This new source of symptoms included, in addition to analysis of hallucinatory images and delusional contents, a rich gamut of affective and volitional experiences. Early on, the

¹ Le guide n'est ni daté, ni paginé. Il est disponible sur différents sites internet.

« form » of the newly discovered symptoms was much emphasized, with, for example, attempts to decide whether hallucinatory voices were bilateral or unilateral, recognizable, single or multiple, and so on. (Berrios, 2008, p. 360)

Le congrès organisé par Marius Romme et Alexandre Escher, à partir de témoignages recueillis à la suite d'une annonce lors d'une émission télévisée, dynamise le réseau des entendeurs de voix, avec le premier groupe créé dans la lignée du congrès, puis à Manchester en 1988 (Schaefer *et al.*, 2021). Le réseau international *Hearing Voices Network* est créé en 1990 (Evrard & Malefan, 2013) et le groupe français le 10 septembre 2011¹. L'idée transversale aux groupes d'entendeurs de voix est qu'une meilleure connaissance des mécanismes est un outil pour appréhender le phénomène. Comme l'annoncent les organisateurs du congrès de 1987 : *« the most fruitful strategies, described by people who heard voices, was to select the positive voices and listen and talk only to them, trying to understand them »* (Romme & Escher, 1989, p.212). La spécification du phénomène passe par des questions très concrètes « Où sont situées les voix ? » ; « La voix est-elle unique ou non ? » ; « Est-ce toujours la même ? » ; etc. Le phénomène de l'entente de voix est caractéristique de deux visions opposées des troubles psychiques. D'un côté une vision axée sur le pathologique, pour qui le savoir médical a le pouvoir de faire disparaître les symptômes. De l'autre, une perspective holistique dans laquelle les manifestations des troubles relèvent d'un contexte global qu'il convient de prendre en considération.

Schizophrénie

À ce jour, il n'existe pas de critères objectifs pour délimiter, définir et soigner la schizophrénie. De plus, à l'instar de l'hystérie en son temps, la schizophrénie « recueille tous les fantasmes – non de celui qui est ou se croit malade – mais du médecin ignorant qui feint de savoir » (Foucault, 1972, p.298). Certains thérapeutes ont étudié des voies d'interprétation alternatives sur les troubles psychiques. Harry Stack Sullivan (1892-1949) psychiatre et psychanalyste étasunien, auteur de *Schizophrenia as a human process* (1962) y définit la psychiatrie comme « l'étude du *comportement interpersonnel*² ». Sullivan fut l'un des premiers à recruter des anciens patients rétablis comme aides-soignants dans son unité d'hospitalisation. Il travailla ensuite avec Don deAvila Jackson et ses réflexions théoriques ont été reprises dans le courant de la psychothérapie institutionnelle. À sa suite, et à la faveur du foisonnement qui suit la deuxième guerre mondiale, d'autres psychiatres ont

¹ <https://revfrance.org/>

² C'est moi qui souligne.

revendiqué des conceptions innovantes de la schizophrénie. Par exemple Ronald D. Laing pour qui « la schizophrénie est une conséquence possible d'une difficulté anormale d'être une personne "totale" avec l'autre, c'est-à-dire de se sentir soi-même dans le monde » (Laing, 1970, p.169-170). Ou Loren Mosher : « *I am convinced now that "schizophrenic" behavior results from psychosocial experiences and is not biological in origin* » (Mosher *et al.*, 2004, p.301). À ces conceptions théoriques alternatives répondent des propositions de traitement en dehors de l'institution psychiatrique, comme Soteria House (Cf. p.92), décrite ainsi :

Partant de l'idée qu'une approche nouvelle était nécessaire [dans le traitement de la schizophrénie], nous avons essayé de redéfinir le problème en considérant l'épisode psychotique comme une crise du développement, recelant un potentiel de croissance positive, plutôt que comme la première manifestation d'une maladie qui doit fatalement conduire à une détérioration lente et inévitable. (Mosher, *et al.*, 1973, cité dans Watzlawick & Weakland, 1981, p.196)

Les conceptions non conventionnelles de la schizophrénie sont reprises par les chercheurs en sciences sociales de Palo Alto. Voici la définition qu'en donnent Watzlawick et ses collaborateurs :

Schizophrénie : Etat relevant de la psychiatrie et touchant la moitié environ des malades des hôpitaux psychiatriques, et le quart environ de tous les malades hospitalisés aux Etats-Unis. Le terme est dû au psychiatre suisse Eugen Bleuler ; il désigne une psychose caractérisée par des troubles profonds dans la perception que le malade a de la réalité, dans la formation des concepts, dans les affects, et par la suite dans tout le comportement. (1972, p.279)

Étant donné la place donnée à l'expérience dans l'approche phénoménologique, une part conséquente du collectif LDR se sent proche du mouvement phénoménologiste (dont plusieurs soutiens du projet sont issus, Cf. p.115). Cette appréhension spécifique de la psychose résonne avec la valorisation des savoirs expérientiels, mais aussi avec des théoriciens de l'OD, comme Andersen : « *most of all, these new discussions introduce the idea that we relate to life based on our perceptions, descriptions and understandings of the world. Squarely spoken, we do not relate to life 'itself' but to our understanding of it* » (Andersen, 1992, p. 4). Andersen envisage le développement du pouvoir d'agir que chacun possède sur la réalité, puisque l'environnement existe tel qu'on le perçoit et non en tant qu'entité apodictique. Dans une perspective de réalité *perçue* et non *unique*, l'altération de la perception de l'environnement dans la schizophrénie pose la question de la permanence du self. Une personne en crise psychotique est-elle différente ou non de la personne qu'elle est habituellement ?

Sur un *continuum*, à partir de quelle limite se définit la crise psychique ? Pour Kenneth Fulford et ses collaborateurs, reprenant Franz Fanon, la schizophrénie est avant tout un concept évaluatif :

Understood as a value theory, Fanon's account connects with a claim derived from philosophy of values, specifically ordinary language philosophy of values, that the concept of schizophrenia itself, as a diagnostic concept of contemporary psychiatry, is an evaluative concept. (Fulford et al., 2023)

Il existe donc des angles d'analyse distincts pour parler des troubles de forme schizophrénique qui peuvent être expliqués par une vision symptomatologique, par des expériences psychologiques en lien avec des traumatismes (Longden *et al.*, 2012 ; Sanders & Berthoud, 2019), par une théorie psychanalytique (Laing, 1970), par un déficit de comportemental, voire comme le moyen de parvenir à un nouvel état psychique plus abouti (Perry, 1976). Lors de sa recherche menée dans un hôpital psychiatrique australien Barrett (1999) a montré de quelle façon les soignants utilisaient un vocabulaire lié à la dislocation pour parler des patients avec un diagnostic de schizophrénie. Par leurs échanges avec l'équipe, les patients apprennent qu'ils souffrent de schizophrénie et que cette maladie se confond avec leur personnalité et qu'elle les contrôle. Pour Barrett : « la schizophrénie n'est pas une fabrication. C'est une catégorie historiquement construite qui saisit, constitue et modèle la réalité » (1999, p.194), notamment parce que les professionnels de la santé mentale véhiculent l'idée du dédoublement de la personnalité : « dans l'imagination populaire, comme dans la pensée psychiatrique, la schizophrénie implique encore une désintégration incurable de la personne » (p.230). Dans l'analyse qu'il fait du fonctionnement de l'hôpital, Barrett considère que les patients :

sont vus comme inintéressants, décrits en métaphore de pollution, et traités comme une catégorie de personnes socialement dangereuses, capables de degré de violence et de perturbation qu'elles manifestent rarement. Les gens atteints de schizophrénie sont définis comme extérieurs aux catégories fondamentales du monde social. (1999, p.312)

Ainsi, les visions de schizophrénie varient fortement. Les conséquences retentissent sur la forme de la réponse thérapeutique proposée (médication, traitement social, approche systémique, etc.), et sur les représentations de l'individu : objet d'une dégénérescence inévitable ; sujet d'une expérience spécifique ; personne engagée dans un processus de maturation psychique, etc. L'étude des catégories diagnostiques et de leur postulats conceptuels nous renseignent donc non seulement sur des formes thérapeutiques divergentes, mais aussi sur des visions *individuelles et sociales* des personnes souffrant de troubles psychiques. Pour construire des concepts communs, le collectif LDR a donc besoin de se constituer une définition de la crise qui reflète ses valeurs.

1.2 Définir la crise psychique

Délimiter la nosographie des troubles psychiques et l'étiologie de la psychose n'est pas une tâche aisée. Nous allons voir que la délimitation de ce moment particulier communément appelé « crise ». Pour commencer, signalons que l'appréciation des troubles psychiques diffère en fonction des postulats théoriques et moraux sur lesquels se base l'observation, mais aussi de la personne qui réalise l'évaluation. Goffman souligne dans *Asiles* les conceptions socioculturelles des symptômes :

À ce sujet, l'impression de perdre l'esprit se fonde sur un ensemble de stéréotypes émanant de sa culture, profondément ancrés dans la société, et qui donnent leur signification à certains symptômes comme le fait d'entendre des voix, de perdre la notion du temps ou de l'espace, ou d'avoir l'impression d'être suivi. (Goffman, 1968, p.186)

Il ajoute plus loin que ces symptômes ne sont le plus souvent « que la manifestation psychiatrique d'un trouble émotionnel temporaire, éprouvé dans une situation particulièrement tendue » (p186). Cette vision *normalisée* de la crise renvoie à une opposition entre les troubles psychiques, qui touchent une partie seulement de la population, et le phénomène de crise qui :

n'est pas une pathologie particulière, c'est un phénomène normal qui survient chez tout individu à divers moments de sa vie. Selon Caplan (1964), un pionnier dans les interventions de crise, la crise est un déséquilibre psychologique, une phase de discontinuité d'une durée relativement courte (généralement quatre à six semaines) survenant chez un individu faisant face à un problème qu'il se sent incapable de résoudre par ses mécanismes habituels. (Villeneuve, 2018, p.2)

Sur mon terrain de recherche, le concept de crise est polysémique et ses représentations varient en fonction du contexte dans lequel les acteurs évoluent, mais aussi des enjeux¹. Face à l'imprécision du critère de crise, les conflits, les rapports de force, voire l'intimidation peuvent constituer des stratagèmes d'affirmation d'une souffrance psychique. L'énervement devient alors le présumé symptôme qui légitimerait la situation de crise. C'est le cas de Us.1, une connaissance de Us.LDR.15, qui demande à être hébergé, ce à quoi Coord.LDR.2 répond que le dispositif s'adresse à des personnes en crise psychique. Us.1 s'énerve alors comme pour montrer qu'il est bien en crise : « *Mais je suis en crise. Qu'est-ce qu'il faut faire pour montrer qu'on est en crise ?* », sous entendant par-là qu'il

¹ Par exemple, lorsque le projet s'adresse uniquement aux personnes sans chez-soi, l'évaluation d'une crise avec des critères liés à l'absence d'hébergement diffère de la seule perspective psychique.

pourrait bien casser quelques objets si cela pouvait convaincre de la nécessité de l'accueillir. La crise est alors faussement assimilée à de l'agressivité, des hurlements ou des dégradations matérielles, surtout pendant les périodes de vives tensions.

Définir la crise psychique est une tâche ardue tant ses manifestations « sont très singulières et non homogènes dans le temps : perte de contrôle de soi, isolement, baisse drastique des interactions sociales, apathie, insomnie, dépenses financières inopportunes, sexualité débridée... » (LDR, 2019, p.22). Il est donc incontournable d'analyser ses différentes conceptions et leur rapport avec les réponses sociales engendrées. La crise est un terme central dans l'expérimentation qui oscille en fonction de l'angle depuis lequel on l'observe (Grant & Westhues, 2012). Sa signification diffère selon qu'on donne la parole à des acteurs de la psychiatrie hospitalière, à des acteurs du rétablissement ou encore aux aidants. Comme le dit Claude Villeneuve : « on peut concevoir la crise à la fois comme une opportunité et comme un danger » (Villeneuve, 2018, p.2). Sur le site santementale.fr, le blogueur Dandelion tente de définir la crise ainsi :

C'est difficile d'expliquer ce qu'est une crise psychotique, tant c'est un moment complexe... mais pour faire simple, c'est un moment où la réalité tout entière explose, nous laissant sans armure, sans structure, extrêmement vulnérables, en proie à des douleurs et des angoisses incommensurables.

Or, il faut bien que les acteurs du LDR puissent s'appuyer sur une définition commune de la crise pour pouvoir délimiter leur périmètre d'activité. Si la définition retenue est celle de la Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques : « la crise est définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte ». Cette définition *a posteriori* laisse une part importante à l'évaluation clinique de la situation. Si cette appréciation prédomine, décider si une personne est en crise ou non ne relève alors plus du pouvoir médical, mais du ressenti des proches ou des professionnels de santé qui accompagnent la personne. La crise peut alors être définie par l'entourage et par l'intervention de tiers dans le parcours. Si nous suivons la définition tirée du plan d'action individualisé de rétablissement (PAIR) : « une crise survient lorsque vous perdez la capacité de prendre des décisions pour vous-même et que d'autres doivent assumer cette responsabilité pour vous » (Rousseau *et al.*, 2013). Cette définition pose la question de savoir qui détermine qu'une personne est ou non en crise. Est-ce la personne elle-même, son entourage, les salariés du LDR s'occupant des inclusions, un médecin, etc. ?

La définition proposée par Sicot et Manuello lors de leur recherche sur un dispositif alternatif pour les adolescents ne résout pas la question de l'évaluateur : « la crise a été définie collégialement

entre les trois secteurs, à savoir l'évaluation d'un changement récent avec l'état antérieur ; un degré élevé d'envahissement des symptômes sur le quotidien ; un risque de passage à l'acte de la personne envers elle-même ou envers autrui » (Sicot & Manuello, 2022, p.166). Dans une tentative de prise en compte large des déterminants, Murphy et ses collaborateurs (2012) proposent de considérer à la fois la survenue d'un évènement traumatique, la perception émotionnelle de la personne et sa capacité à faire face aux situations quotidiennes : « *a crisis can be defined as a situation where a person experiencing overwhelming stress due to a life event such as bereavement, rape or major illness finds that their usual coping mechanisms for everyday life break down* » (2012, p.5). Quoi qu'il en soit, l'état mental d'une crise psychique est difficilement perceptible pour les individus qui n'en ont pas fait l'expérience. Comme le signale John Perry : « l'individu étant alors dans un état d'hypersensibilité, ses perceptions sont aiguisées et il discerne ce qui nous est imperceptible » (Perry, 1976, p.198). Les usagers témoignent de ces instants d'une grande intensité :

Après il faut pas oublier une chose, c'est que ces troubles sont dus aussi des fois à des prises de conscience aussi. Des moments où on est en extrême conscience donc on ressent beaucoup plus les choses. (Us.LDR.1.2018) ;

C'est la deuxième fois qu'une crise comme ça arrive. J'ai l'impression d'être écrasé par un 33 tonnes, de ne plus arriver à me relever, de ne plus avoir de possibles, de choses positives. J'ai des problèmes de déclencheur. Il y a des personnes qui redéclenchent, ça me fait vriller totalement. C'est un syndrome post-traumatique sévère donc mon cerveau est fracassé par des situations violentes que j'ai vécues, il a beaucoup de mal à gérer la question de la mémoire, ce qui devrait être au passé, je peux le revivre en permanence au présent [...] Il y a des moments je perds complètement pied et je suis incapable de distinguer le passé du présent. Parfois j'ai l'impression d'être à un autre endroit, un autre moment et de revivre quelque chose qui est de l'ordre du passé. Ça fait que j'ai un rapport compliqué aux gens, je suis un peu parano car je suis en état d'hyper vigilance permanente. Du coup c'est très compliqué à gérer. (Us.LDR.21.2020)

Il semblerait que ces états d'extrême vigilance augmenteraient la conscientisation des oppressions : « *further, recovering individuals may have a heightened awareness to oppression and a desire to challenge the status quo in ways that free them to think creatively and imbue their lives with meaning and purpose* (Cook & Jonikas, 2002) » (cité par Onken *et al.*, 2007, p.12). Dans ce cas, le fait que les personnes concernées relèvent plus souvent les injustices peut être vu comme une boussole qui permettent de mieux saisir le social en révélant les zones de fragilités. En tant que responsable

des demandes d'inclusion dans le dispositif, j'ai été confronté à de nombreuses reprises à l'hétérogénéité des situations de crise (Cf. p.299) et la survenue d'un évènement traumatique, l'incidence de la crise sur le quotidien ou la perspective d'une évolution vers l'urgence ont fait partie de mes critères de décision.

Au LDR, comme la définition de la crise évoluait en fonction des acteurs, de leurs normes morales ou selon les visées du projet, il est arrivé à plusieurs reprises que des temps de travail autour de la définition de la crise soient organisés. L'une de ces rencontres a produit la définition suivante : « crise : expérience subjective de perte de contrôle, arrivant de façon cyclique, comme un signal nécessaire pour exprimer un besoin ou une attente insatisfaite » (notes de terrain). On retrouve ici une partie des éléments théoriques et moraux sur lequel est bâti le dispositif : l'importance de l'expérience individuelle ; la part de subjectivité dans la perception de la réalité ; la crise comme signe d'un besoin de changement relatif à une situation qui ne devient plus acceptable. Il est notable que la définition de la crise par les partenaires du LDR est cohérente avec celle donnée par les acteurs du dispositif. IDE.Prat.Hos.1 la définit comme « l'état aigu d'une maladie qui demande une réaction en urgence. La crise n'est pas pathologique » (notes de terrain). La question de « *Qu'est-ce que la crise ?* » est également proposée lors d'un *focus group*, dont voici quelques extraits :

La crise je la définirais comme ça : un état dans lequel on est plongé, dont on n'arrive pas à identifier les causes et dont on subit les conséquences sur une durée plus ou moins longue, avec des conséquences forcément douloureuses. Donc c'est ça la crise, ça va au-delà de la souffrance. La souffrance on peut parfois en donner une cause, là c'est le fait qu'on peut pas en donner une cause qui fait que la crise est une crise. (Exp.LDR.6.2022) ;

L'expression qui me vient c'est « Perdre pied », perdre la maîtrise de sa vie, ce que j'entends souvent. [...] Sentiment d'impuissance dans les situations de vie et de beaucoup d'injustices. (Int.LDR.6.2022) ;

Interne ou externe, ça peut ne pas se voir ou se voir, la personne peut aussi ne pas se rendre compte. Perte de repères avec le réel et la réalité commune, t'es trop dans ta réalité à toi, trop bien ou trop mal, le social est souvent vide à ce moment-là. On est trop en soi. La crise comme problématique liée à des fonctionnements non épanouissants. (Exp.LDR.3.2022)

Les différentes appréciations autour de la définition de la crise se retrouvent aussi sur le critère de sa durée et les variations sont importantes de « *trois jours* » à « *quatre mois* ». Pour l'équipe ULICE, dont la crise est le cœur du travail : « *la durée de la crise se compte plutôt en semaines* » (notes

de terrain). Cette durée est cohérente avec les durées moyennes d'accueil au LDR. Lorsque le dispositif fonctionne régulièrement, les séjours sont de 55 jours en moyenne (données 2021). Ces durées sont sensiblement équivalentes à celles de *Soteria Berne* (42 jours en 2013) (Ciompi, 2013)¹. Mais tous les acteurs ne se placent pas sur les mêmes bases pour apprécier la temporalité de la crise. Certains considèrent la survenue de la crise dans une perspective de trajectoire de vie : « l'épisode psychotique prit place sans aucun doute parce qu'il devenait urgent pour son équilibre que la jeune femme effectuât un changement dans sa vie » (Perry, 1976, p.96), d'autres dans les moments de grande tension comportementale :

Donc à un moment la crise elle reste pas éternelle. Elle va rester une heure maximum donc pendant ce temps tu la laisses blablater, blablater, blablater. Et quand elle recommence à descendre dans la courbe, Poum c'est là où il faut lui faire... (Exp.LDR.2.2019)

Enfin, la crise peut également être vue dans une perspective plus longue, comme une tentative d'échapper à un futur indésiré :

J'allais être pris en formation et dans ma tête c'était la voie toute tracée. Et en fait j'ai perché quelques mois avant alors que j'étais pris. Et c'était un moyen de m'échapper de là, le truc de la crise comme échappatoire aussi. (Exp.1.2022)

Les analyses que j'ai menées autour de la notion de crise dans le dispositif LDR montrent que le concept est fortement polysémique et qu'il renvoie à des expériences singulières imperceptibles pour les personnes qui ne les ont pas vécues. Le terme cristallise des tensions d'ordres pratiques, conceptuels et épistémologiques. Les perceptions de la durée de la crise ont des conséquences sur son accompagnement et la temporalité de l'accueil des personnes au LDR. Les représentations de ces manifestations induisent des biais à la fois dans le processus d'inclusion et dans les interventions proposées. Enfin, le savoir provenant d'une connaissance subjective de la crise peut se heurter à un savoir théorique sur les troubles psychiques. Comme le LDR n'est pas médicalisé, les réponses interventionnelles s'appuient sur des *comportements individuels et collectifs*. Pour les ISMC, il s'agit de jongler entre les différentes sphères de la crise : expérience individuelle, lien avec le contexte social, effets sur l'entourage, etc. Cette approche environnementale de la crise psychique a été théorisée par les chercheurs de Palo Alto desquels les principes de *Soteria* se sont inspirés.

¹ Pour comparaison, la durée moyenne de séjours en hospitalisation à temps plein pour l'année 2012 était de 36 jours (Gandré *et al.*, 2016).

1.3 Communication de crise

Dans tout environnement les comportements des acteurs se croisent pour former une ambiance particulière propre à l'espace considéré. Paul Watzlawick, Janet Beavin et Don deAvila Jackson ont proposé d'étudier les effets de la communication dans leur ouvrage *Une logique de la communication* (1972). Celle-ci y est considérée comme « une condition *sine qua non* de la vie humaine et de l'ordre social » (p.7), et les auteurs considèrent que la psychopathologie est le terrain privilégié de son expression. Pour eux : « si l'attention du médecin restait centrée sur le patient seul, et si n'entrait en compte que l'écologie du milieu habituel propre au médecin, l'état du patient demeurerait un mystère » (p.14). Les interactions doivent donc s'analyser dans un cadre donné, en lien avec l'environnement. En ce sens, notre perception des comportements d'autrui n'est que le fruit des relations que nous entretenons et de la manière dont nous les percevons :

Mais si l'on admet que, du point de vue de la communication, on ne peut comprendre un segment de comportement que dans le contexte où il se produit, les termes « sain d'esprit » et « aliéné » perdent pratiquement leur sens comme attributs d'un individu. De même, la notion de « pathologique » dans son ensemble devient contestable. En effet, on s'accorde maintenant à reconnaître que l'état d'un patient n'est pas immuable, mais qu'il varie en fonction de sa situation interpersonnelle, et en fonction aussi des présupposés de l'observateur. (Watzlawick *et al.*, 1972, p.42)

Les auteurs mettent en lien appréciation morale de la conduite d'autrui et phénomènes communicationnels au sens large. Ils postulent que la psychose constitue une réaction à un environnement hostile (la double contrainte) et donc qu'une modification du contexte relationnel permettrait de résoudre les comportements de type schizophréniques. Juste après avoir formulé le célèbre axiome : « *on ne peut pas ne pas communiquer*¹ », les auteurs définissent deux niveaux de communication : le contenu et la relation. Si la relation est « saine » c'est le contenu du message qui prime, alors que dans le cas de relation « malade » la nature de la relation prend toute la place au détriment du contenu : « *toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication*² » (Watzlawick *et al.*, 1972, p.52). Pour Watzlawick et ses collaborateurs il s'agit de porter attention aux relations entre les acteurs d'un environnement social donné (un service hospitalier, une famille, un groupe d'utilisateurs, etc.).

¹ Souligné dans l'original.

² Souligné dans l'original.

Toutefois, l'étude de la communication au sein d'un groupe est un processus complexe car elle se déploie simultanément à plusieurs niveaux (Arduino, 1977). Par exemple, il est possible de s'attacher à la nature des messages transmis, mais aussi aux affects circulants entre les acteurs (Pagès, 1975). En effet, chaque membre d'un groupe est transformé par les signaux reçus et agit sur le groupe en retour (Blanchet & Trognon, 2008). Dans ce jeu d'inter-influences, les *représentations individuelles et sociales* jouent rôle déterminant pour s'intégrer au collectif (Amado & Guittet, 2012). C'est pourquoi les compétences communicationnelles sont considérées non seulement comme des savoirs linguistiques mais aussi sociaux et Catherine Kerbrat-Orecchioni a montré (1998) les liens étroits entre comportements communicationnels et organisation sociale. L'étude de la communication nous renseigne notamment sur les rapports de pouvoir : « l'analyse de la parole en situation constitue un révélateur des relations sociales, tout particulièrement de l'instauration de rapports de force ou de hiérarchie » (Bornand *et al.*, 2015, p.3). Pour agir sur les interactions au sein du LDR, il ne suffit donc pas de s'occuper de la transmission d'informations (bien que cette dimension soit importante), mais aussi aux relations entre les acteurs, particulièrement celles liées à la domination.

C'est-à-dire que pour accompagner les personnes en situation de crise psychique il est primordial de porter attention à la communication au sens défini par Paul Watzlawick et ses collaborateurs (1972). Il s'agit de s'assurer de la place de chaque individu dans une visée de *déstigmatiser* les *interactions* humaines. Il est possible de considérer ces interactions dans une perspective entre les usagers, mais aussi entre les professionnels et entre les professionnels et les usagers. Wong et ses collègues ont publié un article (2019) montrant qu'une communication respectueuse de la part des soignants était prédictive d'un meilleur rétablissement. Goffman (1968) a lui mis en avant la conséquence négative du comportement des soignants de l'hôpital Sainte-Elisabeth sur la constitution du moi des patients. Il note que « dans les quartiers les plus médiocres » le personnel est particulièrement blessant et « en même temps, l'insuffisance de l'équipement et l'absence de droits reconnus font qu'il n'est guère possible de se constituer un moi » (p.222). Les enjeux communicationnels sont donc centraux au LDR, plus particulièrement dans une perspective de participation des usagers à la prise de décisions (Balcou-Debussche, 2012 ; Fussinger, 2010). Ces enjeux sont symboliques mais aussi formels car comme le souligne l'une des personnes accueillies :

La santé mentale c'est un langage parce qu'il y a des mots en lien avec la psychiatrie et si tu sais pas il faut prendre le dictionnaire et puis voilà. Justement on parlait de lire des rapports où on comprend rien parce qu'il y a des mots il faudrait le dictionnaire toutes les cinq minutes. C'est un langage. (Us.LDR.1.2018)

Dans la relation à l'autre, la communication est également un prérequis à l'engagement dans un processus de rétablissement (Thomas & Longden, 2013). Considérer cette interaction nécessite d'analyser les émotions dans une double logique expressive et compréhensive. C'est-à-dire que pour élaborer des actions collaboratives, les individus doivent posséder une connaissance suffisante des ressources sémiotiques à leur disposition mais aussi de celles des autres acteurs. C'est ce que Goodwin (2016) nomme le *substrat* dans lequel les participants à une situation de communication vont piocher afin de coconstruire une forme d'organisation sociale : « pour agir de manière co-opérative, les participants doivent se connaître et se comprendre les uns les autres, ainsi que les activités qu'ils accomplissent ensemble, de façon à pouvoir poursuivre ces activités » (p.39). Pour communiquer sur la crise, il est donc nécessaire que l'intervenant perçoive et prenne en considération les compétences actuelles que possède la personne pour exprimer ce qu'elle ressent. C'est en mettant du sens sur l'indicible du ressenti au sein de l'espace interactionnel que l'individu donne une signification sociale à son expérience.

Mais cette co-élaboration de sens ne peut se faire qu'à partir des ressentis originaux de la personne en situation de crise. C'est pourquoi les thérapeutes OD réutilisent les mots choisis par le réseau pour parler de son expérience car ce sont ceux qui servent à construire une *représentation* partageable de la crise : « *the language of experiences allows not only for unique description of that particular event, it also presumes only one person's interpretation* » (Mead & MacNeil, 2006, p.13). Le respect des mots employés par la personne est particulièrement important puisque quelle que soit la richesse du langage mobilisé pour parler d'une expérience, il ne permet jamais de recouvrir la totalité des ressentis : « même si nous avons un souvenir très présent [des] images et [des] affects [de nos espaces intérieurs] nous savons qu'il nous est impossible, en dépit de tous nos efforts, de pouvoir les décrire à l'aide de mots » (Perry, 1976, p.183). Il s'agit donc de formaliser, dans la mesure du possible, des affects qui resteraient autrement à l'état inconscient et agiraient fortement sur le psychisme individuel. L'expression des symptômes peut ainsi prendre sens dans une perspective de trajectoire. La crise psychique n'est plus vue uniquement comme un stigmaté, mais comme une infortune. On passe de l'indicible en tant qu'interdit moral qui décrédibilise, à l'indicible inexprimable car sans vocabulaire existant.

Au cours de ce mouvement, la mise en mots de son expérience permet de constituer un savoir sur celle-ci. Dans le cadre de cette interaction spécifique, nommer les émotions, les ressentis, participe à organiser le contexte de l'expérience et lui procure un sens particulier (Lézé, 2008b). Dans l'introduction de son ouvrage *Pensée et cliniques de l'identité* (2019), le philosophe Tristan Dagron étudie le concept de l'expérience et relève les tensions entre savoirs déterminés et expérience singulière sans les opposer directement. Il évoque la socialisation de l'expérience qui « ne vise pas à

imposer des règles rigides de comportement, mais à fournir plutôt une pluralité de réponses possibles à ces situations » (p.13). Citant Bakhtine, Dagron relève l'opposition entre nature dialogique du langage et approche objectiviste. Pour lui, la « neutralisation » de la dimension subjective est une « illusion » qui « dénature » l'expérience posant à cet endroit des « paradoxes auxquels se confrontent l'anthropologue, le sociologue, aussi bien que le linguiste » (p.12). Le passage par le langage constitue pour l'expérience une voie de multiples transformations qui visent à la mettre en forme afin de pouvoir la communiquer. En ce sens, il me semble que la mise en discours normalise l'expérience psychique en participant à la rendre plus accessible et donc moins dérangeante. La compréhension du processus de crise engage ainsi l'individu dans une meilleure connaissance de soi et donc facilite le parcours de rétablissement.

1.4 Rétablissement en santé mentale

Le LDR promeut une approche des soins en santé mentale orientés vers le rétablissement : « *c'est le socle de ce projet* » (Exp.LDR.2.2019). Cette orientation thérapeutique s'inscrit historiquement dans la lignée de l'expérimentation *Un chez soi d'abord* (Tinland *et al.*, 2020) concomitante à celle des médiateurs de santé pairs (Demaillly *et al.*, 2014), qui ont toutes les deux facilité l'introduction du rétablissement sur le territoire français. Quelles sont les applications concrètes du rétablissement au LDR et à quelles visées globales font-elles référence ? Pour répondre à cette question, je vais tout d'abord retracer l'histoire du concept de rétablissement, tout en montrant les divergences d'interprétation possibles. Ensuite, je préciserai quelles sont les conséquences sur le plan social et politique du concept de rétablissement.

Pluralités des approches

Lorsque l'on parle de rétablissement, il importe de définir le concept (Chamberlin, 1997) car son utilisation varie en fonction des acteurs qui le mobilisent (Morgan & Felton, 2013 ; Pilgrim, 2008). Les groupes d'utilisateurs sont généralement vigilants au risque de dénaturer un mouvement fortement revendicatif et politisé à ses débuts, car depuis que l'approche est entrée dans le champ social large, elle est utilisée à des fins diverses. Le concept de rétablissement (*recovery*) est apparu au milieu du XIX^{ème} siècle aux États-Unis dans des groupes d'anciens buveurs qui présageaient des Alcooliques Anonymes (AA) créés en 1935 (Le Cardinal *et al.*, 2013). Le concept a ensuite diffusé dans les groupes AA, puis a été repris par les mouvements d'utilisateurs de la santé mentale dans les années 1970, ainsi que par des universitaires qui lui ont donné une certaine visibilité académique : Larry Davidson, William Anthony, Robert Drake (Estecahandy *et al.*, 2015).

Les liens entre le rétablissement et la recherche s'est établi lorsque des études menées sur la schizophrénie ont participé à en tempérer le pronostic d'incurabilité. C'est notamment le cas de celles de Manfred Bleuler, le fils d'Eugen Bleuler qui a introduit le terme de « schizophrénie » dans le vocabulaire psychiatrique (M. Bleuler, 1968, 1974). Le rétablissement trouve un retentissement dans ces travaux scientifiques de la fin du XXème siècle qui contredisent le pronostic irréversible adossé à la schizophrénie par Emil Kraepelin (Castillo & Koenig, 2017 ; Peoc'h *et al.*, 2019) et démontrent la possibilité de vivre pleinement malgré les troubles (Harding *et al.*, 1987 ; Huber *et al.*, 1980). La popularisation du terme de *recovery* doit également beaucoup à des personnalités emblématiques, comme Patricia Deegan, usagère de la psychiatrie étasunienne, devenue docteur en psychologie dans le but d'améliorer les soins en santé mentale (Deegan, 2002). La diffusion du concept a enfin bénéficié de l'émergence d'associations à la fin du XXème siècle, comme l'association nationale d'entraide mutuelle entre usagers fondée aux États-Unis par Joseph A. Rogers en 1986. Ces différents déterminants ont pesé sur les politiques publiques, ce qui a entraîné une nouvelle orientation des soins en santé mentale, notamment aux USA.

Le rétablissement est porté par l'OMS et reconnu en France par le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017. Dans l'approche du rétablissement, l'individu est considéré dans sa globalité et non selon une approche pathologique ou de handicap, en mettant l'accent sur la pleine participation citoyenne. Le concept est régulièrement mis en lien avec celui d'*empowerment* (Martin & Franck, 2013 ; Rappaport, 1987) et se rapproche du développement du pouvoir d'agir, popularisé par le psychologue Yann Le Bossé (Le Bossé, 2005 ; Vallerie & Le Bossé, 2006). La prise de pouvoir, individuelle et/ou collective, s'accompagne de la construction d'un savoir : « *l'empowerment* recouvre à la fois l'acquisition d'un pouvoir, mais aussi un processus d'apprentissage pour y accéder » (Guétat-Bernard & Lapeyre, 2017, p.6). Bartunek et Spreitzer (2006) ont analysé la trajectoire interdisciplinaire du terme « *empowerment* » qu'ils repèrent pour la première fois en 1966 dans des écrits religieux avant que le terme ne prenne son essor en sociologie dans les années 1970¹. Pour eux, la reprise d'un concept par une nouvelle discipline implique sa réinterprétation en fonction des catégories préalablement existantes dans le champ considéré. Julian Rappaport note la pluralité des définitions qui peuvent se rattacher au terme en fonction des disciplines auxquelles il est adossé. Il a défini *l'empowerment* comme : « *a process, a mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their affairs. Consequently, empowerment will look different in its manifest content for different people, organizations, and settings* » (1987, p.122). Par ailleurs, il précise qu'une

¹ Toutefois, dans le livre de Clifford Beers *A mind that found itself* (1929), paru la première fois en 1908, j'ai recensé 21 occurrences du mot « *power* », bien que le terme « *empowerment* » n'y figure pas. On peut imaginer que l'idée de « gagner du pouvoir » précède 1966, même si le concept n'est pas forgé. Je pense par exemple au *Human Potential Movement* qui se développe dans les années 1960 (Minard, 2009a).

approche de l'*empowerment* nécessite une étude des acteurs *en situation* et relève l'importance du concept non seulement du point de vue de l'individu, mais aussi dans la qualité de ses *relations avec son entourage* et en tenant compte des principes d'autorité.

Pour rendre compte du processus de rétablissement le témoignage des personnes directement concernées est incontournable car elles seules sont à même de transmettre cette expérience singulière (HK, 2020 ; Jouet *et al.*, 2019 ; H. Koenig & Molinié, 2021 ; Norton & McLaughlin, 2022 ; Pelletier, 2019 ; Slade & Longden, 2015 ; van Sambeek *et al.*, 2021). Ce sont des réalités multiples qui coexistent et s'articulent entre vie vécue (expérience) et vie inscrite dans une réalité (condition) (Grard, 2011). En effet, il existe une distinction entre le rétablissement clinique et celui ressenti par les usagers (Pelletier *et al.*, 2020 ; Rossi *et al.*, 2018). Cette divergence de point de vue induit une responsabilité éthique pour les professionnels de santé qui sont confrontés à ces questions (Pachoud, 2017). Les (ex)usagers demeurent vigilants à ces différentes appréciations qui s'opposent :

Depuis les années 90 aux Etats-Unis, le rétablissement prôné par les services de réhabilitation médicosociale et conçu pour aider les personnes à dépasser leurs limitations fonctionnelles se heurte aux concepts de rétablissement développés par les usagers et survivants de la psychiatrie. (Wooley, 2017, p.22)

La réappropriation du concept de rétablissement par des champs divergents de la santé mentale pourrait expliquer la multitude d'acceptations co-existantes comme le souligne Alastair Morgan et Anne Felton : « *as many commentators have noted, the concept of recovery in mental health care is often vague and masks a number of disagreements and conflicts* » (Morgan & Felton, 2013). Ces deux auteures distinguent trois aires dans le discours sur le rétablissement : une approche qui met l'accent sur la médication, pour laquelle le rétablissement est considéré comme un traitement biomédical, une deuxième approche qui privilégie le développement des habiletés psychosociales dans le but d'améliorer le bien-être (Franck & Gilliot, 2017), et enfin un dernier model basé sur les droits fondamentaux qui considère le rétablissement comme une revendication de liberté, un arrêt des discriminations et qui est créateur de sens. C'est une catégorisation proche de celle à laquelle parvient le sociologue David Pilgrim (2008) dans l'une des tentatives de circonscription du concept. Pilgrim (2008) distingue trois approches : l'une biomédicale, la seconde issue de la réhabilitation sociale et la troisième comme l'aboutissement d'une survivance à la psychiatrie. Les deux premières visent la réduction des symptômes ou la diminution des incapacités, la dernière se base sur les droits humains et le refus de la coercition. Le concept de rétablissement est donc polymorphe et englobe une multitudes d'approches et de sphères d'intervention. J'ai choisi de présenter ici une pluralité de définitions afin de souligner la pluralité des appréciations :

Recovery in mental health has most often been defined as a process by which people labelled with mental illness regain a sense of hope and move towards a life of their own choosing. (Mead & MacNeil, 2006, p.7) ;

Recovery is a process, a way of life, an attitude, and a way of approaching the day's challenges. It is not a perfectly linear process. At times our course is erratic and we falter, slide back, re-group and start again. (Deegan, 1988, p.5) ;

Pour moi, « être » en rétablissement, c'est « re-naître » ou « être à nouveau » et pouvoir vivre avec la maladie, malgré les symptômes, tout en ayant accès à un projet de vie ainsi qu'à une meilleure qualité de vie. Le rétablissement s'entend plus en termes de bien-être que de maladie. Nous parlons de rétablissement physique, mental, social et spirituel. (Maugiron, 2020, p.18) ;

A definition of psychological recovery was described in which hope and self-determination lead to a meaningful life and a positive sense of self, whether or not mental illness is still present. (Andresen et al., 2003, p.592) ;

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993, p.527) ;

« Se rétablir » ne consiste pas uniquement, ou essentiellement, à supprimer un certain nombre de symptômes ou à acquérir des compétences instrumentales ; le rétablissement implique la possibilité de prendre ou de reprendre pied dans l'existence, de se sentir reconnu comme personne, de retrouver une position d'acteur et de sujet. (Corin, 2002, p.73)

Sur mon terrain de recherche, les acteurs adoptent des définitions variées du rétablissement. Lors d'une intervention de l'association Esper Pro au LDR, un tour de table sur la définition du rétablissement est lancé. Voici quelques éléments énoncés par les personnes présentes : à la fois processus, pratique et outils ; « retourner vers le lien social » (Exp.3) ; « en tant que patient, possibilité d'être pris en compte dans le processus de soin » (Exp.Pra.Hosp.1) ; « singularité », « non-linéarité », « objectifs et projets » (Exp.Pra.Hosp.2) ; « aider les autres aide à mon rétablissement », « revenir à

des passions » (Exp.4), « *notion d'empowerment* », « *tout change et évolue au cours du temps* » (Us.2) ; « *ce n'est pas un objectif à atteindre, c'est un parcours* » (Exp.Pra.Hosp.3) ; « *reprendre du contrôle sur sa vie* », « *retrouver une place dans la société* », « *renaissance* » (Exp.5) ; etc. Finalement chacun propose une définition différente, ce qui fait dire à Exp.Pra.Hosp.3 que « *la première définition du rétablissement, c'est que chacun a sa définition* » (notes de terrain). J'ai repéré ce même phénomène polyphonique lors d'une formation sur le rétablissement animée par les MSP : cinq étapes du rétablissement ; recherche de connaissance de soi ; changement du rapport à l'erreur ; notion d'équilibre jamais totalement acquis ; « *même au quotidien je travaille toujours sur moi-même. Mais j'ai aussi forgé quelque chose sur le long terme* » ; changement progressif ; approche par les forces ; espoir / reprise de pouvoir / choix / autonomie ; etc. (notes de terrain).

L'une des différenciations que porte le concept de rétablissement est que ces outils ont été forgés depuis l'expérience concrète des (ex)usagers, et non par une approche théorique. Étant donné que le rétablissement prend pour base l'unicité de l'expérience, il paraît logique que ses définitions soient multiples et variées. Définir le rétablissement par une unique formulation pourrait même paraître réductionniste (Rossi *et al.*, 2018). Pour ma part, je considère que le rétablissement émerge de l'auto-support, c'est-à-dire de la rencontre de personnes qui se regroupent entre pairs car la médecine échoue à leur trouver une solution acceptable de guérison. Shery Mead et Mary Ellen Copeland, toutes deux (ex)usagères de la psychiatrie, aboutissent à des conclusions similaires :

Those of us who have experienced these symptoms are sharing information and learning from each other that these symptoms do not have to mean that we must give up our dreams and our goals, and that they don't have to go on forever. (Mead & Copeland, 2000, p.2)

Cet espace de rencontres entre pairs rend possible les échanges d'expériences, leurs possibilités de convergence, l'identification de récurrences, des freins et leviers mais aussi des disparités. C'est à partir de la réflexivité permise par ces *interactions* que sont constitués des savoirs, mobilisables par la suite en plaidoyer politique.

Inscription politique

Le mouvement du rétablissement s'incarne dans une trajectoire individuelle de soin, mais touche également à des revendications sociales qu'il puise dans les manifestations politiques des (ex)usagers de la psychiatrie des années 1960-1970. Le rôle des groupes d'auto-support montre bien que le rétablissement n'est pas une affaire uniquement individuelle, mais qu'elle met en lien un

individu et son *contexte social*. Dans leur revue de la littérature Onken et ses collaborateurs (2002) ont analysé les éléments de rétablissement mais aussi les interactions avec le réseau (famille, amis, professionnels de santé) et ont conclu que : « *these interactions can help or hinder the ability of the individual to access hope, take action in self-determined ways, develop agency, and create meaning and purpose in life pursuits* » (Onken *et al.*, 2007, p. 10). Le regard porté sur les troubles psychiques participe à la construction identitaire des personnes qui en souffrent. C'est-à-dire que les perceptions divergentes de la notion de rétablissement ne sont pas uniquement le fruit des origines expérientielles du concept mais aussi de la *perception sociale* (donc morale et politique) des troubles psychiques. La relation entre l'individu et son environnement est l'une des clés de compréhension du concept : « *[Recovery] requires an understanding of the relationship between health and social factors* » (Morgan & Felton, 2013, p.56). Il est donc nécessaire de prendre en compte les dimensions sociales, culturelles, politiques et économiques dans lesquelles les personnes vont mal et se rétablissent (Wooley, 2017).

Certains (ex)usagers de la psychiatrie vont jusqu'à critiquer le concept parce qu'ils ne souhaitent pas se rétablir des horreurs vécues en psychiatrie. C'est le cas du collectif *Recovery in the bin* qui milite pour éviter que le rétablissement soit : « utilisé pour discipliner et contrôler ceux qui essaient de trouver une place dans le monde, de vivre comme ils le souhaitent, en essayant de faire face à la véritable détresse mentale qu'ils rencontrent quotidiennement¹ ». Entre réappropriation de la notion de responsabilité individuelle (McGarvey, 2019) et santé publique à la sauce libérale (Martin, 2022 ; Stiegler & Alla, 2022 ; Tzanakis, 2014), le concept n'a pas fini de susciter la polémique sur de nécessaires changements systémiques (M. Koenig *et al.*, 2014). Ces considérations expliquent peut-être les raisons de l'implantation hétérogène du rétablissement et de la dispersion de ses pratiques. En effet, il existe des controverses dans le champ de la psychiatrie et la typologie du patient rétabli en santé mentale est une catégorie instable. La situation diffère toutefois selon les lieux et la ville de Marseille représente un espace particulier (Cf. p.115). Quoi que le rétablissement n'y soit pas hégémonique, il est possible d'oublier, en baignant dans ce contexte, que le dynamisme autour du concept est loin d'être similaire dans toutes les régions.

Ainsi, les préconisations sont nombreuses pour fonder les approches en santé mentale sur le rétablissement (Delègue, 2020) mais dans les faits nous sommes encore largement dans « une perspective essentialisante et médicalisante » (Conseil Supérieur de la Santé, 2019, p.30). L'approche du rétablissement peut ainsi être utilisée dans un objectif de réduction des symptômes et des comportements non acceptés socialement plutôt que comme la revendication d'un droit à la

¹ Repéré sur le site <https://recoveryinthebin.org/>, consulté le 12/03/2023.

différence. Les économies morales à l'œuvre dans nos sociétés renvoient clairement à la *labeling theory*, développée notamment par Howard Becker dans *Outsiders* (1985). Si l'expression de troubles psychiques se transforme *moralement* en une déviance à la norme sociale, les individus qui les expriment sont perçus, et dans une certaine mesure se perçoivent, comme ne faisant pas partie de la société. Pour pouvoir la réintégrer, il leur est demandé de se conformer aux comportements attendus socialement. Si cette visée est inatteignable du fait d'une problématique particulière (par exemple un handicap physique, sensoriel ou psychique), il est attendu de l'individu qu'il s'adapte aux exigences morales du groupe social majoritaire :

Le procédé est évident : on demande à l'individu stigmatisé de nier le poids de son fardeau et de ne jamais laisser croire qu'à le porter il ait pu devenir différent de nous ; en même temps, on exige qu'il se tienne à une distance telle que nous puissions entretenir sans peine l'image que nous nous faisons de lui. En d'autres termes, on lui conseille de s'accepter et de nous accepter, en remerciement naturel d'une tolérance première que nous ne lui avons jamais tout à fait accordée. (Goffman, 1975, p.145)

Goffman rappelle dans la conclusion de *Stigmaté* (1975) que les procédés qu'il décrit ne concernent pas une séparation entre deux groupes physiquement distincts, mais plus un « processus social omniprésent » et des « points de vue socialement construits ». En ce sens, les valeurs portées par les acteurs du LDR s'inscrivent dans un refus de la stigmatisation et une opposition aux normes morales en vigueur. Dans cette optique, il s'agit moins de réduire les symptômes, que d'en modifier la perception morale et sociale. L'un des MSP du LDR relève dans un entretien le rapport moral entre comportement acceptable socialement et diagnostic psychiatrique : « *parce qu'en fait c'est quoi le malade psychiatrique ? C'est qu'en fait il entend des voix [...]. C'est pas des codes de société. Parler seul dans la rue, c'est pas un code de société* » (Exp.LDR.2.2019). Dans cet extrait d'entretien, on perçoit une position morale inhabituelle : si « *parler seule dans la rue* » était un comportement accepté socialement, les personnes ne seraient pas stigmatisées du fait de ce comportement. Finalement, les manifestations des troubles psychiques ne sont pas uniquement une question de perception sociale mais le regard porté sur elles participe à la (dé)socialisation des individus.

Les diagnostics psychiatriques sont forgés sur une base mêlant subjectivité, moralité, et scientificité socialement construite. Il est possible de voir la psychose comme une altération physiologique qu'il convient de circonscrire, comme une réponse émotionnelle à des événements marquants, comme un processus transformationnel, etc. Quelle que soit la posture conceptuelle choisie, les liens entre l'individu et son environnement sont questionnés. Une analyse des enjeux émotionnels et communicationnels semble incontournable pour penser le soin psychiatrique. Les

normes morales des interactions sociales peuvent évoluer afin que la psychose puisse s’y exprimer et que le sens des symptômes puisse être identifié. L’expérimentation du LDR représente une tentative morale et sociale de la création d’espaces en ce sens.

2. Les interprétations de la crise et leurs réponses

Le LDR s’est construit sur une réintégration sociale des personnes ayant été diagnostiquées comme schizophrènes. Les acteurs ont éprouvé des difficultés à construire une identité collective (Cf. p.112). Peinant dans les premiers temps à définir ce qu’est le LDR, le projet se définit en opposition à l’hôpital et au modèle biomédical (Bechla & Zerbib, 2021). Comme l’explique l’un des coordinateurs lors d’un *focus group* : « *sur des questions de soins, sur des questions médicales, c’est pas du ressort du LDR. [...] On est là avec nos forces vives mais on n’est pas orientés soins, ni médical et encore moins soins psychiatriques* » (Coor.LDR.2.2018). À l’inverse d’une psychiatrie hospitalière qui possède le mandat social de diminuer les troubles, les intervenants du LDR tentent de donner du sens à la crise, en explorant ses origines dans une visée de *transformation individuelle et sociale*. Livia Velpry a noté le rôle constructif de l’expression des symptômes : « les moments de trouble sont des moments actifs, où l’on s’approprie les expériences associées au trouble, leur manifestation, leur signification et leur gestion, mais qu’ils sont également inscrits dans des dynamiques de socialisation » (Velpry, 2014, p.4). Pour proposer un accueil qui soit différent de l’institution psychiatrique, les acteurs du LDR explorent de nouvelles pratiques d’accompagnement de la crise psychotique. L’une des pistes est de socialiser la souffrance psychique en posant l’hypothèse que les *relations humaines* possèdent un potentiel *effet thérapeutique*. C’est que relève l’un des acteurs, qui, à la question de savoir comment amorcer son projet de rétablissement, répond : « *le plus vite possible amorcer les relations, et de fil en aiguille c’est à travers les relations que la personne trouve ce qui lui fait du bien* » (Us.2.2019). Les propos de John Perry pour qui l’accompagnement de la personne en crise psychique s’appuie sur la présence compréhensive de l’environnement, coïncident avec l’approche pensée au LDR :

Le « patient » a besoin d’un « asile », c’est-à-dire d’un sanctuaire, d’un espace reflétant de la chaleur et dans lequel il se sente en sécurité tout le temps de son expérience. Ce sanctuaire ne peut être qu’une communauté de personnes auxquelles le monde subjectif soit suffisamment familier pour qu’elles ne soient pas effrayées et ne le condamnent pas, mais au contraire s’y intéressent profondément et puissent y accompagner le psychotique du début à la fin de son « voyage » ; une communauté de personnes qui ne se permettent pas de jugements a priori, mais soient plutôt « branchées » sur l’expérience psychique telle qu’elle se présente. (Perry, 1976, p.199)

Les expérimentations de *Kingsley Hall* ou *Soteria* ont tenté de faire exister ces espaces non-jugeant, mais ces lieux restent marginaux. C'est pourquoi savoir qu'il existe une alternative possible à l'hospitalisation procure déjà un espoir, voire diminue l'angoisse et peut amener à traverser différemment la crise psychique. La mère d'un jeune homme dont l'accueil ne s'est pas concrétisé en témoigne : « *le fait d'avoir une solution alternative a aidé à aller mieux, même si elle n'a pas été utilisée* » ; et pour « *accepter l'incertitude [...] ça fait du bien d'avoir d'une écoute, et quelqu'un qui soit disponible* » (notes de terrain). Or, pour accueillir la crise la psychiatrie hospitalière possède des moyens humains, législatifs, médicaux, etc. dont ne dispose pas l'expérimentation : « *en milieu hospitalier on a les moyens de résoudre la crise : médication, contrainte etc. Nous comment on fait ?* » (Int.LDR.2). L'instauration d'une ambiance collective chaleureuse et soutenante est un but louable, mais qui ne suffit pas à répondre à l'ensemble des situations. Les tensions interindividuelles dans le collectif, les problématiques propres à chacun ou encore la répartition des responsabilités sont autant d'écueils et il arrive régulièrement que les principes de tolérance à l'incertitude, de prise en compte de l'expérience subjective et de non-jugement ne suffisent plus.

C'est dans le passage de la théorie à la pratique que se révèlent des écarts de normes qui sont particulièrement visibles dans un contexte de crise : « *gérer la première crise en dehors de l'hôpital contient une part d'inconnue* » (Exp.LDR.6). Comment les ISMC mettent en pratique la complexité de leur mission qui s'apparente à repenser les limites de la tolérance à la crise ? Comment répondre à des situations urgentes ? Quelles sont les réponses à disposition des intervenants pour apaiser les protagonistes ou assurer la sécurité du lieu ? Pour répondre à ces questions, je me suis appuyé sur des situations que j'ai vécues en tant qu'observateur-acteur ainsi que sur les notes de l'équipe d'intervention dans le cahier de liaison. En agençant ces notes (Glaser & Strauss, 1967 ; Strauss & Corbin, 1990), j'ai identifié trois types de situations et trois types de réponses. Les situations auxquelles doivent répondre les acteurs sont de l'ordre des conflits, de la violence et de la crise psychique. À ces situations, il est opposé trois types de réponses : l'affirmation de l'autorité ; le dialogue ; le pouvoir médical. Les ISMC rencontrent des limites dans l'accompagnement de la crise psychique, qui se concrétisent dans le type de réponses qu'ils sont en capacité d'apporter. Les visées de repenser la tolérance à la crise et d'éviter des pratiques de contraintes (Sibitz *et al.*, 2011) se heurtent aux limites organisationnelles et humaines du LDR.

2.1 Gestion des altercations

Les conflits, voire la violence, sont des comportements familiers dans une vie en collectivité, d'autant plus lorsqu'elle concerne des personnes en situation de vulnérabilité. Bien que les troubles

psychiques puissent les potentialiser, il est nécessaire de différencier ces situations de la crise psychique en elle-même.

Les conflits

Pour faciliter les *interactions* les ISMC organisent des temps de partage lors desquels une attention à l'autre peut être portée et qui favorisent la construction d'une représentation commune, malgré l'individualisation de la crise. Car dans un contexte où la promiscuité peut être pesante, la crise s'exprime différemment selon les personnes. Par exemple, certaines restent silencieuses quand d'autres adoptent un comportement exubérant. Le maintien d'une dynamique interactionnelle positive est l'un des outils d'accompagnement de la crise. Pour cela, les ISMC ajustent leurs techniques communicationnelles verbales et non-verbales. L'importance de l'ambiance collective est primordiale en présence de personnes avec des sensibilités exacerbées (Cf. p.189) et dans un espace où les situations de violence existent (HAS, 2016). Les conflits surgissent, allant du simple échange de points de vue à de fortes tensions relationnelles : énervements, cris, voire violence, particulièrement dans les premières années où les personnes accueillies ont un parcours de rue difficile derrière elles. Le dialogue suffit parfois à calmer les protagonistes mais il n'est pas toujours suffisant. Lorsque Us.LDR.11 descend en hurlant et que Ass.LDR.1 l'invective, Exp.LDR.11 doit engager le dialogue avec Us.LDR.11 à deux reprises avant que la situation ne s'apaise. Quand la parole des intervenants ne suffit pas, le soutien vient parfois des pairs qui sont respectés pour leur parcours de vie. Quand le dialogue n'est pas suffisant, les ISMC font preuve d'autorité, comme Int.LDR.5 qui intervient quand Us.LDR.22 vient perturber la réunion collective.

L'autorité des ISMC n'est toutefois pas toujours suffisante pour atténuer des conflits à la limite de la violence et il est parfois fait appel à des personnes représentant un pouvoir hiérarchique. Lorsque des ISMC rencontrent Us.LDR.10 pour lui signifier son comportement inapproprié de la veille, le ton monte et Us.LDR.10 casse une tasse et son téléphone. Coor.LDR.4 lui explique qu'une rencontre doit avoir lieu la semaine prochaine en présence de Coor.LDR.2 et Ass.LDR.2, décrits comme des « *figures d'autorité* » sur le cahier de liaison, pour décider d'une sanction à poser. Malheureusement, les échanges conflictuels débordent parfois sur de l'agressivité physique. C'est le cas du soir de Noël, où après le repas le ton monte entre Us.LDR.11 et Us.LDR.2, que Us.LDR.15 et Us.LDR.12 sont obligés de séparer après le jet d'une assiette. Après que les deux protagonistes se soient calmés les ISMC discutent avec Us.LDR.11 qui reste très angoissé et c'est un appel au Samu qui le rassure. La gestion des conflits est aléatoire et des débordements existent. Pour parer à ces éventualités, les ISMC interviennent de préférence en binôme et ces interventions nécessitent une formation adaptée car de nombreux épisodes violents peuvent être évités mais la santé des intervenants doit être protégée.

La violence

En préambule, il est à noter que les épisodes de violence ont surtout lieu en 2019-2020, lors du conflit opposant les habitants « historiques » et les acteurs du projet tentant de le réorienter en fonction de son objectif initial. Les situations de violence sont moindres par la suite. Exp.LDR.10 et Exp.LDR.14 témoignent lors de leur entretien professionnel de la complexité à faire face à la violence de manière quasi quotidienne. Elles disent se sentir démunies, impréparées et ne pas se sentir à l'aise avec la gestion des épisodes violents qui représentent pour elles une limite de leur pratique professionnelle. Exp.LDR.10 identifie la présence récurrente d'un « *point de rupture* » dans la journée où l'ambiance bascule vers l'agressivité. Par exemple quand Us.LDR.15 est très énervé, il veut « *agresser quelqu'un pour que la police le tue* ». Les ISMC tentent de nouer le dialogue, mais Us.LDR.15 reste peu accessible. Le dialogue est rarement suffisant pour répondre à la situation et l'autorité est alors convoquée pour juguler les épisodes de violence, mais les ISMC restent exposés physiquement et psychologiquement à des situations limites.

Les ISMC doivent parfois intervenir pour séparer les acteurs. Quand ce ne sont pas les ISMC, les personnes accueillies prennent parfois les mesures qui s'imposent. C'est le cas de Us.LDR.23 qui a voulu changer de chambre pour « *se mettre à l'abri* » et « *mettre à l'abri Us.LDR.24* », « *l'un de la prison, l'autre de l'hôpital* », selon ses dires, car il a peur de sa violence. Le dialogue redevient possible une fois la situation passée. Mais les actes de violence marquent les intervenants dont la santé psychique et l'entrain professionnel peuvent décroître de manière significative. Dans une situation relatée dans le cahier de liaison, Us.LDR.10 s'énervé car il a peu dormi. Il jette une étagère sur le chien de Exp.LDR.10 qui l'accompagne au travail, puis « *il me montre le gros couteau de cuisine et menace de faire un « Massacre » (selon ses propres mots)* » (cahier de liaison). Cela fait dire à Exp.LDR.10 qu'elle « *pense que personne ne comprend notre rôle ici. Il est temps d'organiser des réunions collectives pour expliquer tout ça* ». En effet, les ISMC se confrontent parfois brutalement à des tensions violentes alors que les représentations initiales sont plus utopiques. Derrière les idéaux d'humanisme et de sensibilité à la souffrance de l'autre, se dévoilent des situations dangereuses dans lesquelles les intervenants se retrouvent chargés de réagir du fait de leurs fonctions salariées. La violence, loin d'être constamment présente, diminue lorsque l'ambiance collective s'améliore mais réapparaît à intervalles réguliers. Les ISMC peuvent être affectés de devoir répondre à la violence ou de devoir faire appel aux forces de l'ordre pour la réguler. Mais les situations d'expression de la crise psychique, censées constituer le cœur de l'action au LDR, représentent aussi des défis.

2.3 Accompagnement de la crise

Par la stigmatisation et la vision centrée sur le pathologique, le regard social sur la psychose participerait à l'indicibilité de la crise en réduisant les espaces d'expression (Veit, 2018b). Au contraire, dans le cadre moral du LDR, le partage d'expériences sensorielles inhabituelles mais considérées sous un angle non pathologique participe à leur normalisation (Godrie, 2014). Certains de mes interlocuteurs vont jusqu'à considérer la psychose comme une part vitale de leur identité :

Je me souhaite à continuer à creuser les enjeux existentiels qui se posent dans ce vécu-là. La question par exemple de la mystique, j'ai toujours pas tranché. La question du deuil, des états d'exaltation qu'on connaît quand on est dans des délires, je l'ai pas tranché non plus, il y a rien qui est venu le remplacer. (Exp.1.2022)

Les situations où la crise psychique s'exprime dans le dispositif sont caractéristiques de sa fonction principale, et les réponses qui sont apportées devraient refléter les valeurs idéologiques du projet (Cf. p.179). Il s'agit notamment de donner du sens à la crise plutôt qu'à diminuer les symptômes. Mais face à des conflits parfois violents, les ISMC ne possèdent pas de boîte à outils avec des solutions prédéterminées. Les formations dans ce domaine sont peu nombreuses et la dynamique institutionnelle du dispositif rend complexe la stabilisation d'une posture d'intervention. Les ISMC sont donc amenés à faire face à la complexité et à y répondre selon leurs normes morales individuelles, leurs expériences personnelles ou professionnelles, ou leurs connaissances théoriques. Dans mes notes de terrain, c'est la modalité du dialogue qui ressort le plus fréquemment de ces situations, bien qu'il ne suffise pas toujours à répondre à la crise psychique. Lorsque les échanges verbaux se révèlent insuffisants, le pouvoir médical est parfois mobilisé.

Stabilisation émotionnelle

Le premier degré d'intervention est constitué de stratégies d'apaisement qui peuvent prendre des formes assez simples comme de s'asseoir boire un café et discuter : « *on a été faire des courses, on s'est posé une demi-heure boire un café, discuter et ça allait beaucoup mieux* » (notes de terrain). La mise en place d'activités ludiques avec une double fonction de détournement des pensées négatives et d'apport de divertissement est une autre solution proposée régulièrement : « *Us.LDR.24 est très angoissé, c'est l'anniversaire de la mort de sa mère. On a joué aux dames ensemble pour lui remonter le moral* » (cahier de liaison). Les personnes accueillies peuvent se saisir des stratégies mises en place par les ISMC dans une forme d'apprentissage des outils de gestion de la crise (Cf. p.368) comme c'est dans cette situation notée sur le cahier de liaison : « *Us.LDR.11 a eu une crise d'angoisse le soir. Il est*

monté se poser avec nous. Il a fait descendre la crise lui-même » (cahier de liaison). Cette modalité d'accompagnement de la crise psychique souligne la dimension émotionnelle dans la gestion des troubles. C'est-à-dire qu'un état émotionnel trop intense ne permet pas de mener un travail réflexif sur ses troubles, alors qu'en étant plus apaisé ce travail devient possible.

C'est pourquoi l'une des premières préoccupations des ISMC est celle de l'état émotionnel des personnes accueillies. Les notes suivantes, issues du cahier de liaison, montre bien comment l'un des intervenants cherche à amener l'un des usagers du LDR à un relatif état de tranquillité plutôt que d'aborder les problématiques de front. Une fois la tension dépassée, Us.LDR.23 devient disponible à des activités bénéfiques (ici jouer au basket). Par la suite encore, il est possible d'aborder des techniques spécifiques de gestion des troubles :

On arrive ce matin et Us.LDR.23 était bien agité. Il n'a pas dormi de la nuit. Il parlait des magiciens et d'être suivi. Il n'arrive pas à sortir seul (il hésitait, tournait en rond) donc on part ensemble pour acheter des clopes et se poser en terrasse. Il parlait sans fin de ses expériences des animaux, de magie, d'être contrôlé par sa famille. Parler directement de comment faire descendre sa crise lui "faisait du mal" et "n'était pas bien". Donc on a utilisé la diversion. Il parlait de l'envie d'aller jouer au basket, on parlait des conneries et on regardait des vidéos jusqu'à ce qu'il soit assez détendu pour qu'il aille jouer au basket ou se balader tout seul. (cahier de liaison)

Ces notes montrent bien qu'il aurait sans doute été contre-productif pour Us.LDR.23 dans cette situation-là de parler par exemple de son expérience d'entente de voix, ou d'outils concrets, voire même de réaliser une activité thérapeutique comme le sport ou la marche. Par contre, il est accessible à des relations anodines qui l'amènent à s'apaiser, puis à mettre en place ce qui pour lui est bénéfique. Ce n'est que quelques jours plus tard qu'Exp.LDR.11 parlera avec Us.LDR.23 d'outils et de techniques pour gérer ses voix, comme de prendre rendez-vous pour pouvoir dialoguer avec elles. Exp.LDR.11 transmet ensuite à ses collègues les pistes mises en place avec Us.LDR.23 pour la gestion des voix, comme par exemple : « *je parlerai avec vous plus tard. Pour l'instant je suis occupé. Donnons-nous rendez-vous ce soir à 18h* ». Un état psychique suffisamment détendu semble donc être un préalable au développement de compétences propres à la gestion des troubles psychiques.

Ces techniques et apprentissages peuvent également faire l'objet d'une mise en commun. Un « groupe de soutien » a eu une existence éphémère. Il visait à offrir un espace pour la gestion de crise. J'ai assisté à une de ces rencontres assez heurtée, avec de nombreux éclats de voix, mais qui a servi à l'expression de la colère. Des « Café rétablissement » ont aussi été mis en place durant ma période d'observation. Animés par les MSP, ces groupes étaient des espaces intéressants d'échanges entre

pairs dans lesquels les bonnes pratiques pouvaient se partager et les expériences se collectiviser. Mais les ISMC sont parfois démunis face aux manifestations des troubles psychiques. À part la description qui suit, je n'ai pas trouvé de réponse apportée ce jour-là aux problématiques complexes amenées par Us.LDR.6 « possédé » par des esprits qui prennent le contrôle de son corps : « *la dernière fois que j'veus ai vu j'avais 5 % depuis que j'suis parti aux urgences il me reste 2 % de moi-même* » (Us.LDR.6.2020). Us.LDR.6 situe son état psychique hors de contrôle de toute analyse : « *pour moi, par rapport à ma situation... le suivi, y a un suivi ou y a pas de suivi n'est pas la question. Parce-que je suis possédé et personne ne peut faire quoi que ce soit* » (Us.LDR.6.2020). La crise psychique apparaît alors ingérable, incontrôlable, sans solution ou perspective de changement :

Ce matin il parlait d'avoir commencé à faire des hallucinations, de sentir une présence extérieure à lui. Il a réussi à arrêter l'hallu en disant que ça servait à rien. Ça lui est arrivé encore une fois et après ça lui a donné vraiment peur. Il dit que son rendez-vous psy est vraiment trop loin [dans deux semaines]. Il a l'air très diminué et il dit que au lieu d'être à 5 %, il est plutôt à 2 %. Appel [au service de psychiatrie qui l'a adressé], qui conseille, si la situation devient plus inquiétante d'aller à l'hôpital de jour. Ils m'ont dit que les hallus peuvent arriver quelques jours après le traitement, mais Us.LDR.6 n'a jamais eu ça avant [l'injection de NAP]. (cahier de liaison)

Dans la suite de la journée, les ISMC en poste l'après-midi notent que : « *Us.LDR.6 n'est pas très bien, dit se sentir plus possédé depuis son passage aux urgences [l'avant-veille, suite à des douleurs thoraciques]. 5 % qui lui reste à 2 %. Qu'il n'y a pas de solution et parle de faire ses bagages par peur de nous faire du mal* » (cahier de liaison). Ici les acteurs semblent confrontés aux limites de ce que peut apporter l'intervention des professionnels dans le lieu¹. Le dialogue et la compréhension non-jugeante de la souffrance psychique ne suffisent pas à évacuer le danger que ressentent les protagonistes. Par la suite, Us.LDR.6 a trouvé des solutions pour faire face à ses difficultés et il témoigne de l'intérêt qu'a représenté le lieu pour son rétablissement : « *ce que le LDR m'a appris c'est de vivre avec ma problématique, on peut pas la supprimer, ma problématique, mais au moins ils m'ont appris à vivre avec, à faire les choses, de pas s'arrêter de vivre...* » (Us.LDR.6.2020). Mais dans l'instant, la tension émotionnelle est forte et les moyens pour y faire face sont limités. C'est le cas de la situation suivante issue de mes notes de terrain :

¹ La situation de Us.LDR.6 resterait sans doute très complexe à résoudre dans le cadre d'une hospitalisation.

La scène se déroule au 3^{ème} étage, juste après la prise de poste de l'équipe du matin. Us.LDR.25 a apparemment passé une nuit agitée. Lorsque j'arrive, il est sur le canapé, à moitié allongé, en discussion avec Int.LDR.8. Après mon « *Bonjour* », je réponds à sa question « *Comment ça va ?* », puis lui dit « *Toi ça n'a pas l'air d'aller* ». Us.LDR.25 s'énerve, dit qu'il n'ira pas à l'hôpital, parle de trahison et hurle qu'il va partir d'ici. Alors qu'il se dirige vers sa chambre, Int.LDR.5 ouvre la porte du palier qui heurte le visage de Us.LDR.25. Celui-ci « *Qu'est-ce que t'as fait !?* », ce à quoi Int.LDR.5 répond « *Par contre tu vas te calmer !* ». Puis, Int.LDR.8 reprend la discussion. Us.LDR.25 témoigne que son travail est « *de porter toutes les consciences de la terre, de toutes les religions* », de réunir Christ, Mohamed et Isaac, qu'il est le « *messie* ». Il s'apaise un peu par la suite, puis nous dit qu'il se sent mieux depuis qu'il a crié ce qu'il avait à dire, qu'il a toujours confiance en nous et que ce qui peut l'aider c'est une écoute attentive. Int.LDR.8 lui propose alors d'aller boire un café avec lui.

On voit dans cette situation les trois éléments de l'éventail de réponses : le dialogue bien sûr, qui apaise en partie Us.LDR.25 et qui constitue sa demande (l'écoute attentive), l'autorité incarnée par Int.LDR.5 et la perspective d'une hospitalisation qui met Us.LDR.25 hors de lui. Lorsque les ISMC se sentent démunis pour répondre à la crise, ou lorsque la souffrance psychique d'une personne s'accroît sans perspectives visibles d'amélioration, ou encore quand le comportement d'un membre du groupe rejaillit négativement sur les autres, la solution souvent choisie est de solliciter l'expertise médicale. Ces situations extrêmes représentent donc les limites de l'accompagnement au sein du dispositif. Celles-ci sont plus larges que celles tolérées par ailleurs, mais elles existent et soulignent l'incapacité du dispositif actuel à faire face à des crises psychotiques intenses. Au-delà des limites concrètes que ces événements soulignent, on perçoit également le nécessaire arrangement que les ISMC doivent opérer avec les normes morales du projet.

Médication

Les demandes d'hospitalisation n'émanent pas toujours de l'équipe d'intervention. Lorsque « Us.LDR.12 [est] *en crise toute la journée, en boucle, impossible à faire descendre* » (cahier de liaison), c'est lui-même qui demande à se faire hospitaliser. Étant donné l'absence de personnel médical dans l'équipe, les ISMC se tournent vers des ressources externes, ce qui pose la question du consentement des personnes à accéder à ces soins. Est-ce que l'individu accepte, autorise et permet que les soins se fassent (Guibet Lafaye, 2015) ? Il est arrivé à plusieurs reprises que les pompiers ou le SAMU soient appelés afin d'emmener une personne accueillie vers l'hôpital. La présence des ISMC a souvent permis

d'apaiser les conditions du départ en améliorant les interactions avec les soignants, parfois en amenant la personne à accepter l'hospitalisation. Le recours à l'hospitalisation soulève régulièrement des divergences de points de vue entre les ISMC qui entretiennent un rapport variable avec l'institution hospitalière en fonction de leur parcours et de leurs expériences. J'ai observé les mêmes antagonismes sur la médication avec des valeurs qui penchent globalement vers une dénonciation de l'emploi systématisé, et parfois très conséquent, des traitements médicamenteux, ainsi qu'une critique de leurs effets secondaires. Mais cette position n'est pas unanime, avec par exemple des MSP qui portent un discours sur les bénéfices des médicaments.

En effet, afin de pouvoir assurer la sécurité du collectif et des personnes, les médicaments sont perçus par certains ISMC comme la solution idoine car ils diminuent la tension émotionnelle et facilitent la gestion des individualités dans le groupe, c'est-à-dire qu'ils exécutent les tâches qui doivent habituellement faire l'objet d'un travail interactionnel. Il n'est pas question ici de nier l'intérêt que peut représenter un traitement médicamenteux dans le processus de rétablissement car il s'agit parfois d'un appui nécessaire pour soutenir les activités psychosociales, bien qu'il ne suffit pas à la thérapie (Alanen, 2009 ; Alanen *et al.*, 1991). Mais le recours instinctif à la solution médicamenteuse montre l'idéalisation qu'il représente pour certains ISMC en manque de solutions efficaces (Chappell & Jeppsson, 2023) et la tension entre théories collectives et pratiques individuelles. L'application pratique des idéaux se heurte à la réalité sur le sujet : « *on marche un peu à l'aveuglette* » ; « *médocs : Viré des médocs dans le tiroir du bureau. Garder quelques-uns mais il faut discuter ensemble des médocs et comment/pourquoi/qui les donnent ?* » (cahier de liaison). Savoir quelles sont les personnes habilitées à donner les traitements est une question récurrente au sein du projet, en partie résolue par le passage quotidien d'IDE libéraux dans le lieu. Un poste d'infirmier a régulièrement été ouvert dans l'équipe, mais lorsque ce n'est pas le cas, la prise de traitement et son contrôle révèlent les tensions entre positionnements moraux opposés. Les notes suivantes montrent la situation d'une personne accueillie qui se dégrade avec la médication au centre de son accompagnement :

Us.LDR.26 est une dame plus âgée que la moyenne des autres personnes accueillies. Elle est très incohérente quand nous la rencontrons en vue de son admission et il n'est pas certain qu'elle ait saisi le fonctionnement du dispositif. Elle est accueillie au LDR, mais au bout de quelques jours les ISMC éprouvent des difficultés de gestion de la situation et Int.LDR.5 tente d'imposer la prise de médicaments : « *Us.LDR.26, pour ce qui est de son traitement, il serait souhaitable qu'elle le prenne devant nous car elle a tendance à ne pas le prendre* » (cahier de liaison). Puis, le lendemain : « *Us.LDR.26. MEDICAMENTS : urgence d'organiser le passage d'un IDEL* » ; « *Passé voir Us.LDR.26 à 8h30 car bruit dans sa chambre. Tout sens dessus dessous, médicaments éparpillés au sol...* » (cahier de liaison).

Le lendemain, un autre ISMC intervient avec une autre perspective morale : « Us.LDR.26 exprime une volonté de gérer ses propres médicaments. Normalement, elle a un pilulier dans ses affaires. Nous nous disons qu'elle n'est pas sous contrainte pour les médicaments, qu'on n'est pas formés pour donner les médicaments. Aussi que ces derniers deux jours elle a refusé quand c'est nous qui les proposons. On a donc laissé son sac de médicaments avec elle. À voir quelles stratégies/systèmes à travailler ensemble pour qu'elle atteigne l'autonomie qu'elle cherche. Faut aussi appeler son CMP pour parler des médicaments » (cahier de liaison). Un peu plus tard : « Us.LDR.26 : éparpillée, discours incohérents, souillée d'urine -> ménage, réfection pansement, traitement médicamenteux (1/2 téralithe + 30 gouttes de loxapac) -> mise au repos, sommeil, puis de nouveau éparpillée physiquement, plus calme -> sommeil » (cahier de liaison). Enfin « -> Ne voyant pas Us.LDR.26 revenir à 19h nous appelons son hôtel. Elle y est passée en fin d'après-midi pour récupérer des affaires et met le feu à sa chambre... L'hôtel appelle les pompiers, Us.LDR.26 repart avec eux ». (cahier de liaison)

On voit dans cet exposé un écart théorique et pratique entre Int.LDR.5 qui cherche à contrôler la prise de médicament et d'autres ISMC qui tentent de mettre en place un accompagnement à la gestion autonome. Un autre exemple montre le même positionnement de Int.LDR.5, sollicité par Us.LDR.24 pour lui signifier qu'il se sent mal et voudrait rentrer à l'hôpital. Int.LDR.5 lui demande alors s'il a pris son traitement. Us.LDR.24 lui répond par l'affirmative mais Int.LDR.5 lui demande de montrer son pilulier pour vérifier. Or, le contrôle de la prise de traitement va à l'encontre des principes du rétablissement et ces dérives sont particulièrement graves. Goffman (1968) a noté les comportements similaires du personnel de l'hôpital vérifiant par eux-mêmes les réponses données par les patients, les privant ainsi de leur autonomie de langage. Une autre situation de ce type peut être rapprochée d'un comportement totalitaire de la part des ISMC. Un soir Int.LDR.9, en remplacement et par ailleurs aide-soignant, verse le traitement de Us.LDR.26 dans son verre à son insu. Cet agissement est repris en analyse de pratiques et les ISMC expriment leur désaccord face à ce geste, mais le fait que Int.LDR.9 se soit senti autorisé à le réaliser révèle l'instabilité morale qui entoure le sujet de la médication.

Conclusion du quatrième chapitre

J'ai d'abord montré dans ce chapitre que l'analyse du lexique mobilisé permet de mettre à jour les représentations individuelles et collectives sur la psychose, la schizophrénie, la communication et le rétablissement. Les valeurs associées aux termes langagiers donnent à voir le positionnement moral des acteurs du dispositif vis-à-vis de la crise psychique et renseignent sur la place conceptuelle

du LDR dans le champ de la psychiatrie. Pour harmoniser les représentations, il est nécessaire de construire un « code linguistique commun », dont les termes puissent servir « d’ancrages, [et de] points de départ de la conceptualisation du flot d’expérience » (Djambian & Lainé-Cruzel, 2012, p.14). Malgré l’existence d’une terminologie lexicale, les acteurs du LDR peinent à s’accorder sur des valeurs qui s’opposent aux normes inconsciemment établies. Les *interactions* se développent donc au sein d’un groupe régi par des règles préexistantes, porteuses de *valeurs morales* ancrées historiquement et socialement (Demailly & Haliday, 2022). Le LDR apparaît comme un espace social obéissant à des normes anciennes, celles-là même qu’il entend transformer.

L’identité du LDR s’est construite en opposition à l’institution hospitalière mais le refus de la norme a entraîné des conflits de valeurs lorsque les idéaux se sont confrontés aux réalités pratiques et aux positionnements individuels des ISMC. L’émergence des conflits est favorisée par des normes peu identifiées et sujettes à des oppositions de valeurs. J’ai aussi observé le développement d’une spécificité locale des relations sociales et des représentations de la souffrance psychique. Des zones de tensions apparaissent dans la description de ces expériences multiples, favorisées par une polarisation des normes morales entre « l’institution » (la psychiatrie hospitalière, la médication, etc.) et « l’alternative » (l’auto-support, le savoir expérientiel, etc.). Dans les catégorisations du rétablissement établies par Pilgrim (2008) ou Morgan et Felton (2013), le LDR navigue entre une approche basée sur les considérations des usagers et une approche plus conventionnelle, en lien avec la réhabilitation psychosociale, voire biomédicale pour certains acteurs en ce qui concerne la médication. Les idéologies fluctuent en fonction du contexte et dans la gestion de la crise, il existe une opposition entre pratiques d’invisibilisation, qui se concrétisent par l’enfermement et la mise à distance de la société (Foucault, 1972), et pratiques d’énonciation de la crise et de ses émotions (Seikkula & Olson, 2003).

Mise en perspectives de la première partie

La première partie pose le cadre de ma recherche et présente les approches théoriques sur lesquelles s'appuient les acteurs du projet. J'y montre que l'expérience des troubles psychiques reste fondamentalement inaccessible à la compréhension absolue pour deux raisons principales. La première est l'absence d'un langage qui permette l'expression des états émotionnels extrêmes (Wong *et al.*, 2019). La crise peut donc être vue comme la communication, par l'intermédiaire de symptômes, de pensées et de ressentis qui demeurent inexprimables autrement : « *c'est une expérience qui dépasse les mots* » (Exp.6). Dans ce cas, comment rendre compte d'expériences psychiques qui sont elles-mêmes l'expression de signifiants qui n'ont pas trouvé de forme verbalisable ? D'autant plus, et c'est la seconde raison de l'indicibilité des troubles, lorsque les *normes morales stigmatisent* l'expression des troubles psychiques et donc réduisent les opportunités de verbalisation. Au contraire, l'expérimentation du LDR est une recherche de mise en dialogue et de *collectivisation de l'expérience* des troubles psychiques qui sont des tentatives de donner du sens à la crise. En cela, l'éloignement de l'entourage, vécu par les patients hospitalisés, freine le réagencement des relations interindividuelles et les possibilités de changement au sein d'un système pathogène.

Bien que les concepts de Goffman (1975) sur l'itinéraire morale des individus aient été critiqués, son analyse sociale de la catégorie du *stigmaté* éclaire mon propos sur l'expérience sociale des troubles psychiques et ce qu'elle induit pour les usagers de la psychiatrie. En effet, la réception sociale proposée à la crise psychique édifie la « structure fondamentale [des] évolutions ultérieures » pour des individus qui conscientisent leur stigmaté en intégrant la norme morale sur les troubles psychiques. C'est-à-dire que « lorsqu'il retrace son itinéraire moral, l'individu stigmatisé fait ressortir, pour les enrichir rétrospectivement, certaines expériences qui lui servent à expliquer comment il en est venu aux opinions et comportements qu'il a désormais à l'égard des siens et des normaux » (Goffman, 1975, p.53). C'est pourquoi, pour Goffman, l'itinéraire moral de l'individu stigmatisé doit nécessairement se référer à son groupe d'appartenance : « que le groupe soit ou non constitué, c'est essentiellement en rapport à lui que l'on peut analyser l'histoire naturelle et l'itinéraire morale de l'individu stigmatisé » (p.53). Les *interactions sociales* entre membres de différentes catégories morales, mais aussi à l'intérieur de ces groupes, agissent donc sur la crise psychique et sont agies par elle. Il me faut à présent détailler la réponse sociale apportée par le LDR.

Deuxième partie : Répit, sociabilité et savoirs expérientiels

La première partie de la thèse a permis de présenter les modalités théoriques de la *réception sociale* des troubles psychiques. Cet exposé s'est premièrement appuyé sur une opposition entre un modèle hospitalier centré sur le médical dont les relations thérapeutiques souffrent d'une hiérarchisation forte entre patients et soignants. Dans un deuxième temps, j'ai décrit les conditions (temporelles, spatiales, scientifiques et épistémiques) dans lesquelles l'expérimentation se déploie, avant de conclure par l'analyse lexicale du collectif LDR qui révèle les conceptions morales des acteurs. Ces perspectives analytiques font apparaître des tensions : l'inhospitalité de l'hôpital psychiatrique ; les controverses disciplinaires historiques ; la divergence des temporalités du projet ; l'utilisation des espaces par les acteurs ; les enjeux de la RAP ; la divergence de posture des ISMC face à la crise. Ces tensions permettent de repérer les limites actuelles de la psychiatrie tout comme elles révèlent la complexité d'une réponse sociale apportée à un objet par nature insaisissable.

Dans la seconde partie, je précise comment s'organise en pratique l'accueil de la crise psychique et l'accompagnement des individus dans le dispositif alternatif. Le modèle se définit par une complexité importante renforcée par une approche non institutionnelle des pratiques et des rôles. La concomitance de ce contexte organisationnel, des outils du rétablissement et des *valeurs morales* du dispositif produit une atténuation des frontières entre l'intime et le professionnel dans la gestion des émotions (Hochschild, 2003). Les MSP sont représentatifs de ces évolutions et leur apport est contextualisé, précisé et analysé dans le cadre du LDR. La collectivisation des expériences caractérise le parcours des usagers qui décrivent les prémices d'un processus de rétablissement liées à leur inscription sociale dans le dispositif. Les quatre chapitres de la deuxième partie renvoient aux *normes et valeurs spécifiques des relations humaines au sein de l'espace social alternatif*.

Chapitre 5 : Un traitement social alternatif de la crise psychique

J'ai présenté les valeurs morales sur lesquelles s'est organisé le dispositif. Elles révèlent des tensions dans leur mise en application face aux situations de crise, car il existe une volonté de se différencier du modèle dominant en psychiatrie sans, en contrepartie, définir de méthode pour passer de l'approche théorique à la pratique quotidienne. Dans ce chapitre, je présente l'organisation du dispositif afin d'en saisir les effets et de montrer comment les personnes travaillent dans le lieu. L'analyse des données de recherche montre une complexité structurelle due notamment au caractère expérimental du LDR et à la volonté des acteurs de se démarquer de l'institution. L'analyse de l'organisation se focalise sur la gouvernance « horizontale » et permet d'en saisir les procédés décisionnels. L'étude du modèle interventionnel donne « accès à la boîte noire des interventions et des raisonnements médicaux, [qui permet] de reconstituer à la fois leurs processus et leurs significations changeantes » (Henckes & Majerus, 2022, p.65). L'analyse rend également compte d'une dispersion des pratiques, propre à générer le retour d'une rigidité hiérarchique diffusable dans les postures d'accompagnement.

1. Incertitude, pouvoir et coordination

L'identité du LDR s'est construite dans une critique de la réponse hospitalière à la crise et dans celle des rapports de pouvoir entre soignants et soignés qu'impose l'institution psychiatrique. De plus, au-delà de sa visée thérapeutique, l'expérimentation s'appuie sur un modèle anglosaxon qui proposait de nouvelles normes morales et une critique sociale forgée autour de la question des troubles psychiques. Comme dans le cadre de la RAP les rapports de savoirs entre acteurs académiques de la recherche et néophytes sont moins hiérarchisés (Cf. p.140), l'organisation interventionnelle du LDR est également pensée comme ne reproduisant pas les rapports de domination préexistants. La gouvernance, la coordination, les modalités de prise de décision, etc. deviennent alors des indicateurs pour évaluer si les idéaux politiques se concrétisent dans la pratique. La structure organisationnelle peut être observée à différents niveaux : celui de gestion générale du projet, qui agit sur celui de l'équipe d'intervention, qui agit à son tour sur le cadre proposé aux personnes accueillies. C'est pourquoi dans ce cinquième chapitre je traite, d'abord de ces questions, en lien avec l'incertitude inhérente à la crise, pour aborder ensuite les pratiques d'intervention.

1.1 Exigences de l'imperceptible

Dès que la recherche en SHS s'intéresse à l'agencement social d'un groupe, la complexité de l'analyse s'impose : « *complexity and entropy prevail in human behavior and social interaction because the systems underlying behavior and interaction are, without a doubt, highly complex* » (Orsucci & Tschacher, 2022, p.1). Le LDR, à l'image de son objet, n'échappe pas à la règle et peut même être considéré comme un dispositif éminemment indécis, soumis à des enjeux importants, aux niveaux individuel, collectif et social. Comme le souligne Di Rocco à propos de l'institution psychiatrique : « en s'offrant comme environnement à la crise psychique qui traverse ses patients, la psychiatrie se trouve aussi condamnée à traiter perpétuellement des dynamiques de crise » (2021, p.10). Pour cet auteur, la psychiatrie est en lutte incessante pour éviter que l'environnement de la crise psychique ne soit lui-même en crise. Avant d'entrer plus avant dans la description de la structure organisationnelle, je précise en quoi la complexité est constitutive du modèle interventionnel, lui-même instable et peu défini. Ces caractéristiques engendrent de l'incertitude dont il convient d'analyser comment elle s'intègre au cadre général, car « le moi n'est pas formé uniquement par les échanges intersubjectifs que l'individu peut avoir avec d'autres personnes importantes à ses yeux, mais aussi par les conditions objectives de l'organisation » (Goffman, 1968, p.204).

Une construction en alternative à...

Le LDR se définit comme un dispositif innovant en santé mentale et prône des principes qui se diffusent depuis plusieurs années : la participation des usagers (loi du 4 mars 2002), l'approche par les pairs (Bellot & Rivard, 2007) ou encore la valorisation du savoir expérientiel (Autès, 2020 ; Blume, 2017). Dans le contexte psychiatrique actuel (Roelandt, 2022), les innovations viendraient compléter l'offre de soin existante (Sicot & Manuello, 2022) et le LDR se conformerait en ce sens aux différents rapports ministériels remis sur la question, comme celui de Michel Laforcade (2016). Mais l'innovation n'est pas uniquement la proposition d'une nouvelle modalité thérapeutique (Farnarier & Sarradon-Eck, 2018), elle est aussi un processus de transformations sociales (Haxaire *et al.*, 2018) et matérielles (Rabier, 2016). De plus, la définition du LDR en tant qu'innovation pose un paradoxe puisque le dispositif se réfère à un modèle ancien *Soteria*.

Les significations de l'innovation diffèrent selon la perspective à partir de laquelle on l'observe. Un récent rapport dans le domaine du handicap définit l'innovation comme « toute dynamique, à visée transformatrice, en ligne avec les principes portés par la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (le libre choix, la non-discrimination, la participation pleine et entière, l'égalité des chances, l'accessibilité...) » (Segard, 2022, p.3-4). Christopher Freeman,

un économiste britannique qui s'est intéressé à l'innovation dans les années 1970, la définit ainsi : « *innovation is used to describe the introduction and spread of new and improved products and processes in the economy and technological innovation to describe advances in knowledge* » (Freeman, 1974: 18) » (Cité par Godin, 2012, p.10). En psychiatrie, l'innovation serait une forme de réponse à la demande sociale (Sicot & Manuello, 2022) ainsi qu'à l'évolution des besoins de la population (Pomey *et al.*, 2015). Mais la définition communément admise dans le champ social est celle du centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES) :

Une innovation sociale est une intervention initiée par des acteurs sociaux pour répondre à une aspiration, subvenir à un besoin, apporter une solution ou profiter d'une opportunité d'action afin de modifier des relations sociales, de transformer un cadre d'action ou de proposer de nouvelles orientations culturelles. (Lévesque, 2006, p.3)

La décision de développer des innovations est également politique (Rullac, 2021), avec le choix de financer des dispositifs nouveaux plutôt que de réformer ceux existants. Le champ de la santé mentale a bénéficié dans les dernières décennies des avancées de disciplines scientifiques qui s'y sont intéressées (psychologie sociale, communication, anthropologie, etc.) (Autès, 2020 ; Lecomte & Maqueda, 2013). Or, l'émergence d'innovations en santé mentale s'établit à partir des connaissances antérieures (Jenkins, 2018), bien que l'intégration de nouvelles formes de savoirs (expérientiels, phénoménologiques, etc.) puisse participer à un renouvellement des approches théoriques (Beresford & Rose, 2023 ; Pelletier, 2019 ; Russo, 2012 ; Sartor, 2023). Ces enjeux scientifiques expliquent en partie les tensions rencontrées autour de la recherche LDR (Cf. p.158) et « on peut donc s'attendre à trouver une relation inverse entre l'importance des facteurs sociaux dans la diffusion des idées nouvelles et la généralité de l'accord concernant l'interprétation des résultats obtenus au terme d'une recherche » (Crane-Hervé & Lécuyer, 1969). Alors que les alternatives à la logique parfois sécuritaire de la psychiatrie sont trop peu développées (Bonsack *et al.*, 2018 ; Guibet Lafaye, 2017), la construction du LDR s'est appuyée sur des références pragmatiques et épistémologiques comme la rupture avec l'institution totale, définie par Goffman comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (1968, p.41). Dans cette critique, la proximité avec la psychothérapie institutionnelle est forte, bien que le LDR ne conserve pas les références à la psychanalyse et au marxisme. Yves Lecomte note cette proximité par l'intermédiaire de *Kingsley Hall* :

Depuis que la rupture avec l'institution a été faite par *Kingsley Hall* en 1965, les communautés thérapeutiques issues de ce courant, et élaborées à l'extérieur de l'institution depuis ce temps, se sont ancrées dans des résidences à échelle humaine (5-9 chambres) qui permettent une relation continue et intime avec les résidents atteints de psychose. (Lecomte, 2013, p.35)

La sortie de l'institution implique une responsabilité laissée aux personnes accompagnées et une transformation du modèle thérapeutique (Watzlawick & Weakland, 1981). Il s'agit d'un rapport phénoménologique au monde, à l'autre et à la psychose :

Regarder et écouter un patient, voir en lui des « signes » de schizophrénie, et le regarder et l'entendre simplement comme un être humain sont des manières de voir et de l'écouter aussi radicalement différentes que celles qui, dans la figure ambiguë reproduite plus haut, font voir tantôt un vase et tantôt deux visages. (Laing, 1970, p.30-31)

Il s'agit donc de voir les personnes comme des individus avant de détecter les signes et les symptômes d'une pathologie mentale. Comme le souligne un chercheur du réseau marseillais dans le *verbatim* suivant : « *c'est aussi la construction d'une relation pour arriver à faire sortir les urgences psychiatriques de leur schéma de pensée. D'arriver à leur faire imaginer qu'une autre prise en charge de la crise est possible. Ça part de loin* » (Che.Mars.2020). Plutôt que de focaliser sur les symptômes et la pathologie, l'accompagnement prend en considération les compétences de la personne, et son autonomie, car « aucune action en santé ne peut être efficace si elle ne s'appuie pas sur l'autonomie des individus et des communautés auxquelles ils appartiennent » (Stiegler & Alla, 2022, p.10). Pour que les capacités d'action des individus se développent, il faut penser en termes de pouvoirs individuel et social :

Le pouvoir ici renvoie à la capacité que possède un individu ou un système de choisir librement (ce qui requiert la présence d'une alternative), de transformer son choix en une décision et d'agir en fonction de sa décision tout en étant prêt à en assumer les conséquences. (Ninacs, 2003, p.2)

Plutôt que de mettre les besoins (supposés) de la personne au premier plan, il s'agit de rentrer dans l'accompagnement par les capacités (Estecahandy & Hennin, 2022) et penser la question de la responsabilité plutôt que celle des règles. Mais dans le même temps : « les troubles psychiques interrogent chez celui qui en souffre, chez les soignants et chez chacun d'entre nous, sur des notions telles que la vulnérabilité, la norme, la liberté et la responsabilité » (Hude & Pinet, 2020, p.532), ce qui

entraîne des remises en question, des doutes et de l'incertitude chez les intervenants. L'accompagnement en santé, notamment dans la psychose, n'est pas un acte mécanique, mais une remise en cause profondément subjective et sociale. Les écueils sont grands de retomber dans une norme culturelle fortement intégrée au plus profond des individus, comme le montrent ces extraits d'entretiens :

On voulait faire quelque chose de différent de la psychiatrie et c'est pire que la psychiatrie.
(Exp.LDR.5.2019) ;

Ces appréhensions théoriques je m'en méfie aussi. Je repense à la psychiatrie, il y a plein de théories et puis on butte toujours sur une espèce, sur la réalité, la concrétude, on sait bien, c'est important d'avoir des représentations fortes, des théories, des choses comme ça, mais je crois que c'est bien aussi de pas reculer, de voir ce qui se passe, le côté expérimental qui est intéressant. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Mettre en place une organisation qui ne reproduise pas les défauts d'un modèle auquel on s'oppose ne va pas de soi. Cette difficulté se révèle d'autant plus naturellement lorsque l'on œuvre dans le champ de la santé, qui plus est lorsqu'on tente d'accueillir la crise psychique. La tentation est grande de vouloir imposer un cadre régit par des normes préétablies alors justement qu'il est question d'instaurer de nouvelles modalités thérapeutiques.

En réponse à l'incertitude, la complexité comme norme

Le LDR est un objet complexe qui ne peut être abordé de manière linéaire mais doit être montré de différents points de vue. Entre les représentations du projet et la mise en pratique se tisse une toile d'incertitudes et de divergences qui reposent sur les acteurs de terrain. Dans le premier rapport qualitatif que j'ai rédigé en 2017, je notais : « il existe aujourd'hui des représentations divergentes de ce qu'est le Lieu de Répit » (p.12). Ces propos étaient confirmés par les verbatim d'entretiens de trois acteurs différents :

C'est flou parce que... il faut ce temps, ce nombre de mois pour que déjà les gens apprennent à cohabiter ensemble. (Psycho.Pra.Hos.2017) ;

Le problème c'est que dans le lieu de répit, tu vois ce matin, y a pas tout le monde qui a la même idée du lieu. (Exp.LDR.15.2017) ;

Il y a différentes personnes qui font partie du collectif, donc les intérêts sont pas tous les mêmes. (Us.LDR.1.2017)

Les différences de représentations se transforment par la suite en oppositions de points de vue, voire en tensions interindividuelles, lorsqu'il s'agit de formaliser le dispositif. L'écart entre les représentations du projet et sa réalité concrète traverse les périodes puisque pendant les entretiens professionnels de l'été 2020 Exp.LDR.14, Exp.LDR.10, et Exp.LDR.11 disent avoir ressenti un décalage entre ce qu'ils imaginaient du projet et la réalité. Les concepts théoriques doivent se concrétiser et ce passage constitue un écueil. Comme le relève Exp.LDR.2 : « *on a écrit, on a écrit, on a écrit mais bon c'est bien de faire de l'écriture, c'est bien de faire de la théorie... Et la pratique ?* » (Exp.LDR.2.2019). La matérialisation des principes moraux est d'autant plus complexe que les lieux d'accueil de crise de type *Soteria* sont très dépendants du contexte (Calton *et al.*, 2008 ; Grant & Westhues, 2012 ; Johnson *et al.*, 2007, 2009). Deux points principaux ressortent toutefois des revues de la littérature : la taille réduite de la communauté (Gabet *et al.*, 2020), qui permet de maintenir le second point, la qualité des interactions interpersonnelles (Fussinger, 2010) avec : une « *preservation of personal power, social networks, and communal responsibilities* » (Calton *et al.*, 2008, p. 181) ; « un contexte égalitaire et non hiérarchique » (Lecomte, 2013, p.13) ; ou encore « *warm social contacts with a not necessarily professional staff* » (Lichtenberg, 2011, p.335). En étudiant la construction de *Soteria House* (Mosher *et al.*, 2004) j'ai été frappé par la similarité des expériences vécues au LDR.

Tout comme au LDR, l'équipe de *Soteria* a ressenti la présence de la recherche comme une intrusion et a été amenée à réaliser les tâches ménagères quand les personnes accueillies n'étaient pas en capacité de le faire (Mosher *et al.*, 2004). Mais surtout, au démarrage l'équipe a décidé d'attendre de voir comment le fonctionnement du lieu se mettait en place plutôt que de penser une structure à l'avance : « *the initial stages in [Kingsley Hall] are bound to be more empirical and improvised than systematic plans in advance* » (p.292). Les règles de vie principales étaient peu formalisées :

Laing's Kingsley Hall was formally rule-free. In contrast, Soteria's community agreed to certain fundamental controls. Soteria's boundaries – various rules considered necessary – were either explicitly set by the community, the staff members, or the administration or implicitly transmitted through nonverbal behavior. Everyone understood the implicit rules in spite of the absence of formal agreements. (p.227)

L'équipe a très tôt tenté de savoir comment imposer un contrôle, sans établir de structure rigide : « *by structure we mean close ongoing relationships with lots of feedback – not a highly*

organized program of daily activities » (p.260). Ces considérations renvoient à une organisation souple et adaptable, constitutive selon moi de ce type de dispositif. En effet, une organisation de travail solide est impérative pour faire face aux difficultés, mais quel que soit le degré d'organisation il est nécessaire de garder à l'esprit que la complexité et l'incertitude demeurent présentes. La solution ne consiste pas à vouloir les évacuer par une rigidification de la structure mais à s'appuyer sur des bases organisationnelles solides pour pouvoir travailler dans un contexte complexe et incertain. La centralité de l'incertitude et de la complexité interroge jusqu'à l'existence de tels projets : « *c'est des projets d'avenir, qui peuvent être utopiques aussi : est-ce qu'un lieu de crise comme ça, ça peut exister ?* » (Psycho.Pra.Hos.2017).

Au LDR, l'incertitude est présente à différents niveaux du projet. La première dimension de l'incertitude est globale, avec un objectif qui n'est pas clairement déterminé, laissant la porte ouverte à l'interprétation. L'incertitude pèse aussi sur la pérennité du dispositif, car les financements n'ont jamais été acquis pour plus d'un an et la décision de financement est parfois arrivée alors que l'exercice avait déjà débuté. Les acteurs n'étaient donc jamais certains de pouvoir poursuivre l'activité et parfois les salariés ne savaient pas si leurs contrats seraient prolongés ou non. L'incertitude est aussi présente dans l'aspect organisationnel puisque le dispositif se veut non institutionnel, il intègre peu de protocoles, d'organigramme, de fonctions spécialisées, etc. Ces aspects interrogent mais semblent constitutifs de ce type de dispositif : « l'incertitude semble essentielle pour éviter la reproduction de façons de faire hiérarchisées » (Godrie, 2014, p.417). Elle est aussi présente à un niveau plus microsocial avec des ISMC amenés à intervenir sans modèle interventionnel précis, ou encore dans l'organisation temporelle fluctuante dont les ISMC font l'expérience : « *je pourrai pas dire de journée type parce qu'en fait ça changeait tous les jours... on faisait pas souvent les mêmes choses* » (Exp.LDR.1.2022). C'est une particularité du travail auprès de personnes en situation de crise, quelle que soit l'anticipation il est toujours possible qu'un événement survienne pour modifier le cours de la journée : « *ici la situation est quand même pas stable, stable. Ça peut virer d'un moment à l'autre* » (Us.LDR.1.2017). L'incertitude est aussi communicationnelle, avec l'importance de la transmission non verbale et le ressenti exacerbé par la situation de crise (Cf. p.194). Enfin, la « tolérance à l'incertitude » est l'un des principes qui guident la pratique de l'OD. Il s'agit d'exprimer par-là que les thérapeutes doivent être ouverts à la survenue d'éléments inattendus dans le processus thérapeutique, c'est-à-dire que « *this stance is based on the assumption, as well as our experience, that every crisis has unique features* » (Olson *et al.*, 2014, p.27). Il est donc impossible de prévoir le déroulement de la situation.

Il se pose donc quasiment une double contrainte, selon les termes de Watzlawick et de ses collègues (1972) : maintenir un cadre d'intervention structurant, tout en y intégrant le principe de l'incertitude. L'opposition se retrouve au sein de l'équipe d'intervention, avec d'un côté les tenants

de l'institution et de l'autre les ISMC moins académiques, souvent issus de l'auto-support. Ces deux type de groupe se retrouvent entre les partisans de la fermeté et du respect des règles, et ceux qui font preuve de plus de souplesse. L'opposition entre incertitude et fermeté s'incarne jusque dans l'idée qu'il serait possible d'obliger les personnes accueillies à engager une démarche de rétablissement, à l'encontre des valeurs primaires d'autodétermination. Tolérer l'incertitude n'est pas une compétence qui s'acquière automatiquement et ce principe peut être vecteur d'inconfort, voire de souffrance, comme l'a relevé également Baptiste Godrie dans le cadre de la recherche *Un chez soi d'abord* au Canada :

L'expérimentation repose sur la capacité d'accepter une part d'incertitude, ce qui peut être souffrant, questionnant, dérangeant, mais qui semble néanmoins indispensable pour transformer les manières de faire de la recherche et de l'intervention dans la première ligne de santé et de services sociaux. (Godrie, 2014, p.417)

L'incertitude est présente jusque dans la fonction thérapeutique de la psychiatrie car il est délicat d'identifier les éléments pertinents dans le soin en santé mentale. Les praticiens expérimentés que j'ai interviewés peinent à résumer en quoi leurs actions sont thérapeutiques :

Je serais bien en peine de le définir en quelques mots, mais il y a une complexité de l'exercice [du soin psychiatrique]. (Psychia.Pra.Hos.2.2022) ;

Qu'est-ce qui marche dans notre action Rires, c'est un gros problème ça je pense qu'il y en a qui savent, qui ont des réponses à ça, moi je suis toujours surpris quand ça marche. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Il est donc complexe de déterminer sur quelles dimensions exactement vont porter les actions des intervenants, comme le souligne l'un des travailleurs pairs du lieu : « *je pense qu'on sera jamais complètement prêt. On aura toujours ce sentiment-là que c'est pas encore le moment. Mais au début on va tâtonner, c'est évident* » (Exp.LDR.15.2017). Cet extrait d'entretien, recueilli au début de mon entrée sur le terrain est prophétique à plus d'un titre : les équipes ont systématiquement émis des doutes sur leur capacité à accueillir la crise, à être « *prêt* » pour le faire et le fonctionnement par essai-erreur a été la forme de construction du modèle interventionnel. Ce qui est somme toute un fonctionnement relativement classique dans les organisations en construction, car « *on tire aussi expérience d'erreurs passées, de choses qui fonctionnent pas, de dysfonctionnements, c'est comme ça qu'on évolue dans les structures* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). Incertitude n'est toutefois pas synonyme

de confusion, bien que le LDR, dans l'imprécision qui le caractérise puisse conduire les acteurs à des actions dérégées comme le montre cette situation :

La scène se déroule au 3ème étage où j'assiste à un échange entre Coor.LDR.4 et Exp.LDR.10, qui évoquent la situation de Us.LDR.5 :

- Coor.LDR.4 : *Je vais au rendez-vous CMP avec Us.LDR.5, mais je sais pas quoi leur dire...
[...] Il a un RDV au CSAPA mais on ne sait pas lequel !*

- Exp.LDR.10 : *C'est quel jour ? le 17 ou le 24 ?*

- Coor.LDR.4 : *Je sais pas, c'est marqué le 17 sur l'agenda mais Us.LDR.5 me dit que c'est le 24. (notes de terrain)*

Ici, alors que le suivi par le CMP représente l'un des moments clé de l'accompagnement, le rendez-vous est incertain et il se confond avec un autre rendez-vous dont ni le lieu ni la date ne sont connus. Pour enrayer l'incertitude, les acteurs tentent de définir un cadre formel, précisant les objectifs et les limites communes qui soutiennent le collectif vers une vue d'ensemble. Différents niveaux de cadre (institutionnel, législatif etc.) sont mobilisés selon les moments, mais la tension demeure entre limites individuelles des intervenants et cadre collectif, essentiellement du fait de l'absence d'articulation entre les principes et les actes. L'un des intervenants l'illustre en affirmant qu'il sait faire face à la crise, mais qu'il n'est pas en capacité de le formaliser :

Je connais ma capacité à gérer un mec en crise, en manque ou en crise délirante, j'ai quand même un peu de pratique, mais je saurais pas quels mots lui dire précisément. J'ai pas un lexique d'intervenant. J'interviens avec ma sensibilité, un peu d'expérience... Nan, nan, j'ai pas une recette de cuisine pour gérer une crise. (Int.LDR.1.2017)

Les ISMC sont alors livrés à leurs interprétations personnelles pour évaluer comment agir en situation et les pratiques d'accompagnement s'appuient sur des valeurs individuelles. Ce phénomène est renforcé par la réduction des distinctions entre soignants et soignés, qui favorise l'expression d'affects dans la relation et donc des actes qui se réfèrent à un cadre moral interne. L'une de mes tâches en tant que coordinateur a été de rendre visible, de formaliser et de renforcer les pratiques orientées rétablissement, aidé dans cette tâche par les travailleurs pairs. Mais comme les principes du rétablissement au LDR ne sont pas normalisés, ils ne se concrétisent pas en actes. Le modèle théorique est plus un système de représentations (sur la psychose, la schizophrénie, etc.) qu'une approche

méthodologique. Un exemple parlant est le principe de « *being with* » (Jacobs, 2019) qui constitue le cœur de l'intervention à *Soteria* ou à la *Run Away House*. Bien que le concept ait été explicité, il ne suffit pas à circonscrire et à homogénéiser les pratiques d'accompagnement car il demeure obscur.

Pour que l'ensemble des acteurs puissent agir dans l'intérêt du collectif, il faut penser les conditions d'exercice de la collaboration professionnelle. Or, les désaccords sur les pratiques sont palpables, notamment lors des « pics » de tension : « *on n'y est pas* » (Int.LDR.10.2018) témoigne un intervenant lors du *focus group* de la fin 2018. De la tension entre responsabilité individuelle et limites collectives, on sent poindre le risque qui entraîne les ISMC les moins à l'aise avec la complexité à désirer plus de contrôle : « thématique récurrente en travail social, [dont] la tentation naturelle est de tendre vers un utopique risque zéro par la mise en place de procédures contre-productives de contrôles en amont qui viseraient à éliminer le risque » (Melon, 2022, p.167). Or, même si le désir de protéger est fort, le concept du rétablissement postule que ce sont les individus qui doivent prendre le contrôle de leur vie (Chamberlin, 1997). Le risque est grand de basculer dans la formalisation à outrance et perdre ainsi le bénéfice d'une présence vivante et réflexive :

Telle est l'évolution de la vision au cours des ans ; l'expérience affective originale toute de fluidité devient une institution statique et sévère, figée dans des règles. Avec le temps trop de problèmes se posent qui restent sans solution. C'est alors que la psyché collective s'agite avec inquiétude. (Perry, 1976, p.127)

Plutôt que de vouloir penser les situations par une intelligence collective, créatrice de sens pour atteindre les valeurs, l'attention du groupe se concentre sur des représentations inconsistantes et la liberté absolue devient assourdissante. Comment apprendre à se rétablir avec bienveillance, tout en demeurant ouvert à l'*empowerment*, en valorisant les capacités alors que tout change, tout le temps et qu'il faut sans cesse s'adapter, improviser et maintenir les limites ? C'est là toute la complexité du LDR qui se veut tolérant à l'incertitude mais qui doit construire un modèle répliquable ; qui doit jongler avec des financements hasardeux tout en stabilisant une équipe salariée ; qui constitue un projet de recherche variable basé sur des références conceptuelles riches mais apragmatiques.

1.2 Un dispositif contre la domination

Foucault a défini le dispositif comme « un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit » (2001, p.299, cité dans Lafleur, 2015). La

notion de dispositif ne renvoie donc pas seulement à des données techniques ou mécaniques, mais aussi à des agents qui cherchent à maintenir les individus dans des champs sémiologiques préconçus. Un dispositif est composé de conditions immatérielles, d'instruments, de techniques, de discours, etc., qui se combinent en des relations diverses visant à maintenir certains rapports de pouvoir. La conception foucauldienne du dispositif implique de considérer l'objet de recherche de deux points de vue antagonistes. Dans la première le LDR tendrait à maintenir une relation de domination, par exemple entre les soignés et les soignants ou entre les soignants pairs et les soignants non-pairs. L'enjeu serait alors de mettre à jour les moyens de domination qu'ils soient techniques ou administratifs, qu'ils s'exercent dans les actes individuels ou dans des logiques de réseau, ou encore qu'ils se situent dans les formes de savoir. Dans la seconde acceptation il est possible de considérer qu'un nouveau rapport de pouvoir se dessine, avec une redistribution des hiérarchies entre patients et soignants et que le dispositif permettrait de le maintenir en son sein.

Dans une visée de réduction des inégalités sociales, les organisations communautaires ont été pensées comme horizontales : « le mouvement communautaire "suppose des structures horizontales, intégrées au tissu social, dont le fonctionnement démocratique s'oppose aux structures verticales ou pyramidales d'une hiérarchie rigide et centralisée" (Castel, 1981) » (Cité dans Saïas, 2009, p. 10). C'est-à-dire qu'il n'y a pas de figure d'autorité hiérarchique imposée au collectif. La modification des rapports interpersonnels vise à redonner du pouvoir d'agir aux personnes initialement dominées, qui deviennent actrices du changement social et développent un *empowerment* individuel et collectif (Kidd *et al.*, 2015 ; Lorde, 2021). L'horizontalité change la relation thérapeutique et il est possible pour le professionnel de ne pas savoir, à l'opposé d'une vision d'expertise. L'organisation qui correspond à ces valeurs est celle qui prend la forme de groupes de travail autonomes et responsables, tels des rhizomes (Crispi, 2015). Us.LDR.1 témoigne que cette organisation a permis la rencontre des différentes catégories sociales :

Ce qui a permis ici dans le collectif d'être entre professionnels, professionnels-usagers et usagers, mais sur un mode horizontal, c'est-à-dire qu'à un moment, tu sais plus qui est qui, dans le dialogue ou dans la façon de faire, on est tous au même niveau. Et ce que je trouve magnifique c'est que ce collectif, que ce soit la recherche ou que ce soit d'autres groupes, nous inclut dedans, nous entend, nous écoute, donc et tiennent compte de notre avis. (Us.LDR.1.2018)

Ces sous-groupes sont vus comme un moyen de réduire les dynamiques de pouvoir grâce à leur taille restreinte. Ils fonctionnent à partir d'un mandat, si possible précis, donné par le collectif auprès duquel les sous-groupes rendent compte de leurs travaux. Ils peuvent avoir des objets divers

comme la gestion du bâtiment ou la définition des modalités de coordination, et sont généralement ouverts aux personnes accueillies. Mais l'existence de groupes ne signifie pas la constitution d'un collectif et ces groupes peinent à se mettre en place, ainsi qu'à perdurer dans le temps (LDR, 2020), car les relations de pouvoir ne s'évacuent pas d'un trait de plume, comme le relève un de mes premiers interlocuteurs :

Ce qui m'embête c'est de donner l'illusion aux gens que ça part que d'un mouvement des usagers, parce que ça part du besoin d'une équipe aussi. Et ça part d'un mouvement des usagers pour avoir au final des gens qui contrôlent et qui laissent l'illusion que les gens sont responsables. (Psycho.Pra.Hos.2017)

L'organisation en sous-groupes serait-elle finalement un moyen de conserver le pouvoir ? Est-ce que, telle la solidarité mécanique de Durkheim (2007), l'organisation communautaire ne tolère aucun écart à la norme dans une recherche de conformisme moral ? Comment se concrétise cette économie morale idéale dans laquelle les rapports humains seraient modifiés vers moins de hiérarchie ? Car l'asymétrie préexiste à la constitution du groupe :

On ne peut pas être dans le déni, c'est-à-dire qu'évidemment la position soignante c'est une position asymétrique, c'est la position et soignante et de sachant, c'est une position asymétrique, sauf que [...] on n'a pas besoin de l'affirmer, c'est déjà une position asymétrique, donc il y a pas besoin de soumettre l'autre à la position soignante. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

À partir de ces considérations, il faut poser la question de la redistribution du pouvoir envers les personnes en situation de domination et il est possible que comme pour la mise en acte de l'accueil de crise, partir de postulats conceptuels ne suffise pas à réduire une asymétrie systémique.

Ecueils de l'horizontalité

Dès le démarrage du projet j'ai fait le constat que les figures d'autorité ne disparaissent pas d'un simple décret et qu'il ne suffit pas d'apposer une image positive sur les usagers de la psychiatrie pour que les « symboles de prestige » (Goffman, 1968) disparaissent instantanément. Il ne suffit donc pas de considérer l'autre comme un égal pour qu'il le devienne, et les rapports de pouvoir systémiques qui empêchent l'expression des personnes les plus défavorisées (Loignon *et al.*, 2018) sont intégrés de longue date. Pour Goffman (1968), la représentation est un véritable mode de connaissance de la réalité, car elle est sociale et intégrée à un contexte normatif. Ainsi, en feignant de ne pas reconnaître

le discrédit dont souffrent les individus stigmatisés, il est possible d'obtenir un effet inverse, celui d'une tension relationnelle plus importante : « un effort attentif d'indifférence qui s'accompagne souvent d'une tension, d'une incertitude et d'une ambiguïté ressenties par tous les participants, et surtout par le stigmatisé » (p.57).

Certaines personnalités du projet concentrent des attributs de pouvoir. Parmi les figures marquantes du LDR, Che.LSP.1 est parfois considéré comme « [étant] à l'origine de tout » (notes de terrain) : Exp.LDR.2 s'adresse à lui pour connaître la stratégie à employer ; Us.LDR.1 tourne la tête vers lui comme pour chercher une approbation, etc. Le « *pouvoir de décision et d'influence* [qu'il] *assume* » peut amener le groupe à le considérer comme « la divinité créatrice extérieure » en référence au britannique Wilfred Ruprecht Bion dans ses *Recherches sur les petits groupes*. C'est l'analyse que fait Int.LDR.10 dans un écrit transmis au collectif début 2019. Il y note des remarques personnelles, dont je ne peux m'empêcher de citer le premier paragraphe, qui montre la récurrence des mécanismes collectifs du projet :

Ce qui semble ressortir de manière transversale dans l'analyse du fonctionnement d'équipe c'est la difficulté à fonctionner individuellement en tant que représentants d'une culture commune. Plus en particulier, tout en partageant les concepts généraux qui devraient orienter les interventions, les stratégies mises en place font rarement consensus. Quant à la conflictualité elle semble visible en tant que sentiment, mais elle reste difficile à attribuer à des situations spécifiques. Plutôt qu'une lutte d'un-e contre les autres, nous retrouvons des alliances plus ou moins stables qui se créent entre plusieurs membres de l'équipe/bénévoles/habitants, qui ont caractère d'exclusivité, c'est-à-dire qui créent l'exclusion d'un ou plusieurs tiers absent à travers de dynamiques neoemotionnelles.

Les interventions de personnalités avec un fort pouvoir symbolique favorisent parfois la dynamique collective, par exemple en mobilisant un réseau de soutien, en apportant des compétences spécifiques, ou en rappelant les enjeux sociopolitiques du projet. Mais ces interventions peuvent aussi aller à l'encontre d'une participation réelle des personnes présentes en imposant des décisions déjà prises par ailleurs, dans des apartés qui participent à construire la décision collective mais ne font pas partie d'une discussion partagée et ouverte. Des décisions stratégiques sont discutées en cercle restreint, puis exposées au groupe sans que celui-ci n'ait l'occasion d'en débattre. L'un des coordinateurs du lieu le stipule dans un extrait d'entretien reproduit ici :

Des décisions sont largement prises en amont, le management participatif n'est pas efficient, la participation c'est ça, on prend de manière collective les décisions qui ont déjà été prises au niveau managérial. C'est souvent l'arnaque, soi-disant tout le monde est le « collaborateur », alors qu'en fait les décisions sont déjà prises. (Coor.LDR.2.2019)

Juliette Robert, dans son mémoire réalisé au LDR (2018), souligne que l'horizontalité se concrétise dans le pouvoir de décision partagé. Mais ce pouvoir de décision est-il effectif ? Le positionnement des individus au capital social plus important influence-t-il plus que celui de personnes moins valorisées socialement ? Pour prendre une décision sans faire appel à une figure autoritaire tout en promouvant une horizontalité instable il faut faire face à des écueils auxquels se sont confrontés pratiquement les intervenants : « *la sociocratie, peut-être que ça fonctionne mais c'est aussi beaucoup tourner en rond sans jamais prendre de décision et être mou, ça m'a fatigué* » (Exp.LDR.16.2019). Un de ces écueils qu'a rencontrés le collectif est la difficulté à arrêter une décision car tous les sujets sont ouverts à discussion, chaque point de vue pouvant être rattaché à un système de valeurs élargissant à son tour le débat à des conceptions philosophiques, reléguant la prise de décision au second plan. C'est un obstacle qui a été observé dans d'autres dispositifs de type *Soteria*, comme à Berne (Ciompi, 2013).

J'ai relevé l'existence répétée de consensus mous sans réelle dynamique groupale, engendrant de l'inaction et des décisions actées qui restent à l'état de projet. Apparemment je ne suis pas le seul à avoir fait ce constat : « *oh c'est bon là on a réfléchi une matinée ! Bon maintenant on applique la réflexion tu vois ! Et ben non. Jamais ils sont passés à l'acte* » (Exp.LDR.2.2019). Mais alors qui tranche quand une décision imminente doit être prise dans un lieu soumis à la temporalité de l'urgence ? Car ce sont bien les personnes en position dominante qui prennent la parole pendant ces temps d'échanges, reproduisant ainsi les rapports de pouvoir que la prise de décision par consensus est censée évacuer. La sociocratie, un temps considérée comme le modèle organisationnel, est alors remise en question : « *j'entends beaucoup ce que n'est pas la sociocratie mais ne voit pas ce que c'est* » (Ass.LDR.1). On lui reproche d'être dysfonctionnelle, de créer de la confusion, etc. :

C'est qu'il faut que ce soit plus structuré même si c'est quand même un peu atypique des autres structures, il faut quand même voilà la sociocratie c'est bien m'enfin il faut des limites dans la sociocratie sinon c'est de l'anarchie quoi. (Us.LDR.10.2019)

Dans ce contexte et particulièrement lorsque le collectif traverse la première crise tout le monde s'octroie le droit de parler au nom du projet :

Celui qui parle le plus fort avait raison, plus personne ne s'écoutait. Les nouveaux habitants apprenaient à être virulents par mimétisme. Ça se veut sans hiérarchie, mais c'est plein de petits chefs. (Bén.LDR.1.2019) ;

La parole est prise un peu toujours par les mêmes personnes sous couvert de sociocratie. (Int.Ext.LDR.2)

Sans atteindre les mêmes extrêmes par la suite, la question de la gouvernance et de la prise de décision revient régulièrement au centre des débats. Comme l'exprime ce MSP : « *pour moi la hiérarchie horizontale je n'y crois pas, je crois qu'il faut des gens avec des responsabilités bien délimitées, des tâches bien définies, qui est responsable de quoi, ou quand il y a un problème* » (Exp.LDR.16.2019). Lorsque les dysfonctionnements se font ressentir, la figure du « chef » réapparaît : « *c'est la première fois que j'entends la notion de chef au LDR* » (notes de terrain). Ce rôle permet d'affirmer le besoin de prendre des décisions à la place des acteurs de terrain perçus comme incapables de faire face à la crise collective : « *ça sert à rien de faire semblant que c'est les experts d'expérience qui décident si en amont tu demandes à des gens d'être là pour contrôler* » (Psycho.Pra.Hos.2017). On assiste à une forme de contrôle social qui ne dirait pas son nom, voire qui se déguiserait en figure participative sans laisser les acteurs prendre les décisions. Cette forme de gouvernance va à l'encontre de la santé communautaire qui vise « la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé » (Paulay-Kocak, 2008, p.64). Quand et comment se concrétise cette verticalisation des rapports ?

Autorité

Considérer le LDR comme une entité homogène ne permet pas de rendre compte de la position spatiale relative des acteurs. Au plus proche se trouvent les personnes accueillies, leurs proches et l'équipe salariée (ISMC, coordinateurs, chercheurs RAP), ensuite les personnes qui sont engagées dans le projet mais ne sont pas impliquées directement ou de manière bénévole (administrateurs de l'association, chercheurs du laboratoire de santé publique, partenaires) et le niveau plus éloigné correspond au cadre social dans lequel le LDR évolue (lois, règles institutionnelles, etc.). Ces trois niveaux servent de cadre de référence aux interactions, avec par exemple un cadre propre à l'équipe d'intervention qui nécessite l'intervention d'un niveau plus général lorsque le cadre interne ne suffit plus à réguler les interactions. Le cadre législatif est le niveau supérieur de régulation,

par exemple par le rappel au droit du travail ou à la réglementation sanitaire. Des personnes peuvent ainsi être peu présentes physiquement mais orienter le projet avec un pouvoir décisionnel important.

Durkheim (1934) définit l'autorité comme « un caractère dont un être, réel ou idéal, se trouve investi par rapport à des individus déterminés, et par cela seul qu'il est considéré par ces derniers comme doué de pouvoirs supérieurs à ceux qu'ils s'attribuent à eux-mêmes » (Durkheim, 1934, p.65). Au LDR l'organisation de la prise de la décision se fonde sur des principes d'horizontalité entre les acteurs, mais se faisant affaiblit la légitimité et l'autorité des personnes qui assurent la cohérence globale du projet. Lorsque les conflits éclosent, l'autoritarisme, entendu comme une imposition de l'autorité, vient se substituer à la légitimité de la figure d'autorité, c'est-à-dire la personne en situation de responsabilité du LDR . L'un de mes interlocuteurs évoque cette question : « *j'ai envie d'être cohérent avec les gens et de pas faire semblant qu'au final ceux qui gèrent c'est Coord.LDR.1, Che.LSP.1, moi et qu'on fait croire aux gens qu'ils ont... ça me gave* » (Psycho.Pra.Hos.2017). Par son refus légitime de l'autorité, le groupe ouvre paradoxalement la porte à des figures autoritaires.

La tendance à recréer une organisation monocéphale, avec un chef et des membres, est facilitée par le fonctionnement communautaire, qui brouille les positions de pouvoir en les déniait. Par cette organisation, le remplacement d'un membre qui ne s'intègre pas au projet est facilité et évite de s'intéresser aux dysfonctionnements organisationnels. Dans la lignée des chercheurs en sciences de l'éducation, je rapproche cette opposition de celle qui est opérée par Yvette Harvois (1986) entre contrôle et évaluation. Alors que « toute opération de contrôle suppose un dispositif hiérarchique » (p.118), l'évaluation est un processus qui permet la critique de l'autorité. Comme l'écrit Jacques Ardoino : « le contrôle implique l'exercice du pouvoir, l'évaluation tourne autour de la question de l'autorité, de sa remise en cause ou de son évolution » (Ardoino, 1977, p.143). Quand le projet entre dans une phase de turbulence, la dimension évaluative, qui pose la question de l'autorité, est mise de côté afin de rétablir le contrôle, par l'instauration d'une hiérarchie et l'exercice du pouvoir.

La figure autoritaire contrevient aux principes du rétablissement qui prône l'horizontalité des rapports (Mead & Copeland, 2000). Au LDR les relations de pouvoir sont présentes à différents niveaux organisationnels. Parfois « *la recherche sont nos chefs* » (notes de terrain), d'autres fois ce sont « *les habitants [qui] ont l'impression qu'au départ leur parole était écoutée, alors que maintenant on les prévient de ce qui est décidé* » (Us.LDR.2.2019), ou encore des bénévoles qui se sentent dévalorisés par les salariés. Ces derniers peuvent être vus comme possédant un pouvoir sur les habitants, sans leur accorder de crédit, en instaurant « *une hiérarchie dans la parole* » (notes de terrain) ; « *je dis que les personnes concernées n'ont pas été entendues, ou on fait semblant de les écouter* » (Exp.LDR.2.2019). La hiérarchie de valeur entre les différentes catégories du collectif s'observe dans les réunions d'équipe où les oppositions lexicales entre ISMC et personnes accueillies sont

nombreuses : « *les accueillis* », « *les résidents* », « *eux* », « *ils* », etc. (notes de terrain). Ce champ sémiotique évolue lorsque les personnes accueillies sont présentes lors des réunions. Mes observations vont à l'encontre de celles de Goffman (1968) qui relève que dans les espaces mixtes, les individus stigmatisés adaptent leur comportement aux attentes morales implicites. Au LDR, l'ouverture des espaces a eu tendance à modifier les comportements des non usagers vis-à-vis du groupe des usagers. Les différenciations statutaires entre groupes intra-LDR n'atteignent toutefois pas les extrêmes que j'ai pu observer dans des services de psychiatrie. Voici une situation symbolique extraite de mes notes de terrain :

Durant l'épidémie de Covid-19, Coor.LDR.2 et moi nous rendons dans un service hospitalier pour y rencontrer une personne qui pourrait intégrer le LDR. Devant la porte patiente une jeune femme et lorsqu'un soignant ouvre et demande le but de notre présence, la jeune femme dit qu'elle vient car elle « *ne se sen[t] pas très bien* ». Le professionnel de santé prend sa température et lui demande de se désinfecter les mains. Nous nous présentons « *Lieu de Répit* » et il nous laisse entrer sans aucune mesure particulière montrant ainsi une grande différenciation entre les patients et les professionnels qui présentent pourtant les mêmes risques face au virus. Durant l'entretien, Coor.LDR.2 parle du LDR en disant « *on a essayé de faire le moins de différences possibles entre les personnes accueillies et les salariés* », alors qu'en face de nous l'interne se tient en blouse blanche.

D'un côté la différence entre les soignants et les soignés est renforcée, opposant les groupes de personnes saines à celles qui sont « malades ». De l'autre on tente de réduire la distance en considérant qu'une personne « malade » peut être soignante. Les prises de pouvoir sont présentes au sein de l'équipe d'intervention et plus particulièrement en rapport avec l'expérience professionnelle. Comme souvent, ce sont les MSP qui pâtissent de ces conflits : « *ne soyons pas dans du semblant, parce que le pire c'est ceux qui sont au milieu, c'est les experts d'expérience* » (Psycho.Pra.Hos.2017). Les intervenants chevronnés du travail médicosocial s'arrogent une supériorité sur les intervenants non expérimentés qui sont souvent des personnes qui ont fait valoir leur savoir expérientiel (Cf. p.218). Le fonctionnement sous une forme de « solidarité mécanique » (Durkheim, 2007), typique de la communauté, pèse sur les membres les plus fragilisés, régulièrement extraits du projet au moment des remaniements. Lors des départs massifs des intervenants de terrain les conséquences individuelles ont été importantes. L'une des personnes estime avoir été harcelée, une autre a été hospitalisée pour des consommations excessives d'alcool, une autre est hospitalisée aux urgences psychiatriques et le LDR est évoqué comme un des facteurs déclencheurs de la crise, etc.

Les enjeux de pouvoir se renforcent par l'ambivalence de la répartition des responsabilités au sein du projet et par les inégalités systémiques qui poussent les acteurs à remettre en cause l'approche horizontale. Les ISMC sont demandeurs d'un cadre d'intervention plus clair qu'ils imaginent obtenir par la formalisation d'une structure hiérarchique classique, recréant un double paradoxe : la remise en cause d'une organisation pensée comme plus égalitaire et le besoin d'autorité au sein d'un projet œuvrant contre la domination. Une tension se crée entre les approches de management non directives et les besoins de cadre de travail clairement défini. Les organisations communautaires impliquent une gouvernance acéphale qui va souvent de pair avec une dilution des responsabilités. Le risque est grand que le contrôle se concrétise dans les relations interpersonnelles et non par autorité car « moins les managers maîtrisent les situations qu'ils encadrent, plus ils cherchent à maîtriser les hommes » (Simon, 2012, p.190). Exp.LDR.1 témoigne de ce glissement dans les relations interprofessionnelles :

Il y avait un truc affiché comme quoi il y avait pas de rapports de domination, qu'on était tous à égalité et qu'on était tous en horizontalité et tout ça. Mais après, moi en fait de ce que j'ai vu, c'est une personne qui manipulait. (Exp.LDR.1.2022)

L'ambiguïté est palpable entre volonté théorique de ne pas hiérarchiser les interactions et rapports de pouvoir qui se maintiennent voire se renforcent car émergeant sous des formes moins visibles et moins assumées. La réaction est à la hauteur de l'usurpation ressentie et les individus opprimés se sentent d'autant plus trahis que l'espoir d'un rétablissement des rapports de domination leur était apparu. Pour contrer les tendances à rétablir les rapports hiérarchiques, mais aussi pour que les ISMC se sentent suffisamment en sécurité pour pouvoir tolérer l'incertitude, l'instauration d'un cadre de fonctionnement global est primordiale.

1.3 Cadre fonctionnel

Dans la sous-partie précédente, j'ai identifié les liens existants entre volonté d'organisation horizontale et concepts de soins promus par le LDR. La dysmétrie des positions et les rapports de domination qui peuvent en découler ont un impact sur les relations au sein du collectif, quel que soit le niveau d'analyse considéré. L'organisation sociale est à la base de l'innovation proposée par le LDR et que les interactions soient empreintes de réciprocité ou de domination, dit quelque chose de l'accueil des personnes dans le dispositif. Les représentations de la crise collective et de la psychose individuelle peuvent être mises en parallèle. Si la crise institutionnelle est considérée comme un état

plutôt que comme un processus, comme une pathologie de groupe plutôt que comme un symptôme, les réponses sont apportées sous une forme autoritaire, niant les capacités d’agir des acteurs en place.

Limites

La structure générale est importante pour augmenter le sentiment de sécurité des personnes qui évoluent dans ce contexte de forte incertitude. Deux MSP évoquent cette question lors d’entretiens de recherche : « *c’était structuré mais d’après moi peut-être pas assez structuré, pas assez en tout cas peut-être pour moi que ce soit suffisamment structurant et sécurisant là-dessus* » (Exp.LDR.3.2022) ; « *on a manqué de structure pour nous montrer la direction de travail* » (Exp.LDR.16.2019). L’environnement doit toutefois rester suffisamment souple pour pouvoir accueillir la crise psychique pour ne pas reproduire un fonctionnement institutionnel dogmatique : « *des endroits ultra cadrés tu as envie de tout exploser* » (Exp.LDR.12.2020). Vouloir ériger des règles toujours plus strictes est le propre de toute organisation de contrainte :

Mais plus l’homme est contraint, plus son imagination vagabonde ; plus strictes sont les règles auxquelles est soumis son corps, plus déréglés ses rêves et ses images. Si bien que la liberté lie mieux l’imagination que les chaînes, puisqu’elle confronte sans cesse l’imagination au réel, et qu’elle enfouit les songes les plus étranges dans les gestes familiers. (Foucault, 1972, p.456)

C’est ce que l’un des psychiatres que j’ai interviewés décrit dans le service avant son arrivée : « *une grande partie des règles étaient organisées pour protéger les soignants et pas pour faciliter le soin. C’est-à-dire pour empêcher de se poser des questions* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). Michel Foucault (2003) dans son *Cours au Collège de France* parle de pouvoir « sans symétrie, sans réciprocité » au sein de l’asile. C’est pourquoi le pouvoir est pensé comme symétrique et réciproque au LDR, à l’opposé des approches autoritaires dont résultent des pratiques avilissantes pour les groupes opprimés. L’absence de médecin dans l’équipe professionnelle participe à la réduction des marqueurs de pouvoir entre les groupes en présence, au contraire de l’asile qui n’est pas « une institution fonctionnant selon des règles ; c’est un champ en réalité polarisé par une dissymétrie essentielle du pouvoir, qui prend donc sa forme, sa figure, son inscription physique dans le corps même du médecin » (Foucault, 2003, p.6). L’organisation a des conséquences sur la qualité des relations et du soin. Comme l’explique Lézé (2008), le cadre social dans lequel se déroule le processus de rétablissement organise « l’expérience psychotique singulière ». La notion de cadre regroupe diverses dimensions, du thérapeutique au

symbolique, du règlementaire au législatif. Tous concourent à la délimitation du projet, voire à circonscrire la crise comme l'explique Psychia.Pra.Hos.2 :

Une part de ce qui est difficile en fait dans l'exercice du soin psychiatrique en hospitalisation, c'est de dire « Non » en fait, c'est la chose la plus difficile, c'est ça dans la vie, mais quand tu le fais tout le temps, c'est ça qui est usant. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Il serait toutefois réducteur de considérer le cadre comme un ensemble de règles, d'interdictions et de normes de fonctionnement. La question des normes touche aussi à nos valeurs et nos comportements que nous pensons devoir être partagés. En ce sens, elles sont en rapport avec notre histoire en tant que composante culturelle de notre identité (Lainé, 2004). Le problème de l'absence de limites s'est posé avec des personnes accueillies qui ne savaient que faire de la liberté qui leur était conférée en arrivant au LDR. Cette thématique émane aussi des intervenants qui demandent une meilleure visibilité du cadre organisationnel :

Peut-être que ce soit moins libre, qu'on soit moins autonomes sur ce genre de trucs là, ça m'aurait aidé je pense, alors j'aimerais bien tendre, fin' c'est quand même la chance d'être libre dans un boulot, mais je sens que voilà si je prends un prochain poste, que être complètement autonome comme ça, moi ça me va pas [...] moi j'ai besoin d'un truc un peu structurant, presque recevoir quelques ordres. (Exp.LDR.3.2022)

C'est également l'un des reproches adressé par une partie de l'équipe d'intervention lors de la dernière crise structurelle à laquelle j'ai assisté. Cette notion de limites se cristallise autour de la consommation de produits (alcool, cannabis, etc.) interdite dans les espaces communs mais tolérée dans les espaces privés selon une approche de réduction des risques (RDR). L'interdiction de la consommation n'entraîne pas son absence et les pratiques orientées RDR favorisent l'alliance thérapeutique, tout en diminuant les mésusages (Gérome & Guilbaud, 2021). Un usager du LDR, consommateur d'alcool en témoigne dans le questionnaire de satisfaction : « *La consommation d'alcool pour ma part, ne pose aucun problème car c'est toléré et du coup j'arrive très bien à gérer. J'ai même très réduit ma conso si vous aviez interdi je pense j'aurais bu plus* ». Toutefois, le niveau de formation des intervenants par rapport à cette approche est variable et plusieurs ISMC ont exprimé un malaise pour faire face aux consommations des personnes accueillies. Or, ce sont les intervenants qui sont les plus exposés à la gestion des limites, elles-mêmes mises à mal par la nature de la crise psychique. Continuant son exposé, le psychiatre interviewé précise son analyse du cadre dans ce *verbatim* :

Il y avait une espèce de règle qui était confondue, qui était prise pour du cadre, pour un cadre de soin, et qui était posée comme ça, comme une espèce de règle commune qui devait être partagée par toute l'équipe, laquelle équipe se référait pour ne pas être débordée dans la relation individuelle avec le patient ni pour ne pas être débordée par les symptômes du patient, ne pas analyser de manière clinique tout ce que demandait un patient. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Bien que sous différentes formes, la question des limites est transversale à toutes les équipes d'intervention que j'ai rencontrées. Les réponses interventionnelles vis-à-vis des comportements inappropriés sont souvent celles qui prévalent dans toute institution : injonctions à assister à une réunion de recadrage, obligation de réalisation des entretiens individuels, etc. Mais la gestion des limites, que ce soit celles du collectif, du projet ou de l'équipe, n'est pas seulement une affaire de cadre organisationnel. Selon structure sociale du LDR, les situations complexes devraient pouvoir être traitées en présence des personnes concernées et au sein du groupe d'appartenance. C'est ainsi que sont pensés les conseils de maison qui sont des instances fréquentes dans les lieux similaires (Fussinger, 2010). Dans les communautés thérapeutiques de l'association Santé Mentale et Communautés, comme à la *Baïsse* et au *Cerisier* elles sont appelées réunion de régulation (Dill & Maqueda, 2013). Lors de ma présence sur le terrain les conseils de maison ont eu de la peine à se systématiser. Je n'ai pas d'explication à cette difficulté mais des pistes pourraient être évoquées : réticence des intervenants ou manque de confiance dans leur capacité à animer une réunion, complexité à tenir un créneau temporel fixe, expériences malheureuses de réunions houleuses avec les personnes accueillies, etc. Ces espaces de régulation ont fait défaut ce qui a favorisé une gestion verticale des problèmes collectifs.

Mais ce sont surtout les situations de crises psychotiques aiguës qui mettent en difficulté les ISMC et les autres membres du collectif. Le LDR se retrouve alors confronté aux limites de ses capacités d'accueil. La forme peu établie du dispositif et le développement relativement récent de l'approche du rétablissement engendrent un manque de repères dans l'agir professionnel, dont la mise en actes est laissée à l'appréciation des intervenants de première ligne. Les ISMC peuvent avoir alors tendance à se positionner en fonction de leurs représentations et appétences, certains privilégiant la gestion du quotidien et la réalisation des tâches ménagères, d'autres les interactions informelles, d'autres encore les démarches sociales, etc. Faible cohésion des pratiques qui favorise, dans un cercle vicieux, les positionnements personnels. À l'opposé, la conscience de partager des savoirs peu diffusés tend à renforcer les frontières avec les non-membres du groupe.

L'expulsion d'une personne accueillie est la forme ultime de sortie du dispositif et la décision soulève souvent des débats qui renvoient à des postures morales. Il existe deux niveaux de référence,

individuel et collectif, qui déterminent le comportement adopté face à un dépassement des limites. Au niveau individuel, chaque intervenant possède son propre rapport expérientiel à l'expulsion que les contraintes liées au rôle professionnel peuvent modifier. Par exemple, un intervenant peut avoir une position anti-expulsion de par son expérience vécue en squat, mais se déclarer pour l'expulsion d'une personne dont le comportement a dépassé ses limites individuelles. Le niveau collectif est celui du cadre institué, bien qu'à *Soteria House* « il n'y a pas de méthode institutionnalisée pour faire face à un événement comme les actes agressifs. À chaque fois, on doit imaginer une modalité d'intervention adaptée aux caractéristiques de la situation » (Lecomte, 2013, p.24). Une des premières situations pour laquelle se pose la question de l'expulsion a lieu lorsqu'une des personnes accueillie en pousse violemment une autre. La décision est prise que Us.LDR.15 doit quitter le LDR mais il reste finalement dans le lieu et la situation ne se résout pas. Cet exemple montre l'imbrication entre positionnement individuel et cadre collectif. Que le cadre ne soit pas défini et il incombe aux individus de porter la responsabilité de décisions controversées. Si au contraire il n'est laissé aucune place à la subjectivité et au ressenti des acteurs dans la prise de décision, le dispositif prend une forme totalitaire. Pourtant, les règles empiètent nécessairement sur la liberté individuelle et il faut bien que ce soit l'équipe qui porte les interdictions et non les ISMC individuellement.

Coordination

L'analyse que j'ai réalisée jusqu'à présent montre une continuité de la complexité et de l'incertitude. Cette continuité s'initie dans une conception théorique mais non opérationnelle, se ressent dans une gouvernance qui favorise l'opacité des prises de décision, flou qui se retrouve dans les pratiques des interventions. Il s'agit pour la personne en poste de coordination dans un environnement complexe de réguler par des modalités de gouvernance innovantes un projet qui n'est pas clairement défini. Le rôle de coordination est considéré comme important et la personne qui l'occupe peut être vue comme celle qui doit résoudre tous les problèmes ou comme celle qui en est la source. L'un de mes interlocuteurs témoigne de cette importance :

Le fait qu'il y ait un coordinateur ça a un poids. Ça a un poids dans le sens où quand il parle, il est écouté parce que lui aussi, ça va avec le projet, il a une mission, il a un truc. Il doit amener le lieu à ça tac-tac-tac. Coord.LDR.1 ici ça se passe très bien. C'est bien qu'il soit là, qu'il s'occupe de toute la partie administrative, c'est tout un ensemble, même pour les gens. Et puis pour le bon fonctionnement, pour l'organisation. (Us.LDR.1.2017)

Il existe un besoin de préciser qui est garant de la cohérence du projet tout en gardant à l'esprit le lien avec les questions de hiérarchie, de contrôle et de pouvoir que j'ai analysées (Cf. p.227). Les tensions sur le pouvoir décisionnel existent aussi à l'intérieur du dispositif, entre la RAP et la coordination de l'équipe d'intervention. Les ambivalences sont nombreuses entre les fonctions de RAP et celles de coordination. La frontière n'est pas toujours claire entre les deux fonctions qui travaillent à ce que le modèle respecte, en pratique, les concepts théoriques. Face aux nombreux points qui demeurent imprécisés les attentes envers le rôle de coordination sont de faire appliquer les décisions prises. La coordination peut alors être vue comme une entité dont l'objet est de faire respecter l'ordre. Mais comment imposer un pouvoir qui n'est pas identifié ? Comment faire appliquer des principes peu définis dans un environnement pauvre en moyens matériels et organisationnels ? Les fonctions de coordination dans le projet ont été variables en fonction des personnes et des périodes. La mission principale du pôle de coordination est d'organiser le fonctionnement interne : présence des intervenants, accueil des personnes, mais aussi gestion de la durée de séjour, contrôle de l'accompagnement, réponse aux demandes d'inclusion, etc. La personne en charge de la coordination a également un rôle de représentation du projet à l'extérieur, de lien avec les partenaires et de plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour assurer la continuité du projet. De leur côté, les intervenants sont en demande de visibilité pour contrer l'éparpillement des sujets à traiter.

Bien qu'il existe une volonté de co-construction, il est nécessaire de réduire le champ de réflexion pour ne pas augmenter l'incertitude outre mesure. C'est ce qu'a ressenti l'un des MSP qui l'exprime lors d'un entretien : « *on s'est essoufflé, il y avait trop de choses à traiter alors qu'on débarquait dans le projet, qu'on ne savait pas où aller, on a perdu du temps* » (Exp.LDR.16.2019). Face aux difficultés structurelles et au flou entourant les questions de pouvoir et de responsabilité, les velléités individuelles sont promptes à prendre le dessus sur l'intérêt collectif. L'absence de répartition des responsabilités entraîne un manque d'unité et la prise de pouvoir par quelques personnes. Le poste de coordination impose régulièrement, de manière concomitante aux crises collectives, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'« *on est dans un monde sociétal qui fonctionne d'une manière très psychotique, c'est-à-dire que ce qui ne convient pas on l'élimine* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). Ainsi, le poste de coordination pourrait représenter le symptôme dans notre parallèle en crise individuelle et structurelle, et plutôt que de chercher à comprendre en quoi le dysfonctionnement est révélateur d'une difficulté plus profonde, on cherche à éliminer la façon dont cette difficulté s'exprime.

2. Organisation et techniques d'intervention

Nous avons vu dans la sous-partie précédente que les pratiques interventionnelles s'inséraient dans un environnement structurel complexe. Cette complexité est à la fois concomitante

à la crise psychique, c'est-à-dire que l'accueil de la crise nécessite une souplesse importante et une grande tolérance à l'incertitude. Mais elle est aussi la conséquence d'une gouvernance peu établie dans laquelle les rapports de domination individuels émergent aisément. Les ISMC doivent donc alterner entre deux pôles aussi complexe l'un que l'autre : d'un côté les relations humaines avec les personnes en crise psychique, et de l'autre un cadre professionnel peu défini. Bien que les contextes soient différents, le LDR se situe dans une évolution du champ psychiatrique, comme l'implantation de l'*Assertive Community Treatment* étudié par Brodwin (2013) aux USA. Brodwin relève que construire un dispositif axé sur le traitement dans la communauté demande une grande improvisation et que la concrétisation des orientations théoriques est une tâche qui incombe souvent aux travailleurs de terrain. Nous allons voir dans la sous-partie suivante de quelles façons les pratiques d'intervention disparates se déploient dans le contexte spécifique du LDR.

2.1 Conditions des pratiques collectives

Pour faire face aux difficultés énoncées et pouvoir accueillir des personnes en situation de crise psychotique, les membres de l'équipe doivent construire une dynamique collective forte (Lézé, 2008b) qui permette de porter les idéaux du LDR. Ce constat semble s'appliquer à d'autres équipes de gestion de crise, par exemple hospitalières :

Il y a des équipes où il y a des tensions parce que le métier est difficile, parce qu'il y a des coups durs, parce que l'ambiance est un peu morose en ce moment. Il y a tout un tas de raisons qui font qu'au-delà des problématiques cliniques elles-mêmes, que pour faire vivre une équipe comme ça, à cet endroit-là il faut incarner cette équipe, à un moment donné il faut qu'elle arrive à s'identifier, mais pas trop quand même, il faut que ce soit vivant. Je crois que le cadre de santé et moi-même on est aussi dans ces rôles-là. Silence.
(Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Cette dynamique se construit en fonction de conditions de travail, de la constitution de l'équipe et de son animation. L'ambiance de travail est l'un des points centraux qui ressort des entretiens menés auprès des MSP : « *c'était une équipe super chouette, on s'entendait, il y avait une complémentarité, c'est-à-dire que chacun apportait quelque chose de différent dans l'équipe, on était tous différents, on apportait tous des points de vue différents* » (Exp.LDR.1.2022). La place laissée aux individualités des intervenants leur permet de se forger un rôle, à partir des représentations propres à chacun, des types de savoirs et compétences, et de leurs conséquences sur les identités professionnelles. Dans les paragraphes suivants, j'évalue l'incidence de travailler au LDR en tant

qu'expérience de vie et à travers les périodes plus ou moins conflictuelles du lieu, car les conditions de travail restent complexes à appréhender pour les ISMC :

Mais, ouais parce que quand même il pouvait se passer des choses un peu compliquées quand même dans le lieu de crise. Et il y a des personnes qui traversent plein de difficultés, qui pensent au suicide et tout, qui essayent de le mettre en œuvre, donc voilà, c'est pas forcément facile tous les jours non plus. (Exp.LDR.1.2022)

L'expérience professionnelle au LDR s'intègre dans un cadre spatiotemporel (Cf. 112) déterminé socialement, mais aussi dépendant de l'imprévisibilité de la crise. La constitution de l'équipe est l'un des points clés pour mettre en place des pratiques cohérentes avec les principes conceptuels.

Chronologies

Le fonctionnement du lieu est largement circonscrit par l'organisation temporelle du planning d'intervention. L'équipe doit pouvoir couvrir la plage horaire 9h-21h¹ tous les jours de l'année, tout en se conformant au droit du travail, en tenant compte des temps partiels, de l'astreinte téléphonique, des temps de réunion hebdomadaire et avec un effectif restreint. Ces impératifs rendent la gestion des plannings fastidieuse et souvent pénible pour les intervenants, car lors de mon enquête, il n'y a pas eu de matrice ou de routine de formalisation des emplois du temps. De ce fait, les ISMC avaient du mal à anticiper leurs jours de travail et de repos d'autant plus que les plannings sont instables². Ces difficultés ont des répercussions sur la qualité de vie personnelle des intervenants qui peinent à organiser des activités extra-professionnelles sur des créneaux réguliers. Sur mon terrain, ces répercussions ont été plus importantes pour les travailleurs pairs qui ont témoigné à plusieurs reprises de l'inconvénient pour leur rétablissement de ne pas pouvoir organiser une activité régulière de loisirs. L'embauche d'intervenants à mi-temps a montré des limites importantes pour la continuité de l'accompagnement et pour la disponibilité des ISMC. Au fil du temps, cette quotité de temps de travail est donc devenue exceptionnelle. Les horaires ont été un temps annualisés avant que l'idée ne soit abandonnée.

¹ Sauf adaptations à la marge.

² Les plannings changent d'un mois sur l'autre, mais aussi du fait d'absences, etc. Cette problématique touche aussi les institutions fortement structurées. Un cadre hospitalier me montrait l'élaboration de ses plannings : une matrice théorique, puis une version officielle, mais différente, produit de la confrontation avec la réalité du terrain, enfin la version adaptée au jour le jour.

À *Soteria House* les temps de travail étaient pensés en plage de 48 heures continues (Mosher *et al.*, 2004 ; Parizot & Sicard, 2014). Cette organisation semble complexe à appliquer en droit français et engendrerait certainement des difficultés, mais le modèle initial assure une présence durant la nuit, ce qui n'a pu être mis en place au LDR faute de budget suffisant : « *j'imaginai dix ou douze personnes en alternative à la SDRE¹ seules la nuit, ça me faisait flipper* » (Exp.LDR.16.2019). Pour pallier ce manque, une astreinte téléphonique a été mise en place mais elle implique une contrainte supplémentaire dans l'organisation des plannings. En effet, un ISMC sollicité durant la nuit sera plus fatigué et pourrait voir sa santé se dégrader, particulièrement s'il travaille le lendemain. Des règles ont été établies pour réduire ces inconvénients : pas d'astreinte quand l'ISMC travaille le lendemain matin ; pas plus de deux astreintes par semaine ; l'ISMC d'astreinte a travaillé durant la journée (pour connaître la situation sur place) ; pour les premières astreintes réalisées ou pour les personnes qui habitent loin l'astreinte est doublée par un autre intervenant (notes de terrain). Des conditions salariales liées à l'astreinte (comptage des heures en cas d'appel, etc.) sont également mises en place. La représentation des astreintes varie selon les ISMC. Certains la considèrent comme un numéro d'urgence, d'autres comme la possibilité d'apporter un soutien dialogique en dehors des heures de présence physique. Quoiqu'il en soit, réaliser des astreintes n'est pas un acte anodin comme en témoigne un expert d'expérience :

J'exerce cette profession [médecin hospitalier] avec des horaires aménagés depuis l'année dernière où j'ai un peu levé le pied. Je travaillais plus [i.e. pas] un jour par semaine et ça fait deux, trois ans que je fais plus de garde et plus d'astreinte parce que ça retentit évidemment sur mon sommeil et donc sur la potentialisation de déclenchement de crises.
(Exp.LDR.15.2017)

Certains ISMC souhaitaient avoir le plus d'astreintes possible afin d'augmenter leur salaire, d'autres éprouaient de l'anxiété à l'idée de pouvoir être appelés. La question des déplacements sur le lieu s'est posée de manière récurrente : est-ce que l'ISMC d'astreinte doit se déplacer ? Si oui, quels sont les critères pour se déplacer ? Avec quel moyen de transport ? Est-ce raisonnable de se déplacer seul ? etc. Souvent les personnes accueillies n'osent pas utiliser l'astreinte de peur de déranger. Voici un exemple de situation pour laquelle l'astreinte n'a pas été sollicitée :

Hier Us.LDR.6 a senti des douleurs thoraciques vers 21h. Us.LDR.11 a appelé les pompiers mais pas l'astreinte. Us.LDR.6 a été à [l'hôpital] avec les pompiers, et il est revenu à pied

¹ Les soins à la demande d'un représentant de l'état (SDRE) est l'une des modalités de soin sans consentement (Moreau & Marques, 2020).

vers 3h du matin. Il dit [pour appuyer sur le besoin d'une présence de nuit par rapport à l'astreinte]: « Heureusement qu'il y a des personnes accueillies suffisamment conscientes pour appeler les secours » (cahier de liaison)

Les réunions hebdomadaires constituent un créneau régulier dans l'organisation du planning. Ces temps de regroupement sont importants car l'équipe est fragmentée le reste de la semaine et les ISMC peuvent s'y croiser et échanger sur les derniers événements. Il s'agit surtout d'un temps de transmission d'informations générales car conformément aux principes de l'OD, les points spécifiques liés à l'accompagnement des personnes sont censés se faire en présence de la personne concernée et être traités avec son entourage plutôt qu'au sein de l'équipe. De plus, les réunions, sauf cas exceptionnel, sont ouvertes aux personnes accueillies, ce qui est rarement le cas dans d'autres dispositifs, notamment à l'hôpital public (Demailly & Haliday, 2022). Ce principe a été instauré afin que les personnes accueillies ne soient pas évincées des informations qui les concernent, comme c'est le cas dans les institutions totalitaires ((Goffman, 1968) où « le personnel expose son opinion sur les malades, décide en commun de la ligne que ceux-ci essayent de suivre et celle qu'il convient d'adopter à leur égard » (p.216). Pour Goffman, ces pratiques, fréquentes dans le médicosocial, renforcent l'emprise du personnel sur les individus. Les dix personnes qui ont répondu au questionnaire de satisfaction avaient participé à une réunion durant leur séjour. L'ouverture des réunions aux personnes accueillies semble donc une spécificité du dispositif qui pourrait faire partie d'un « cahier des charges » de futurs LDR.

Pour la période de mon recueil de données, les accueils au LDR sont décidés après vérification des critères d'inclusion (troubles psychiques sévères¹, majorité, situation de crise) et de la concordance de la situation avec les conditions d'accueil (vie en collectivité non médicalisée, absence de personnel de nuit, etc.) (Cf. p.299). La décision d'un nouvel accueil est prise à la suite de l'entretien dit de pré-inclusion². Une fois l'accueil acté, un premier contrat d'une durée d'un mois, renouvelable deux fois, est proposé à la personne. Lors de son arrivée dans le lieu, les clés de sa chambre et du bâtiment lui sont remises, symboles d'un côté de la liberté du dispositif et de l'autre de l'existence d'un espace privatif. Une fiche de renseignements est remplie dès l'accueil, puis le règlement intérieur et le contrat de séjour sont signés dans les 48 heures. L'explication du fonctionnement du lieu (participation à la collectivité, fréquence des entretiens individuels, références, réunions et groupes, etc.) s'étale en fonction de la temporalité de la personne et de sa capacité à être réceptive aux

¹ Ce critère d'accueil a été choisi car les personnes diagnostiquées bipolaires ou schizophrènes sont celles qui sont le plus fréquemment hospitalisées sans leur consentement (Coldefy *et al.*, 2022).

² Cette modalité a été modifiée durant les deux années (2022-2024) de recherche correspondant au protocole PREPS. Dans ce cadre, c'est l'inclusion à la recherche (et le tirage au sort) qui détermine l'accueil de la personne.

informations. Certaines personnes ont besoin de quelques heures avant de pouvoir envisager l'explication du projet.

La durée moyenne de séjour est de 57 jours en 2021 pour 38 personnes accueillies (dont trois qui étaient accueillies depuis 2018, mais dont la durée de séjour n'a pas été intégrée à la moyenne). Au début du projet, peu de personnes (entre dix et quinze) étaient accueillies dans l'année mais avec des durées de séjour importantes. À partir de septembre 2019 (Cf. p.110) les personnes ont été accueillies pour une durée maximale de 90 jours (sauf cas exceptionnels et période de Covid-19) soit 35 personnes par an environ. La possibilité de pouvoir accueillir de nouveau des personnes qui avaient déjà réalisé un premier séjour s'est présentée à partir de 2020. La temporalité d'un nouvel accueil interroge sur la nature du dispositif car deux séjours de trois mois dans l'année le détournerait de sa fonction principale d'accueil de crise. Après réflexion, l'équipe a choisi de fonctionner avec un « forfait » de trois mois par an, utilisables en fonction des besoins, fractionnables ou non. Les ré-accueils dépendent aussi du protocole de recherche PREPS et nécessitent de faire concorder recherche et intervention (Cf. p.158). Entre adaptation individuelle, animation collective, gestion de la quotidienneté et mise en place de rencontres collectives, la planification est une activité à part entière. La perception de la temporalité est foncièrement différente selon les acteurs. Pour les intervenants, l'impression est que le temps passe très vite et qu'ils n'ont pas le temps de remplir les tâches jugées les plus importantes. C'est ce dont témoigne Exp.LDR.1 :

C'était un peu comme ça, toutes les journées, en fait j'avais l'impression de pas avoir cinq minutes à moi et que ça arrêtait pas tout le temps il y avait des trucs à faire et tout. Et [pendant ce temps-là] j'étais pas avec une personne accueillie en train d'essayer de discuter sur le rétablissement ou qu'est ce qui t'a poussé à venir ici ? ou est-ce que tu vas bien ou machin ? (Exp.LDR.1.2022)

Alors que pour les personnes accueillies, le temps est plutôt long, voire monotone :

Je trouve que ça manque un peu... en fait il se passe pas grand-chose. À part le jardin je ne vois pas trop. J'aurais apprécié un endroit avec plus de discussions personnelles...

Comme des entretiens ?

Ouais c'est ça.

Quand tu dis qu'il ne se passe pas grand-chose, tu penses à d'autres choses ?

Il y a une répétition du quotidien routinier, sans d'énergie qui se crée, même des activités comme des jeux de sociétés. (Us.LDR.21.2020)

Pour les personnes accueillies, les jours se ressemblent et se succèdent mais pour les ISMC les journées sont rythmées et très variées : « *je pourrai pas dire de journée type parce qu'en fait ça changeait tous les jours, on faisait pas souvent les mêmes choses* » (Exp.LDR.1.2022). L'organisation d'ateliers à horaires fixes est un sujet de controverse entre les partisans de l'adaptabilité et ceux de la structuration : « *c'était quelque chose où on prédétermine pas un atelier, on est au plus près de l'usager, de ce qu'il a envie. [...] En tous cas j'étais gêné quand il y avait des personnes qui pensaient des ateliers* » (Psycho.Pra.Hos.2017). La demande de temps d'activités émane plutôt des personnes accueillies :

Si tu devais donner un conseil pour améliorer le lieu de répit, qu'est-ce que ça serait ?

Ça serait plus d'activités, parce que souvent il y a des journées où ça se passe rien du tout...
(Us.LDR.3.2020) ;

Pour améliorer le lieu de répit actuel... peut-être des activités, un peu plus d'activités, de propositions, de dire aujourd'hui on fait ça, de telle heure à telle heure il y a telle sortie ...
(Aid.LDR.1.2020)

Ainsi, l'intervention oscille entre des temporalités contraignantes : organisation drastique du temps d'intervention et journées rythmées par les multiples tâches. Au contraire, les personnes accueillies ont l'impression d'un temps très lent, peu occupé et avec des durées de séjour souvent perçues comme trop courtes. Quelles sont les tâches des ISMC durant la journée ? Comment s'intègre l'accompagnement au rétablissement dans les impératifs d'un lieu de vie collectif ?

Équipe d'intervention

L'équipe d'intervention assure une présence pour accompagner les personnes accueillies et réalise des tâches favorisant la démarche de rétablissement. Il importe de présenter les conditions dans lesquelles se sont constituées ces équipes puisque plusieurs périodes ont scandé le projet (Cf. p.106) bien que certains principes demeurent communs. La nature des contrats proposés varie en fonction des périodes : ils sont peu lisibles pour les premiers recrutements, puis se formalisent par la suite avec une fiche de poste commune, un salaire égal, une limitation des temps partiels à 0,8 équivalent temps plein (ETP) soit 28h par semaine en moyenne, et des contrats à durée indéterminée.

Le montant du salaire est relativement important¹ mais n'empêche pas un fort *turn-over* avec une durée moyenne de maintien sur le poste de 14 mois environ². Le flou qui entoure la gouvernance du projet et le faible niveau de structuration de l'employeur sont souvent évoqués par les intervenants qui quittent leur emploi. Ces constatations s'accordent avec la littérature internationale qui relève l'importance des facteurs organisationnels pour le maintien dans l'emploi des travailleurs pairs (Davidson *et al.*, 2012 ; Jacobson *et al.*, 2012 ; Kuhn *et al.*, 2015 ; Mahlke *et al.*, 2014 ; Miyamoto & Sono, 2012 ; Moran *et al.*, 2013 ; Repper & Carter, 2011).

Le manque de formation (Jouet, 2021 ; Jouet *et al.*, 2019 ; Lawrence *et al.*, 2016 ; Nowak *et al.*, 2015) est aussi un élément qui ressort des entretiens et notes de terrain comme cause de mal-être ressenti dans le poste. C'est ce qu'explique un MSP lors d'un entretien de recherche : « *je trouve qu'on débute dans notre approche et qu'on n'a pas eu assez de formation et d'éléments sur la gestion de crise* » (Exp.LDR.16.2019). La position adoptée par les concepteurs du projet a été celle d'une formation par l'expérience. L'intervention est vue comme préalable puis les intervenants peuvent monter en compétence par un processus de formalisation des savoirs acquis. En pratique, il s'est avéré complexe de passer de l'expérience au savoir-faire. Par exemple, l'accompagnement à la prise de poste des nouveaux arrivants n'était pas formalisé jusqu'en 2021 et des salariés expriment avoir eu le sentiment d'être livrés à eux-mêmes. Suite à ces constats, des entretiens mensuels sont mis en place durant la période d'essai³. Cette période était considérée comme propice à des réajustements de part et d'autre, à des temps d'échange sur le décalage entre représentations et réalités du poste ou à des espaces d'expression sur l'intégration à l'équipe.

Le *turn-over* important parmi les salariés du projet est expliqué par les salariés par un décalage entre théorie et pratique, un épuisement dû au stress de travailler dans un environnement aux limites floues et la confrontation avec des situations conflictuelles. Malheureusement, le départ régulier d'intervenants formés et ayant acquis une expérience du fonctionnement du lieu, tend à diminuer le niveau de formation générale de l'équipe. Les ISMC restant doivent de nouveau mobiliser une énergie importante pour constituer un savoir pratique peu formalisé. La formation d'envergure à l'OD est un exemple parlant. Alors qu'une dizaine de personnes étaient inscrites initialement à la formation, avec un coût conséquent, plus aucune des personnes formées n'est présente dans le dispositif deux ans plus tard. Le recrutement des intervenants varie également en fonction des périodes. Ils sont échelonnés en 2018, regroupés en septembre 2019, puis souvent ponctuels par la suite. Il me semble que dans l'idéal, il conviendrait d'opérer une rotation permettant la formation des nouveaux venus

¹ Le salaire est de 1 850 € net environ par mois pour un temps plein auxquels s'ajoute les indemnités pour astreinte et travail le dimanche.

² Durée calculée à partir de 17 contrats signés entre le 2 septembre 2019, et le 25 mai 2021.

³ La durée de la période d'essai est de deux mois, renouvelable une fois.

par des ISMC plus aguerris. Pour cela, il est nécessaire de penser les inévitables périodes de rupture institutionnelle, ou pour le moins de réduire leurs conséquences.

Un partenariat est mis en place avec la plateforme pairs ressources Esper Pro qui assure le recrutement de travailleurs pairs. La plateforme propose aussi un suivi à la prise de poste et des temps d'intervision individuelle et collective. D'une manière générale, les personnes recrutées ne se définissent pas toutes comme travailleuses pairs mais témoignent souvent d'expériences de vie en lien avec la santé mentale ou avec les approches collectives alternatives. Ces formes de savoir ressortent souvent plus que l'expérience professionnelle : « *on utilise des parties de nous qui sont plus personnelles que professionnelles* » (Exp.LDR.11). Les candidats sont aussi à la recherche d'un cadre qui peut manquer dans les expériences militantes bénévoles, d'apprentissage par l'expérience ou de découverte d'un milieu de soin psychiatrique moins institutionnalisé. Les intervenants témoignent généralement de positionnements en accord avec les visées politiques du projet : « *des initiatives de santé mentale comme ça je suis vraiment pour, ça redonne à la personne une place dans la cité, pas forcément à l'hôpital, qu'elle puisse avoir du pouvoir sur son traitement* » (Exp.LDR.16). Durant mon enquête, il n'y avait donc pas de profil spécifique d'intervenant, les ISMC étaient recrutés sur la base de profils humains, désirant travailler avec des personnes en situation de crise, dans un dispositif expérimental. Toutes les personnes recrutées avaient une sensibilité particulière vis-à-vis de la santé mentale.

Certaines équipes différencient les « travailleurs pairs » des « professionnels » (entendus comme non pairs), mais cette différence est selon moi illégitime puisque les MSP sont tout autant professionnels que les autres intervenants. La différenciation est relevée par Exp.LDR.3 dans ce *verbatim* d'entretien :

Après c'est vrai que ça crée un truc pair aidant, et les autres travailleurs en fait, et dans les autres travailleurs ils ont aussi chacun leur spécificité. Après je sais pas si on tendait vers, mais que chacun soit reconnu pour ses compétences spécifiques, même si il y a des compétences généralistes que chacun doit avoir. (Exp.LDR.3.2022)

La frontière entre personnes pairs et non-pairs dans le projet était parfois tellement fine que lors du recrutement mené en 2019, il était possible de voir les personnes embauchées comme étant majoritairement des pairs ou comme une égalité entre professionnels de l'action sociale et personnes sans expérience professionnelle. Cette discussion a d'ailleurs déclenché des situations de rires partagés sur la question de la norme et le fait d'être « *pair* » ou « *impair* ». À *Soteria House*, les profils des intervenants ont fait l'objet d'un travail d'observation approfondi. L'une des hypothèses majeures est que *Soteria* fonctionnait avant tout grâce à la qualité des intervenants qui étaient caractérisées de

« tolérants, mais solides » (Mosher *et al.*, 1973). Par la suite, les intervenants de *Soteria* ont été décrits comme forts, indépendants, matures, chaleureux et empathiques, traits qu'ils partageaient avec le personnel hospitalier, mais aussi comme plus intuitifs, introvertis, flexibles et tolérants aux états altérés de conscience (Mosher *et al.*, 2004). Dans la logique des promoteurs de *Soteria*, les personnes non formées seraient d'autant plus à même de travailler avec les personnes schizophrènes qu'elles agiraient instinctivement et non selon des théories préétablies :

Moral treatment was guided by principles that included the full and equal humanity of the mentally ill ; a favourable social and physical environment as the locus of care ; staff chosen more for personal integrity than for professional standing, the latter being deemphasized ; and the importance of warmth and tolerance in contacts with others.
(Lichtenberg, 2011, p.330)

La structuration du modèle LDR est passée par l'élaboration d'une fiche de poste pour les intervenants dont les missions et les compétences attendues n'étaient pas définies. La fiche de poste était commune à tous, sans mission confiée en propre à une personne, avec une répartition de toutes les tâches au sein du groupe équipe. Par exemple, il n'y a pas une personne chargée de la cuisine, de l'accès au logement ou des démarches sociales. Cette approche est cohérente avec celle de Laing à *Kingsley Hall*, où l'espace était considéré sans rôle, et où seule comptait la relation (Mosher *et al.*, 2004). Cette non-spécialisation a été largement questionnée dans le temps. Elle signifie que les tâches se répartissent en fonction des appétences ou des compétences des intervenants, plus que selon leur diplôme ou fonction spécifique. Comme le souligne l'un des MSP : « *non, non, finalement on est resté dans un truc assez mélangé où finalement on utilise tous les mêmes outils, on a tous la même journée* » (Exp.LDR.3.2022). Touchant aux limites de l'innovation, les intervenants tendent à se construire professionnellement en opposition aux autres pratiques psychiatriques et renforcent en retour le sentiment d'appartenance au groupe LDR (Azzi & Klein, 1998). Le rassemblement des ISMC autour d'une fiche de poste commune est un contre-pied à la perception fragmentée des disciplines professionnelles telle que décrite par Barrett (1999). La fiche de poste unique permet un premier nivellement (théorique) des rapports hiérarchiques interprofessions au sein de l'équipe. Il n'y a plus les travailleurs pairs d'un côté et les travailleurs sociaux ou paramédicaux de l'autre, mais un ensemble de personnes prêtes à mettre au travail leur singularité.

Un autre point me semble particulièrement important dans la création d'une fiche de poste commune à l'ensemble de l'équipe d'intervention, c'est qu'elle permet le dépassement d'une tension importante relevée par Gates et Akabas (2007) dans leur article intitulé *Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies*. En effet, le vocable du poste (« MSP »

ou « travailleur pair ») se réfère au vécu des professionnels et ne leur laisse pas le choix de divulguer ou non leur rapport à la psychiatrie. Lors d'un tour de table de présentation par exemple, se dénommer « travailleur pair » induit que vos interlocuteurs ont connaissance de votre expérience des troubles, que vous le souhaitiez ou non : « *the disclosure of the peer status was perceived as a key factor affecting peer integration* » (Gates & Akabas, 2007, p.300). Les auteures poursuivent en citant les personnes interrogées qui ressentent le dévoilement du statut de pair comme le maintien d'une distinction entre les *peer workers* et les travailleurs non-pairs et que cela leur dérobe le contrôle du dévoilement (Cf. p.331) . La création d'une fiche de poste commune est une piste pour dépasser la problématique du dévoilement subi de l'expérience des troubles psychiques (Moran *et al.*, 2013).

Dans un parallèle avec un symptôme psychotique d'indifférenciation la fiche de poste commune a été critiquée, notamment lors de la dernière crise collective à laquelle j'ai assistée. Dans les faits, c'est avant tout la diversité des profils qui entraînait une répartition des tâches entre les ISMC, malgré le gommage des différences statutaires. Par exemple, un ISMC ne maîtrisant pas les codes administratifs soutient moins volontiers des démarches de ce type. C'est aussi généralement l'intervenant en poste avec le plus d'appétence pour la cuisine qui prépare le repas et plutôt celui avec des compétences artistiques qui propose une activité créative : « *au niveau des différences avec l'équipe, je dirais que je faisais peut-être plus de trucs sur l'informatique* » (Exp.LDR.1.2022). Mais pour faire face à la difficulté de la tâche et l'implication personnelle que demande le poste, la création de liens affectifs est l'un des objectifs principaux de la dynamique d'équipe :

Ce qui m'a aidé je pense c'est le soutien de l'équipe, ça y il a toujours eu ce truc-là, on n'hésite pas entre nous, on essaye de se dire quand on est en difficulté, donc ça c'est quand même bien souvent parler ça fait beaucoup, ou essayer de créer des responsabilités partagées [...] ou que même on était en binôme, que c'est juste le binôme, donc ça carrément aidant. (Exp.LDR.3.2022)

La qualité des liens au sein du groupe est primordiale pour pouvoir affronter au quotidien l'accueil de personnes en grande souffrance psychique : « *le contexte fait que travailler avec des personnes en crise, c'est pas tout le temps simple, mais l'équipe faisait tenir le truc aussi. En fait, il y aurait eu une autre équipe, je serais peut-être parti longtemps avant* » (Exp.LDR.1.2022). La gestion de cette dynamique relationnelle se fait au quotidien dans la multitude d'interactions qui ont lieu constamment dans tout groupe humain mais aussi à travers des temps de réflexivité plus formalisés (Demailly & Haliday, 2022 ; Meriaux & Denis, 2022). Les temps d'analyse de pratiques professionnelles (APP) revêtent une importance fondamentale dans la dynamique de groupe particulièrement « *dans le champ de la psychiatrie, [où] si on n'est pas en conflit dans l'équipe, c'est qu'on ne travaille pas*

vraiment » (Int.Ext.LDR.1). Le choix de la personne en charge de la supervision est un facteur clé pour s'assurer qu'elle respecte les valeurs du projet et possède les bases théoriques acceptables par l'équipe. Par exemple, l'un des intervenants se déclarait « *réfractaire à l'approche psychanalytique* » (notes de terrain). L'idée d'ouvrir les temps d'analyse de pratiques aux personnes accueillies est apparue, car il serait intéressant d'intégrer leurs réflexions aux retours d'expérience.

Une autre façon de consolider la dynamique d'équipe est l'organisation régulière (une à trois fois par an) de journées de regroupement, si possible hors site. Ces temps pourraient être mis à profit pour éviter l'homologie fonctionnelle d'une équipe qui tend à reproduire les mécanismes psychiques du public qu'elle accueille (J.-P. Pinel, 2018). Dans le cas du LDR, l'accompagnement de personnes en crise psychique retentit très fortement sur les interactions groupales. Un autre point est prépondérant pour comprendre les dynamiques à l'œuvre dans l'équipe d'intervention, il s'agit des modifications de statuts induites par la présence de travailleurs pairs (Cf. p.341). J'ai observé une position dominante des personnes qui revendiquent une expérience professionnelle dans le champ médico-social sur certains sujets. Ces enjeux de pouvoir peuvent entraîner une forte polarisation entre les savoirs expérientiels et professionnels. La question se pose alors de savoir comment laisser la place au savoir expérientiel ? L'un des MSP témoigne de cette opposition statutaire : « *j'ai un problème dans ma position dans l'équipe. [...] J'ai l'impression d'être ni écouté, ni entendu [...] non prise en compte de mes compétences* » (Exp.LDR.5.2019). La modification des statuts induite par les MSP renvoie à des changements de rapport au savoir, complexes à gérer pour certains intervenants non pairs :

La moindre des choses ça aurait été de pouvoir lui dire les choses et qu'il puisse les entendre [...] quand tu dis les choses qui vont pas à une personne et qu'elle refuse d'entendre que ça va pas et que du coup il te dit que c'est toi qui va pas bien, je me suis dit que ça serait un peu compliqué pour la suite. (Exp.LDR.1.2022)

La non-spécialisation des ISMC, avec des missions peu prédéterminées, rend aléatoire leur inscription en tant que nouveau groupe professionnel (Bercot & Mathieu-Fritz, 2008 ; Demailly *et al.*, 2014). La définition de l'identité ISMC est d'autant plus complexe que les intervenants possèdent des parcours variés et n'ont pas le même rapport à leur emploi. Comme le souligne l'un des intervenants : « *thérapeutes, entre guillemets parce que moi j'ai du mal à me considérer comme thérapeute* » (notes de terrain). Alors qu'ils peuvent être considérés comme des experts de la communication, la fonction des ISMC revient essentiellement à instaurer un fonctionnement collectif et à dynamiser le cadre

communautaire¹ dans lequel s'intègrent les accompagnements individualisés. Le maintien d'une ambiance collective de qualité nécessite de porter attention à deux axes qui sont évoqués de manière souvent négative : la gestion des conflits et la quotidienneté. Les ISMC peuvent subir de l'agressivité dans le cadre de leur fonction et il arrive fréquemment qu'ils soient chargés des tâches ménagères peu valorisantes (Lovell & Cohn, 1998). En effet, malgré l'implication des ISMC des tensions interpersonnelles apparaissent régulièrement au sein de l'équipe. L'une des causes est le partage insuffisant de la représentation du projet qui amène les intervenants à faire valoir leur individualité, leurs différences, voire leurs oppositions. Les tensions se cristallisent en lien avec des positionnements disciplinaires ou épistémologiques : « *je n'aime pas les psychos, ce n'est pas un secret d'état* » (notes de terrain). Dans ces périodes de tension, les intervenants peuvent faire état d'une détérioration de leur santé mentale, comme le souligne l'un des ISMC : « *j'aurais pas dû venir [travailler au LDR], c'est un endroit qui m'abime* » (notes de terrain).

Malheureusement, ces cycles de crise aboutissent régulièrement à des départs massifs obligeant à une reconstruction longue et humainement coûteuse. Cet extrait d'entretien montre l'altération de l'état de santé d'un intervenants : « *Ben du coup les limites, je pense que j'ai été un peu en décompensation quelque part, un peu plus mal* » (Exp.LDR.3.2022). L'expérience professionnelle au LDR est donc complexe à gérer émotionnellement, mais elle est aussi une opportunité de changement personnel et professionnel. Des ISMC ont ainsi fait des choix de vie forts en quittant leur emploi et témoignent de moments positifs vécus collectivement. Qu'elle soit positive ou négative, l'ambiance de l'équipe rejaillit sur les personnes accueillies (Ocloo *et al.*, 2020). Quand les intervenants font preuve de solidarité, d'empathie et de bienveillance, c'est un soin apporté au collectif qui se répercute sur la santé des acteurs. Plusieurs intervenants témoignent d'un soutien mutuel au sein de l'équipe, et de la qualité des liens avec les autres ISMC qui leur a permis de se maintenir en poste :

Ce qui a été bien [c'est] que l'équipe elle était vraiment super, il y avait tout le temps un moment dans les autres postes où je bossais, je voyais les côtés négatifs des personnes, et là, pendant tout le temps où j'ai travaillé, je voyais que des côtés positifs aux personnes, je voyais pas de côtés négatifs. (Exp.LDR.1.2022)

La réciprocité des échanges (Sandhu *et al.*, 2015) ne concerne pas uniquement les salariés, car les personnes accueillies sont également en capacité de procurer du soutien aux intervenants. La qualité des interactions constitue un levier pour le bien-être de Exp.LDR.10 :

¹ Il y a eu dix réponses positives à l'affirmation « les intervenant.e.s agissent pour que l'ambiance générale reste agréable » dans le questionnaire de satisfaction.

Quand je bosse le matin Us.LDR.6 m'aide beaucoup, la profondeur des discussions qu'on peut avoir, [...] et en fait tu me fais du bien, les moments où tu me fais confiance, le matin quand je viens ici, ta luminosité et la profondeur des sujets, ça m'aide énormément.
(Exp.LDR.10.2020)

Ainsi, l'attention apportée aux *interactions* agit directement sur la santé des personnes accueillies, comme sur celle des intervenants. À l'inverse, les périodes de fortes tensions institutionnelles rejaillissent sur le collectif, enveniment les interactions et rendent la situation progressivement intenable générant une crise qui ne s'estompe que dans l'éclatement du groupe.

2.2 Outils et pratiques d'accompagnement

Les outils sont les techniques à disposition des ISMC pour mener leurs activités. Ils ont été en partie forgés dans le cadre de la RAP et pour la majorité sont issus de l'expérience vécue du processus de rétablissement. La mise en récit de son expérience (*narrative therapy*) constitue un bon exemple d'outil forgé à partir de la pratique de rétablissement (Boevink *et al.*, 2016 ; Charon, 2006). Les termes « techniques » et « outils » renvoient cependant à des savoirs identifiés, stabilisés et valorisés, alors que l'accompagnement de la crise psychique est peu tangible et irréductible à un protocole déterminé *a priori*. Étant donné l'importance de la qualité des interactions avec les soignants et des liens affectifs entre les acteurs, la majeure partie des pratiques d'intervention restent impalpables. Ce constat n'est pas valable uniquement dans notre cadre expérimental, puisque l'un des praticiens hospitaliers fait le même constat : « *ça se transmet pas la pratique de crise, ça s'apprend...* » (Psycho.Pra.Hos.2017). La mise en place d'outils pour accompagner à la résolution de la crise demande des temps individualisés et des temps collectifs, avec des espaces dédiés. Or, la dispersion des tâches fait qu'il est possible de passer de travaux manuels : « *je désossais la machine ou je débouchais les toilettes* » (Exp.LDR.1.2022) à un départ en catastrophe pour accompagner pendant des heures une personne en grande difficulté :

Et on a traversé toute la ville. Et à ce moment-là c'était nécessaire, j'aurais pu le laisser partir tout seul, peut-être qu'il se serait fait cueillir par les pompiers, j'en sais rien, peut-être qu'il aurait fini à l'hôpital [...]. Et puis à un moment donné, j'ai compris en fait « Il va se barrer » et vu qu'il est un peu délirant, on sait pas trop ce qui va se passer et c'est peut-être, moi ce que j'ai vécu avant qui a fait que... parce que j'aurais pu rester dans le lieu sans... (Exp.LDR.1.2022)

Dans un premier temps, l'accueil au LDR procure l'opportunité de changer de contexte, tout en évitant l'hospitalisation. La mise à distance de l'environnement quotidien est repérée comme l'un des moyens de nuancer la situation de crise :

Je pensais que ça pourrait être des personnes qui n'avaient jamais eu d'hospitalisation, qui sentaient qu'elles avaient besoin de rompre avec leur environnement, que ça leur ferait du bien car elles étaient en train de vivre une crise. (Exp.LDR.16.2019) ;

Plusieurs personnes nous ont parlé de l'importance que revêt pour elles la possibilité de se retirer à l'écart des autres, de faire le calme en soi, d'y reprendre des forces ou d'y faire l'expérience d'une certaine paix ou d'une sérénité : espaces de répit ou de ressourcement précieux pour des personnes qui se sentent facilement submergées par l'importance des défis du quotidien, incertaines quant à leur avenir. (Corin, 2002, p.69)

Cet espace de décompression a des conséquences visibles pour les personnes accueillies avec une phase de quelques jours après l'arrivée pendant lesquels la crise s'estompe (Cf. p.361). La rencontre avec des personnes ayant vécu des expériences comparables est également l'un des désirs identifiés des usagers de la psychiatrie (Agar-Jacomb & Read, 2009). L'accompagnement individuel et collectif varie selon les périodes et les situations, car les personnes sont libres de choisir la manière dont elles participent au projet. Ce positionnement augmente l'incertitude mais surtout le pouvoir décisionnaire des personnes accueillies :

Afin de prévenir le développement d'une telle relation de pouvoir, les intervenants et les intervenantes doivent souscrire au principe d'autodétermination des individus (ce qui implique moins de certitude dans leur expertise), utiliser la persuasion plutôt que la coercition, avoir la compassion comme qualité essentielle, partager toute l'information avec les individus et les faire participer aux décisions qui les concernent. (Ninacs, 2003, p.15)

Les personnes accueillies sont invitées à conserver leur dossier individuel. Bien que la plupart choisissent de le stocker dans le bureau de l'équipe d'intervention, elles y ont largement accès. Cette pratique est inscrite dans la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 mais concrètement à l'hôpital psychiatrique l'accès au dossier médical reste complexe. L'accessibilité du dossier au LDR, voire les encouragements prodigués afin que les usagers s'en saisissent, rompt avec les pratiques institutionnelles. Goffman (1968) et Barrett (1999) ont noté ces pratiques de privation d'information concernant le patient. Dans certains cas, les infirmiers conçoivent même des dossiers alternatifs destinés à leur seul usage dans

lesquels ils notent les informations au crayon à papier. Pour Barrett (1999), les patients sont enrôlés dans la production de leur dossier mais ce sont les professionnels qui rédigent et contrôlent :

Écrire est une expression du pouvoir. Le personnel clinique se réserve la rédaction des dossiers, et l'hôpital s'en réserve la propriété. C'est en grande partie par le contrôle de ce qui est écrit dans le dossier que les cliniciens exercent le pouvoir de définir des cas. (Barrett, 1999, p.140)

Comme dans de nombreuses équipes les modalités de référencement sont un sujet de discussion régulier. Dans la lignée du programme *Un chez soi d'abord*, le LDR s'est initialement orienté vers la multi-référence (Chambon *et al.*, 2020), mais les avis divergent et la multi-référence est critiquée par une partie des personnes accueillies : « *la multi-référence parfois c'est une connerie si les gens n'arrivent pas à partager les réflexions* » (Exp.Pra.Hosp.4.2021). Les ISMC s'orientent vers un trinôme de référence censé assurer la continuité de l'accompagnement. Sur le terrain, des difficultés de coordination au sein du trinôme de référence ont existé et le modèle, bien que pertinent en théorie, a du mal à s'appliquer en pratique en particulier dans un environnement temporellement contraint. Les rôles identifiés des référents sont : la responsabilité des entretiens hebdomadaires, la participation aux rencontres de réseau, le suivi des documents liés au rétablissement, la continuité des démarches administratives. Les références sont modifiables à la demande de l'une ou l'autre des parties, l'absence de référent n'implique pas l'absence de démarches (travail d'équipe) et il importe d'organiser des temps d'échanges pour parler des problèmes rencontrés avec la personne accueillie et deux de ses référents. Les démarches effectuées par les intervenants sont souvent d'ordre administratif et social, bien qu'elles ne représentent pas le cœur de l'activité du LDR. Cette orientation est forte lors de l'accueil de personnes en grande précarité, comme le souligne Exp.LDR.2 :

Et pour se reconstruire symboliquement je faisais comprendre qu'il fallait passer par tout un procédé, donc le suivi intensif administratif pour redonner confiance en même temps qu'on allait aux administrations, par rapport à leur santé qu'elles étaient capables de... C'était déjà une démarche de montrer qu'elles étaient capables de pouvoir s'autonomiser, se responsabiliser. (Exp.LDR.2.2019)

La temporalité de l'accueil au LDR rend très incertain l'aboutissement de ces démarches administratives : « *on est un accueil court, on ne peut pas prendre les démarches sociales à bras le corps. C'est un peu un nœud pour l'équipe* » (Coor.LDR.4). L'organisation de temps communautaires dédiés à l'administratif et éventuellement ouverts aux anciennes personnes accueillies a été évoquée mais je n'ai pas observé sa mise en place. Une autre dimension prend beaucoup de place et de temps

parfois au détriment d'accompagnements plus individualisés. Il s'agit de la gestion des actes de la vie quotidienne qui peut prendre le pas sur les autres tâches : « *je trouvais au LDR, qu'on faisait pas tant d'accompagnements que ça en fait. J'avais l'impression qu'on était [...] beaucoup en train de faire tout ce qui concerne la vie quotidienne et tout* » (Exp.LDR.1.2022). La question de la participation des personnes concernées aux tâches quotidiennes est un débat toujours ouvert comme le montrent ces citations et ces extraits d'entretiens :

Dans le champ du travail social et éducatif, il a été plus souvent question de partage que de participation : partage d'expériences existentielles où se nouent les liens sociaux par les relations interpersonnelles, plutôt qu'une participation qui évoque l'implication dans des dispositifs, des instances, des organisations, bref, dans la gestion du collectif. (Jaeger, 2023, p.18) ;

Moi quand j'avais été hospitalisé, j'aurais pas aimé qu'on me demande de faire les courses, en étant hospitalisé, j'aurais pas aimé qu'on me demande à faire le ménage machin et tout, et cætera. (Exp.LDR.1.2022) ;

Dans la philosophie du Lieu de Répit, justement on fait pas à la place des personnes, ça leur rend pas service à eux, ni à nous... (Exp.LDR.3.2022) ;

Les récits des personnes utilisatrices de ressources alternatives indiquent l'importance d'approprier les gestes du quotidien. (Corin, 2002, p.75)

Il existe donc peu de pratiques formalisées d'accompagnement de la crise, d'autant plus que les équipes changent avant de pouvoir formaliser un accueil type. Le soutien à l'individu passe avant tout par une ambiance collective, l'instauration de relations sécurisantes et la réponse aux besoins primaires. Le LDR semble plus agir comme un *ailleurs* qui ouvre un espace de socialisation spécifique, que comme un dispositif très formalisé mettant en œuvre des outils prédéfinis. Toutefois, le concept du rétablissement s'appuie sur certains outils que les ISMC ont tenté de maîtriser et d'appliquer, avec des degrés de réussite variables.

Outils de rétablissement

Les outils de rétablissement peuvent être regroupés en deux catégories : ceux à visée individuelle et pratique, et ceux à visée collective et organisationnelle. D'une manière générale, l'équipe d'intervention est assez proche des concepts du rétablissement sur la dimension

organisationnelle (pair-aidance, intervention en binôme, etc.) et communautaire (Fussinger, 2010). Certains aspects du LDR comme l'ouverture des réunions ou le degré de participation sont même plus avancés qu'à beaucoup d'endroits. Le modèle d'intervention apparaît donc déjà fortement orienté vers le rétablissement dont l'une des caractéristiques est de renouer des liens avec la communauté (Onken *et al.*, 2007 ; Soundy *et al.*, 2015). Les valeurs de l'équipe d'intervention s'appuient sur les principes du rétablissement : réciprocité des échanges, non-jugement, auto-détermination, prise en compte de la singularité des parcours, espoir, etc. Par contre, les outils pratiques sont peu mobilisés. Par exemple, les plans d'action individualisés qui organisent pragmatiquement les étapes à court, moyen et long terme en fonction d'objectifs précis ne sont pas mis en place. Ces plans possèdent pourtant beaucoup d'avantages : simplicité, définition des tâches de chacun, suivi, visualisation de la progression, etc., et ils représentent une bonne base d'organisation temporelle du séjour :

Après il y aurait des outils avec la personne, faire un peu des plans d'action, si elle a envie de voir plus de monde, peut-être caler sur un papier, en un mois, de manière réaliste, qu'est-ce que tu te vois faire cette semaine-là, sans que ça te fasse trop peur, mais en même temps que tu te challenges un peu, un minimum, ça fait un peu un truc coaching, mais il faut aussi discuter avec la personne et que ça vienne d'elle, on peut lui donner envie la motiver, mais on va pas la forcer là-dessus, mais je pense que ça peut-être bien d'avoir ce truc-là, de poser un peu des trucs et de voir sa progression en fait, sur papier.
(Exp.LDR.3.2022)

L'approche par les forces (Rapp & Goscha, 2006) est également une pratique dont les concepts sont adoptés par l'équipe d'intervention, mais qui reste peu formalisée :

Il y a l'approche par les forces, on met en avant les qualités des personnes, dès qu'on les perçoit, et je sais pas si ils aiment bien la cuisine, ou si ils font bien les choses, et qu'ils se posaient des questions par rapport au fait « Ah ouais, moi je suis pas très bon en cuisine », là on pouvait le stipuler : « Tu vois tu t'en sors bien tout seul ». (Exp.LDR.3.2022)

Les outils de rétablissement sont donc utilisés de façon imprécise : « finalement les outils je les ai jamais trop, trop utilisés, donc c'était un peu flottant... » (Exp.LDR.3.2022). Il existe par exemple une confusion entre plan de rétablissement, plan de crise et directives anticipées, alors qu'il s'agit d'une imbrication de différents niveaux de préparation et d'action. On peut considérer que les directives anticipées (Tinland *et al.*, 2022) sont une partie du plan de crise (Coffey *et al.*, 2019), lui-même intégré au plan de rétablissement (Copeland, 2002). Le *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP) est une marque déposée par Mary Helen Copeland qui a inspiré plusieurs formes de plans de

rétablissement. Créé et développé aux USA, il s'appuie sur le bon sens et l'expérience vécue. Ces outils visent à repérer les freins et les leviers au rétablissement, les situations et leur impact positif et négatif, mais aussi à organiser les soins lorsque la personne n'est plus en capacité de décider par elle-même. Un plan de crise peut par exemple indiquer des préférences ou des refus dans le choix d'un service, d'un médicament, d'un médecin, etc. (Beetlestone, 2016). Au LDR, un groupe de travail constitué essentiellement de personnes concernées a élaboré un cahier de rétablissement.

Voici un carnet pour vous accueillir et vous permettre de trouver votre place dans ce Lieu de Répit. Il est basé sur les valeurs importantes du dispositif. Il vous propose de réfléchir sur vos besoins, vos attentes et vos possibilités d'implication.

Ce carnet vous appartient, vous êtes libre de l'utiliser ou non et de le compléter à votre rythme seul.e ou avec un.e intervenant.e. (Cahier de Rétablissement, p. 3).

Mais certaines personnes accueillies, comme Us.LDR.21, témoignent de ne pas avoir été sollicitées pour élaborer ces documents :

Est-ce que avec Coor.LDR.4 et d'autres personnes, tu as abordé ce qui t'a amené au Lieu de Répit ?

À part le premier entretien non. Je trouve que c'est un truc qui manque. Je m'attendais plus à un moment où il y aurait des discussions, comme on croise les gens en collectifs, je n'avais pas envie de déballer ma vie à toutes les personnes.

Il n'y a pas d'entretiens qui t'ont été proposés ?

Non. (Us.LDR.21.2020)

Quoi qu'il en soit, les ISMC éprouvent pour la plupart des difficultés à se saisir de ces outils et ne prennent pas systématiquement le risque de les mettre en pratique. Ce constat corrobore les retours de terrain qui signalent que la plupart des outils de rétablissement, notamment le plan individuel et les directives anticipées, sont peu accessibles et peu fonctionnels. Les interventions à direction des personnes entendues de voix, comme la participation à des groupes d'entendeurs de voix (Evrard & Malefan, 2013 ; Grard, 2016 ; Hornstein *et al.*, 2020) ou l'utilisation de questionnaires dédiés à la question (Romme & Escher, 1989) ont aussi fait l'objet d'une réticence de la part de certains intervenants. Il était possible d'imaginer que les outils de rétablissement permettraient de formaliser les pratiques d'intervention. Or, les ISMC sont majoritairement peu formés à leur utilisation, hormis

quelques MSP. Ne possédant pas de pratiques propres, ne maîtrisant pas les outils du rétablissement, les ISMC doivent se tourner vers de nouvelles approches pour étoffer leur répertoire d'actions.

Open Dialogue : une autre voie

Le modèle du traitement adapté au besoin (*Need-adapted treatment* NATM) s'adresse aux psychoses du spectre des schizophrénies et a été initialement développé au cours des années 1960-1970 par Yrjö Alanen et ses collègues à Turku, en Finlande (Alanen *et al.*, 1991). S'appuyant sur le principe que les troubles schizophréniques sont hétérogènes et nécessitent un traitement spécifique, son équipe hospitalière introduit un traitement psychodynamique puis transforme les services traditionnels de psychose en communautés psychothérapeutiques. L'ensemble du personnel est engagé comme partie du traitement et répond aux besoins thérapeutiques des patients et de leurs proches. Dans cette approche, la pharmacothérapie est considérée comme un auxiliaire au traitement pour soutenir les activités psychosociales (Alanen, 2009). Un programme de formation à la thérapie familiale de trois ans a été mis en place à Turku à partir de 1979.

L'OD s'est développé en Laponie occidentale, une région de 100 kms de large et de 65 000 habitants (soit la taille approximative d'un secteur français) où est implanté l'hôpital Keropudas à Tornio, sa ville principale. Le nombre de lits d'hospitalisation y est passé de 320 au début des années 1980 à 22 aujourd'hui. Tom Andersen (1936-2007) est le précurseur de la pratique OD dans laquelle les réunions de réseau de l'approche systémique ont été transformées pour intégrer l'équipe réflexive en 1985. Auparavant celle-ci était située derrière un miroir sans tain. Ce miroir a d'abord été retiré puis l'équipe réflexive a intégré le cercle de discussion, modifiant la façon de parler des professionnels. Un programme de recherche a débuté en 1988 avec l'adoption du principe de ne pas parler des patients et de leur famille en dehors de leur présence. Les hypothèses de base d'Andersen sont que : « les systèmes sociaux ne peuvent pas être instruits », la construction de la réalité est subjective et la « polyphonie » est irréversible (notes de terrain). Le système (en opposition au réseau) est créé par le problème : c'est parce qu'un problème est présent que le système s'organise d'une certaine manière, c'est-à-dire qu'il y a une homéostasie des familles car les individus cherchent à conserver l'équilibre.

Son implantation sur le territoire français est en cours bien que son adaptation au contexte demeure incertaine (Buus *et al.*, 2017 ; Freeman *et al.*, 2019). L'approche OD s'enracine dans la théorie des systèmes de Bateson et Watzlawick, et le courant anthropo-sociologique et systémique a apporté une meilleure connaissance des distorsions communicationnelles présentes dans les familles de personnes schizophrènes (Bateson, 1960 ; Watzlawick *et al.*, 1972) :

Comme son nom l'indique [« psychothérapie menée conjointement avec les familles »], cette méthode se fonde sur l'organisation de réunions communes auxquelles les membres d'une famille sont invités à participer ensemble, au même endroit et au même moment, plutôt que, par exemple, sur le traitement individuel des membres de la famille, suivis dans des séances séparées par le même thérapeute, voire par des thérapeutes différents ayant ou non loisir d'échanger entre eux des informations sur leurs efforts individuels. (Watzlawick & Weakland, 1981, p.13-14)

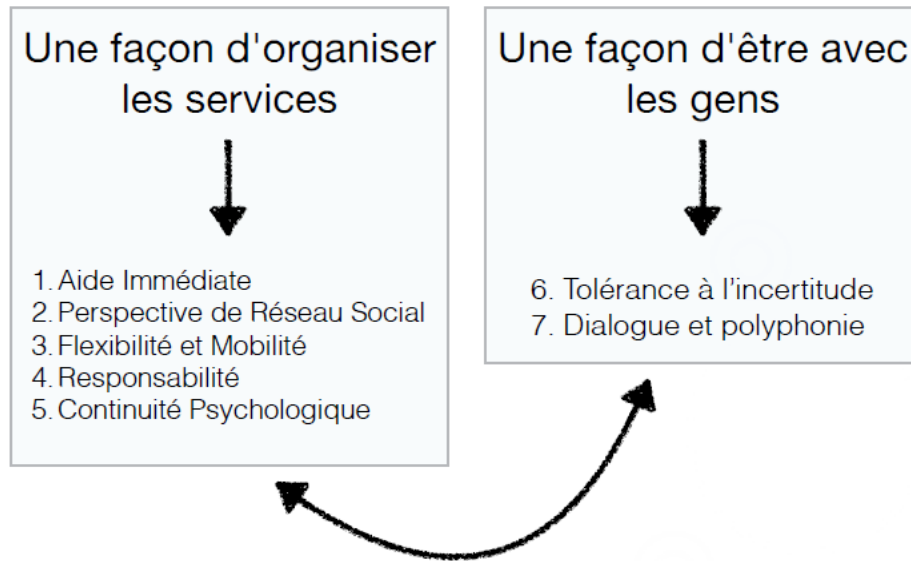
La thérapie systémique a notamment influencé Luc Ciompi qui est à l'origine de *Soteria Berne* après avoir séjourné quelques jours à *Soteria House* (Parizot & Sicard, 2014). L'OD emprunte également à la phénoménologie son rapport à la compréhension de l'expérience de la psychose (Andersen, 1992). Au début des années 2000, une collaboration scientifique a été réalisée entre les résultats de *Soteria* (Bola & Mosher, 2002) et l'équipe OD (Bola *et al.*, 2006). L'OD fonctionne selon sept principes. Les cinq premiers sont en rapport avec l'organisation du service :

- Aide immédiate (possibilité d'organiser la première rencontre dans les 24h) ;
- Perspective de réseau social (la famille, le réseau social sont invités à assister aux réunions dès le début) ;
- Flexibilité et mobilité (adapter la réponse aux besoins spécifiques et changeants de chaque personne concernée, et de son réseau) ;
- Responsabilité (la première personne contactée est responsable de l'organisation de la première réunion) ;
- Continuité psychologique (la même équipe devrait être en charge de l'ensemble du processus).

Les deux principes suivants se rapportent à la façon d'être des thérapeutes :

- Tolérance à l'incertitude (renforcée par la création d'un espace dans lequel chacun se sent suffisamment en sécurité et entendu dans un processus commun) ;
- Dialogue et polyphonie (l'accent est mis principalement sur la promotion du dialogue et non sur le changement).

Dans l'OD, toutes les voix sont importantes, celle de la personne et du réseau, surtout, mais les autres tout autant. Les réunions peuvent être quotidiennes dans les premiers temps de la crise.



Les sept principes de l'OD

Pour les promoteurs de l'OD la pratique prime sur la théorie et l'une des façons d'appréhender l'évolution de l'approche systémique est de la penser de la même manière qu'une recherche-action participative. L'idée est de donner un sens partagé à la crise, de trouver des solutions *collectivement* pour la résoudre, de travailler en réseau sans rupture de parcours et d'acquérir de nouveaux savoirs issus de cette expérience. Les réunions de réseau se déroulent dans le lieu de vie de la personne concernée, souvent à son domicile, ou dans tout autre endroit qui convient au réseau. Au-delà de l'animation d'une rencontre de thérapie systémique la pratique OD a ceci de spécifique que les thérapeutes, généralement au nombre de deux et nommés « équipe réflexive », se tournent l'un vers l'autre à différentes reprises durant la séance pour évoquer devant le réseau leurs *pensées, émotions* et *ressentis*. Il ne s'agit ni d'explications ni d'interprétations sur la dynamique du système mais sur le ressenti des individus qui prennent en compte tous les membres du réseau : « *every being seen* ». Ces échanges ont pour but de faire circuler les *émotions* au sein du réseau (Desvignes *et al.*, 2021), de proposer d'autres points de vue de la situation et d'entrevoir de nouvelles pistes de dialogue, donc d'élaboration.

La pratique dialogique s'appuie sur douze éléments clés que je vous présente sans entrer plus avant dans les détails¹ : 1) deux praticiens (ou plus) dans les réunions de réseau ; 2) participation de la famille et du réseau ; 3) utilisation de questions ouvertes ; 4) répondre aux déclarations des clients ; 5) mettre l'accent sur le moment présent ; 6) susciter des points de vue multiples ; 7) privilégier une approche relationnelle dans le dialogue ; 8) considérer le discours ou le comportement problématique

¹ Pour de plus amples informations, il est possible de se référer à Olson *et al.* (2014).

comme étant significatif ; 9) mettre l'accent sur les propres mots et les histoires des personnes concernées, et non sur les symptômes ; 10) conversation entre praticiens lors de réunions de réseau ; 11) être transparent ; 12) tolérer l'incertitude. La pratique OD postule qu'en tant que soignants nous ne sommes pas responsables de trouver des solutions, mais nous sommes responsables de créer un espace de réflexion et d'échanges suffisamment sécurisant. Selon cette approche, il est possible d'explorer une nouvelle voie pour être avec la personne qui traverse une crise psychotique. Les principes de l'OD sont en adéquation avec une approche par les droits en santé mentale (von Peter *et al.*, 2019). Les thérapeutes sont invités à réaliser un travail sur leurs origines familiales et leurs relations avec leur famille. Il s'agit de passer de « ne pas amener ses émotions dans le travail » à « comment le faire ? », ce qui implique de prendre en compte ce que nous sommes en tant qu'individus (genre, rôle familial, rapport à la psychose, etc.). L'apport d'une proportion plus importante d'intime dans le thérapeutique et la possibilité de divulguer des informations de notre histoire personnelle dans le cadre professionnel a parfois mis à mal des intervenants, ce qui montre le travail restant à accomplir dans ce domaine.

L'OD s'est développé dans un contexte social, politique, culturel et surtout géographique très différent de la France. La densité de population en Laponie occidentale est très faible, le système social plutôt égalitaire et l'idée de tolérance est forte sur le plan éducatif. Il est évident qu'il n'est pas possible de transposer ce fonctionnement aux services de soin en santé mentale marseillais sans adaptation dans une ville quinze fois plus peuplée, particulièrement inégalitaire sur le plan social, et dont l'organisation des services de psychiatrie est ancrée et se transforme lentement. Des études sur la question sont en cours et des approches OD incluant des travailleurs pairs se développent (Kinane *et al.*, 2022). Après plusieurs rencontres entre les acteurs du LDR et les formateurs de l'OD, en Suisse, à Marseille, puis en Finlande, une formation d'envergure de vingt jours a eu lieu entre 2020 et 2022. 36 professionnels de l'AP-HM et de l'association JUST ont été formés. Le déploiement de l'OD fait l'objet d'une fiche-action du PTSM des Bouches-du-Rhône. Au LDR, l'application stricte du modèle OD n'a pas été possible dans son intégralité et comme pour toutes les équipes formées l'adaptation au contexte a été un enjeu majeur. Les temps d'OD ont été pensés à différents moments de l'accueil des personnes : lors de l'entretien de pré-inclusion ; au moment de la fin du contrat d'accueil ; à tout moment lors de situations complexes, etc. L'OD proposé au LDR est donc sensiblement différent de l'approche initiale où les pionniers finlandais ont développé une organisation des services totalement tournée vers cette pratique. Même sans adopter strictement le même modèle, le principe de l'OD est intéressant à diffuser dans le champ de la santé mentale. La complexité à reconnaître les émotions de l'autre et les liens qu'elles entretiennent avec la schizophrénie (Ciompi, 2015), tout comme le difficile

travail émotionnel des soignants (Hochschild, 2003), incitent à porter une plus grande attention à cette dimension pour les praticiens comme pour les patients.

Par exemple, dans le cadre d'une réunion OD, il est possible d'exprimer que nous ressentons de la tristesse par rapport à ce qu'exprime le réseau ou que nous avons l'impression que l'entourage éprouve de l'inquiétude pour la personne concernée. En participant à nommer les émotions, les identifier et surtout les exprimer, les échanges réflexifs permettent la poursuite du dialogue et la circulation des affects entre les participants. Ces échanges peuvent permettre aux acteurs de repenser leur place dans le réseau au regard du ressenti des autres participants. En écoutant les échanges réflexifs, chacun relève des choses différentes, qui toutes peuvent parler à l'une des personnes du réseau. Lors des sessions de formation ou des rencontres OD, j'ai constaté que les professionnels avaient tendance à témoigner de leur expérience personnelle, par exemple sur le vécu de troubles psychiques, sortant ainsi du savoir dogmatique. Comme par un effet de tache d'huile, le dévoilement d'une personne entraîne celui d'une autre, etc., jusqu'à ce qu'une grande partie des participants témoignent de leur rapport personnel à la santé mentale. En tant que professionnel, notre positionnement de sachant fait passer le message à nos interlocuteurs qu'ils n'ont pas les capacités de répondre à la situation. Alors qu'exprimer son ignorance peut au contraire être grandement encourageant pour le réseau, qui constate qu'il n'existe pas de solution prédéterminée et qui est engagé dans une dynamique de réflexion.

Conclusion du cinquième chapitre

Ce chapitre visibilise le complexe ajustement qu'il a été nécessaire de réaliser pour stabiliser le modèle LDR. Celui-ci a pour origine des concepts théoriques larges et peu adaptés à la réalité de terrain (Cf. p.179). La construction du dispositif a donc dû s'adapter aux lieux et aux personnes par des aller-retours entre réflexion et pratique. La proposition d'alternative à l'hospitalisation demeure globalement identique à celle qui a été imaginée en première intention mis à part l'élargissement du public à la population générale. Toutefois, les principes politiques d'horizontalité ont été source de tensions au sein du collectif qui a fait face simultanément à l'extrême complexité de la crise psychique et à l'incertitude (financière et décisionnelle) qui entoure le projet. Les pratiques autoritaires, intégrées profondément dans la psyché individuelle et collective, ont émergé et fragilisé le précaire équilibre groupal. Toutefois, ces postulats organisationnels ont aussi permis l'émergence de la parole des (ex)usagers de la psychiatrie. L'analyse montre donc la nécessité d'une organisation solide, concomitante d'une souplesse décisionnelle, à l'opposé de l'institution psychiatrique, tout comme le besoin de responsabilités partagées, mais identifiées.

Les principes organisationnels qui ont guidé la construction du modèle interventionnel agissent également sur les acteurs (intervenants et personnes accueillies) du dispositif. L'imprécision se diffuse et la liberté accordée aux individus, tout comme les responsabilités qui y sont afférentes, peuvent fragiliser des comportements habitués à plus de directivité. Le flou qui entoure le projet rejaillit sur les ISMC dont les pratiques sont peu identifiées et peu stabilisées. Finalement, les modalités d'accompagnement s'individualisent renforçant la prise de pouvoir informelle. L'ambiance générale a des *effets thérapeutiques* ou au contraire *pathogènes* sur les individus, ce qui implique une attention conséquente à la dynamique de groupe au sein de l'équipe mise à rude épreuve par son objet de travail. D'un côté le LDR se présente comme une alternative dans le champ de la santé mentale, de l'autre son instabilité occulte les pratiques innovantes qui s'y déploient. L'OD ouvre des perspectives thérapeutiques par l'intégration de l'intime et des émotions des professionnels, et par l'implication de la personne concernée et de son réseau. Faute d'être clairement identifiées, les approches de l'accompagnement se concrétisent dans des postures relationnelles individuelles et alors que certains ISMC incarnent le rétablissement, d'autres peinent à mettre en place ses outils.

Chapitre 6 : Le savoir expérientiel, de l'individu au collectif

Les savoirs expérientiels (Godrie, 2017) jouent un rôle essentiel dans le dispositif pour trois catégories d'acteurs : les savoirs expérientiels des personnes accueillies sont identifiés, développés et valorisés ; les ISMC mettent en œuvre dans leurs pratiques leurs savoirs issus de l'expérience ; les savoirs des participants à la RAP sont mobilisés pour compléter les savoirs professionnels et académiques. La formation par l'expérience est stipulée dans la convention CNSA : « un *continuum* entre la formation, l'action et la recherche est recherché à travers les processus de recherche-action participative et d'évaluation » (p.8). La formation continue est également la modalité choisie pour consolider les pratiques d'intervention comme dans l'OD : « *practice first, theory behind* ». Enfin, la construction des pratiques ne se limite pas à la théorie puisque l'activité humaine possède une dimension formatrice dans son ensemble (Maubant *et al.*, 2011). Comme le souligne l'un des psychiatres interviewés : « *c'est comme ça qu'on apprend de toute façon. En médecine et en psychiatrie c'est un métier d'expérience, c'est de l'expérience partagée, de l'expérience vécue et à plusieurs* » (Psychia.Pra.Hos.2.2022). Le savoir issu de l'expérience favorise les rapports de savoir égalitaires puisque l'expérience est universelle et que tout le monde est en capacité d'en tirer des savoirs. Ainsi, la mise en avant du savoir expérientiel participe à un « rapport davantage égalitaire que hiérarchique entre les participants et les personnes ressources » (Vanthuyne, 2008, p.6). En ce sens, le vécu de la crise est une opportunité d'apprentissage sur soi, expérimentée par Exp.1 :

Et aussi en termes existentiels, avoir touché l'intensité de ce que ça peut être de se prendre pour le Messie, c'est quelque chose d'assez unique, même si on est nombreux Rires, à se prendre pour le Messie à un moment. Ce niveau d'intensité et ce que ça m'a fait vivre, quelque part on pourrait dire j'ai de la gratitude, mais je suis pas devenu croyant pour autant, mais c'est précieux dans mon expérience de vie. Et moi ce que j'en comprends, c'était une dizaine d'années de transformation et chercher à comprendre qui je suis, qui j'ai envie de devenir, il y a des endroits où je m'embarquais et où c'est la crise qui faisait réaliser qu'en fait j'avais pas envie de faire ça. (Exp.1.2022)

Cette expérience mise en avant dans le dispositif relève donc de deux vécus qu'il nous faut différencier : celui des troubles psychiques et celui de l'expérimentation. En quoi le LDR génère une expérience singulière ? Quels sont ses effets sur les individus qui en partagent les normes morales ?

1. Effets du cadre expérimental sur les affects individuels

Sur le travail émotionnel, les recherches portent essentiellement sur l'analyse des émotions dans les interactions en milieu professionnel et sur leur gestion par les travailleurs (Wharton, 2009). La sociologue étasunienne Arlie Hochschild a décrit dans son ouvrage *The Managed Heart* (Hochschild, 2022) et dans un article de 1975 intitulé *The Sociology of Feeling and Emotion: Selected Possibilities* (Hochschild, 1975), les mécanismes selon lesquels les acteurs sociaux modifient leurs sentiments pour les faire concorder avec les attentes morales. Voici comment elle définit le « travail émotionnel » :

Par « travail émotionnel » je désigne l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment. « Effectuer un travail sur » une émotion ou un sentiment c'est, dans le cadre de nos objectifs, la même chose que « gérer » une émotion ou que jouer un « jeu en profondeur ». Il faut bien noter que le travail émotionnel désigne l'effort – l'acte qui consiste à essayer – et non pas le résultat, qui peut être réussi ou non. Les ratés de la gestion des émotions donnent accès aux formulations idéales qui guident l'effort et, pour cette raison, ne sont pas moins intéressants qu'une gestion émotionnelle réussie ou efficace. (Hochschild, 2003, p.32-33).

Dans la lignée d'Erving Goffman, ces travaux apportent un cadre théorique dans lequel penser la gestion de la charge émotionnelle des employés. Dans ce chapitre, je m'intéresse aux liens entre émotions, expérience personnelle et contexte professionnel, car « il y a trois problèmes et niveaux d'analyse sociologique : l'évènement qui suscite l'émotion, le contenu émotionnel, et son appréciation morale, qu'il faut restituer au cœur de l'analyse des interactions, auquel s'ajoute une dimension transversale de pouvoir » (Fernandez *et al.*, 2008). Ainsi, je décris en quoi la mobilisation de l'intime par les ISMC agit sur la sphère professionnelle et inversement. Le collectif LDR fonctionne donc selon des normes morales spécifiques dont les acteurs s'imprègnent, modifiant en retour la dynamique de groupe. C'est par cet effet que les personnes accueillies peuvent modifier la perception des troubles, en rapport avec l'*économie morale* du groupe LDR, régit par la mobilisation des émotions, de l'intime, de l'expérience.

1.1 Travail émotionnel et interférence des sphères personnelle et professionnelle

La fonction de MSP est typique de l'imbrication du personnel dans le professionnel. Nous en verrons son intérêt, ses limites, mais aussi le questionnement de la distance professionnelle lorsque

l'on dévoile une part de son intimité (Cf. p.336). Le cadre du LDR est aussi propice à l'expression émotionnelle, car comme le souligne John Perry les situations de crise s'enracinent dans les émotions : « il est indéniable que pendant l'épisode aigu l'individu est émotionnellement absorbé par les profondeurs psychiques » (Perry, 1976, p.26). Être confronté à des émotions fortes pourrait renvoyer les ISMC à des expériences négatives, notamment les MSP : « *certain emotions, especially negative ones, may be felt even more strongly by persons with schizophrenia than by others* » (Ciompi, 2015, p.318). Une partie de la pratique des intervenants en santé mentale consisterait donc à offrir un environnement apaisé qui réduirait les conséquences des tensions négatives (Ciompi, 2013 ; Mosher *et al.*, 1995) ou qui permettrait leur expression dans un cadre adapté. La gestion des émotions apparaît donc comme l'une des modalités d'accompagnement de la crise psychique et possède une *fonction thérapeutique*. Les ISMC gèrent leurs émotions, accompagnent celles des personnes en crise, et affrontent des tensions personnelles, organisationnelles, relationnelles ou contextuelles qui impactent l'équilibre psychique (Meriaux & Denis, 2022). L'engagement émotionnel peut être positif, comme pour l'un des MSP « *travailler dans ce cadre-là [le LDR] m'apporte une stabilité émotionnelle* » (notes de terrain), mais si la santé mentale se détériore, les capacités de faire face à des émotions négatives diminuent ce qui favorise la souffrance au travail (Freudenberger, 1974). La gestion des émotions est évoquée pour expliquer la pénibilité du poste par un « *trop plein d'émotions* » (notes de terrain). La « *jauge* » d'émotions déborde de celles ressenties au LDR, ce qui limite l'espace psychique pour accueillir les sentiments de la vie quotidienne.

La réponse apportée dans le cadre salarié diffère de l'expression des émotions primaires et les professionnels doivent transformer leurs émotions pour que leurs interlocuteurs s'approprient le contenu du message (Hochschild, 2003). Le travail émotionnel permet de ne pas faire apparaître un jugement moral, justement alors que le non-jugement est un aspect central dans l'accompagnement médicosocial (Neff, 2018). Ce constat est valable pour tous les environnements professionnels particulièrement dans le domaine de la relation de services, mais il est gradué au LDR par les racines émotionnelles de la crise. L'un de mes interlocuteurs, ex-usager de la psychiatrie, témoigne de cette interaction forte entre émotions et crise psychique : « *il y a une espèce d'angoisse infantile qui m'a submergé mais que j'ai pas du tout identifiée [...] mon exercice fondamental de vie c'était d'arriver à percevoir mes émotions, comprendre ce que c'était et arriver à les dire* » (Exp.1.2022). Mais pour qu'un travail sur les émotions puisse se faire, le cadre moral doit les tolérer :

On m'a déjà diagnostiqué bipolaire et en plus j'ai pas le droit de dire mon mécontentement ? Parce que je suis malade psy ? [...] J'ai pas le droit de penser ? J'ai pas le droit d'émettre des émotions ? (Exp.LDR.2.2019)

Il existe donc une articulation entre expression des émotions, troubles psychiques et codes sociaux. Dans le cas de la crise psychique, cette proximité est mise à mal, notamment quand la norme attendue est l'inexpressivité des émotions pour conserver une distance sociale (Dumont, 2011). Dans le même temps, l'appréciation morale des émotions constitue un levier de pouvoir perceptible lorsqu'il s'agit de transparence « imposée » (Mauss, 2013). Dans ce cadre « dévoiler ou exiger que l'on dévoile ses émotions par humanité (dénier le travail en le transfigurant en valeur) permet de produire ou de reproduire un ordre social » (Fernandez *et al.*, 2008, p.6). Elle existe également lorsqu'il existe une exigence de « normalisation » que j'ai observée chez certains intervenants qui demandaient aux personnes accueillies un contrôle accru de leurs émotions, afin que leur comportement concorde avec les normes moralement acceptables. La crédibilité accordée aux émotions présente un problème épistémique et donc un rapport de pouvoir entre usagers et non usagers de la psychiatrie. En effet, Godrie (2019) a montré que les usagers qui participaient à des rencontres institutionnelles avaient tendance à masquer leurs émotions afin de ne pas nuire à la crédibilité de leurs discours : « l'attribution d'un diagnostic change ainsi le regard porté sur les émotions et la charge affective qu'elles possèdent » (p.3). Pourtant, les émotions, mises à l'honneur par la psychanalyse, constituent une part importante des connaissances sur la « subjectivité morale » (Fassin, 2009) et sur la santé mentale (Henckes & Majerus, 2022). La gestion des émotions par les acteurs en *situation* relève pour Goffman (1974) d'une quasi-structure relationnelle, dans le sens où elles se doivent d'être accordées au jeu rituel de *l'interaction*. Cette pensée se base sur le constat que le partage émotionnel et le dévoilement enrichissent l'interconnaissance (Fernandez *et al.*, 2008). Voici ce qu'en dit Goffman :

Il est clair que les émotions jouent un rôle dans de tels cycles réactionnels : ainsi, l'angoisse d'avoir fait perdre la face à un autre, ou la colère pour l'avoir perdue soi-même. Je veux insister sur le fait que ces émotions fonctionnent comme autant de mouvements, et s'ajustent si précisément à la logique du jeu rituel qu'il serait, semble-t-il, difficile de les comprendre en son absence. En fait, il est fréquent que les sentiments spontanés se composent plus élégamment avec la structure formelle de l'échange rituel que les sentiments consciemment élaborés. (Goffman, 1974, p.24)

En suivant Goffman il est possible de voir le « désaccord » de la structure relationnelle avec les personnes souffrant de psychose comme une dérégulation du jeu rituel. Selon lui, la part émotionnelle de la relation comprend aussi bien ce qui est exprimé par l'individu, qui s'incarne dans le concept de *face*, mais également dans ce qu'exprime l'autre dans sa posture. Ainsi, une perturbation émotionnelle, qu'elle se situe au niveau de l'expression, de la réception ou des deux à la fois, modifie les normes de la relation socialement établies. D'un point de vue thérapeutique, il ne s'agit donc pas

d'amener les individus à respecter ces *normes relationnelles* des émotions, mais d'en penser de nouvelles pour intégrer les spécificités des troubles psychiques.

Liens conceptuels entre émotions, environnement et thérapeutique

Une part significative de l'efficacité thérapeutique repose sur la qualité relationnelle entre les soignants et les soignés (Delègue, 2020). La manière d'être aux autres des thérapeutes est une façon d'apporter du soin ou au contraire elle présage d'une dégradation de la santé. Il nous faut donc interroger l'implication subjective dans la relation et la place de l'intime dans le soin psychique (Demailly, 2022). Ces questions touchent l'ensemble des acteurs de la santé mais sont mises en lumière par la spécificité du travail pair (Cf. p.336). L'OD peut aussi nous servir à comprendre comment faire évoluer la place des émotions dans le soin en santé mentale, en explorant la verbalisation des émotions des professionnels et en plaçant l'accent sur la communication dans un système complexe :

When the words are expressed, the words themselves and all the emotions that are embedded in them are brought to others through the physiological act of breathing. This act of breathing, which is part of the act of creating meaning, is very personal. It sets the air in motion and creates a wind that touches others with its words and emotions.
(Andersen, 1992, p.66)

Les émotions, la réponse qu'on leur apporte, doivent être envisagées comme faisant partie d'un contexte social large : « les émotions ne sont pas séparées des valeurs et des normes » (Fassin, 2009, p.1257). Leur irruption vient perturber et interroger l'ordre social instauré :

La réaction [des co-actants] dépendra évidemment de l'intérêt et de l'importance accordés par les participants, ou une majorité d'entre eux (ou encore ceux ou celles qui occupent des positions de pouvoir) au (bon) déroulement des interactions en cours ; il convient encore de tenir compte des règles culturelles applicables à la situation. (Javeau, 2010, p.3)

Ce qui signifierait qu'en présence d'une émotion « inopinée », les ISMC seraient tentés de normaliser la situation dans le but de la rendre conforme aux usages sociaux du dispositif. En ce sens, ils rempliraient leur rôle d'agents de maintien de l'ordre foucauldien dont la mission consiste à maintenir les individus dans un cadre normatif, et que les normes sociales du LDR se différencient des normes habituelles n'y change rien. L'étude des réponses émotionnelles permettrait donc de vérifier

en quoi les normes du dispositif se distinguent des normes sociales générales. Car, les émotions interfèrent dans la conduite des interactions sociales ordinaires, ce que souligne Claude Javeau :

L'émotion constitue chaque fois une perturbation dans l'ordre normal du déroulement des interactions circonscrites dans la situation [...] lorsque l'émotion dépasse dans son expression les limites qui normalement l'enclavent, en relation avec les règles culturelles d'application¹. (Javeau, 2010, p.4)

C'est la raison pour laquelle « l'individu effectue souvent un travail qui vise à produire ou à inhiber des sentiments de façon à les rendre "appropriés" à la situation » (Hochschild, 2003, p.19). Cette conception du travail émotionnel se rapproche des travaux de Goffman sur le maintien du cadre des relations sociales : « dans notre société, les règles qui obligent à garder ses distances sont multiples et puissantes » (Goffman, 1974, p.58). Goffman a aussi observé que ces règles n'étaient pas appliquées dans les institutions totales, humiliant par-là les usagers des hôpitaux psychiatriques. Sur mon terrain de recherche il existe une volonté de considérer les relations de manière égalitaire bien que la (non)concrétisation de ces principes théoriques en révèle justement les enjeux (Cf. p.232). L'étude du travail émotionnel au LDR touche donc à deux dimensions : l'expression troublée des émotions par les personnes accueillies (Ciompi, 2015) ; et la réponse apportée par les soignants à cette expression non normée. Réponse qui peut elle-même être scindée en deux parties : le contrôle de ses émotions par le soignant ; et la maîtrise de la pénibilité dans la relation avec le patient (Fernandez et al., 2008).

Dans ce cadre analytique, les MSP jouent encore une fois le rôle d'acteurs types car ils connaissent les deux faces du miroir. En tant qu'usagers ils ont expérimenté le traitement social de leurs émotions troublées et ils font l'expérience de ces émotions en tant que professionnels. L'analyse de la réponse émotionnelle apportée par les MSP constitue un point central dans le processus de la pair-aidance professionnelle. Comme le note Béatrice Jacques : « un des éléments qui semble au cœur du problème de la professionnalisation est la gestion des émotions liées à l'expérience de la maladie dans le cadre du travail » (Jacques, 2022, p.42). Les travailleurs pairs apportent une réponse nouvelle à cette problématique, du fait de leur expérience personnelle. Le cadre du LDR interpelle les MSP qui ont des rapports spécifiques aux émotions en lien avec la crise psychique, comme le montre cet extrait d'entretien : « *parce que c'est nous qui vivons les choses, c'est nous qui ressentons les choses, nos émotions. Ici, ça nous permet de travailler sur l'empathie, sur la maîtrise de certaines émotions* »

¹ Javeau fait ici référence aux émotions « attendues » : tristesse lors d'une cérémonie funéraire, joie lors de la remise d'une récompense, etc.

(Us.LDR.1.2018). Exp.LDR.1, par exemple évoque des situations qui le connectent avec son vécu antérieur et le ramène vers des émotions négatives :

Il y a pas longtemps j'ai fait une séance de psychomot [...], ça m'a ramené à ce moment-là et on traverse des émotions, c'est les émotions qui reviennent, et du coup moi j'étais mal à l'aise [...]. J'étais retourné quelques années en arrière et j'étais dans mes pensées, avec mes émotions [...] ça me l'a refait une semaine plus tard [...] la personne elle criait et j'avais l'impression d'entendre des gens crier à l'hôpital psy, et pareil ça m'a replongé... (Exp.LDR.1.2022)

On pourrait croire qu'il s'agit d'une occasion particulière, favorisée par le contexte de la psychomotricité, mais Exp.LDR.1 évoque plus loin des situations plus anodines :

Par exemple je marche dans la rue, et j'entends quelqu'un qui va crier très fort, de suite ça va me faire appel à des émotions un peu négatives. Et ça c'est quelque chose que je viens de prendre conscience juste maintenant, c'est un peu des trucs qui restent ancrés.

Il est donc probable que Exp.LDR.1 se confronte à des résurgences émotionnelles dans le cadre professionnel du LDR. Il suffit qu'une personne crie ou claque une porte pour qu'il soit rattrapé par son passé et les émotions négatives qui l'accompagnent. Pour Exp.LDR.2, la question se situe ailleurs. Il souligne tout d'abord la stigmatisation dont peuvent être victimes les personnes avec un diagnostic psychiatrique lorsqu'elles expriment leurs émotions :

Si par exemple, tu vas un peu, comme tu m'avais vu, m'énerver, être en colère et parce que j'ai même pas décompensé, c'est de la colère, tu n'as pas le droit actuellement en société, les nouveaux codes de société, tu n'as pas le droit d'être en colère. Pourtant c'est une émotion, ça fait réfléchir quand même ;

À un moment donné quand tu es diagnostiqué malade psychiatrique, c'est comme si on t'enlève deux émotions, énormes. Et si par exemple tu es un peu euphorique pas dans leur sens à eux, si tu es un peu joyeux, tu n'as pas le droit aussi, parce que là on va dire « Tu es en phase délirante », tu fais la fête, voilà comme tout le monde, on fait la fête et c'est stigmatisé le malade psy, l'être humain. (Exp.LDR.2.2019)

Ce qu'on perçoit dans le récit de Exp.LDR.2, c'est la frontière ténue entre expression vive des émotions et considérations pathologiques. Surtout, Exp.LDR.2 insiste sur la dimension émotionnelle

dans la survenue de ses crises : « *le premier déclencheur, dans toutes mes crises, ça a été l'affectif. Moi je suis affectif émotionnel dans mes crises* ». Ce qui fait qu'il est sujet à des remémorations potentiellement menaçantes :

L'autre fois quand j'ai fait la crise, c'est quand on m'a fait un choc émotionnel et qu'on a touché à mon affectif. Qu'il fallait pas toucher, c'était la limite, il est allé me remémorer ce que j'avais occulté dans ma mémoire. (Exp.LDR.2.2019)

Pour Exp.LDR.2, la confrontation émotionnelle qui dépasse les limites de ce qu'il peut endurer. Ces situations ne sont pas anticipables mais elles sont un point de vigilance pour les futurs intervenants pairs. Exp.LDR.3 parle d'un autre type de rapport à ses émotions. Pour lui, au contraire, les émotions sont éloignées et trop peu accessibles. Comme Exp.LDR.1, il était particulièrement sensible aux bruits environnants : « *j'étais crisé par le moindre bruit, marteau piqueur ou scooter, comme si tout était contre moi alors que ça n'avait aucun sens, enfin pas trop de sens quoi... Donc voilà, après j'ai commencé à voir une psychiatre* » (Exp.LDR.3.2022). Il a réussi à se connecter à ses émotions grâce à des séances avec un psychologue :

Donc, après en parallèle aussi j'ai vu un psychologue... [...] au début on discutait pas trop, ou moi j'avais rien à dire. [Le psychologue me demandait] « Qu'est-ce que tu ressens ? », moi j'ai toujours du mal à connecter un peu à mes émotions, j'ai toujours ce truc-là de tout intellectualiser. C'était hyper compliqué pour moi de dire « Qu'est-ce que tu ressens ? », presque je lui posais la question « Mais ça veut dire quoi ? » [...] Maintenant je suis plus rattaché à mes émotions. (Exp.LDR.3.2022)

Bien que son rapport aux émotions soit différent des autres MSP, la question demeure centrale dans sa santé psychique. Pour lui comme pour Exp.LDR.2, Exp.LDR.1 et sans doute d'autres ISMC non pairs, être confronté à des émotions fortes bouscule sa construction identitaire. La confrontation avec des situations émotionnellement intenses se fait particulièrement sentir dans la gestion de crise où les formes d'expression de la psychose sont inaccoutumées, empruntent des chemins détournés et augmentent la déstabilisation.

Gestion quotidienne des émotions en contexte d'incertitude

J'ai étudié par ailleurs (Bechla, 2017) le type des interactions dans les réunions du LDR, selon qu'elles se basent sur la relation ou sur le contenu. Mon propos prenait pour référence le troisième axiome de la communication de Watzlawick et ses collaborateurs, défini ainsi : « *toute communication*

*présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite est une métacommunication¹ » (1972, p.52). Pour les auteurs, si la relation est saine c'est le contenu du message qui prime et les échanges sont constructifs alors que dans les relations pathologiques la nature de la relation prend toute la place, au détriment du contenu. Dans cette situation, les échanges se focalisent sur les personnes plutôt que sur les objectifs du groupe. En 2017 j'ai observé dans les réunions du LDR plusieurs échanges qui relevaient des affects relationnels et empêchaient l'élaboration collective. Avec le recul, je considère que l'expression de ces affects venait signifier les tensions du processus groupal. Tout se passait comme si l'expression des émotions n'était pas pensée par ailleurs et que le contexte inconsistant autorisait la communication extravagante. De fait, il est rare qu'exprimer ses émotions soit vu comme un comportement professionnel bien qu'une tendance managériale d'injonction dans ce sens semble émerger ces dernières années (Jeantet, 2018). Le contexte spécifique du LDR, avec ses *normes sociales* sur la gestion des émotions, autorise l'expression des émotions par les ISMC tout en maintenant une posture professionnelle. Il s'agit d'une situation inhabituelle comme le relève Exp.LDR.2 :*

C'est que au travail on te permet pas d'extérioriser tes émotions, à force de tellement interioriser. Parce qu'en fait c'est le contrôle de soi, si une personne est pas calme ou réfléchi on va interpréter que tu es malade. (Exp.LDR.2.2019)

Par exemple, dans la relation psychanalytique le thérapeute communique rarement sur ses émotions, sur son histoire personnelle ou sur son vécu, alors que les MSP font du témoignage une forme de relation thérapeutique (Cf.339). Cette modalité relationnelle n'est pas sans risque mais est-ce que le travail au LDR n'est pas aussi l'acceptation de vivre des émotions fortes ? Les intervenants s'approprient les émotions comme outil de travail afin que les personnes verbalisent leur ressenti, mais sont touchés en retour. Il est donc nécessaire de penser la manière dont elles sont ingérées et digérées par les ISMC qui font face à la crise relationnelle dans l'instant, mais doivent aussi gérer leurs propres affects une fois la journée professionnelle terminée. La gestion post-crise est importante et il existe une différence, donc un travail émotionnel, entre la réaction naturelle qu'auraient les ISMC dans le cadre personnel et celle qu'ils adoptent (Hochschild, 2003). Une salariée de la psychiatrie posait la question de la « juste » distance émotionnelle lors d'un colloque : « [Les émotions] *sont d'une puissance ! Et je me demande jusqu'à quel point les formations qui nous disent de prendre de la distance ne sont pas dans le faux. Il ne faut pas se couper de ses émotions* » (EHESP, 2022). En effet, la

¹ Le texte original est en italique.

mise à distance des émotions semble atteindre ses limites dans le contexte extrême du LDR. Ce constat invite à questionner la gestion de la sphère émotionnelle pour les salariés du secteur médicosocial.

Il existe une tension entre la responsabilisation souhaitée des personnes accueillies, la réciprocité affichée des échanges et les situations conflictuelles face auxquelles la réaction professionnelle diffère de la réaction naturelle. D'un côté il est demandé aux ISMC une implication personnelle, de l'autre une maîtrise des émotions. Plutôt que de laisser libre-court aux émotions et à leurs éventuels débordements, il apparaît nécessaire de penser les conditions de leur expression. À contre-courant d'une mise à distance des émotions, l'approche OD invite à garder un esprit ouvert et non défensif lorsqu'un problème surgit dans la relation à l'autre. Dans l'OD, se pose la question de savoir comment amener ses émotions dans le travail afin qu'elles soutiennent le processus thérapeutique (Seikkula & Trimble, 2005). Pour cela, l'équipe réflexive est invitée à tolérer l'incertitude qu'engendre la crise psychique, dans le dialogue polyphonique qui se trame par l'intermédiaire des échanges réflexifs (Olson *et al.*, 2014). Mais la divulgation d'informations personnelles reste délicate pour certaines personnes comme j'ai pu le constater lors de la formation. La session intitulée « Famille d'origine », durant laquelle nous présentions et commentions notre arbre généalogique, a été très forte émotionnellement. Les liens qui se sont créés dans les groupes de travail dépassent largement le cadre professionnel voire la plupart des relations amicales. Plusieurs personnes ont fait part de pans très intimes de leur histoire personnelle, certains ont pleuré et d'autres n'ont pas été en capacité de réaliser l'exercice. L'intérêt que représente le travail sur l'histoire familiale, mais aussi les fragilités qu'il dessine pour ceux qui s'y confrontent, expliquent pourquoi l'intime est un point de vigilance institutionnel. En effet, les individus qui posent problème dans un organisation sont souvent les reflets des tensions institutionnelles et au LDR la mobilisation de l'intime est un point central.

Le dévoilement nécessite une sécurité affective que tous les professionnels ne possèdent pas. Il s'agit de poser de nouvelles limites du travail en santé mentale qui perturbent les pratiques existantes. Dans l'approche OD, la mise en mots participe au soulagement des tensions émotionnelles, ainsi qu'à une meilleure compréhension des événements : « *through dialogue, human systems mutually evolve their own language and confirm its meaning* » (Anderson & Goolishian, 1988, p.2). L'évocation des moments complexes, l'expression des émotions, les échanges entre les acteurs sur leur point de vue respectif, etc., évitent l'épuisement psychique et les tensions interpersonnelles. Il s'agit d'une question de santé, individuelle et collective, relevée par mes interlocuteurs :

Et ça aussi, c'est des trucs en tant que médiateur de santé, on devrait avoir un peu des formations là-dessus, sur quand on a des émotions un peu négatives ou qui nous prennent un peu aux tripes [...] de repérer que c'est une émotion un peu négative qui me prend, et

puis d'avoir les clés peut-être pour parler de ses émotions, dire « ça me renvoie à des trucs compliqués ». (Exp.LDR.1.2022) ;

Il y avait des choses que je savais pas faire, d'exprimer ses ressentis, savoir identifier ses émotions et cætera, ce qui est vraiment la base de ce que t'apprends. Moi je connaissais les capitales européennes, mais je savais pas savoir que j'étais énervée ou en colère ou en quoi. (Exp.1.2022)

Hochschild « considère les règles de sentiments comme étant l'aspect de l'idéologie qui s'occupe des émotions et des sentiments. La gestion émotionnelle est le type de travail nécessaire pour faire face aux règles de sentiments » (2003, p.19). Quelques procédures ont été mises en place au LDR pour alléger le travail émotionnel. Les routines de réunion comme la « météo » personnelle, permet l'expression de son état émotionnel et apaise une partie des tensions, sans les évacuer. Lorsque la météo est mise en place, la réunion se déroule généralement de manière plus calme. Des règles de communication ont aussi été établies (non-jugement, ne pas couper la parole, etc.) et lorsqu'elles sont rappelées en début de rencontre, les échanges tendaient à être moins agressifs. Un tour de table de fin de réunion sur le ressenti de chacun peut également aider les acteurs à exprimer leur vécu de la réunion, notamment si des points restent en suspens. Cet état des lieux de fin de réunion est peu réalisé, souvent par manque de temps, mais il produit des effets positifs sur le groupe et évite que les personnes repartent avec un ressentiment non exprimé. L'attention portée à la dynamique d'équipe est bien sûr prépondérante, tant les rapports humains sont primordiaux dans ce type de dispositif (Demailly & Haliday, 2022) :

Let's be honest about it. Many of the populations that we help have great needs - many of the needs are realistic because of their own poor life conditions. But in the process they have developed a desire that requires a lot of giving on our part. (Freudenberger, 1974, p.162)

La bonne entente avec les collaborateurs permet d'exprimer ses doutes, ses souffrances et organise un soutien des intervenants les uns envers les autres. Un temps d'échange à la suite de la journée constituerait un espace d'évacuation des émotions avant de quitter le travail car la question de « ramener » les émotions liées au travail dans le cadre domestique interpelle les ISMC :

Je suis très émotif. Je sors les émotions au LDR pour ne pas les ramener chez moi. (notes de terrain) ;

Apprendre à mettre de côté le vécu de toutes ces journées au LDR. (notes de terrain) ;

Quand tu rentres chez toi, tu peux te permettre d'évacuer tes émotions. (Exp.LDR.2.2019)

Il a été envisagé la mise en place d'un journal de bord ouvert à l'équipe, où les intervenants pourraient noter les moments de la journée qui les ont particulièrement touchés. Mais la forme la plus standardisée pour l'expression des émotions reste les temps de supervision ou d'analyse de pratiques professionnelles. Ils permettent de donner du sens au vécu et aux situations afin d'intégrer l'expérience sous forme de savoir. La réflexivité qui se déploie dans ces espaces consolide le vécu expérientiel collectif de l'équipe d'intervention (Meriaux & Denis, 2022). C'est pourquoi les modalités de choix de la personne en charge de ces espaces sont primordiales. Le choix du superviseur doit selon moi concerner toute l'équipe et faire l'objet d'un consensus.

Deux perspectives se détachent de mon analyse de la place des émotions au LDR. Selon la première, vivre avec des personnes en situation de souffrance psychique intense nous place face à des émotions exacerbées qu'il est impossible de raisonner. Par exemple, se sentir surveillé, sensation désagréable en soi mais souvent passagère et mise à distance par le raisonnement, devient ingérable et omniprésente dans les syndromes de persécution. Cette sensation envahit l'espace psychique et se répercute dans les relations à l'autre. Faire face à une personne paranoïaque c'est recevoir en partie l'angoisse qu'elle éprouve. Dans la seconde perspective, la proximité relationnelle et expérientielle entre les intervenants et les personnes accueillies engendre une identification plus importante et donc favorise l'empathie. Le dispositif expose alors plus intensément les ISMC aux émotions véhiculées dans les relations humaines. Ce travail sur les émotions étant peu formalisé et touchant à nos sphères intimes, nous pouvons rapidement nous sentir « débordés » par celles-ci. La proximité relationnelle rend alors la mise à distance du ressenti émotionnel plus complexe que dans les institutions psychiatriques habituelles où la frontière entre soignants et soignés est fortement marquée.

1.2 Imbrications entre sphères personnelle et professionnelle

Les émotions sont une composante centrale de la relation de soin pour des ISMC qui s'engagent en les exprimant. Mais cette expression des émotions provoque des changements sur l'individualité des professionnels : « le langage social des émotions devient un révélateur du déplacement des frontières entre la sphère du privé et celle du public » (Fernandez *et al.*, 2008, p.10). Le partage de l'intime n'est pas réservé aux travailleurs pairs mais concerne l'ensemble des ISMC car avant d'être des professionnels du soin, de la relation ou de la communication, nous sommes avant

tout des individus avec une expérience singulière et des zones de fragilité. L'un des psychiatres interviewés précise cet apport du personnel dans le soin psychique :

Je pense que, quand on choisit la psychiatrie c'est bien de s'interroger pourquoi on fait de la psychiatrie, et dans les raisons personnelles et dans les raisons plus théoriques. Après je pense qu'on soigne avec ce qu'on est avant tout Rires, et donc il y a des gens qui sont... et puis après évidemment avec ce qu'on apprend et avec la réflexion, mais c'est aussi comme ça qu'on fait du soin psychique, c'est une part de soi, on peut pas se protéger. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Les écrits de Goffman éclairent ces phénomènes par une approche *sensible* de la différence. Goffman (1975) insiste sur la perception du *stigmaté* qui n'opère pas de la même manière si celui-ci est visible ou non. Suivant cette logique, tous les professionnels possèderaient une forme de stigmaté qu'ils donneraient ou non à voir. Ceci amène Goffman à analyser la transmission de l'information sociale qui varie en fonction des personnes et des situations, mais aussi le « défaut à demi caché » et la déviation « ordinaire » :

Notre hypothèse est donc que, pour comprendre la différence, ce n'est pas le différent qu'il convient de regarder, mais bien l'ordinaire. La question des normes sociales demeure certes au centre de l'étude, mais notre intérêt ira moins à ce qui s'écarte extraordinairement du commun qu'à ce qui dévie communément de l'ordinaire. (Goffman, 1975, p.150)

Les réflexions de Goffman m'amènent à penser que si nous avons tous quelque secret que nous tentons de cacher, qui révèle une partie de nos faiblesses, pourquoi ne pourrions-nous pas nous ouvrir à partir du moment où cette divulgation se fait dans des conditions de sécurité suffisante ? Dans son article sur *Le genre performatif*, Judith Butler insiste sur la similitude humaine face à la vulnérabilité, qui n'est pas réservée aux seules personnes psychiatisées :

Je ne sais pas ce que j'ai à dire, le cas échéant, aux professionnels de santé mentale, mais il est peut-être important de se rappeler que la vulnérabilité est une condition qui nous lie tous. [...] Les professionnels de santé mentale sont aussi sujets à la maladie et aux catastrophes que n'importe qui d'autre, ce qui signifie que la vulnérabilité se retrouve dans toutes les positions d'une rencontre clinique. Si les professionnels de santé mentale s'imaginent qu'ils sont dans une position invulnérable et que seuls les autres sont vulnérables, alors un lien humain est rompu dès le début de l'échange. (Butler, 2023, p.5)

L'acceptation de notre propre vulnérabilité conditionne la relation de la soin. La santé mentale nous concerne tous et sans acceptation d'une fragilité réciproque, point d'interactions égalitaires. Il est donc vain de scinder les individus entre deux groupes distincts, voire opposés.

Acquis d'expérience personnelle

Comment se concrétisent ces zones de friction entre les parties professionnelles et personnelles de notre identité ? En quoi viennent-elles interférer l'une sur l'autre dans les différents espaces qui nous constituent ? Ces questions se posent lorsque l'on considère le travail comme un lieu potentiel de santé ou au contraire de souffrance (Clot, 2015 ; Dejours, 1998). Dans le cadre du LDR, deux éléments viennent questionner ce rapport à l'intime et aux émotions. Le premier est l'approche OD (Cf. p.259) qui donne une place conséquente aux histoires familiales et aux émotions. Comme j'en ai fait l'expérience, cette introspection conscientise le lien entre relations intrafamiliales et rôle professionnel. Le second élément est le contexte collectif du dispositif qui produit des normes (Cf. p.176) auxquelles l'expression des émotions et de l'intime doit répondre. Le travail pair et le savoir expérientiel (Cf. p.316) renforcent la visibilité de ces processus en grossissant ces intrications. Pour les MSP, l'expérience de vie légitime la fonction professionnelle et ils ne quittent pas leur statut social en même temps que le leur lieu de travail : « *quand on est patient partenaire on sait jamais si on travaille toujours ou jamais* » (EHESP, 2022). Un MSP témoignait qu'il lui était impossible de séparer son moi professionnel de son moi privé et que les troubles psychiques étaient une partie intégrante de sa personnalité.

Sur mon terrain de recherche de nombreux professionnels ont témoigné d'expériences de vie en lien avec la santé mentale, sans se définir pour autant comme travailleurs pairs. C'est le cas d'une personne reçue en entretien d'embauche qui « *était[t] anorexique* » dans son adolescence et qui a été plusieurs années en couple avec une personne étiquetée schizophrène. C'est aussi le cas d'Exp.LDR.9 dont l'appartement avait été appelé « lieu de répit » parce qu'il servait de refuge à des personnes dans des situations compliquées (notes de terrain). Int.LDR.12 témoigne également de son enfance traumatisante en lien avec une agression sexuelle lors d'un entretien professionnel. Ces expériences de vie sont constitutives des ISMC et il est impossible de les scinder de leurs êtres professionnels. La question est de savoir comment sont mis en avant, ou non, ces savoirs expérientiels dans les pratiques de soin. Dans son travail de thèse Baptiste Godrie (2014) a rencontré des équipes dans lesquelles les intervenants (non pairs) mettaient en avant leurs savoirs expérientiels (p.301). Pour ma part, j'ai été témoin d'une situation particulièrement émouvante dans laquelle une professionnelle a dévoilé à une jeune victime qu'elle avait également vécu une tentative de viol. En plus du courage qu'une telle affirmation comporte, ce témoignage avait renforcé la confiance de la jeune femme en l'équipe

soignante. Les expériences de vie peuvent donc nourrir les pratiques d'intervention pour peu qu'elles soient mobilisées à bon escient. Ainsi, le dispositif LDR, par la place qu'il donne au vécu personnel rend possible la valorisation d'un savoir expérientiel au sens large :

C'est ce que le LDR permet, de venir avec son bagage de la « maison », ce que l'on ne peut pas faire en institution, car on est censé mettre de côté. Arrivé en institution, on te dit que le perso tu le laisses aux vestiaires. Ici le perso tu viens avec. (Coor.LDR.4.2020)

Les savoirs expérientiels réinvestis dans le cadre professionnel sont de différentes natures, issus de la précarité : « *c'est l'expérience de rue qui me sert [...] c'est les stigmates qui m'aident le plus* » (Exp.LDR.10.2020) ou liés à des expériences en rapport avec la santé mentale :

[J'utilise mes deux expériences, le suicide et la dépression, dans ma pratique d'accompagnement] mais je le fais sans y réfléchir. J'ai du mal à faire la différence entre le pro et le perso, ce n'est pas clivé. Dans ma posture je n'arrive pas à distinguer le pro et le perso, il y a une interaction permanente entre les deux. (Int.LDR.7.2020)

D'autres intervenants témoignent de cette indistinction entre les expériences privées et professionnelles : « *ce que j'ai subi en HP [...] c'est ce savoir expérientiel qui est le moteur de mon envie de travailler, il n'y a pas de distinction entre l'expérience perso et le pro* » (Exp.RAP.2.2020). Les dimensions professionnelle et personnelle des savoirs expérientiels sont mobilisables dans l'accompagnement et représentent des bénéfices potentiels. Il s'agit de passer d'un clivage entre les deux mondes à un décloisonnement qui permette d'intégrer une part de personnel dans le travail en santé mentale. C'est ce dont témoigne un intervenant lors d'un *focus group* :

Ceux qui ne clivent pas le perso, et le pro et donc mettent de l'humanité dans ce qu'ils font ils font un boulot plus efficace que ceux qui cloisonnent et disent que le perso ne rentre pas dans la vie pro. Parce que tu vas pouvoir échanger des expériences persos avec un usager, tu crées un climat de confiance, tu te dévoiles à lui, et lui va peut-être plus facilement pouvoir se dévoiler ensuite, moi j'arrive pas à saisir la volonté de cliver les deux. (Int.LDR.7.2020)

Cette nouvelle conception de l'intime et des savoirs d'expérience a des conséquences sur l'accompagnement des personnes, mais aussi sur les intervenants eux-mêmes : « conduits à créer leur métier à partir d'eux-mêmes, sur la base de leur vécu passé et au coup par coup des interventions,

leur identité professionnelle ne peut se démarquer de leur identité personnelle »¹ (Pasquier & Rémy, 2008, p.21). Du personnel au professionnel et inversement, nos expériences modifient nos actes.

Effets et réponses de la mobilisation expérientielle

J'ai observé une forme de normalisation des troubles à la suite d'une situation de divulgation. Lors de celle-ci un participant a fait part d'une expérience de dissociation vécu au cours d'un exercice de formation. Le même professionnel cite ensuite des concepts à connotation positive dans des associations réalisées autour du mot « psychose ». Pour lui comme pour d'autres personnes rencontrées, la psychose est une part consubstantielle de son être. À la suite de cet exercice, un autre professionnel témoigne d'une expérience d'entente de voix, avant que trois autres professionnels témoignent à leur tour d'expériences personnelles en lien avec la santé mentale. Souvent notre appétence professionnelle est guidée par des expériences personnelles. Même dans le cas contraire, notre vécu professionnel agit sur notre psyché, comme le relève ce psychiatre :

Depuis que je fais de la psychiatrie ou que je fais de la médecine, je rêve des patients, je rêve des histoires, ça en fait partie, je pense qu'il y a aucun soignant qui peut dire qu'il ne pense pas aux patients quand il est en dehors du travail. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

L'approche communautaire du projet a fait qu'à plusieurs reprises des proches d'ISMC ont été accueillis au LDR. Dans la majeure partie des cas les intervenants étaient plutôt réticents à accueillir une personne proche d'un des membres de l'équipe, sans que cette question soit tranchée. Cette réserve ne doit selon moi pas se systématiser car il est possible de penser ce type d'accompagnement en prenant les précautions nécessaires (non-référence du proche, organisation des horaires de présence du professionnel, neutralité en cas de difficultés particulières, etc.). Ce sont les moments où des partenaires professionnels croisent un ISMC hospitalisé que les interactions entre sphère professionnel et personnelle ont le plus dérangé les personnes que j'ai rencontrées. Elles témoignent d'une gêne à ce que d'habituels collaborateurs les voient dans une posture de vulnérabilité. Le problème est d'autant plus important dans les villes de moindre importance où les ressources en santé mentale sont réduites. Dans ce cas, trouver un professionnel de santé orienté rétablissement qui ne soit pas connu dans le cadre professionnel relève de l'exploit. Deux MSP en témoignent :

¹ Pasquier & Rémy parlent du métier de médiateur social, dont les points de comparaison avec celui de MSP sont des sources de recherche fertiles.

Dans le Cantal, j'ai énormément souffert et c'est pour ça que je suis à Marseille d'ailleurs, pour avoir des soins adaptés. J'ai énormément souffert du manque d'écoute, de personnes compétentes en addictologie. (Exp.LDR.4.2017) ;

Même si le psychiatre que tu voudrais consulter n'est pas dans ta structure, tu es amené à le rencontrer dans des réunions [...]. Et comment t'acceptes quand tu t'es rétabli, que tu vas peut-être moins bien, comment t'acceptes d'aller consulter quelqu'un alors que t'es dans le même milieu ? (Exp.LDR.16.2019)

Ces témoignages montrent la proximité affective qui peut exister entre les acteurs d'un territoire donné, mais également que la qualité des relations, qu'elles soient positives ou négatives, agit sur la collaboration professionnelle. La dynamique des interactions au sein du lieu agit sur la vie personnelle des intervenants et inversement, au même titre que le contexte moral et matériel. Au LDR, l'alternance entre exaltation et déception, la complexité des enjeux micro et macrosociaux, les contraintes de vie en collectivité, etc., pèsent sur les acteurs. C'est le cas de Exp.LDR.8 qui a habité dans les locaux du dispositif, brouillant encore un peu plus les frontières entre privé et professionnel puisque la situation lui donne l'impression de « *travailler 24h/24* » (notes de terrain). Les conséquences sur la santé des membres du collectif peuvent être importantes. Par exemple, suite à un épisode de crise collective, au printemps 2017, une personne entre en dépression, une autre reste inconsciente pendant trois heures et une dernière se fait rouler sur le pied par une voiture. Il ressort donc de mes observations que *la participation au dispositif agit sur la santé des acteurs.*

La dynamique collective peut participer d'un mieux-être : « *je crois que c'est aussi, je vais employer un vocabulaire... aussi thérapeutique pour les thérapeutes entre guillemets que pour les thérapeutés Rires* » (Int.LDR.1.2017). Mais elle peut aussi provoquer une dégradation de la santé psychique, comme ressenti par ce coordinateur : « *pris tous les jours, tous les soirs, par le LDR. [...] Ça prend trop de place* » (notes de terrain). Le dispositif et ses enjeux débordent sur le domaine privé et empiètent sur l'existence des acteurs : « *c'était compliqué pour moi, je mélangeais un peu tout, aussi en rentrant chez moi* » (Exp.LDR.3.2022). Ces constatations appellent des ajustements pour préserver son énergie psychique et l'activité créative « qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue » (Winnicott, 2018). Les propositions en ce sens sont souvent des assertions de bon sens : « *ce qui aurait pu m'aider c'est peut-être d'avoir un téléphone pro et un téléphone perso, d'avoir vraiment un mail pro et un mail perso aussi* » (Exp.LDR.3.2022). Il est aussi conseillé de rencontrer les personnes accompagnées uniquement dans le cadre professionnel, les rencontres en dehors de ce cadre pouvant entraîner des difficultés (notes de terrain). L'idée de formaliser un sas de décompression entre le travail et le domicile a aussi été évoqué. Ces propositions sont connues,

théoriquement et empiriquement, par les professionnels de tous horizons. D'autres idées en lien avec la santé mentale sont aussi apparues. Après l'intervention de la police pour une interpellation violente au LDR, la situation est amenée dans le cadre des APP. Le problème ressenti est qu'il n'y a pas de temps dédié à l'expression des émotions. L'organisation de ces espaces doit être souple et agile afin de pouvoir répondre aux situations d'urgence, tout en maintenant une organisation générale fluide. Enfin, Exp.LDR.3.2022 évoque une piste que je trouve particulièrement intéressante, celle de partager en équipe l'apparition d'un symptôme, lié aux conditions de travail :

J'ai vraiment un sentiment de persécution qui revient. Donc ça, est-ce qu'on le parle avec les autres collègues de travail ? On peut, je pense que c'est bien même de le spécifier, en toute confiance, il y a pas de raison... (Exp.LDR.3.2022)

Le partage va dans le sens d'un dévoilement maîtrisé de son vécu psychique et d'une meilleure interconnaissance personnelle entre les intervenants. Il faut rappeler l'importance de la qualité des espaces dans lesquels des informations intimes peuvent être partagées. Ils doivent être suffisamment sécurisant et non-jugeant pour que les ressentis puissent s'y exprimer en sérénité.

Dans cette sous-partie, j'ai mis en évidence l'action du cadre moral et organisationnel du LDR sur les ISMC qui sont invités à amener leurs émotions et leur intimité sur leur lieu d'exercice professionnel. Les émotions y prennent une place d'autant plus grande que la crise peut être considérée comme une expression émotionnelle qui n'a pas trouvé d'autres formes transmissibles. Les ISMC sont donc appelés à réaliser un travail émotionnel conséquent en premier lieu avec les personnes accueillies, mais aussi au regard de leurs propres ressentis. L'intervention des ISMC sur la communication *analogique* (Watzlawick *et al.*, 1972) est alimentée par leurs savoirs expérientiels issus de leur histoire personnelle et professionnelle. Au LDR, la mise en actes de ces savoirs n'était pas limitée aux MSP. En retour, la dynamique institutionnelle imprègne positivement ou négativement l'état psychique des ISMC, particulièrement lors des épisodes de crise collective. Il y a donc action réciproque de l'environnement émotionnel sur les ISMC et inversement. En cela, le LDR constitue un lieu particulier, ni complètement professionnel ni complètement personnel. Nous allons voir à présent de quelles façons cet environnement spécifique agit collectivement sur les individus.

2. Le collectif LDR, un espace de transition entre l'intime et le professionnel

J'ai montré de quelle manière l'expérimentation et la sphère personnelle étaient liées et interdépendantes. Puisque l'expérience de vie est réutilisée dans le cadre du LDR et que celui-ci a une incidence sur la vie personnelle, je vais m'intéresser aux modalités d'interaction au sein du collectif

afin de mieux comprendre comment fonctionnent les échanges entre les deux espaces. Je fais ici l'hypothèse que cultiver des liens positifs est une condition pour que la participation soit bénéfique aux acteurs. La qualité des dynamiques groupales tient au sentiment d'appartenance communautaire qui lui-même entraîne des effets sur les formes de participation : « la communauté et la participation sont, de cette façon, intrinsèquement liées et nous devons discuter des deux concepts en relation l'un avec l'autre » (Campbell & Jovchelovitch, 1999, p.264). L'analyse de la dynamique interne de la communauté du LDR, permet de saisir les mécanismes individuels et collectifs par lesquels la transformation réciproque advient.

2.1 La communauté du LDR

Durkheim (1981) a souligné la nécessaire intégration sociale pour la santé individuelle : « l'intégration de l'individu dans le tissu social, par un jeu d'obligations et de responsabilités mutuelles, est importante non seulement pour lui garantir un bon fonctionnement physique, mais également pour préserver son bien-être mental » (cité dans Saïas, 2009, p.13¹). L'appartenance sociale permet la rencontre réflexive et constructive, qui concrétise les potentialités individuelles et collectives : « point de rencontre des problématiques individuelles et des systèmes institutionnels, le groupe est un lieu de significations qui donne sens au contexte, aux relations et à la praxis tout en les organisant » (Giust-Desprairies, 2009, p.132). La société est le lieu de l'échange des affects et des émotions individuelles et collectives qui sont en interaction constante (Pagès, 1975). Les modalités de transformation du groupe à la communauté demeurent imprécises notamment lors des situations propices à l'*empowerment* collectif. Comme le relève Ninacs : « un deuxième type d'*empowerment* est l'*empowerment* communautaire qui, de façon générale, correspond au moyen par lequel des communautés augmentent leur pouvoir collectif » (Ninacs, 2003, p.6). Samuel Lézé a soulevé le risque d'une inconsistance méthodologique pour l'approche ethnographique de ce vocable :

Le terme agit comme une bonne image qui survalorise l'appartenance locale dans une conjoncture de bouleversement social. Figure du consensus paisible et béat, la communauté ignorerait les conflits. De ce fait, la méthodologie, de préférence employée par ces « sociologues », est le travail de terrain et la référence à l'anthropologie sociale est très marquée par la quête des relations authentiques. (Lézé, 2008, p.3)

¹ Malgré mes recherches, il ne m'a pas été possible de retrouver la référence originale.

Afin de ne pas introduire ce risque méthodologique dans la thèse, je définirai la communauté du LDR comme le regroupement de personnes partageant un objet commun (la crise psychique) dans un espace commun, tout en réalisant un ensemble d'activités impliquant des interactions régulières. J'ai montré que la construction du dispositif (Cf. p.106) avait justement engendrée des conflits du fait de l'approche communautaire, appuyant ainsi les propos cités ci-dessus. La communauté n'est donc pas idéalisée comme une forme apaisée de collectivité, mais elle reflète le vocable local.

Interactions et normes morales

Les acteurs du dispositif LDR adoptent un style de vie collective qui correspond aux normes et valeurs morales du projet (Cf. p.179) et entretiennent des relations spécifiques définies par le contexte dans lequel elles se déroulent. La communauté LDR peut être appréhendée dans un sens large, si l'on suit la définition de William Ninacs : « le mot "communauté" renvoie à un ensemble de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis qui ont une interaction sociale ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent » (2003, p.8). La définition de l'OMS est plus restreinte : « au sens de l'OMS, [la communauté] renvoie à des personnes qui ont des besoins, des valeurs, des normes en commun et partagent une identité de groupe » (Gross *et al.*, 2017, p.558). L'analyse interactionniste du dispositif permet de saisir les bénéfices des relations interpersonnelles exprimés par certains acteurs : « moi il est arrivé un moment où le collectif c'était ce qui faisait ma semaine, je faisais plus la distinction, c'était le collectif en priorité [...] ça m'a donné un cadre et j'étais bien, j'étais actif » (Exp.LDR.4.2017). Lorsque les interactions sont positives, le bénéfice apporté par la participation au projet est sensible : « le collectif amène une philosophie, une prise de conscience aussi. [...] Il y a toujours cette ferveur, cette dynamique. Ce qui fait que ça protège le lieu, que les gens s'y sentent bien » (Us.LDR.1.2017). Une meilleure compréhension des processus relationnels permet de prévenir dans une certaine mesure les tensions engendrées par le collectif. Mon interlocuteur observe les interactions pour comprendre son fonctionnement : « c'est pour ça que je regarde l'effet de la dynamique du collectif, l'impact que ça peut avoir, même si j'en fais partie » (Us.LDR.1.2017). Sue Estroff et Robert Barrett, dont les travaux font référence en anthropologie de la santé mentale, ont mobilisé une approche interactionniste dans leurs études :

Une idée fondamentale pour le paradigme interactionniste est l'idée que le sens est issu de, et produit par, la communication et l'échange interpersonnel. Les objets et les expériences possèdent peu de qualités absolues mais se chargent de qualités et de significations à travers les rencontres des individus entre eux. Ces rencontres sont interprétées et comprises par les individus sur la base d'un savoir de sens commun qui a

été établi, confirmé et modifié à travers les interactions avec d'autres personnes qui ont eu des rencontres similaires et ont fait des interprétations semblables. En d'autres termes, le sens et la signification sont décidés et appris par la négociation avec d'autres. (Estroff, 1998, p.309) ;

L'interactionnisme symbolique insiste sur l'environnement symbolique d'idéologie, de significations et de valeurs partagées qui caractérise le monde social humain. Son principal théoricien, Georges Herbert Mead (1934), voit l'interaction sociale comme un processus d'interprétation mutuelle, basé sur la capacité de l'individu à prendre le rôle de l'autre, à imaginer comment il ou elle peut être interprété(e) par l'autre. À un niveau macrosocial, l'interactionnisme symbolique pose un modèle fluide de société dans lequel le changement et le conflit sont intégrés à la structure sociale, soit une critique explicite des modèles précédents posant la société comme un système statique et harmonieux. À un niveau microsociale, il pose un « moi » qui ne s'enracine pas seulement dans des rôles sociaux, mais constitue aussi une instance de réflexivité et de créativité. (Barrett, 1999, p.24)

Au LDR, l'attachement relationnel au dispositif est valable dans une large mesure, quel que soit le statut considéré et se manifeste de façons diverses : passage impromptu pour les anciennes personnes accueillies, maintien du contact avec d'anciens bénévoles ou encore fulminations intempestives sur son vécu dans le projet. Les liens entre les membres du collectif se révèlent notamment lors d'événements marquants, comme la survenue d'un décès, durant lesquels la communauté se retrouve autour du défunt. Ce qui caractérise le collectif, c'est la mise en commun autour d'un objet précis qui efface les différences statutaires :

On cherche à créer un collectif qui s'inscrit dans un projet commun, partagé. On n'est jamais sûr que tout le monde comprend la même chose du projet partagé, on se retrouve donc dans des collectifs. Un grand collectif prend acte que tout est partagé, sinon on a des collectifs dans le collectif, avec des enjeux de pouvoir, des intérêts divers d'un groupe au détriment d'un autre. (Coor.LDR.2)

L'appartenance à la communauté implique des règles d'adhésion au projet politique même si des désaccords persistent. L'idée d'un dispositif en alternative à l'hospitalisation fait consensus mais chacun a une idée de la forme qu'il devrait prendre, forcément différente du modèle tel qu'il est développé. Les critiques se concentrent sur le projet de recherche randomisé PREPS, sur l'insécurité du dispositif, sur l'instabilité institutionnelle ou encore sur la répartition du pouvoir dans la

gouvernance. La présence et la participation de personnes extérieures au dispositif¹ nécessitent toutefois d'être régulées afin de respecter l'objectif premier du dispositif : l'accompagnement des personnes accueillies en situation de crise. Étant donné la difficulté de la tâche, il est impossible que les ISMC déjà très pris par l'animation quotidienne du lieu, puissent faire face à des aléas supplémentaires. Ces règles de fonctionnement sont avant tout destinées à sécuriser les lieux et les personnes. Le passage improvisé d'anciennes personnes accueillies impacte la dynamique du collectif et le fragile équilibre construit par les ISMC. Comme la présence d'anciennes personnes accueillies peut aussi être bénéfique, les ISMC ont instauré que ces passages soient anticipés et organisés. Les repas communautaires ou l'organisation de « Café Rétablissement » sont de bons exemples d'animations qui modulent l'espace thérapeutique en renforçant la cohésion autour du projet. Garantir un espace sécurisant est important pour que les personnes puissent se sentir libres de participer, car c'est par la participation que les individus reprennent du pouvoir d'agir et se sentent intégrés à la communauté. La participation est vue comme une possibilité d'inclusion dans un nouvel espace social :

Cette simple inclusion au LDR et aux réunions du LDR est donc une étape importante pour permettre aux individus d'entamer un processus d'*empowerment* individuel et de rétablissement lorsque ceux-ci n'en sont qu'à leurs balbutiements. (Devaux, 2019, p.26)

La participation peut avoir une fonction de cercle vertueux : en participant, les membres se sentent appartenir au collectif et donc se sentent libres de participer (Palma Villalobos, 2018). L'un des acteurs du projet décrit cette dynamique : « *là je te parle plutôt des gens attirés plutôt par le côté répit, communauté, collectif. Parce que ça donne un élan. Un élan qui après se transforme parce qu'on a envie de participer* » (Us.LDR.1.2017). Mais la fonction thérapeutique du collectif n'est ni automatique, ni infaillible et en creux, l'approche par la participation pose la question de ses limites et de la non-participation. Comme le souligne Schaefer et ses collègues (2021), l'intérêt de la participation à un groupe dépend aussi d'une adéquation entre l'individu et le groupe : « *our results show that the match between the group and the individual participant plays an essential role in an individual's optimization of HVG² meetings* » (p.10). Mais comme le soulignaient les premiers salariés de *Soteria House* (Mosher *et al.*, 2004), quelle que soit l'organisation préalablement définie toutes les situations ne peuvent pas être anticipées. Il semble plus intéressant de penser des espaces qui permettent d'interroger les limites, afin de tirer de nouveaux savoirs de ces réflexions qu'il est ensuite

¹ C'est-à-dire les anciennes personnes accueillies, les membres de l'entourage des personnes accueillies, les salariés et bénévoles en dehors de leurs horaires d'intervention, les visiteurs divers, etc.

² *Hearing Voices Groups*.

possible de mobiliser pour enrichir le cadre collectif. Le cadre peut de nouveau être interrogé par les besoins de l'intervention, amenant une nouvelle réflexion et ainsi de suite.

Le collectif LDR constitue ainsi un espace social à l'intérieur duquel les (ex)usagers de la psychiatrie rencontrent des normes qu'ils peuvent intégrer sous la forme d'une conformité qui jusqu'ici n'était pas envisageable dans la plupart de leurs activités sociales. Les conceptions morales du LDR diminuent l'importunité du *stigmat* en proposant des échanges basés sur le partage de l'expérience. Cet échange de situations vécues agit ensuite sur le sentiment d'appartenance sociale, renforçant de nouveau la norme :

La suite d'actions déclenchée par une menace reconnue et achevée par un retour à l'équilibre rituel, je l'appelle un *échange*¹. [...] L'échange est, semble-t-il, une unité concrète fondamentale de l'activité sociale ; il fournit une méthode empirique naturelle pour étudier toutes les sortes d'interactions. (Goffman, 1974, p.21)

Toutefois, la présence d'un individu dans un groupe ne garantit pas que la norme soit réalisée. En effet la personne peut ne pas être en capacité de la réaliser ou faire le choix de s'en éloigner : « on peut donc affirmer que les normes d'identité engendrent la déviation autant que la conformité » (Goffman, 1975, p.152). Mais l'appartenance au groupe moralement normé permet aux individus de s'inscrire socialement sans affronter des structures interactionnistes trop éloignées de leur mode de vie. Ainsi, plutôt que ce soit aux personnes stigmatisées de « se recomposer une conduite afin de minimiser l'importunité de leur stigmat », comme le propose Goffman (1975, p.125), il devient possible de s'exprimer dans un cadre moral tolérant vis-à-vis des comportements inhabituels. Cette assertion peut sembler relativement anodine, mais pour des individus marginalisés par des représentations négatives socialement constituées, se sentir membre d'une société donnée relève du thérapeutique. Comme l'écrit Claude Finkelstein alors présidente de la FNAPSY : « raconter ses souffrances, sa déraison, entre pairs est simple, je dirais facile. Le faire devant des étrangers, fussent-ils des thérapeutes, ne l'est pas » (Finkelstein, 2009, p.802). En instaurant de nouvelles normes morales, le LDR facilite l'inscription sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Régulation collective des situations de crise

Comme pour le projet *Soteria*, la philosophie du LDR est de considérer que chacun est une composante importante du dispositif (Mosher *et al.*, 2004). Cette idée s'incarne dans l'affirmation

¹ Souligné dans l'original.

maintes fois répétée, mais complexe à concrétiser, d'une horizontalité statutaire entre personnes accueillies et intervenants. Ce but apparaît à l'inverse dans les communautés thérapeutiques en addictologie où une hiérarchie importante a été observée (Autès, 2020). Dans d'autres espaces ouverts et participatifs, comme la psychothérapie institutionnelle, la hiérarchie réapparaît par les interstices et transpire dans les réunions communautaires qui peuvent servir de lieux de recadrage disciplinaire des patients (El Omeiri & Martinez, 2022). Mais au LDR, malgré les intentions, il n'en demeure pas moins que l'égalité est incomplète puisque si l'égalité était complète, les réponses des intervenants seraient moins policées. Or, les ISMC sont soumis à des contraintes professionnelles que n'ont pas les personnes accueillies (Hochschild, 2003).

Si l'animation du cadre collectif revient essentiellement aux ISMC, les règles de vie peuvent être décidées conjointement avec les personnes accueillies, par exemple lors des conseils de maison. Comme dans la majorité des lieux collectifs, l'entretien des espaces communs ou la gestion du stock de nourriture sont régulièrement source de tensions, obligeant les ISMC à rappeler que le LDR n'est « *pas un hôtel restaurant* » ni « *un foyer* » (notes de terrain). Si le cadre de vie commune n'est pas institué et que les personnes accueillies ne se le réapproprient pas, la situation dégénère rapidement. Les ISMC se retrouvent à réaliser l'ensemble des tâches ménagères et tendent à instaurer une posture de contrôle pour endiguer la dégradation de l'espace commun. Ces *verbatim* d'entretiens montrent les bénéfices et les limites de ce type d'accompagnement :

Ça c'est que des exemples mais pour dire tout, tout, tout, c'est difficile... parce qu'il y a plein, plein, plein d'activités, aller à la plage, boire un café ensemble, c'est que l'équipe qui fait ça en fait, c'est que l'équipe qui pose les idées.... C'est à nous de choisir, est-ce qu'on veut aller ou pas... et donc l'équipe il fait tout, il fait tout plus ou moins, il fait tout, et nous tout ce qu'on fait c'est assister, c'est tout ce qu'on fait... (Us.LDR.7.2020)

Les gens à l'hôpital ils sont, comment dire... il y a un endroit à l'hôpital où les gens ils sont libres de faire tout ce qu'ils veulent même fumer du... ils font tout ce qu'ils veulent mais ils seront toujours encadrés par quelqu'un mais ici le problème c'est que à partir de, je sais pas, neuf heures comme ça, ici ils se sentent trop libres les gens ici parce qu'il y a personne derrière eux, il n'y a pas genre un surveillant qui mette les points sur les i, il y a pas, il y a pas de surveillant ici... (Us.LDR.9.2020)

La dynamisation de la vie quotidienne est complexifiée par la situation de crise psychique. Il existe de plus une ambiguïté sur le statut de l'espace, semi-public ou semi-privé (Cf. p.126) et les personnes accueillies sont enclines à se sentir chez elles quand l'équipe d'intervention quitte les lieux

après 21h. Si les intervenants du matin doivent constamment réparer et nettoyer les déboires de la veille, les tensions s'accumulent rapidement. L'animation collective est donc à la fois un outil d'engagement pour les personnes concernées et un révélateur des tensions qui traversent le projet. De plus, il existe une triple interdépendance entre l'institution, le collectif et les individus dans la régulation des situations de crise. Voici trois exemples issus de mes notes de terrain pour illustrer les différents niveaux de corrélation :

Le comportement d'un individu peut avoir des conséquences sur l'ensemble du collectif. C'est le cas de Us.LDR.12, qui « *est en boucle pendant le repas. Il ne parle que de « tuer des gens » depuis ce matin 8h...* » notent les intervenants sur le cahier de liaison. Les IMSC essayent de tempérer le flot de parole de Us.LDR.12, au moins pendant le repas, mais « *sa négativité déteint sur le groupe, nous passons notre temps à l'écouter* ». (cahier de liaison)

Us.LDR.24 illustre ce qu'engendre chez lui, mais aussi sur le groupe, l'ambiance générale « *le LDR part en vrille. Il y a trop de bagarres¹ pour des gamineries* », et « *ça [lui] fait de la peine pour certaines personnes [qui avaient été touchées intimement par la violence]* ». Les « *bagarres* » rendent Us.LDR.24 triste, participant au maintien de son état dépressif. (notes de terrain)

Enfin, Exp.LDR.9 éprouve de la peur à l'idée de venir au travail. Il a l'impression d'avoir peu de moyens d'action face à la consommation importante de produits psychotropes (entretien professionnel). L'usage de drogues est l'un des points de vigilance : qu'une personne consomme de manière raisonnée ne pose pas de problème, mais si plusieurs personnes accueillies consomment de manière prosélyte, l'ambiance se dégrade.

Le terme de santé communautaire renvoie à une large diversité de réalités, de contextes et de pratiques (Jourdan *et al.*, 2012), et le concept n'est pas maîtrisé par tous les intervenants. Ce constat interroge au regard de l'intitulé de la fiche de poste d'ISMC qui renvoie à la définition du pédagogue par Philippe Meirieu :

L'intervenant en santé communautaire serait donc « celui ou celle » qui se donne pour fin l'émancipation des personnes auprès desquelles il intervient, la formation progressive

¹ Le terme est utilisé ici dans un sens symbolique : disputes, embrouilles, etc., mais pas forcément d'altercation physique.

de leur capacité à prendre en charge leur propre santé individuellement comme collectivement, et qui prétend y parvenir *via* la médiation d'activités structurées, intégrées à un projet de développement social, et fondées sur leur participation pleine et entière (Meirieu, 1991). (Jourdan *et al.*, 2012, p.177)

L'organisation du travail joue un rôle important dans les représentations du poste d'ISMC puisque les intervenants qui sont les plus présents sont souvent ceux qui ont la plus grande expérience professionnelle et qui sont donc les plus proches des pratiques institutionnelles médicosociales. La distinction entre « *eux* » et « *nous* » est alors reprise comme pour justifier une forme d'emprise des salariés sur les personnes accueillies, qui seraient trop peu responsables pour prendre des décisions les concernant. La nature de la réception émotionnelle par les ISMC renvoie alors une image passive aux personnes en situation de crise qui peuvent avoir tendance à l'intérioriser et à se comporter selon les attentes implicites des intervenants. C'est un point que soulève Perry dans l'accompagnement des personnes en crise :

Ce qui a une importance cruciale pour l'individu qui commence à « *tripper* », c'est la réaction émotionnelle de ceux qui l'environnent. [...] Si ceux qui l'environnent le regardent comme un fou, c'est exactement ce qu'il devient, c'est l'image de lui-même qu'il adopte et son comportement le démontre. (Perry, 1976, p.191)

Pourtant, le LDR est bien un vecteur d'appartenance sociale. Par exemple, lors d'un entretien d'inclusion Us.3 interpelle Us.LDR.24 qui passe à ce moment dans la salle de réunion car ils se connaissent préalablement. Le fait de connaître une personne membre du collectif ou de s'intégrer à un collectif préexistant est une source potentielle de mieux-être (Calton *et al.*, 2008). Certaines personnes accueillies trouvent aussi des ressources au sein du groupe pour affronter leurs difficultés : « *moi, il y aurait pas eu le collectif, j'aurais pas pu gérer ma crise tout en aidant les autres et en étant dans l'action* » (Us.LDR.1.2017). Les relations sociales sont l'un des points fondamentaux sur lequel s'appuie le processus de rétablissement (Soundy *et al.*, 2015). Les usagers du LDR en témoignent dans leurs entretiens :

Si j'avais été seul je n'aurais pas travaillé, je serais resté les bras croisés, c'est-à-dire ne pas essayer d'avancer, je serais resté au même niveau. (Us.LDR.6.2021) ;

Le fait de se retrouver avec des gens dans la même situation, ça apporte logiquement un endroit où on peut se poser, s'entraider, partager nos expériences, et ça ce n'est pas tout

le monde qui en a conscience, moi je trouve ça fondamental, pour une personne isolée qui a des problèmes plus ou moins lourds. (Us.LDR.28.2020)

Le collectif LDR instaure de nouvelles normes morales qui visent à faciliter la participation des personnes accueillies. Participation et sentiment d'appartenance groupale sont liés et lorsque l'une des dimensions fait défaut, l'autre s'en trouve impactée. Ces tensions sont visibles dans la répartition des gestes de la vie quotidienne. Le bénéfice de cette approche est la déstigmatisation des pensées et comportements qui ne sont habituellement pas acceptés socialement. Cette tolérance permet aux personnes accueillies de s'intégrer à un groupe qui partage avec elles un certain nombre de valeurs et d'expériences. Accepté dans ses spécificités, l'individu est en mesure d'exprimer son vécu aux autres membres du groupe et d'interagir avec eux.

2.2 Interactions communautaires

J'ai montré dans les sous-parties précédentes l'importance de la gestion de la participation ainsi que les écueils et les bienfaits d'une approche communautaire. J'ai analysé la spécificité du LDR dont la complexité est une composante intrinsèque (Cf. p.219), ainsi que l'importance d'un espace chaleureux et tolérant pour accompagner les personnes accueillies en situation de crise psychique (Deegan, 2002). Dans les paragraphes suivants, je m'intéresse à la forme des interactions au sein du dispositif et à leur rencontre avec ses limites morales. L'objet de la sous-partie est de montrer qu'au-delà des conflits se construit une relation forte et potentiellement soutenante entre les individus qui constituent le collectif.

Limites morales

Les tensions interindividuelles sont fréquentes à différents niveaux du projet, que ce soit dans la mise en application des approches théoriques (Cf. p.204), dans l'organisation du travail d'intervention (Cf. p.242) ou dans la gestion concrète des troubles psychiques (Cf. p.208). Au sein de l'équipe d'intervention les tensions touchent les individus dans leur for intérieur du fait de la porosité des frontières entre l'intime et le professionnel. Ces tensions s'appuient en partie sur une opposition entre salariés issus de l'auto-support et ceux ayant un parcours professionnel plus institutionnel. En situation, les interactions peuvent être compliquées par l'état psychique des personnes accueillies. Une personne peut par exemple interpréter le comportement d'une autre, et inversement une personne peut avoir un comportement ou des propos totalement inadaptés sans saisir la portée de ses actes. C'est notamment le cas chez le public jeune pour qui les normes sociales sont peu

intériorisées. La notion de tolérance est centrale dans les discussions et une part importante du travail de négociation des ISMC consiste à faire entendre l'intérêt d'un respect réciproque entre les individus. Il arrive que les personnes accueillies au LDR soient agitées. Ces comportements éruptifs sont ceux qui attirent l'attention, mais d'autres attitudes moins visibles ne sont pas relevées. Voici un exemple de franchissement important d'une limite morale :

La scène se déroule au deuxième étage du LDR, lieu des repas collectifs, entre Us.LDR.29 et Us.LDR.11. Je ne suis pas présent au début de l'altercation mais je rejoins la scène lorsque j'entends des hurlements monter *crescendo*. Plusieurs personnes sont présentes : Int.LDR.6, Int.LDR.12, Int.Ext.LDR.3, Us.LDR.30 et Exp.LDR.6. Us.LDR.11 est entré dans une grande colère après que Us.LDR.29 lui ait dit que « [Son] *fils est en enfer* » or il se trouve que le fils de Us.LDR.11 est décédé dans sa jeune enfance. La situation se calme uniquement lorsque les protagonistes sont séparés. Lors de la discussion avec Us.LDR.29, celui-ci affirme qu'il est un « *prophète* » ce qui lui a permis de faire cette affirmation, mais qu'il ne sait pas comment vivre avec cet état de fait.

D'autres observations montrent des situations dans lesquelles les limites morales sont transgressées vis-à-vis des autres personnes accueillies. Dans ce cas, les ISMC sont chargés d'intervenir et de réguler les comportements et les affects. Il arrive également que le franchissement des limites morales agisse sur le collectif dans son ensemble. Par exemple, il est habituel que les repas soient préparés en musique afin de rendre l'ambiance conviviale. Par l'intermédiaire de téléphones et d'enceintes portables, les individus choisissent des morceaux de musique à tour de rôle ce qui donne une coloration particulière à l'ambiance du moment. Mais lorsque les sons émis par les téléphones portables deviennent cacophoniques, Int.LDR.6 incite à réduire leur utilisation, considérant que leur usage obstrue le lien social. Une autre situation montre l'impact d'un comportement individuel sur le collectif sans agressivité particulière. Us.LDR.22 a quitté le dispositif depuis quelques jours suite à la fin de son contrat d'accueil mais ne sachant où dormir, il revient au LDR après le départ des ISMC pour y passer la nuit¹. Des personnes accueillies s'en plaignent et après quelques jours de tergiversations, il est annoncé collectivement que si la situation se reproduit, la personne d'astreinte appellera la police. Dans ce cas, Us.LDR.22 est amené à quitter l'espace collectif car il enfreint le contrat moral qui le lie au dispositif.

J'ai présenté la dynamique des interactions à un niveau individuel et collectif, mais comment réagissent les individus lorsque ce sont les limites du projet qui sont dépassées ? Les individualités, les

¹ Il n'est pas compliqué d'ouvrir la porte qui ferme mal, d'autant plus si on a des soutiens à l'intérieur du lieu.

différences, voire les oppositions se verbalisent d'autant plus facilement que la représentation commune du projet est faible (Cf. p.189). Lorsque les limites morales du projet sont franchies, la seule solution qui semble viable est celle de stopper le processus afin de partir sur de nouvelles bases. L'idée est qu'en extrayant les individus, les problématiques constitutives du projet disparaissent. Ce mode de fonctionnement aboutit régulièrement à une rupture dans la dynamique communautaire, qui oblige les personnes restantes à redynamiser un collectif et une part importante des savoirs et compétences acquises se volatilise. À mon sens, une gestion moins heurtée de la dynamique globale serait bénéfique à l'ensemble du projet. Je pense par exemple à des temps de passation entre les équipes d'intervention et si les départs sont brusques, il reste possible de capitaliser sur le travail réalisé. Comme l'exprime l'un de mes interlocuteurs :

Les gens, l'avantage c'est qu'ils vont pas arriver dans un lieu où ça vient d'être mis en place. Il y aura un vécu, il y aura déjà quelque chose. Et surtout il y aura cette dynamique qu'on retrouvera aussi dans le fonctionnement. (Us.LDR.1.2017)

Comme le contexte de travail est complexe, la durée de maintien dans l'emploi pourrait rester relativement faible mais une gestion moins heurtée des départs et arrivées permettrait d'éviter les ruptures brutales. Il est possible d'imaginer une rotation régulière des professionnels qui permette néanmoins le maintien d'un savoir expérientiel collectif.

Dynamique collective et individuelle

Le LDR alterne périodes de crises orageuses et calme plat suivant la tempête, à la recherche d'une stabilité que les temporalités universelles, politiques et de crise se disputent. Par exemple, les moments éminemment sociaux de l'année (Noël, été, etc.) modifient les interactions, favorisent le dialogue ou avivent les tensions (Durkheim, 1981). Lorsque les conditions d'une communication génératrice de sens sont réunies, le partage, la bienveillance et l'empathie caractérisent les relations du LDR comme celles du champ social plus large (Goffman, 1974). C'est la conclusion que tire l'un des premiers intervenants du lieu : « *je retire plein de choses très riches quand même au niveau de la chaleur humaine, de l'empathie, toutes ces choses qui relèvent des relations humaines, puis de voir tous ces gens qui s'investissent, c'est beau à voir aussi* » (Int.LDR.1.2017). Les normes morales du collectif LDR sont donc productrices de tensions, mais aussi de relations humaines fortes et positives grâce à une approche tolérante et moins hiérarchique. C'est l'organisation collective spécifique du lieu qui permet de porter les échanges interindividuels :

Dans ce collectif où il y a ce mélange, cette dimension et que tu la retrouves pas ailleurs. [...] C'est que tu as des professionnels de la santé, il y a des personnes qu'on appelle maintenant des personnes concernées, des professionnels usagers. (Us.LDR.1.2017)

La qualité des liens interpersonnels valorise les individus, car « *en même temps y participer c'est satisfaisant personnellement* » (Exp.LDR.4.2017) et leur donne un élan vital insoupçonné *a priori*. Us.LDR.1 témoigne de l'énergie que lui a procuré l'émulation collective : « *le soutien du collectif a été pour moi une découverte et quelque chose de formidable, de vraiment formidable. Il y a un soutien, ça m'a permis moi de reprendre confiance en moi, d'être poussé, d'être accompagné* » (Us.LDR.1.2018). Être membre du collectif peut donc avoir un effet positif pour la santé individuelle :

Je vois quand même des gens qui ont eu des parcours assez abimés et qui ont l'air de trouver leur place ici et je trouve ça super. Je sais pas des gens comme Us.4, comme Us.5¹, comme tout ça. Rien que sur le lieu on voit que ça donne quand même des résultats. De réappropriation de soi. (Int.LDR.1.2017)

L'engouement pousse les personnes à s'engager, à participer concrètement à l'amélioration du dispositif et à défendre le projet, comme Exp.LDR.4 : « *moi ce qui m'a motivé, c'est le projet en lui-même. Faire évoluer l'approche, les soins du patient en travaillant entre anciens patients et professionnels de santé* » (Exp.LDR.4.2017). Le groupe prend donc les caractéristiques d'un groupe de travail qui a été défini par le psychanalyste kleinien Wilfred Ruprecht Bion (2014) dont les bénéfices concernent les usagers mais aussi les professionnels :

Les gens du collectif, qui quand ils sont arrivés ici au départ comme bénévoles étaient mal et quand tu les vois aujourd'hui, leur vie a changé et ils le disent eux-mêmes. Donc ça n'a pas un impact seulement sur nous les usagers, mais ici aussi sur les professionnels qui travaillent ici. (Us.LDR.1.2018)

La dynamique de groupe positive profite aux ISMC, qui, quand ils se sentent bien à l'intérieur du groupe, collaborent avec plaisir : « *c'était agréable de venir travailler* » (Exp.LDR.1.2022). Quand la situation collective devient nocive, les individus et leur travail en souffrent, mais quand la dynamique est porteuse, les bénéfices sont sensibles aux niveaux individuels, collectifs, voire sociaux puisque les acteurs œuvrent à une transformation large. La prise de conscience, par les usagers, des enjeux

¹ Ces deux personnes étaient membres du collectif mais n'ont pas été usagères du LDR à proprement parler.

politiques autour de la santé mentale fait partie intégrante de l'approche communautaire (Freire, 2021) et certains acteurs du projet se saisissent de cette portée sociale :

Dans notre discours, notre présentation, on met en avant un point central, mais après la dimension elle va au-delà. On parle de la déstigmatisation. Tout ce qui est traitement. Donc on se bat. Et ici en fait, si tu veux le résultat, tu dois tenir compte de tout ça. De la déstigmatisation. (Us.LDR.1.2017)

Représenter un projet politique qui s'incarne en pratique participe à la déstigmatisation des troubles psychiques et promeut une approche humaniste des personnes concernées. Les usagers interviewés mettent en avant la place qu'ils occupent dans le collectif pour expliquer l'intérêt que leur participation représente. Ils disent sentir que leur avis importe, que leur parole est écoutée et considérée comme équivalente à celle des autres participants, même pour ceux qui ont l'habitude de processus participatifs plus fictifs :

J'ai vu des trucs qui allaient pas alors j'ai fait comme dans le temps « Beuh, Beuh, Beuh » et on m'a écouté et dit « Ouais tu as raison. Il faut... ». [...] Pour la première fois de ma vie on m'entend, on écoute ce que je dis. On tient compte, on échange. (Us.LDR.1.2017)

Une relation de réciprocité et de compréhension mutuelle (Sandhu *et al.*, 2015) s'établit entre les (ex)usagers et les autres participants, à l'inverse de beaucoup d'autres espaces liés à la santé mentale. La question de la stigmatisation revient régulièrement dans les entretiens auprès des acteurs du projet : « *l'avantage c'est que ces personnes-là on les découvre autrement. Pourquoi ? Parce qu'ici on se sent pas stigmatisé* » (Us.LDR.1.2017). Le soutien procuré par le groupe rejaillit sur les membres les plus impliqués et les bénéficiaires se font sentir sur la qualité de leurs liens sociaux et sur leur santé. Le rétablissement est visible par le sujet, mais aussi par les personnes qui l'entourent :

Quand tu observes quelqu'un, sur le temps, tu vois tout de suite la dynamique et l'influence que ça peut avoir. Toi, personnellement tu l'as pas, parce que des fois tu te vois pas. Bon, tu vois que t'es mieux. Mais toi tu vois tout de suite... (Us.LDR.1.2017)

Les usagers qui bénéficient de la dynamique communautaire représentent des exemples pour les personnes moins avancées dans leur processus de rétablissement, comme le souligne une personne accueillie dans le *verbatim* suivant : « [Le groupe, le collectif] *c'est un peu quelque chose d'important pour moi, mais après peut-être que c'est pas important pour tout le monde* » (Us.LDR.4.2019). Le soutien et les actes d'apaisement entre les habitants est régulier, voire constant,

même dans les périodes difficiles et même de la part de personnes en grande difficulté personnelle. J'ai observé à de nombreuses reprises des personnes considérées comme allant psychologiquement très mal être aidantes pour d'autres. L'identification passe aussi par des temps d'observation, comme de regarder une personne habituée du GRAP permet de se dire qu'il est possible de participer à la recherche en tant qu'utilisateur, malgré les réticences éprouvées. Le parallèle avec les usagers plus rétablis se fait aussi sur le plan professionnel (Cf. p.341) et les individus peuvent être « repérés » comme de potentiels futurs MSP. C'est le cas d'Exp.LDR.4 : « *mon addictologue m'en a parlé. Il me connaît en tant que patient depuis 2014 et il m'a dit qu'il me voyait bien travailler dans ce domaine-là. Tout ce qui est social* » (Exp.LDR.4.2017). Les pairs dans leur ensemble, et pas uniquement les pairs professionnels, représentent des modèles de rétablissement qui incitent à la recherche d'un meilleur état de santé. La prise de conscience et le processus de rétablissement qui l'accompagne ne sont possibles que par l'intégration d'un collectif spécifique, dont les *normes d'interactions* sont différentes de celles établies socialement (Cf. p.146). C'est essentiellement la qualité des relations qui permet l'émergence d'un soutien entre les usagers :

En fait la base de tout ce qui permet ce processus, et du répit et du rétablissement, c'est le collectif. C'est le collectif. Parce que déjà ça élimine certaines choses chez nous comme une certaine souffrance, comme la solitude et le manque d'espoir. Et ça, l'espoir, c'est le collectif et toutes ces alternatives qu'on met en avant qui fait qu'on peut se rétablir plus vite, dans des meilleures conditions. (Us.LDR.1.2018)

La qualité de la dynamique groupale est primordiale pour des personnes en situation de crise, dont la sensibilité est exacerbée (Perry, 1976). Us.LDR.1 relève à plusieurs reprises cette sensibilité dans le cadre de nos entretiens de recherche :

Beaucoup de gens sont très sensibles, surtout quand t'es en crise. Alors quand tu arrives et que tu vois qu'il y a des gens tac-tac. Tu le sens ça, ça t'apaise. [...] Après il y a le collectif, tout ce qui se passe... Et en fait tout ça, quand tu vois ça dans sa globalité, ou ça va bien ou il a des choses qui ne vont pas, mais tu le ressens. (Us.LDR.1.2017)

La première phase d'accompagnement de la crise n'est pas formalisée, il s'agit plutôt d'une certaine ambiance, à laquelle la personne va s'intégrer : « *le fait de dire des petits trucs comme « Tu te poses. T'es là dans un canapé, un petit café, une cigarette, voilà. » Quelques pâtes, un peu de musique. Après ça c'est un peu une alchimie quelque part* » (Us.LDR.1.2017). Une fois cette introduction réalisée, les prises de conscience permises par le contexte et les capacités toujours sensibles de l'être humain amènent à une évolution en profondeur de l'individu : « *le répit m'a amené*

à faire péter toutes ces barrières qui me bloquaient, cette auto-stigmatisation » (Us.LDR.1.2017). Mais cette exploration en profondeur de la psyché individuelle ne peut pas être menée par la contrainte, avec des traitements entravant fortement les capacités réflexives ou dans des contextes sociaux qui rabaissent certaines catégories de personnes pour pouvoir valoriser d'autres.

Conclusion du sixième chapitre

Comme toute entité sociale, le LDR produit des normes morales qui dictent les conduites émotionnelles adaptées et celles qui ne le sont pas. Mon terrain de recherche constitue un contexte particulier du fait des relations qu'entretiennent crises psychiques et émotions, mais aussi de la réciprocité expérientielle qui existe entre les individus. La perturbation émotionnelle vécue et induite par les personnes en situation de crise psychique désaccorde le « jeu rituel » entre les interlocuteurs (Goffman, 1974), obligeant les acteurs à un travail émotionnel (Hochschild, 2003). Au LDR, la mise en jeu des émotions dans le cadre professionnel est favorisée par la porosité assumée entre sphères publiques et privées. Comme le souligne Frédéric Mougeot : « mettre au cœur du projet psychiatrique l'expérience intime et subjective de l'activité de soin pourrait être le mot d'ordre d'une alliance souvent recherchée entre soignants et usagers » (2020, p.192). L'approche OD représente un cadre privilégié d'échanges émotionnels, même si des espaces complémentaires restent à penser. En effet, le retentissement des émotions dans la vie privée des intervenants est important et le lieu d'exercice professionnel peut jouer un rôle thérapeutique ou pathogène selon la dynamique qu'il impulse.

L'incidence importante du dispositif sur le bien-être des acteurs s'explique en partie par la relation qu'entretiennent les individus avec le collectif. La participation large au démarrage du projet a dû être régulée afin de préserver la dynamique de groupe mais surtout de prémunir les personnes accueillies. Une relation est apparue entre la dynamique communautaire et la gestion de la crise psychique. Lorsque le groupe est dans une spirale positive il bénéficie aux individus qui en retour s'engagent dans des actions constructives. Lorsque le collectif souffre son effet est perceptible et les dynamiques interindividuelles renforcent l'énergie négative. Pour favoriser l'éclosion du processus de rétablissement, les personnes accueillies ont besoin d'être écoutées et reconnues en tant qu'individus à part entière. Comme le note R.D. Laing :

Le besoin d'être perçu n'est pas, bien entendu, simple affaire visuelle. Il va jusqu'au besoin plus général de savoir sa présence reconnue ou confirmée par l'autre – jusqu'au besoin, en fait, d'être aimé. C'est pourquoi les individus qui ne peuvent trouver en eux-mêmes le sens de leur identité ou, comme le suppliant de Kafka, qui n'ont pas la conviction intérieure d'être vivants, ne peuvent se sentir réels que lorsqu'ils sont reconnus tels par un autre [...]. (Laing, 1970, p.107)

On perçoit ici que l'action thérapeutique du LDR n'a pas de forme définie à proprement parler, mais qu'elle procède par une sorte d'inscription sociale au sein de laquelle l'individu peut exprimer ses pensées et émotions auparavant empêchées. L'indicibilité psychotique peut alors se lire de deux façons : comme n'ayant pas de vocable idoine ou comme tue parce qu'inacceptable moralement. Grâce à l'ouverture des espaces d'expression, les personnes accueillies peuvent « trouver le sens de leur identité », comme l'affirme Laing. Se sentir reconnu devient le point de départ d'une prise de conscience subjective que l'individu va pouvoir (ou non) mettre à profit.

Chapitre 7 : Le soutien par les pairs ou la construction des savoirs issus de l'expérience

Plusieurs points qui ont été traités dans les chapitres précédents font converger mon analyse vers le travail pair. Le premier est l'objectif affiché de déhiérarchiser les rapports de pouvoir, et donc de savoir, dans le projet. J'ai montré en quoi l'approche communautaire était porteuse de tensions individuelles et collectives (Cf. p.232), mais aussi en quoi elle permettait *l'intégration d'un groupe social tolérant* vis-à-vis de la crise psychique (Cf. p.284). Le second point découle du premier dans le sens où les MSP sont le symbole d'une complexité organisationnelle qui réduit les différenciations, tout en produisant des conflits de normes. Les MSP peuvent être identifiés comme incarnant la transition entre une identité construite sur le vécu de l'institution psychiatrique et l'affirmation d'une inscription sociale et professionnelle. Enfin, les MSP incarnent l'approche de la thérapie narrative (Charon, 2006 ; Ridgway, 2001) qui constitue un outil pour les professionnels dans la relation aux usagers (Voronka *et al.*, 2014), mais génère aussi une forme de réflexivité personnelle. Les MSP constituent donc, souvent à leur insu voire à leur détriment (Choppin, 2023), des révélateurs des zones de tensions du projet tout en permettant d'en identifier les enjeux moraux.

Les travailleurs pairs du projet constituent des symboles des relations hiérarchiques au sein du projet, et de la relation de soin en général. Mais ils agissent également en pratique sur le parcours des personnes accueillies par des modalités d'intervention spécifiques. Quels sont, en pratique, les savoirs et compétences issus de l'expérience que les travailleurs pairs mettent en œuvre dans le cadre de leur travail et de quelles façons le font-ils ? Pour répondre à cette question, je décris dans ce chapitre les pratiques des MSP au LDR. Mes observations m'ont amené à considérer le *peer-support* dans sa forme professionnelle, comme une forme particulière de réflexivité pratique et non pas uniquement comme le partage d'une « même » expérience. En effet, quel que soient leur parcours, les MSP mettent en actes une *praxis*, c'est-à-dire le résultat d'une réflexion partant de l'expérience (Freire, 2021). Enfin, j'ai cherché à comprendre quelles sont les conséquences de la présence de MSP sur l'équipe pluridisciplinaire en termes d'identité professionnelle et personnelle (Cf. p.265), de rapports de savoir et de pouvoir, de rôles et de fonctions. Les conséquences de la présence des MSP m'amènent à élaborer des recommandations pour mettre en place et valoriser le travail pair.

1. Phase préprofessionnelle

Durant la recherche, je me suis intéressé aux parcours de travailleurs pairs que j'ai rencontrés dans le cadre d'échanges informels, d'entretiens de recherche ou de temps d'observation au sein de différents espaces (LDR, Esper Pro, PTSM, etc.). Le parcours des MSP mis en parallèle avec le processus de rétablissement des personnes accueillies au LDR peut s'analyser sous la forme d'une « carrière morale » (Goffman, 1968), avec une période « pré-hospitalisation », une « phase hospitalière » et une « phase post-hospitalière ». Le concept n'est pas pris ici dans le sens d'une inévitabilité biographique, critiquée par Strauss (1992) puis Velpry (2008), mais comme une succession de séquences permettant d'entrer progressivement dans un rôle. Ce concept implique d'articuler le vécu expérientiel avec l'appartenance à un groupe représentatif, car dans l'approche goffmanienne les MSP pourraient être considérés comme les représentants du groupe d'appartenance. Ce groupe permettrait à l'individu de se constituer intérieurement en intégrant les principes du groupe à son identité personnelle et en tant qu'être socialement situé :

Quoique toutes ces philosophies, ces recettes de vie passent pour exprimer le point de vue personnel de l'individu stigmatisé, l'analyse montre à l'évidence que quelque chose d'autre leur donne forme. Ce quelque chose d'autre, ce sont les groupes, au sens large d'ensembles d'individus pareillement situés, et il ne saurait en aller autrement dans la mesure où ce que l'individu est, ou pourrait être, dérive de la place qu'occupe sa catégorie au sein de la structure sociale. (Goffman, 1975, p.134)

En ce sens, les MSP participent d'une *éducation morale* décrite par Durkheim (1934) qui complète l'individu forgé par l'expérience (Durkheim, 1980). Pour lui, La morale est un principe social car morale et société sont intrinsèquement liées. À partir du moment où l'individu vit en société, il adopte des normes morales qui maintiennent le fonctionnement social : « nous ne sommes des êtres moraux que dans la mesure où nous sommes des êtres sociaux » (Durkheim, 1934, p.50). Comme morale et inscriptions sociales sont liées, l'affiliation à un groupe est un moyen de réaliser la moralité : « nous venons de montrer, en effet, que la morale a pour objet d'attacher l'individu à un ou plusieurs groupes sociaux, et que la moralité suppose cet attachement même » (Durkheim, 1934, p.64). Ainsi, les MSP permettraient le transfert de connaissances issues de l'expérience, constitutives de notre être individuel, vers un système théorique plus général. Ce processus permettrait de collectiviser l'expérience et de lui donner sens en l'intégrant à un corps social. Dans le même temps, les individus s'éloigneraient du stigmate individuel ressenti sans toutefois résoudre « le problème central pour ces groupes [qui] est celui de leur place dans la structure sociale » (Goffman, 1975, p.149).

1.1 Lutte de définitions et hiérarchisation des critères

Les principes innovants du LDR s'incarnent dans la figure du travailleur pair qui représente une révolution épistémique et thérapeutique dans le champ de la santé mentale. Au LDR, les MSP sont l'incarnation d'un soin amené par la socialisation de la crise, auprès d'autres individus à même de reconnaître la personne en souffrance comme compétente et capable de changement. Les MSP sont aussi les figures d'une approche thérapeutique qui n'oblitére pas la dimension intime et émotive de la relation de soin. Ils apportent, de fait, une touche personnelle dans l'accompagnement qui invite les autres intervenants à valoriser leur expérience auprès des usagers. En ce sens, ils constituent des modèles, à la fois pour les personnes accueillies et pour le reste de l'équipe d'intervention. De plus, sur mon terrain, ils ont apporté une expertise des outils de rétablissement. Les MSP sont donc les facteurs de concrétisation des concepts de socialisation, de participation et d'apprentissage par l'expérience que promeut le dispositif.

Circonscription d'une définition évolutive

L'attention que je porte au soutien par les pairs a aussi comme visée de mieux saisir les concepts du rétablissement qui émergent historiquement de l'auto-support (Shepherd *et al.*, 2007) (Cf. p.201). Les rencontres de personnes qui partagent des *vécus* et des *expériences* ouvrent la voix à des discussions à partir desquelles le savoir se construit, non seulement selon ce qui fait commun entre les expériences mais aussi selon ce qui les différencient. Comme le souligne Thomasina Borkman dans son article précurseur sur le savoir expérientiel :

By pooling the experiences of a number of people, the common elements of the problem and attempts to cope with it emerge, while simultaneously highlighting the uniqueness of each individual's situation. Consequently, the individual learns how his problem is both similar to and different from that of others, which forces him to utilize the knowledge selectively to fit his situation. (Borkman, 1976, p.450)

Les groupes d'auto-support sont aussi à l'origine de visées politiques et de construction d'un discours de plaidoyer (*advocacy*) visant à soutenir les actions en lien avec la défense des usagers de la santé mentale (Chamberlin, 1990). Le réseau britannique *United Kingdom Advocacy Network* a été créé en 1990 (Noorani, 2013) et l'antenne française *Advocacy France* en 1997. Les actions de plaidoyer prennent des formes variées, comme l'organisation d'évènements visant à déstigmatiser les

personnes souffrant de troubles psychiques¹, la représentation d'usagers dans des instances officielles, la sollicitation de rencontres avec des élus afin d'aborder ces sujets, etc. Les actions de plaidoyer jouent un rôle non négligeable dans l'évolution des pratiques psychiatriques (Pilgrim & Waldron, 1998) et constituent le versant *politique* de la pair-aidance.

Le bénéfice qu'apporte la participation des communautés concernées dans la promotion de la santé est souligné par l'OMS, notamment à Alma-Ata, dès 1978 ; à Ottawa, en 1986 ; ou à Djakarta, en 1997. En France, la question de l'expertise des patients et l'apparition de la santé communautaire datent principalement de l'épidémie de VIH-Sida des années 1980 au cours de laquelle les autorités traditionnelles de savoir (la médecine, les pouvoirs publics) ont été dépassées par les connaissances empiriques des individus et groupes touchés par la maladie (Broqua & Jauffret-Roustide, 2004 ; Faizang, 2010 ; Paulay-Kocak, 2008 ; Pinell, 2002). Le nouvel équilibre des savoirs et des pouvoirs dans le champ de la santé publique questionne la place du citoyen dans la prise de décisions politiques (Godrie, 2014). La justification du savoir profane est également en lien avec les approches des *disabilities studies* qui entendent faire valoir la légitimité des personnes handicapées à étudier les conditions sociales du handicap (Castrodale, 2017 ; Seekins & White, 2013) ou avec le mouvement des usagers de la psychiatrie et leur slogan *Nothing about us without us* (Jackson & Moorley, 2022).

La profession de travailleur pair se situe dans la lignée de ces mouvements de citoyens, touchés par une infortune, qui se définissent en contestataires des normes morales établies. À la suite de l'appel de Judi Chamberlin à organiser des dispositifs gérés directement par les usagers (Chamberlin, 1978), un mouvement important se constitue pour démontrer l'efficacité du travail pair (Cf. p.95). L'une de ces formes de valorisation est la réalisation d'études scientifiques, dont certaines respectent le *gold standard* d'essai contrôlé randomisé (*randomized control trial*) consistant à répartir aléatoirement les deux groupes comparés (Fortuna *et al.*, 2022 ; Greenfield *et al.*, 2008 ; Lloyd-Evans *et al.*, 2014 ; Lyons *et al.*, 2021 ; Pfeiffer *et al.*, 2011). Le travail pair acquiert ainsi le caractère d'innovation probante en santé dans le monde anglo-saxon (Repper *et al.*, 2013 ; Trachtenberg *et al.*, 2013). Par la suite, les recherches se poursuivent (Chinman *et al.*, 2017), non plus pour démontrer l'efficacité du travail pair qui a été prouvée, mais pour évaluer le gain financier qu'il représente pour la société (Novere *et al.*, 2023), lister les tâches accomplies (Jacobson *et al.*, 2012) ou spécifier la nature de son bénéfice (A. Cooper *et al.*, 2023).

En France, la date généralement retenue pour l'embauche des premiers MSP en santé mentale est 2005 (Girard, 2010), même si cette présence est restée confidentielle pendant une demi-décennie (Sarradon-Eck *et al.*, 2012). Le sujet a été aussi mis en lumière par une recherche-action

¹ La *Mad Pride* est emblématique de ces événements. Elle consiste dans l'organisation d'une manifestation publique, sur le modèle de la *Gay Pride*, afin d'occuper l'espace public et de démystifier les troubles psychiques.

menée durant les années 2000 avec des voyages d'études en Amérique du nord (Le Cardinal *et al.*, 2007, 2013). La visibilité du rôle des pairs en santé mentale a ensuite bénéficié de l'instauration des GEM par la loi du 11 février 2005 (Durand, 2010), ainsi que de l'expérimentation orientée vers le rétablissement EMILIA à la fin des années 2000 (Greacen & Jouet, 2008 ; Jouet *et al.*, 2011). Puis, la professionnalisation du statut a réellement débuté avec l'expérimentation *Un chez soi d'abord* (Cf. p.105) (Gardien & Laval, 2019) qui a permis de mener des recherches sur les médiateurs de santé pairs en santé mentale de la première promotion universitaire de 2012 (Demailly *et al.*, 2014).

Dans son article sur la professionnalisation des MSP suite à la formation de 2012, Lise Demailly (2014) observe que la profession a émergé non pour répondre à une demande d'un employeur ou de l'État mais pour « atteindre les objectifs politiques et cliniques du CCOMS » (p.2). L'implantation du travail pair a rencontré des oppositions conséquentes, avec des enjeux autour de la domination systémique ou encore de la frontière entre normal et pathologique (Chappell & Jeppsson, 2023). Actuellement, la fonction de MSP est entrée dans une nouvelle phase avec une reconnaissance plus importante de la fonction, une formalisation de la formation¹, mais aussi des questions que soulève au sein du mouvement des usagers cette standardisation de la pair-aidance. Car si le métier bénéficie d'une meilleure reconnaissance sociale, il court également le risque de se dénaturer en cherchant à se standardiser (Mead & MacNeil, 2006 ; Rebeiro Gruhl *et al.*, 2016). Le risque de transformation des visées initiales du soutien par les pairs est particulièrement sensible pour ce groupe social, puisqu'il s'appuie justement sur l'expérience, par nature unique et subjective. L'institutionnalisation des MSP se confronte aussi à des attentes et des représentations diverses et variées (Las Vergnas *et al.*, 2017) conduisant les MSP à affronter des conflits éthiques sur leur rôle au sein d'un système de santé encore teinté de paternalisme (Choppin, 2023). Exp.1 décrit dans cet extrait d'entretien en quoi sa formation professionnelle est liée à son engagement dans le champ de la santé mentale :

J'ai une formation d'infirmière, ça aussi dans mon cheminement, ma réflexion, et pour comprendre ce qui m'était arrivé, pourquoi les soignants avaient interagi comme ça, comprendre le système plus du côté santé publique, voir comment ça fonctionne, ça m'a aidé aussi à gagner en maîtrise on va dire. Et puis mon engagement militant auprès des personnes concernées par les troubles psys, ça fait que au quotidien c'est un enjeu de réflexion, d'échanges, et du coup c'est un super prétexte pour rencontrer des gens et avoir une place dans un groupe social ou sur un territoire. (Exp.1.2022)

¹ La licence « Sciences sanitaires et sociales (option MDSP) » de l'université de Bobigny - Paris 13 a donné une dimension universitaire à la formation, tout en soulevant de nouveaux questionnements.

L'entraide entre personnes ayant une expérience de situations similaires s'est sans doute pratiquée depuis des époques préhistoriques. L'accompagnement de parturientes par des femmes plus âgées est un exemple universel de la valorisation des savoirs issus de l'expérience (Schneider, 2023), bien avant la professionnalisation de ces pratiques. L'entraide est très informelle et en tendant l'oreille dans un service de psychiatrie (A. Cooper *et al.*, 2023), ou en interrogeant une personne ayant connu l'hospitalisation, les exemples sont légion. Un patient interviewé au cours de son séjour à l'hôpital psychiatrique parle du soutien qu'il procure aux autres patients du service : « *ici je parle avec beaucoup de gens qui me parlent de leurs problèmes et je les écoute, je les conseille, je fais un peu de social* » (Us.HP.3.2022). Il existe un processus d'institutionnalisation du soutien par les pairs, à travers la création de clubs ou de groupes d'entraide, dont Le Cardinal et ses collègues situent le premier exemple européen en 1845 (2013). La forme la plus concrète, et la plus connue, de soutien par les pairs reste le mouvement des alcooliques anonymes (AA) qui débute dans la deuxième moitié du XIXème siècle et se formalise le 10 juin 1935, jour de la création officielle des AA à Akron dans l'Ohio aux USA (Fainzang, 1996).

Le soutien par les pairs part du principe que le dialogue avec une personne vivant ou ayant vécu une expérience similaire a un effet bénéfique sur la santé : « *c'est grâce à des gens qui m'ont parlé, qui m'ont aidé, à des patients qui ont été abstinentes. C'est grâce à eux que j'ai tenu le coup en fait* » (Exp.LDR.4.2017). L'idée sous-tendue par ce postulat est que les personnes malades, donc potentiellement l'ensemble des êtres humains, sont en capacité de prodiguer du soin, considéré au sens large, sans intervention médicale. Le principe de la pair-aidance se généralise actuellement en direction des maladies chroniques ou des situations de handicaps rares (Gardien, 2020). Le champ de la santé mentale demeure l'un des domaines où la pair-aidance est la plus avancée, le dynamisme du champ s'expliquant en partie par les origines historiques et politiques du mouvement. Il existe donc de multiples formes de soutien par les pairs, les plus nombreuses étant celles qui demeurent informelles. Bien que le sujet de la pair-aidance non-conventionnelle soit riche et au centre de débats dans le milieu de l'auto-support, je traite ici de la forme salariée et institutionnelle du *peer-support*.

L'espoir d'un rétablissement et la prise de conscience d'un cheminement possible vers le mieux-être qu'incarnent les travailleurs pairs sont souvent cités comme les leviers du rôle (Andresen *et al.*, 2003 ; Chinman *et al.*, 2018 ; Deegan, 2002 ; Onken *et al.*, 2002 ; Soundy *et al.*, 2015). Cet espoir s'exprime sous trois formes différentes. La première est la perception de la personne directement concernée par les troubles psychiques. Les travailleurs pairs qu'elle rencontre lui renvoient une image optimiste de l'évolution des troubles, contredisant un pronostic parfois désespérant (Cf. p.183). Le déclic que la rencontre représente peut être à l'origine d'une nouvelle dynamique personnelle et d'un processus de rétablissement. La seconde est que l'espoir fait partie des principes du travail pair en

considérant qu'il existe une perspective d'évolution positive des troubles, la preuve étant l'expérience du rétablissement vécue par les MSP. C'est donc une vision optimiste du soin qui est développée et qui caractérise les *interactions* entre les travailleurs pairs et les personnes accompagnées. La troisième forme est que les MSP peuvent représenter un espoir pour l'entourage des personnes directement concernées (proches, aidants, professionnels de santé, etc.) qui perçoivent à travers eux les possibilités de rétablissement existantes et donc modifient le regard porté sur la situation. La notion d'espoir est donc un levier important du rétablissement qu'incarnent les travailleurs pairs.

Historiquement, le soutien par les pairs en santé mentale a fait l'objet d'une politique volontariste aux USA depuis le tout début des années 1990 (Cf. p.97), alors qu'en France son déploiement est plus récent. Ceci explique qu'en 2015, il y avait environ 10 000 travailleurs pairs aux USA contre une trentaine en France (Gesmond *et al.*, 2016). Comme le relève un MSP : « *déjà c'est un métier qui n'est pas reconnu. Ça se démocratise de plus en plus, en tout cas en santé mentale* » (Exp.Pra.Hosp.4.2021). Ce que souligne Exp.Pra.Hosp.4, c'est que la profession de MSP se formalise par la construction de formations, par son insertion institutionnelle ou encore par sa reconnaissance de la part des pouvoirs publics. Toutefois, la place des MSP dans les équipes n'est pas nécessairement reconnue par les professionnels de santé qui ne perçoivent pas toujours la pertinence de ce métier, voire considèrent qu'il nuit à l'exercice de leur profession, comme les infirmiers l'ont exprimé au moment de la première formation (Demailly *et al.*, 2014). Aujourd'hui, le nombre de travailleurs pairs a fortement augmenté. Ils seraient 30 000 aux USA et une centaine en France au début des années 2020. Il y a donc encore besoin de penser la place de ce nouvel acteur professionnel (Chinman *et al.*, 2017 ; Choppin, 2023) non seulement à l'hôpital mais aussi en dehors des institutions ou dans le domaine de la formation (Basset *et al.*, 2006 ; Bizet *et al.*, 2020 ; Flora, 2013 ; Khoo *et al.*, 2004 ; Lechopier, 2015 ; Pomey *et al.*, 2015). Les plateformes pairs-ressources expérimentées depuis quelques années ont renforcé la présence de pairs en santé mentale et structuré l'offre par la mise à disposition et l'accompagnement de MSP. Cette modalité répond à un certain nombre de points de vigilance relevés régulièrement par les études sur le sujet : formation, soutien à la prise de poste, supervision, etc. (Basset *et al.*, 2006 ; Gates & Akabas, 2007 ; Jacobson & Curtis, 2000 ; Miyamoto & Sono, 2012 ; Shepherd *et al.*, 2007 ; Tondora *et al.*, 2010).

Ces enjeux de professionnalisation s'expliquent par la diffusion du travail pair à partir d'une définition peu stabilisée qui a simultanément estompé la dimension militante et alternative (Bellot & Rivard, 2007). Il est nécessaire d'analyser l'évolution des définitions du soutien par les pairs comme l'ont relevé Yuki Miyamoto et Tamaki Sono :

People who provide peer support were described in many ways: consumer employees, consumer providers, consumer supporters, consumer staffs, peer providers, peers, peer

staff, peer supporters, peer support specialists, peer support providers, peer support workers and other terms. (Miyamoto & Sono, 2012, p.23)

Les définitions du *peer support* sont à l'image de l'hétérogénéité de la profession (Campos *et al.*, 2014), miroir de la singularité des expériences et des pratiques (A. Cooper *et al.*, 2023). Ainsi, la littérature procède généralement par une acceptation très large du soutien par les pairs. Lionnet, qui s'est intéressée à la construction de l'identité chez les jeunes porteurs de handicap, affirme que : « un pair désigne un semblable : le semblable au travers des fonctions, des statuts, des rôles et des valeurs » (Lionnet, 2014, p.7). Campos et ses collaborateurs donnent une définition peu précise du soutien par les pairs en santé mentale : « *peer support is a mutual aid system based on the belief that someone who faced/overcome adversity can provide support, encouragement and guidance to those who experience similar situations* » (Campos *et al.*, 2014, p.49). Définition largement inspirée de celle donnée initialement dans l'article de Davidson *et al.* (2006) : « *peer support is based on the belief that people who have faced, endured, and overcome adversity can offer useful support, encouragement, hope, and perhaps mentorship to others facing similar situations* » (p.443). Dans un article rédigé par des personnalités ayant une expérience de terrain et/ou des troubles psychiques, Basset et ses collaboratrices (2010) citent plusieurs définitions du soutien par les pairs :

Peer support means receiving support and understanding from someone who's equal, has had similar (not necessarily the same) experiences and insight (Peer2Peer Group). (p.8) ;

Peer support is a system of giving and receiving help founded on respect, shared responsibility and mutual agreement of what is helpful (Mead *et al.*, 2001). (p.8) ;

Peer support is based on mutuality and a shared journey of discovery within which people help and support each other as equals, share their personal stories, teach, learn and grow together. This is a relationship that empowers each to grow within and beyond what has happened and to find a new sense of self, meaning, value and purpose in life (Perkins). (p.3)

D'autres auteurs, toujours dans une perspective large, insistent sur la forme des échanges et le partage des situations de vie. Ce qui est au centre du soutien n'est plus uniquement l'aide apportée, mais l'instauration d'une *relation* (Coffey *et al.*, 2019 ; Cooper *et al.*, 2023 ; Waha, 2021). C'est le cas de l'(ex)usagère Sherry Mead :

[Les programmes de soutien entre les pairs] reposent sur la découverte que ni l'une ni l'autre personne n'est un expert, que des relations de soutien fournissent le lien nécessaire et que de nouveaux contextes offrent de nouveaux moyens pour donner un sens à son expérience. (Mead & Hilton, 2007) ;

First, the kind of knowledge peers bring into the support relationship can be best characterized as practical knowledge, or a lived knowledge from which learning and understanding are embedded in contextualized lived experiences. (Mead & MacNeil, 2006, p.16)

Pour elle, comme pour d'autres auteurs issus de l'auto-soutien, le professionnel doit adopter une posture d'humilité et de questionnement de ses connaissances, établissant ainsi une nouvelle définition tacite du soin. Si la *relation* est l'enjeu du soutien entre pairs, elle se doit d'être égalitaire, et bidirectionnelle sous peine de courir le risque de perdre l'identification réciproque : « *the peer principle emphasizes that relationships are built upon mutual and reciprocal connections based on similar life challenges and experiences. Additionally, the peer principle stresses that relationships are fostered through equality, respect, and acceptance* (Clay, 2005) » (cité dans Angilletta, 2014, p.11). En ce sens, le statut de pair et le soutien apporté par cette entremise relèvent d'un processus de formation en situation. C'est ce que souligne Daniel Gélinas en reprenant Van Tosh et Del Vecchio :

Van Tosh et Del Vecchio (2001) définissent l'entraide mutuelle entre pairs comme « un processus au sein duquel, des personnes partageant la même condition et les mêmes intérêts, se prêtent assistance entre elles plutôt que de dépendre de l'assistance offerte par d'autres. » (p.4). (Gélinas, 2006, p.12)

Il s'agit de passer de situations du vécu (des troubles, de l'institution, de la contrainte, etc.) à la formation d'un savoir expérientiel issu du rétablissement (Jouet *et al.*, 2023). C'est cette distinction qu'opèrent une partie des auteurs dont Matthew Chinman est un exemple. Il insiste dans plusieurs articles sur le succès rencontré par les travailleurs pairs dans la gestion des troubles :

Consumer providers (CPs)—those with serious mental illness who are further along in recovery who provide services to others with similar mental health problems. (Chinman *et al.*, 2006, p.176) ;

Peers are individuals with histories of successfully living with serious mental illness who, in turn, support others with serious mental illness. (Chinman *et al.*, 2014, p.429)

Il est notable que Matthew Chinman, comme Larry Davidson avec qui il a écrit un certain nombre d'articles (Davidson *et al.*, 1999, 2006, 2012), concentre ses efforts de description sur les compétences acquises par les personnes souffrant de troubles psychiques sévères qui ont mené avec succès leur rétablissement. Cette porte d'entrée implique de considérer les individus ayant un parcours institutionnel et un diagnostic établi, faisant du critère médical l'un des déterminants implicites du rétablissement. Parler de soutien par les pairs, c'est aussi évoquer le dévoilement des troubles, c'est-à-dire pour Goffman la gestion de l'information sociale :

Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand. (Goffman, 1975, p.57)

C'est ainsi que pour soutenir ses semblables, le pair doit leur fournir des informations sur son histoire personnelle : « les principales compétences des MSP proviennent de leur savoir expérientiel et de leur capacité à le communiquer » (Sedan *et al.*, 2022, p.4). Il ne s'agit donc pas uniquement d'avoir vécu et d'avoir transformé ce vécu en expérience du rétablissement, mais également de pouvoir témoigner de cette expérience. Wendy Kuhn et ses collaborateurs relèvent ainsi le vécu, le processus de rétablissement et le dévoilement : « *peer specialists have lived experience of mental health issues, are in recovery, and are willing to disclose their experience to assist others in earlier stages of recovery* » (Kuhn *et al.*, 2015, p.2). L'usage du témoignage et la maîtrise du dévoilement de son histoire personnelle sont donc des compétences nécessaires à l'exercice du métier de pair-aidant. En effet, il est possible de tirer un apprentissage du rétablissement, sans pour autant être en mesure de soutenir le pair dans un processus identique (Veit, 2018a). L'ensemble de ces savoirs et de ces compétences permet d'intégrer le cadre professionnel avec un large éventail d'actions. Comme le notent Lauren Gates et Sheila Akabas dans leur article référence :

Peers are persons with mental health conditions who, though without professional credentials, are employed as service deliverers in the mental health provider system. They are hired as role models, counsellors, educators, providers of assistance to meet the needs of daily living, and as advocates to empower people with mental health conditions. (Gates & Akabas, 2007, p.293)

La rencontre avec l'institution psychiatrique n'est toutefois pas sans écueil et le revers de la professionnalisation est une confrontation à des pratiques, mais surtout à des principes politiques, qui rebutent les pairs-aidants critiques. C'est pourquoi la question de la reconnaissance d'une

expérience de la pair-aidance informelle émerge actuellement, dans une définition actualisée que donne Karen Fortuna et ses collaborateurs :

Thus, the updated definition of peer support is social and/or emotional support that combines expertise from lived experience that is delivered with mutual agreement by persons who self-identify as having or had mental health as well as other social, psychological and medical challenges to service users sharing similar challenges to bring about self-determined personal change to the service user. (Fortuna et al., 2022, p. 573)

La question de la professionnalisation de la pair-aidance est donc à double tranchant : d'un côté elle semble nécessaire pour assoir des actes professionnels qui ont montré leur efficacité ; de l'autre elle questionne les fondements du soutien par les pairs qui s'appuient sur des pratiques critiques du système psychiatrique traditionnel. La forte charge politique du soutien par les pairs s'expose à ses limites et ses tensions en s'institutionnalisant. Il y a donc des mouvements distincts entre les adeptes de la reconnaissance et de la généralisation de la pair-aidance, et promoteurs de ses racines historiques qui observent avec circonspection la diffusion du modèle qui tend à se dépolitiser. Ainsi, la question de l'organisation des MSP au niveau national a accompagné leur développement.

Enjeux du processus de professionnalisation

Pour accompagner l'implantation et l'évolution de leur profession les MSP ont très tôt cherché à se regrouper et à s'organiser. Le « GEM de l'atelier du non faire » a, par exemple, débuté une recherche sur le savoir expérientiel en 2007. En 2008 Églantine Simonet, Claude Lefebvre et Hermann Händlhuber ont créé un groupe en ligne intitulé « Association France Médiation » dont l'objet était de promouvoir le savoir expérientiel auprès des pouvoirs publics. Puis, lors de la formation de 2011-2012, les nouveaux MSP ont émis le besoin de se regrouper au sein de l'« Association Francophone des Médiateurs de Santé Pairs » ou encore d'Esper Pro. Dans leurs missions, ces associations visent à sensibiliser à la pair-aidance et à promouvoir le métier de MSP. Elles constituent des lieux ressources pour les MSP néophytes ou pour les groupes et individus souhaitant s'orienter vers ces pratiques. Depuis 2019, Esper Pro développe une plateforme territoriale de pairs ressources et propose la mise à disposition de MSP pour les établissements souhaitant embaucher. Ces professionnels bénéficient d'un accompagnement à la prise de poste, de séances d'intervision, etc., garantissant le maintien du partage d'expériences (Norton, 2023). Le contexte actuel a également évolué depuis 2012 avec une meilleure acceptation des médecins psychiatres vis-à-vis de la pair-aidance.

Les promoteurs de la pair-aidance se retrouvent dans une situation ambiguë, puisque pour diffuser une profession, il faut qu'elle puisse être identifiée et donc formalisée. Mais les définitions du travail pair sont larges et renvoient à des valeurs différentes, voire s'opposent dans leur conception de la nature des tâches. De plus, la standardisation de la profession se confronte à la singularité des expériences qui fonde le savoir mobilisé dans le soutien (Norton, 2023). Les questionnements actuels autour de la formation des MSP s'expliquent en partie par l'absence de base commune quant aux missions des travailleurs pairs. Le manque de consensus nuit aussi à la création d'une confédération syndicale ou d'un autre type d'organisation qui serait en mesure de porter les intérêts des MSP (Bercot & Mathieu-Fritz, 2008 ; Demailly *et al.*, 2014).

Pour saisir les enjeux de la professionnalisation des pairs-aidants, j'analyse à présent les critères retenus pour exercer la fonction professionnelle. Voici la définition retenue au début de la première formation de MSP en France (2011-2012) :

Personnes en capacité de travailler, ayant une expérience en tant qu'utilisateur des services de santé mentale, qui ont décidé d'entamer un parcours de professionnalisation dans le domaine de l'aide et de la médiation en santé mentale, qui jouent un rôle de facilitateurs de santé, intégrés dans les équipes de santé mentale. (Roelandt *et al.*, 2015, p.12)

La formalisation de cette définition s'est sans doute heurtée à l'imprécision du travail de pair-aidant. « Jouer un rôle de facilitateur » peut être l'un des rôles du MSP, mais la définition ne précise pas auprès de quels acteurs : les patients, les aidants, ses collaborateurs, l'institution, d'autres agents de santé, etc. ? Le profil des personnes recrutées est aussi questionnant car « être en capacité de » nécessite la distinction de critères qui permettent de déterminer les « personnes en capacité de travailler » de celles qui ne le sont pas. La notion de savoir expérientiel est ébauchée : « ayant une expérience » mais ne fait pas état des savoirs tirés de cette expérience. Aujourd'hui, la description a évolué et il est demandé de « mobiliser leurs savoirs acquis en tant qu'utilisateurs des services de santé mentale » et une référence au rétablissement est faite dans la description des missions. Enfin, la licence s'adresse dorénavant à des personnes « qui se professionnalisent comme médiateurs de santé pairs », dont ressort la notion de processus qui renvoie bien aux enjeux dont il est question ici¹.

Car c'est précisément l'un des rôles de la formation que d'accompagner la formalisation d'une fonction professionnelle (Demailly, 2014). Ces expériences de professionnalisation des patients sont

¹ <http://formations.leps.univ-paris13.fr/formation/2/licence-sciences-sanitaires-et-sociales-sss-parcours-mediateurs-de-sante-pairs> (consulté le 22/09/2023).

intéressantes pour percevoir les enjeux (tels que l'intégration de nouveaux savoirs et savoir-faire, le rééquilibrage de la relation soignant-soigné et l'amélioration du système de santé) et les obstacles (conflits de territoire avec les groupes professionnels déjà implantés, légitimité des diplômes, formalisation des compétences à mobiliser, etc.) de l'arrivée de ce nouvel acteur sur le marché du travail (Autès, 2014). Par exemple, lors de la première session de formation des MSP, les syndicats d'infirmiers ont été actifs pour dénoncer une logique financière dans la promotion du travail pair. Les équipes ont aussi dû procéder à un travail conséquent de réflexion sur les aspects administratifs et organisationnels de l'intégration des MSP, et des débats philosophiques ont émergé à propos de la relation de soin ou de la frontière soignant-soigné (Demailly *et al.*, 2014).

La présence de MSP dans des équipes de soin en santé mentale entraîne donc des conflits de valeurs qui renseignent sur les critères attendus pour leur embauche. Mais avoir vécu un problème de santé mentale est un préalable nécessaire mais non suffisant (Godrie, 2016b). Bien que le vécu d'un *stigmat* puisse pousser l'individu à développer des compétences situationnelles et relationnelles (Goffman, 1975), c'est bien d'apprentissage dont il est question. Dans le cas des MSP, l'expérience s'acquiert par le rétablissement qui représente la forme « active » du vécu des troubles. Ainsi, une personne dont la spécificité serait de vivre avec des problématiques psychiques mais qui n'exercerait aucune action sur elles, ne constituerait pas nécessairement une experte de la santé mentale. Pour cela il faut apprendre à connaître ses troubles, leurs manifestations, les moyens de réduire les symptômes ou de repérer les situations potentiellement difficiles à gérer. Il est aussi possible de développer des connaissances théoriques sur l'étiologie, l'histoire de la psychiatrie ou les approches critiques, etc. Par exemple Barrett (1999) a observé des patients qui avaient appris par cœur la liste des symptômes schneidériens de premier rang (Cf. p.184), ce qui leur permettait de les énoncer à bon escient pour accéder à des services hospitaliers. Il ajoute que ces patients se voient parfois attribuer des attributs professionnels (rationalité, savoir spécialisé, etc.).

Le but de cet apprentissage est d'acquérir une expérience du rétablissement mobilisable dans l'accompagnement (St-Onge, 2017). La mise en valeur de l'expérience du rétablissement passe par son énonciation et donc par le témoignage. Le dévoilement constitue donc une preuve de la solidité du rétablissement. Car il faut bien que l'autre se reconnaisse dans la personne désignée comme pair (Gardien, 2021). Une personne ayant acquis de nombreuses connaissances sur la santé mentale et ayant fait l'expérience du rétablissement, ne fait pas pour autant une médiatrice de santé pair. Pour cela, il est nécessaire qu'elle transmette son expérience, qu'elle la « médiatise » à travers la relation sociale. Cette reconstitution narrative agit également sur la personne qui l'énonce : « *the way people construct meaning in their narratives has real life impact on their recovery* » (van Sambeek *et al.*, 2021, p.2). Il est possible de dire que ces signes d'informations sociales constituent un stigmat lorsqu'ils

sont tus ou un prestige lorsqu'ils sont énoncés (Goffman, 1975). Encore faudrait-il différencier si les interactions sociales ont lieu dans le groupe d'appartenance ou non, mais aussi délimiter le groupe d'appartenance. Par exemple une personne rétablie pourrait jouir d'un certain prestige au sein d'une équipe professionnelle orientée rétablissement mais souffrir de stigmatisme dans une société savante de psychiatrie. Pour Exp.LDR.4, le passage par le groupe a été une étape qu'il a dépassée :

Moi ce genre de groupe, en tant que patient, je n'ai plus envie de... je ne ressens plus le besoin d'y aller. Mon sac, ma vie je l'ai racontée en long, en large, en travers. [...] Mais j'ai plus envie d'étaler, de reparler de tout ça, pour moi c'est le passé, ça arrivera peut-être encore dans l'avenir, j'aurais une approche différente parce que j'ai vraiment acquis...
(Exp.LDR.4.2017)

Le témoignage semble avoir une limite dans le temps. C'est-à-dire qu'on peut raconter sa vie puis ne plus avoir envie de le faire. Pourtant le soutien reste possible, la parité ne nécessite pas de se dévoiler continuellement, totalement, systématiquement. Au contraire, le dévoilement est un apprentissage dont la compétence est valorisée professionnellement pour les MSP. Deux points de vigilance émergent du développement du travail pair. Le premier est de ne pas considérer les travailleurs pairs comme ceux devant s'occuper des tâches les plus ingrates ou comme des professionnels de santé de seconde zone. Car le revers du travail pair est la différenciation, voire l'inégalité à la limite de la légalité, qui s'instaure entre les membres de l'équipe. Des MSP sont par exemple embauchés sur des postes d'agents administratifs faute d'existence reconnue du poste dans le cadre hospitalier. Il y a aussi les questions sur la vie personnelle des MSP qui dépassent parfois le cadre professionnel et qu'on ne se permettrait pas de poser à un professionnel non pair. L'un des chercheurs interviewés sur le terrain précise sa vision de l'embauche des MSP et montre sa proximité avec les limites légales :

Les gens pairs sont recrutés pour ça, il faut que ce soit pris en compte dans leur rapport au travail. Ça c'est hyper compliqué à écrire, car si le mec bosse moins, il faut le payer moins, mais si c'est ça il ne peut pas prendre le taff car il ne peut pas vivre avec son salaire, du coup il faut le payer plus, tu changes avec cette fonction le rapport au travail, à l'argent et ça c'est un des trucs compliqués, car pour couvrir les médiateurs tu ne declares pas leur arrêt maladie, mais du coup tu dis pas ce qui est en train de se passer dans l'équipe tu gommes la position de médiateur, tu dis pas que le mec une semaine sur deux n'est pas là car il est en train de péter un plomb chez lui, donc tu ne peux pas avancer sur la question. Il faut penser un cadre de travail adapté. (Che.Mars.2020)

Quand le cadre de travail n'est pas pensé *a priori* pour intégrer des travailleurs pairs des adaptations sont mises en place pour « couvrir » les difficultés rencontrées. Effectivement les adaptations de poste sont nécessaires mais elles doivent se faire en transparence et en échangeant avec la personne concernée.

Le second point de vigilance est le risque de standardisation d'un métier singulier par nature (Mead & MacNeil, 2006 ; Noorani, 2013 ; Rebeiro Gruhl *et al.*, 2016). En effet, une meilleure formalisation de la fonction est à la fois un besoin identifié par les recherches sur le travail pair (Davidson *et al.*, 2006 ; Mahlke *et al.*, 2014), et une volonté des acteurs directement concernés afin de faire reconnaître leur métier (Cloutier & Maugiron, 2016). Cette reconnaissance passe par l'entrée au Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME), sans laquelle la profession ne peut être officialisée administrativement (Vignaud, 2017). Mais les racines contestataires du mouvement des usagers et du rétablissement (Pilgrim, 2008) vont à l'encontre d'un soutien conventionnel par les pairs tout en valorisant la narration autour d'une rhétorique de l'expérience (Fassin, 2000). Les pairs aidants peuvent se demander avec Olivia Gross « comment faire afin d'éviter que l'acculturation qui découle d'une intégration réussie n'atténue tout esprit critique, qui est nécessaire pour qu'ils restent un levier de transformation des pratiques ? » (2020, p.170). Ou encore, comme le recommandent Shery Mead et Cheryl MacNeil (2006) dans la dernière phrase de leur article *Peer Support: What Makes It Unique?* : « *either way, it is important that we don't lose sight of true peer support in our efforts to 'legitimize it'* » (p.20).

Pour les dispositifs orientés vers le rétablissement, comme le LDR ou le programme *Un chez soi d'abord*, l'embauche de pairs-aidants est un critère de conformité au modèle (Godrie, 2014). Voici le retour d'expérience d'une personne accueillie au LDR :

Moi je trouve qu'on peut soigner des gens même si on a des soucis, parce que justement comme on a des soucis, on a peut-être du vécu. Et on a peut-être des moyens pour... d'autres moyens que les personnes en question connaissent pas pour s'en sortir.
(Us.LDR.31.2021)

L'apprentissage par l'expérience que représentent les travailleurs pairs pourrait être un moyen pour concilier la professionnalisation de la fonction tout en conservant une certaine singularité. L'approche aurait le mérite de convenir au domaine de la santé : « entre la pure singularité de l'expérience vécue et la conceptualité théorique qui saura lui donner la forme d'un savoir, se situe le champ de la pensée *clinique*¹ » (Dagron, 2019, p.8). La clinique, l'analyse des situations, permettrait

¹ Souligné dans l'original.

une *didactique expérientielle* nécessaire à l'application d'un modèle en pair-aidance réflexif qui dépasse l'apprentissage par l'exemplarité. La force des savoirs expérientiels en psychiatrie ne doit pas rester du domaine de l'éthéré mais doit être explicitée et démontrée. L'acculturation de la médiation en santé pair avec l'institution psychiatrique comprend une validation des savoirs expérientiels qui ne peut se faire sur la base de croyances affectives (Bachelard, 1993).

La professionnalisation passe par une valorisation salariale des savoirs expérientiels, des adaptations de poste aux spécificités individuelles mais aussi par l'existence d'un cadre professionnel qui renforce et rationalise le rôle (Kovess-Masféty & Villani, 2019). Il semble complexe de travailler en milieu hospitalier tout en portant un discours de rejet total de l'institution ou des traitements médicamenteux, mais les potentialités transformatives des MSP n'en demeurent pas moins (Badouin *et al.*, 2023 ; Blume, 2017 ; Cooper *et al.*, 2023). Les sujets de réflexion pour favoriser l'embauche de MSP ne manquent pas et les champs d'action sont vastes : diffusion des offres d'emploi, adaptation des postes, accompagnement à la prise de poste, transferts de connaissances des pairs vers les non-pairs, etc. (Daffort & Pulcini, 2021). Les études en langue anglaise¹ sont nombreuses sur la question et représentent des ressources sérieuses sur ce point (Angilletta, 2014 ; Chinman *et al.*, 2006 ; Gates & Akabas, 2007 ; Ibrahim *et al.*, 2020 ; Jacobson *et al.*, 2012 ; Kuhn *et al.*, 2015 ; Mahlke *et al.*, 2014 ; Marks *et al.*, 2021 ; Mead & MacNeil, 2006 ; Miyamoto & Sono, 2012 ; Moran *et al.*, 2013 ; Provencher *et al.*, 2012 ; Repper, 2013 ; Repper *et al.*, 2013).

Il y a bien une généralisation des savoirs issus de l'expérience, puisque les MSP interviennent dans un champ plus large que celui des seuls troubles psychiques qu'ils ont rencontrés. Par exemple, un travailleur pair avec un diagnostic de schizophrénie travaille auprès de personnes diagnostiquées schizophrènes, mais également auprès de personnes souffrant de troubles différents même si la similitude permet de se sentir plus concerné (Troisoeufs, 2020b). Au LDR, j'ai repéré quatre types de rapport à la santé mentale : les personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie avec ou sans consentement, celles ayant expérimenté des crises psychiques sans recours à l'hôpital psychiatrique, celles n'ayant pas connu d'épisodes psychiques intenses mais ayant accompagné des personnes qui traversaient ces états. Ces rapports à la crise servaient à identifier un type de proximité expérientielle à laquelle s'ajoutent des expériences parfois très proches de la souffrance psychique : isolement social, pensées suicidaires, précarité choisie ou subie, usage de drogues, travail du sexe, vécu de violences, sentiment d'oppression, etc., qui délimitent de nouvelles frontières de l'identité pair.

¹ Un guide en français est également disponible à l'adresse <https://centre-ressource-rehabilitation.org/comment-integrer-un-travailleur-pair-dans-une-equipe-de-sante-mentale-un-petit> (consulté le 14/08/2023).

Au LDR, l'embauche des travailleurs pairs a été globalement heurtée et de nombreux MSP ont quitté leur poste dans des conditions de souffrance liées au travail : « *J'étais dénigré, moi j'ai eu de la maltraitance* » (Exp.LDR.2.2019). Exp.LDR.3 témoigne d'un malaise lié au travail suite à un événement survenu dans le cadre professionnel qui a déstabilisé sa situation personnelle. Ce phénomène n'a pas touché que les travailleurs pairs, avec une durée moyenne de maintien dans l'emploi tout juste supérieure à un an pour les ISMC. La plus-value apportée par les travailleurs pairs dans le projet a été certaine, mais une attention doit être portée à la sécurisation de leur parcours. Les MSP sont aujourd'hui trop peu nombreux par rapport à la demande qu'en font les usagers. De plus, si l'on considère la réduction des hospitalisations comme un objectif de santé publique, il est nécessaire que leur professionnalisation s'accompagne de moyens pour répondre aux interventions d'urgence. Voici les conseils que prodigue Exp.LDR.1, qui a officié en tant que MSP au LDR, pour faciliter l'intégration des travailleurs pairs dans les équipes. Il s'agit avant tout d'une interconnaissance au sein de l'équipe qui se rattache à des valeurs adoptées collectivement :

Je pense faire un travail autour de tout ce qui est des valeurs [...] de parler de ces valeurs-là, autour d'expériences passées et que tous, on se raconte un peu notre histoire commune, chacune de nos expériences passées en disant « Ben voilà, moi cette valeur-là du LDR, pour moi elle est fondamentale parce que quand il s'est passé telle et telle chose dans mon ancien travail, pour moi c'est un point clé parce que ci, parce que ça ». Et en fait je pense que c'est un truc où on peut s'identifier aux personnes et du coup on voit pas du tout les gens de la même façon, si déjà on est sur des valeurs communes, qu'on accepte, et qu'en plus au niveau du parcours de la personne on se dit « Ah ouais... », la personne elle les a déjà mis en œuvre ces valeurs [...] de se rendre compte qu'on est tous là pour des bonnes raisons et qu'on a tous un peu le truc commun, en fait on va tous dans le même sens, et je pense que c'est bien de le savoir. (Exp.LDR.1.2022)

Pour Exp.LDR.1, le rapport entre les valeurs collectives et les parcours individuels sert de référence pour gérer les moments de tensions, voire de conflits :

Et c'est surtout quelque chose qui va t'ancrer en fait, c'est-à-dire que quand il y aura à un moment donné des trucs, ou des points de friction ou quoi, tu vas rester sur « Ah oui, elle a dit ça la personne. On partage les mêmes valeurs, elle s'est affirmée déjà dans sa vie soit perso, ou au travail, mais sur des valeurs communes, des trucs qu'on partage », et d'aller au-delà, parce que des fois, la confrontation elle est nécessaire, mais pour aller vers le mieux, et donc si tu sais pas que c'est pour aller vers le mieux, t'as l'impression que

tu vas te fighter avec la personne alors que non, si tu sais que tu partages des valeurs communes, forcément tu vas chercher à résoudre le problème. (Exp.LDR.1.2022)

Enfin, selon Exp.LDR.1, le partage de l'expérience ne se limite pas aux MSP, mais au contraire la divulgation de cette expérience de vécu des troubles psychiques doit constituer un modèle pour les autres professionnels de l'équipe. En partageant ce qui les anime, ce qui les freine, ce qui les enjoue ou ce qui les fait souffrir, les intervenants non-pairs atténuent l'*altérité* des MSP. Cette analyse amènerait aussi l'ensemble des intervenants à mieux identifier les raisons des tensions collectives qu'ils rencontrent. La référence aux valeurs est ici primordiale, car elle s'adresse à ce qui guide l'action. Les valeurs individuelles ne sont pas justes ou fausses, elles sont propres à chacun, partagées ou non. Un autre MSP note la complexité d'injecter de l'intime dans la relation de soin :

On a tous des chemins différents, on peut tous apporter quelque chose, mais on ne peut pas faire le chemin à sa place. [...] Je pense c'est important de savoir de sa propre chair de quoi on parle avec les gens. Voilà c'est super intéressant la question de l'intime, ça demande beaucoup d'expérience de pouvoir injecter son intime dans la rencontre avec les autres, ça demande de savoir ce qui s'est passé pour moi jusqu'ou tu peux partager avec la personne. Ça demande une énergie, une confiance en soi particulière, dans des endroits ultra institutionnalisés, l'intime va apparaitre de manière superficielle. (Exp.LDR.12.2020)

J'ai montré dans cette sous-partie les nombreuses tensions qui accompagnent en France la professionnalisation du soutien par les pairs. La première est un flou relatif qui entoure la définition de la fonction de pair et ses apports. Avec peu de bases concrètes sur lesquelles s'appuyer, les MSP ont expérimenté de nombreux rejets au cours de l'inscription sociale de leur profession. La seconde est la singularité du savoir sur lequel se fonde le travail pair. Le savoir expérientiel est par essence individuel, ce qui problématise sa généralisation. La troisième est l'écart grandissant entre l'esprit contestataire initial du *peer-support* et l'institutionnalisation de sa profession.

1.2 Formes et valorisation de l'expérience

Il s'agit à présent de montrer le processus par lequel les individus accèdent à la fonction de MSP. Je distingue trois étapes dans ces trajectoires : celle du parcours singulier de rétablissement ; celle de la constitution du savoir expérientiel ; et celle de l'accès à l'emploi. Pour chacune de ces étapes, il est possible de relever des freins et des leviers à l'inscription en tant que professionnel de la santé mentale. Lors d'un *focus group* avec plusieurs travailleurs pairs dans le cadre de l'association Esper Pro, les participants ont relevé l'échec de la modélisation des trajectoires professionnelles des

MSP. C'est-à-dire qu'étant donné la diversité des parcours, il n'est pas possible de définir une « carrière » type d'un MSP. Par exemple, Exp.LDR.19, diplômé dans le paramédical, situe le déclenchement de ses troubles avec le décès d'un proche et possède une expérience professionnelle de dix ans, alors que Exp.6 a décompensé¹ pour la première fois en licence, alors justement qu'il étudiait la psychose. Le parcours professionnel d'un MSP dépend du moment de vie dans lequel se déclenchent les troubles, de la nature et de la temporalité de la formation initiale, de l'expérience en emploi ordinaire, de la temporalité de la formation de MSP par rapport au rétablissement et enfin du moment et du type d'emploi.

Autant de paramètres qui rendent la standardisation des parcours difficile, mais qui se rapprochent de la définition de la carrière morale selon Goffman (1968). L'incidence des troubles psychiques sur la vie des individus est suffisamment importante pour qu'ils puissent être considérés comme faisant partie d'un groupe social commun, tout en perturbant chacun différemment. Donc bien que leurs trajectoires soient loin d'être uniques et rectilignes, les MSP n'en partagent pas moins une évolution morale, de par les modifications qui interviennent dans leur personnalité durant le processus de rétablissement. Il existe également pour tous une modification du système de représentations. Devenir MSP induit une transformation perceptive de sa place dans le monde et de son rapport aux autres. Ce sont ces étapes successives, de l'apparition des troubles jusqu'à la concrétisation du rôle de MSP que j'analyse dans cette sous-partie.

Diversité des parcours de rétablissement

Durant la recherche, je me suis interrogé sur les parcours des travailleurs pairs que j'ai interviewés. Ma grille d'entretien commençait par une question proposant au MSP d'évoquer son parcours, qu'il soit personnel et/ou professionnel. En posant cette question, je précisais à la personne qu'elle était libre de révéler ce qu'elle souhaitait de son vécu et qu'elle n'avait pas à se sentir obligée de parler d'évènements dont elle ne souhaitait pas me faire part. J'ai proposé de transmettre la transcription de l'entretien pour une relecture et d'éventuelles modifications, mais il y a eu très peu de retours en ce sens. Voici quelques parcours qui donnent à voir la pluralité des expériences de vie des MSP.

Exp.LDR.18 se présente lors de son entretien d'embauche. Il a été hospitalisé trois fois : « *quand ça m'est tombé dessus, je ne savais pas quoi faire* ». Il a été accompagné par l'un des services partenaires du LDR, dont les pratiques sont orientées vers le rétablissement. À cette occasion, il a fait la connaissance de MSP : « *quand j'ai rencontré un MSP ça a fait bouger quelque chose dans ma tête* »,

¹ La décompensation renvoie originellement à la perte d'équilibre d'un organe auparavant « compensé ».

l'acceptation de la maladie, et donc de l'aide dont il avait besoin, a été un déclic. L'image que lui ont renvoyée les MSP est qu'« *ils y arrivent donc je vais y arriver* ». C'est pour cette raison, et parce qu'il a « *toujours voulu aider les gens* », qu'il s'est dit que « *comme on s'est occupé de moi j'ai envie de renvoyer l'ascenseur* ». On perçoit ici l'un des mécanismes de diffusion de la pair-aidance. Comme pour Exp.LDR.18 la rencontre avec des pairs-aidants a été le départ d'un mieux-être, il est convaincu des bénéfices de ce type d'accompagnement. Par ailleurs, de par sa personnalité, Exp.LDR.18 est attiré par les métiers de la *relation sociale*. Les MSP rencontrés deviennent alors des modèles que Exp.LDR.18 souhaite imiter. Une fois engagé dans l'emploi pair, il travaille avec la spécificité de ses expériences, tout en partageant des bases communes avec une partie du public qu'il accompagne.

Exp.LDR.2, suite à sa première décompensation, est resté cinq mois hospitalisé à la demande d'un membre de sa famille. Il a été formé par les psychiatres qui l'ont suivi et qui lui ont donné de la documentation sur les troubles psychiques : « *je leur ai dit "Donnez-moi tous les documents pour que je puisse savoir ce que c'est la bipolarité, la schizophrénie, la dépression tout ça", ils m'ont donné plein de documents* ». C'est une formation qu'il met en lien avec l'attribution d'un diagnostic : « *ils m'ont formé aussi dès que j'ai eu le diagnostic* ». Pour lui, c'est un travail où la pratique est plus importante que la théorie :

Moi ça me plaisait mais c'est un travail que tu te formes sur le tas, comme médecine, en fait. Tu as la théorie, mais c'est beaucoup, beaucoup de pratique.

Je me suis formé sur le tas quoi, voilà. Bon j'avais, j'ai lu l'histoire de la psychiatrie, l'éducation thérapeutique tout ça, tout ce qu'ils font, la méthodologie du travailleur pair. Tout ce qui est du diplôme mais en fait c'est sur le tas que j'ai fait, voilà. (Exp.LDR.2.2019)

Ici, Exp.LDR.2 présente un aspect du travail pair très lié à son implication personnelle. C'est lui qui demande de la documentation, il se forme à la compréhension de ses troubles dans une approche qui ressemble à de l'éducation thérapeutique du patient (Gagnayre & Lombrail, 2015 ; Gross *et al.*, 2017). À partir de ce savoir théorique et des connaissances qu'il développe au contact de ses troubles, Exp.LDR.2 construit un savoir empirique qu'il confronte à la pratique, se formant « *sur le tas* ». En effet, la compétence de pair-aidance, fortement dépendante du contexte de sa formation (l'expérience du rétablissement), n'est pas figée, mais au contraire se développe au contact du milieu professionnel (Godrie, 2016).

Exp.Pra.Hosp.4 « *a développé ses premiers troubles à l'âge de 15ans et [il en a] toujours, [il est] toujours sous traitement* ». En plus de la spécificité de son parcours d'usager de la psychiatrie, il possède « *un diplôme d'éducateur spécialisé* ». Étant jeune il « *trainai[t] pas mal dans la rue* » et donc :

C'était un cheminement un peu logique pour moi de travailler avec ces personnes-là parce que c'est ce que je connaissais le mieux. J'ai pu être embauché, pour faire à la fois du travail de rue, de la médiation, et quand je suis entré dans l'équipe ce n'était pas en tant que médiateur car mon identité de médiateur n'était pas bien définie, je n'étais pas formé à la médiation. (Exp.Pra.Hosp.4.2021)

Il a commencé à prendre en considération « [s]es troubles à l'âge de 20 ans [...] parce qu'[il] entendait des voix, des hallucinations, tout ça », dont il a pris conscience lors d'hospitalisations autour de sa vingtième année :

Je me suis formé au fur et à mesure auprès des médiateurs de l'équipe. Je me suis formé aussi à l'entente de voix, au rétablissement, pour me former vraiment sur la médiation et c'est au bout de deux ans de pratique que j'ai été considéré comme médiateur de l'équipe. (Exp.Pra.Hosp.4.2021)

En plus de ces formations, il a fait des recherches personnelles « sur ce qui est médication, sur le plan de rétablissement, sur les directives anticipées ». Exp.Pra.Hosp.4 estime que sa fiche de poste est « toujours en construction », en fonction des compétences qu'il développe. Pour lui, il importe de ne pas ajouter de la distance à celle existant de fait entre des statuts sociaux inéquitables : « il y a de base cette distance, donc ajouter une distance dans la pratique moi je trouve ça un peu dangereux, un peu inutile ». L'intérêt pour lui c'est « au niveau des sentiments, des partages, tout ça, je travaille beaucoup sur mes émotions, pour que ce soit construit, sécurisant pour la personne, ça se construit avec la personne ».

Enfin, Exp.LDR.3 souffrait de phobie sociale. Au moment d'entrer dans l'âge adulte, en lien avec un rythme de vie intense et non maîtrisé, il a développé des troubles qui le handicapaient au quotidien :

Même acheter mes clopes c'était compliqué [...] acheter une baguette de pain, sur tout le chemin ça terrorise [...] Je commençais à me sentir observé, un sentiment d'insécurité, déjà qu'il était un peu omniprésent, ou une fragilité là-dessus, ça s'est vraiment amplifié. (Exp.LDR.3.2022)

À partir de là, il a débuté un accompagnement par une psychologue, au sein d'un service orienté rétablissement. Sur les conseils de ses soignants, il a réalisé un travail pour lui permettre de participer à des groupes :

Au bout de trois ans, à me répéter ça, avec la psychologue je me suis dit en fait, idéalement, quel type de personnes je me sentirais de rencontrer. Ça serait des personnes qui sont dans la même démarche que moi, se resocialiser ou voir du monde, peut-être qui ont des troubles psychiques aussi. (Exp.LDR.3.2022)

Après beaucoup d'efforts « *ça me travaillait toute la semaine [...] Donc je me suis forcé* », il a intégré un club loisir, dans lequel il a rencontré des MSP, sans le savoir : « *au début je croyais c'était des animateurs, en fait c'était des médiateurs* ». De par sa participation régulière, il a découvert le réseau marseillais de rétablissement : « *les personnes qui étaient là-bas m'ont parlé "Ah il y a le CoFor peut-être que ça peut t'intéresser", bon je l'ai fait et tout* ». C'est par le CoFor¹ qu'il entend parler de la pair-aidance :

Petit à petit, j'ai entendu parler de la pair-aidance, notamment par le CoFor qui préparait un cinquième module justement sur les personnes qui avaient fait les quatre modules du CoFor et qui étaient intéressées une fois d'avoir, eux, leurs outils pour aller mieux, d'aider d'autres personnes à aller mieux. (Exp.LDR.3.2022)

Il s'est impliqué dans la formation du CoFor, puis dans Esper Pro : « *après c'est arrivé assez vite, vers juin il y a eu le lieu de répit qui a été intéressé pour recruter un médiateur et en juillet, ça y est j'étais au lieu de répit. Voilà.* ». Dans le parcours de Exp.LDR.3, on voit l'importance du soutien par les pairs et le partage du vécu en groupe. Avant de pouvoir intégrer un groupe de pairs, qui lui donne accès à un réseau beaucoup plus important, Exp.LDR.3 est orienté par une équipe de soin qui valorise l'approche du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale : « *la psychiatre me disait "L'homme est un animal social. Il faut voir du monde. Il faut être dans des groupes, c'est important, c'est bien, ça apporte quelque chose", la psychologue aussi* ». C'est par les rencontres qu'il fait dans le groupe de pairs que Exp.LDR.3 accède à une formation sur le rétablissement. Puis c'est par l'intermédiaire de son implication dans la formation qu'il transforme son vécu en savoir expérientiel, puis en métier. L'exemple de Exp.LDR.3 montre l'importance des groupes de soutien entre personnes concernées. Ces espaces sont indispensables pour que les usagers puissent reprendre du pouvoir d'agir sur leur histoire, individuelle et collective (Charlier, 2020).

L'hétérogénéité des parcours des MSP engendre une multitude d'expériences, de savoirs et de compétences, en lien direct, ou non, avec la santé mentale. Comme le dit l'un d'eux : « *en tant que pair-aidant on a chacun son savoir expérientiel qui est propre au vu de son parcours* »

¹ Le CoFor est un centre de formation sur le rétablissement sur le modèle des *recovery college* en Angleterre (Thériault et al., 2020). Il est géré par et pour les usagers.

(Exp.LDR.3.2022). La diversité des trajectoires s'accroît par l'explication d'origine sociale donnée aux crises psychiques : entrée dans l'âge adulte, deuil, etc. Mais ces vécus ne suffisent pas toujours à légitimer une fonction salariée, comme pour Exp.4 qui ne se sent pas légitime à assumer une fonction de MSP, du fait de son parcours psychiatrique simple et rapide (notes de terrain). Les usagers peuvent ainsi préférer s'engager dans l'une ou l'autre des dimensions de leur expérience :

Je suis patient expert si tu préfères pour l'hypertension. Même en santé mentale tu vois, mais ma spécialité c'est l'hypertension, c'est 40 ans d'hypertension. (Exp.LDR.2.2019) ;

Moi je dirais c'est plus au niveau de l'anxiété sociale, une personne qui voit pas trop de monde, je pense que je suis assez aidant, et j'ai pu l'être en tout cas aux vues des demandes qu'il y a pu avoir là-dessus. (Exp.LDR.3.2022)

Les MSP se différencient par leur expérience (Fanchini & Maurice, 2021), leur personnalité, tout comme d'autres professionnels du champ de la santé, mais ils ont cette spécificité de travailler à partir de leur vécu de rétablissement. Chacun possède donc sa propre expérience, mais ce sont les traits communs aux situations qui favorisent l'identification et la diminution de la distance relationnelle. Même pour des expériences de soins similaires, la réinjection des savoirs expérientiels diffère en fonction des personnes et de leur vécu au sens large. Ainsi, les expériences de Exp.LDR.16 et de Exp.LDR.19 sont proches, mais ils ont pourtant des vécus, des approches du travail et des visées politiques qui diffèrent. Troiseufs (2020) note les débats actuels sur la nécessaire correspondance entre expérience et champ d'intervention, ainsi que les « possibles transversalités de la pair-aidance entre différents domaines de santé » (p.31). Sur mon terrain, la question s'est posée dans des termes différents. Certains ISMC avaient vécu des états psychiques intenses sans intervention psychiatrique, d'autres des épisodes d'hospitalisation sous contrainte, voire d'isolement. Alors que le LDR a pour objectif de proposer une alternative visant à diminuer le nombre des hospitalisations, notamment sans consentement, le type d'expérience requis pour se déclarer pair a été interrogé. Entre expérience de consommation problématique de *Seresta* « à des doses suicidaires », expérience d'isolement, celle du recours à des traitements alternatifs, celle de traverser une crise psychique sans intervention médicale, etc. la diversité des profils était importante. Au LDR, certains ISMC possédant un savoir expérientiel des troubles psychiques pouvaient donc se retrouver plus proches de certaines personnes accueillies que d'autres, du fait de la similitude de leurs expériences. Le *verbatim* suivant traduit le besoin d'une personne dans l'équipe qui connaisse l'hospitalisation sans consentement :

Je pense que c'est pas mal aussi un pair-aidant qui a déjà vécu l'hospitalisation, fin' moi je sais que je l'ai pas vécu, ça c'est un plus quand même, c'est pas mal, souvent les

personnes, pas tous, mais les personnes qui sont au lieu de répit souvent elles ont déjà été hospitalisées, et je pense que c'est bien de pouvoir parler... fin' si besoin de témoigner sur son hospitalisation et justement sur l'après : « Là tu vois ça va mieux, je suis pair aidant... », voilà. Donc ça je pense que ça serait un bon truc. (Exp.LDR.3.2022)

La représentativité d'une pluralité d'expériences permet un accompagnement au plus près des attentes des personnes, mais la spécificité du domaine d'intervention (contrainte, crise psychique, réhabilitation psychosociale, etc.) induit un type de vécu qui selon moi doit être représenté chez les intervenants.

Validation du savoir expérientiel

Les retours d'expérience et les données de la littérature s'accordent sur le fait qu'avoir vécu des troubles psychiques ne suffit pas à construire un savoir, et donc à le mobiliser dans le cadre professionnel (Godrie, 2016 ; Provencher *et al.*, 2012), car dans une première étape, les connaissances tirées de l'expérience sont essentiellement valables pour soi-même. Elles sont plus des opinions sur ce qui est vécu, qu'un savoir mobilisable. Il y a donc une phase de transformation du vécu vers l'expérience, qui consiste à en extraire des enseignements. Par exemple, une meilleure connaissance des droits des patients ou des procédures administratives sur la contrainte, etc. Une fois cette étape franchie, un processus réflexif est encore nécessaire pour stabiliser les connaissances acquises en savoirs expérientiels. Cette appropriation est favorisée par le partage avec des pairs, par exemple dans le cadre de groupes d'entraide mutuelle¹. La phase de partage et de comparaison, de généralisation, mais aussi de spécification, donne une dimension sociale aux savoirs spécifiques du groupe considéré : « Parmi les siens, l'individu stigmatisé peut faire de son désavantage une base d'organisation pour sa vie, à condition de se résigner à la passer dans un monde diminué » (Goffman, 1975, p33). Or, si Goffman note bien l'intérêt que peut représenter le groupe de pairs pour une meilleure *carrière morale*, la seconde partie de sa phrase laisse entendre que ce choix représente une perte, alors que dans le cas des MSP il s'agit d'un gain théorique.

Le cheminement, depuis le vécu et les opinions personnelles, jusqu'au partage d'expériences et aux savoirs, est une phase préalable nécessaire avant d'intégrer le cadre professionnel, pour éviter que des usagers soient mobilisés sans formation, qui plus est dans des situations complexes. Il s'agit d'une sécurité pour la personne soutenante, comme pour celle soutenue. Une formalisation des savoirs expérientiels est également nécessaire pour penser à la façon dont ces savoirs spécifiques

¹ Groupe d'entraide mutuel peut renvoyer ici au dispositif des GEM, mais pas seulement.

prennent place dans une équipe de soins. Comme le MSP est amené à justifier de sa spécificité et de son utilité, une assise scolastique n'est pas superflue. À noter toutefois qu'il existe des débats au sein de la pair-aidance pour appuyer sur l'intérêt d'une entraide informelle et non rémunérée. Ces échanges sont fertiles, et les avis des personnes n'ayant pas accès à l'emploi, pour diverses raisons, doivent être entendus afin d'intégrer à la réflexion l'ensemble des formes de soutien par les pairs.

Autre point qui balise le parcours des MSP de la souffrance psychique vers la responsabilisation professionnelle, la nécessité que l'individu soit en capacité de raconter son expérience de rétablissement afin qu'elle puisse être utile à d'autres personnes : « une fois ce constat établi, toute la difficulté réside dans la formalisation de cette expérience de façon à la rendre compréhensible et discutable par les professionnels » (Rabeharisoa & Callon, 2002, p.7). Goffman (1975) note que nos identités sociales et personnelles déterminent des espaces sociaux différents au fil de la journée. Il en fait même « un concept-clé, car c'est elle qui relie l'individu à ses diverses situations sociales » (p.112). Bien que pour Goffman ce partage des espaces sociaux a pour fonction essentielle de pouvoir dissimuler le stigmate, il me semble qu'il concerne aussi les autres catégories sociales (Cf. p.276). Au contraire, pour les MSP il s'agirait de revendiquer leur identité « stigmatisable » dans différents espaces sociaux. Dans ces situations, il me semble que dans son analyse Goffman (1975) généralise des comportements probables mais dont on ne peut faire une règle générale. Par exemple, il affirme qu'un contrat tacite laisse le soin à l'individu le plus stigmatisé de lancer la discussion sur le sujet lors d'une rencontre. Or, il ressort de mes analyses que les MSP bouleversent ces appréciations puisqu'il existe une infinité de possibilités de mise en relation selon les personnes, les expériences, les contextes, etc.

Une question traverse les données d'enquête sur l'embauche des travailleurs pairs, celle de savoir dans quel mesure il est nécessaire d'être rétabli pour assumer une fonction de pair-aidant. Ce point recoupe de nombreux enjeux puisque l'expérience du rétablissement est l'une des conditions pour pouvoir prétendre à un savoir expérientiel (Cf. p.309). Cela nécessite de déterminer ce qu'est le rétablissement alors que seule la personne directement concernée est en mesure de l'évaluer. La question du rétablissement, comme prérequis à l'embauche de travailleurs pairs, a été soulevée à de maintes reprises dans la littérature. En France, cela a notamment été le cas suite au rapport de Lise Demailly et ses collaborateurs (2014) pour qui un médiateur de santé pair doit « être suffisamment bien rétabli¹ ». Or, le travail est un levier potentiel de rétablissement (Jouet *et al.*, 2011, Angilletta, 2014) comme dans l'approche *working first* qui postule que l'accès à l'emploi peut être une première marche vers un mieux-être (Bond *et al.*, 2008).

¹ Citons également le titre du dossier « Participation de patients *rétablis* aux interventions dans les services de soins ». *Pluriels*, n° 85/86 (souligné par moi-même).

Si les postulants doivent être « suffisamment rétablis » pour intégrer un poste, qui est en mesure d'évaluer la qualité du rétablissement ? Cela nécessite de définir des critères et une durée, sans certitude que cela soit un gage de stabilité. Au contraire, si les travailleurs pairs bénéficient d'un environnement de travail approprié (Repper & Carter, 2011), accéder à un emploi peut constituer une voie vers le rétablissement. Exp.LDR.18, par exemple, se présente lors de son entretien d'embauche comme « *en voie de rétablissement, voire stabilisé* », mais comme le rappelle Exp.6 après plusieurs séjours hospitaliers traumatisants : « *se rétablir c'est pas seulement l'absence de symptômes* » (notes de terrain). Il est donc délicat d'estimer si une personne est « suffisamment » rétablie pour pouvoir occuper un emploi, d'autant plus que la professionnalisation peut avoir des effets bénéfiques sur le rétablissement. Comme pour Exp.LDR.16 qui arrête son traitement à la *Méthadone* le jour de son entretien d'embauche dans un service de soin pour usagers de drogues, ou pour Exp.LDR.2 : « *ça m'a donné de la confiance en moi. [...], en fait ce que m'a amené [le travail de MSP] c'est que ça a solidifié mon rétablissement. [...] ça m'a permis de stabiliser ma vie privée* » (Exp.LDR.2.2019).

Si l'activité professionnelle constitue bien un facteur de rétablissement (Angilletta, 2014 ; Liberman & Kopelowicz, 2002 ; Perkins, 2007) et que le rétablissement est considéré comme un processus plus qu'un état (Anthony, 1993), l'embauche d'un usager en cours de rétablissement doit pouvoir être envisagée. L'expérience d'occuper un poste dans le soin en santé mentale constitue alors un point d'étape du travail de distanciation, plus que sa conséquence, sauvegardant ainsi une perspective d'évolution et d'apprentissage tout au long de la vie en tant que composante du rétablissement (Deegan, 2001). Certaines données renforcent cette considération puisque le bénévolat semble être la porte d'entrée privilégiée dans la profession, constituant ainsi une étape préalable de la formation des futurs MSP :

Après j'ai commencé à faire du bénévolat à Esper Pro, alors le club loisirs aussi [...]. Donc finalement je faisais un peu la pair-aidance déjà volontaire, ou de l'entraide, déjà à ce moment-là, donc voilà à Esper Pro donc du bénévolat. (Exp.LDR.3.2022) ;

Car j'aidais beaucoup de personnes en entraide mutuelle à l'hôpital en fait.
(Exp.LDR.2.2019)

Ou Exp.6, qui a connu la pair-aidance dans un GEM, ce qui lui a permis de partager son expérience dans un cadre moins institutionnel et de découvrir l'importance du réseau de soutien entre pairs en tant qu'outil de rétablissement (Soundy *et al.*, 2015 ; Warner, 2009) :

J'ai commencé à rencontrer des personnes qui étaient concernées comme moi, par tous ces troubles et je voulais commencer des activités, ce qui s'est présenté donc très vite, je

me suis intéressé à ce qui était proposé autour du GEM, dans le réseau du soin en psychiatrie, et j'ai commencé à rencontrer des personnes... (Exp.RAP.1.2022)

La formation des usagers est importante, mais elle ne représente qu'une partie des efforts à déployer pour faciliter leur intégration dans le champ de la santé mentale. La formation des professionnels non-pairs demeure l'un des principaux points d'amélioration sur les questions de santé mentale et de handicap de manière large. Les formes de sensibilisation permettent de réduire l'appréhension devant l'inconnu et l'incertitude relative à l'arrivée des MSP : « cette incertitude, parce qu'elle s'accompagne d'un sentiment d'insécurité, doit s'accompagner d'un accompagnement des pairs et de leurs collègues pour qu'elle se transforme en source de créativité » (Godrie, 2014, p.417). Ce point fait partie des propositions émises par Exp.LDR.1 :

Alors déjà, il y a le fait que les personnes qui ne sont pas concernées par la psychiatrie devraient peut-être vivre un peu une expérience de la psychiatrie pour pouvoir travailler en psychiatrie ou dans quelque chose qui s'en rapproche. (Exp.LDR.1.2022)

Exp.LDR.1 propose la mise en place de jeux de rôles qui permettraient aux professionnels de santé de se mettre « à la place » des usagers de la psychiatrie. Cette approche est largement utilisée dans d'autres champs du handicap, comme l'expérimentation d'un apprentissage aux déplacements en situation de non-voyance pour de futurs rééducateurs en mobilité (Buissard, 2014). Cette expérience procure au professionnel le vécu intime d'une situation inaccessible théoriquement. Les formations de thérapie systémique imposent aux thérapeutes en formation l'examen des histoires familiales afin de conscientiser leur incidence dans le travail. Cette idée pourrait être développée dans la formation des travailleurs pairs, mais aussi des autres intervenants en santé mentale.

La délicate entrée dans la fonction

La valeur centrale de la carrière morale des MSP, tout comme celle des personnes accueillies au LDR, est le rétablissement, converti en une sorte de « capital » social permettant l'accès à l'emploi. La reconnaissance des acquis de l'expérience est une piste de réflexion en ce sens. Au LDR, les MSP embauchés à partir de 2021, bien que n'ayant pas suivi la formation universitaire, ont demandé à notifier la fonction sur leur contrat de travail. Cette précision pourrait servir à faire valoir des compétences professionnelles, et donc la délivrance d'un diplôme ou d'équivalences. La reconnaissance de l'expérience pourrait rester accessible à partir d'un cursus préalable simplifié ou tolérant à l'égard des parcours non conventionnels. Dans cette optique, le retour d'expérience des personnes qui n'ont pas pu aller au bout de leur parcours de formation semble particulièrement fertile

pour améliorer l'offre de professionnalisation (Crisanti *et al.*, 2016), et des recherches se déploient actuellement en France pour pouvoir affiner la formation (Violeau & Debroas, 2023).

L'embauche en tant que MSP peut constituer « *le début d'une nouvelle vie* » comme le dit Exp.LDR.6 le jour où je lui annonce qu'il a été retenu pour le poste. Exp.LDR.6 explique se sentir beaucoup plus en accord avec lui-même depuis qu'il a découvert le métier de MSP, et répète que sa vie a changé depuis ce moment-là. L'emploi au LDR est donc pour lui un moyen de se reconnecter avec sa personnalité. Au-delà de la reconnaissance professionnelle et financière octroyée par le poste, il en tire un bénéfice subjectif qui s'assimilerait à du développement personnel. Sa perception de son parcours de vie lui demande toutefois un travail émotionnel dans l'adaptation à la prise de poste et dans la confrontation avec la réalité concrète du travail de terrain. À ce propos, Goffman (1975) soumet l'idée que les personnes stigmatisées se comportent différemment lorsqu'elles sont dans leur groupe communautaire, et que la perception qu'elles ont d'elles-mêmes s'en trouve modifiée. Il me semble qu'il y a là une approche intéressante dans le passage par un groupe de pairs qui servirait à l'individu pour se reconstituer une *nouvelle identité sociale* lui permettant de *réinvestir* l'espace social large avec une autre perception des relations entre soi et les autres (Cf. p.384). Ce phénomène s'approcherait presque de *rites de passage* qui s'observent largement dans les systèmes religieux (Eliade, 2010).

Pour la plupart des intervenants pairs les situations de crise font partie du passé, mais des conditions de travail défavorables peuvent dégrader une santé mentale fragilisée. Le processus de professionnalisation des MSP dépend aussi de l'expérience salariée préalable et du parcours de formation qui n'est pas toujours stabilisé. Certains MSP du LDR expliquent ce déséquilibre : « *j'étais un peu mal à l'aise* [par rapport aux attentes des autres ISMC sur les apports des MSP vis-à-vis du rétablissement] *parce j'étais en train d'apprendre sur le tas, et j'avais l'impression que les outils je les connaissais pas forcément beaucoup mieux* » (Exp.LDR.3.2022). Le travail des pairs est souvent présenté comme quelque peu différent des autres métiers, comme par exemple en évoquant l'équipe pluridisciplinaire d'un côté, puis de parler des pairs aidants de façon distincte. Les intervenants sont avant tout des professionnels de santé qu'ils aient une expérience individuelle de la psychiatrie ou non. Mais étant donné la pluralité de définitions du travail pair, on ne peut pas s'étonner que ses représentations soient variables (Daffort & Pulcini, 2021). Même pour des acteurs habitués à la pair-aidance, une méconnaissance peut demeurer : « *médiateur de santé et s'il est pair, c'est un plus* » (notes de terrain). Le problème de ces représentations négatives, c'est qu'elles ont un impact néfaste sur les personnes considérées :

Moi quand je racontai à un moment donné, on a fait le truc du PAIR, du plan d'aide individualisée au rétablissement, à un moment donné ce qu'on me disait c'était : « Ah

mais moi, si j'avais vécu le quart de ce que tu as vécu en fait, j'aurais préféré mettre fin à mes jours ». *Et donc tu reçois ça, quand même d'une personne qui est ton collègue de travail. Alors tu te dis : « Mais alors, si il me dit ça à moi, en tant que collègue de travail, qu'est-ce qu'il doit dire aux personnes [accueillies] qui vivent des choses, pendant qu'elles les vivent ? », voilà je sais pas. Mais du coup, c'est pas pour critiquer ou pas, mais vraiment c'est un truc de pas arriver à se mettre à la place. (Exp.LDR.1.2022)*

Les représentations négatives sur le travail pair peuvent aussi surgir lors de rencontres avec les partenaires, comme ce psychiatre d'un service hospitalier, qui dit en partant à Exp.LDR.2, qu'il a connu lors d'une hospitalisation : « à bientôt. Et soyez sage d'ici là ! », sous-entendant ainsi que Exp.LDR.2 pourrait « ne pas être sage », réflexion qu'il ne se serait sans doute pas permis avec un autre professionnel. Les aidants des personnes accueillies sont également porteurs de représentations sur le travail pair, comme Aid.LDR.2, qui lorsque Exp.LDR.13 répond au téléphone, demande à parler à une personne responsable, laissant entendre que Exp.LDR.13, du fait de son statut de pair, ne l'est pas. Les stigmates dont sont victimes les travailleurs pairs s'expriment aussi dans une altérité lexicale entre les pairs et les non-pairs. Comme l'a très bien analysé Alix Choppin dans son mémoire de licence MSP (2023), il y a « eux » et « nous ». Dans une opposition entre deux catégories de citoyens, ceux qui seraient touchés par les troubles psychiques et ceux qui ne le seraient pas, les travailleurs pairs sont dépréciés : « déjà que pour moi c'est difficile [alors pour un pair]... » (notes de terrain). « Ils » peuvent être alors considérés comme différents, d'une moindre valeur : « il y a eu ce rapport à un moment donné où on m'expliquait que je valais moins qu'une personne pas médiatrice. C'était "Vu que tu es médiateur, tu vauds moins" » (Exp.LDR.1.2022).

Dans ces conditions les MSP expriment se sentir « en fin de chaîne ». Ils ressentent de la maltraitance, due à des micros et macros agressions (Firmin *et al.*, 2019). Ce contexte moral peut amener les MSP à exprimer leur ressenti de manière non conventionnelle, proche de l'auto-stigmatisation comme hurler en réunion ou taper sur la table (notes de terrain). Ces comportements, participent à une stigmatisation latente et renforcent les avis négatifs sur la présence des MSP. La question n'est finalement pas de gommer toute différence et spécificité des personnes souffrant de troubles psychiques, mais d'accepter les différences et non de les dévaloriser. Car pour pouvoir exercer leur emploi dans des conditions favorables, il faut que les postes de travail soient adaptés, en fonction des besoins spécifiques. L'un de mes interlocuteurs résume les réserves à la présence des MSP dans les équipes de psychiatrie :

La peur de la ghettoïsation, c'est-à-dire cette idée-là, au fond, qui est à l'inverse des Lumières, qu'il faut être pareils pour se comprendre, qu'on est jamais mieux compris que

par quelqu'un qui a la même expérience, et ça c'est un truc qui me heurte profondément, je pense que c'est pas parce qu'on est un homme qu'on ne peut pas comprendre les femmes, c'est pas parce qu'on est noir qu'on ne peut pas comprendre... C'est pas parce qu'on est d'une autre culture... Je crois fondamentalement, j'ai envie que cette idée que le langage, que la culture, que même si on est d'horizons différents on peut arriver à comprendre quelque chose de l'autre, et que dans cette compréhension-là, il y a un dépassement de chacun des acteurs, qu'à un moment donné dans cet effort-là chacun en est changé, ça va à l'encontre de l'idée que si t'es pas passé par là où je suis passé, tu peux pas comprendre. C'est la première réserve [sur le travail pair]. La deuxième réserve, c'est que je pense pas que l'expérience de la maladie, forcément, fasse de nous des experts de la maladie ou de la relation et donc que la mise en avant de cette expérience-là ne garantit pas d'autres aspects qui me semblent des aspects fondamentaux du soin.
(Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Une première adaptation observée sur mon terrain est celle de la quotité du temps de travail, entre travail à temps plein, parfois source de surinvestissement et d'épuisement, et travail à mi-temps ne permettant pas la continuité, il a été décidé un temps de travail à 0,8 équivalent temps plein (ETP), soit 28h par semaine, pour tous les intervenants. Des adaptations ont été nécessaires à la marge, notamment pour les travailleurs pairs. D'autres pistes de réflexion ont émergé, sans se concrétiser : systématisation de pauses durant la journée, plages de temps non-travaillées plus importantes, systématisation de jours de repos suite à l'injection d'un NAP, etc. Les MSP témoignent également d'un besoin de soutien, à l'intérieur, mais aussi à l'extérieur du lieu, avec par exemple des rencontres entre MSP travaillant sur différentes structures. Un point de vigilance est toutefois nécessaire, car il importe aussi de pouvoir sortir du réseau de la santé mentale et de rencontrer des personnes qui n'ont pas de lien direct avec les troubles psychiques. Cette constatation confirme l'importance des inscriptions sociales relevée par Velpry (2008) qu'elle définit comme « les différentes sphères sociales où la personne s'inscrit, c'est-à-dire où elle interagit avec d'autres en y occupant une certaine position » (p.27). Ce n'est pas le cas de tous les MSP, et pour certains mettre de la distance personnelle est plus simple que pour d'autres.

Les points de difficulté relevés par les MSP du LDR ont été les suivants : la surcharge mentale, la pression à la réussite, une tendance à la comparaison, la difficulté à exprimer ses besoins, la difficulté à s'exprimer en réunion, la diminution de la confiance en soi. La mise en valeur des compétences, par exemple par la présentation des outils de rétablissement, a été relevée comme un facteur de confiance. Il faut préciser que j'ai pris note de ces points essentiellement lors des entretiens professionnels. Ils reflètent des points de vue individuels et ne peuvent être considérés comme des

généralités. Par contre, il existe des points de vigilance auxquels il est relativement simple de répondre, notamment au moment de la prise de poste. Voici les conseils que formule Exp.LDR.3 :

- *Ce qui me semble important... c'est peut-être prendre un temps au début, dès qu'il y a le recrutement avec le médiateur, de prendre du temps à se connaître dans l'équipe, et peut-être hors boulot aussi [...], ça pourrait être « qu'est-ce qui t'as amené à faire ce boulot ? », je pense c'est important aussi que le médiateur prenne le temps, de se raconter ou d'échanger avec les autres collègues de travail pour être à l'aise aussi lui-même à... soit témoigner, soit... je sais pas, ça peut peut-être créer un truc un petit plus sécurisant de le faire un peu, de prendre le temps ;*
- *Peut-être au début le médiateur, c'est bien qu'il aille un peu de manière cool, dans le sens que peut-être qu'il a pas eu de travail ou de rupture dans son parcours pro depuis longtemps, donc c'est bien d'avoir un truc progressif ;*
- *Que lui-même prenne le temps d'échanger avec d'autres médiateurs et qu'il le fasse aussi de manière régulière, dans le sens que il échange pas avec d'autres médiateurs quand il va pas bien. Moi c'est un peu ça que j'ai fait, ça m'aidait d'appeler Esper Pro une fois par semaine, je faisais ça au début ;*
- *Aussi, que les équipes qui reçoivent un médiateur [sachent] au minimum, qu'est-ce qu'un médiateur, qu'ils sachent un petit peu aussi sur le rétablissement, d'où vient cette dynamique de la pair-aidance, je pense qu'un mini historique très bref suffirait. Qu'il y ait un intérêt dans l'équipe pour la pair-aidance, forcément ça facilite la venue du médiateur et cætera, c'est aussi des trucs un peu évidents. (Exp.LDR.3.2022)*

Ces conseils corroborent les données scientifiques qui décrivent les freins et les leviers à l'intégration des travailleurs pairs dans les équipes de santé mentale (Chinman *et al.*, 2006 ; Gates & Akabas, 2007 ; Jacobson *et al.*, 2012 ; Kuhn *et al.*, 2015 ; Moran *et al.*, 2013 ; Pilgrim, 2008 ; Provencher *et al.*, 2012 ; Repper, 2013 ; Tait & Lester, 2005). Rapporther à la carrière morale décrite par Goffman (1968) ces étapes successives participent à la formation d'une identité sociale, modelée par l'institution : « la carrière morale, par conséquent le moi de chacun, s'élabore dans les limites d'un système institutionnel, que ce soit un établissement social, comme un hôpital psychiatrique, ou un complexe de relations personnelles et professionnelles » (p.224). Ici, le MSP est amené à témoigner de son vécu à ses collègues de travail, à dévoiler une part de son intimité, afin de montrer qu'il est un professionnel « responsable » et qu'il est en mesure de tenir son poste, malgré ses troubles psychiques. Il est demandé au MSP un dévoilement qui n'est pas demandé aux autres intervenants, alors que les raisons d'un engagement professionnel dans le domaine de la santé mentale seraient

intéressantes à explorer pour tous. Les MSP doivent donc *prouver* leur capacité à réaliser un travail et à s'intégrer à un univers ordinaire :

Dès lors, donc, que l'individu stigmatisé s'aperçoit que les normaux qui l'entourent ont de la peine à oublier son imperfection, il est de son devoir de s'appliquer avec persévérance à réduire la tension, en eux et au sein de la situation. (Goffman, 1975, p.138-139)

J'ai exposé dans les paragraphes précédents les trajectoires types que j'ai pu identifier sur mon terrain de recherche, malgré les singularités individuelles. Les MSP que j'ai interviewés ou avec qui j'ai échangé témoignent des conditions sociales dans lesquelles leurs troubles se sont exprimés lors des premiers épisodes de crise. Souvent, un élément déclencheur se retrouve à la survenue des troubles mais aussi au départ du processus de rétablissement. Celui-ci est généralement en lien avec la fréquentation d'un groupe de pairs qui sert à la fois de révélateur et d'émulateur d'engagements sociaux (GEM, CoFor, Esper Pro, etc.). Ces expériences d'entraide mutuelle permettent à l'individu de tester un discours de témoignage sur son vécu et son rétablissement. Si la personne fait le choix de poursuivre plus avant la professionnalisation de son savoir expérientiel, l'activité testimoniale constituera l'une des compétences qu'elle devra déployer. Toutefois, l'entrée dans la fonction de MSP n'est pas sans encombre. Le candidat devra se conformer à des exigences professionnelles plus ou moins souples selon les contextes. Sorti d'un groupe de pairs dans lequel de nouvelles normes identitaires ont émergé, il doit de nouveau se confronter au regard social. Une autre phase de formation par l'expérience débute après la prise de poste.

2. Phase professionnelle

Une fois le MSP embauché et les premiers obstacles affrontés, il doit encore saisir, voire définir, en quoi consistent ses missions. Plusieurs personnes m'ont affirmé qu'elles avaient dû créer leur fiche de poste en arrivant sur leur lieu de travail. Au LDR, une fiche de poste transversale préexiste à l'arrivée des MSP mais je vais à présent préciser quelles sont leurs fonctions et surtout quelles sont les spécificités du travail pair au sein de l'espace du LDR. La sociabilisation des troubles et l'identification réciproque au sein du lieu engendrent une place particulière accordée aux MSP et à leur savoir expérientiel. J'analyse les conséquences de leur présence pour comprendre comment ils mobilisent leurs compétences propres et quels en sont les effets pour eux et pour les personnes accueillies. Dans un deuxième temps, je rends compte de mes observations sur les relations interprofessionnelles au sein de l'équipe. L'expertise des MSP bouscule les hiérarchies symboliques

établies. Certains professionnels vont même jusqu'à exprimer une perturbation importante de leur identité personnelle et professionnelle qui se traduit par un rejet des MSP. Dans un contexte où l'expression des émotions revêt une importance particulière (Cf. 272), le dévoilement opéré par les travailleurs pairs profite également aux autres ISMC qui s'autorisent à valoriser leurs expériences personnelles. Le chapitre se conclut par des réflexions d'ordre plus général sur les enjeux et les conséquences du travail pair dans le domaine de la santé.

2.1 Rôles et tâches des MSP au LDR

J'ai étudié les parcours des MSP embauchés au LDR à travers leurs trajectoires de vie, leurs parcours de formation ainsi que les freins et leviers à leur entrée en poste. J'ai montré que les différences d'expériences et de parcours étaient dans la nature même de la fonction de travailleur pair, mais qu'il était important d'apporter à tous les MSP des réflexions similaires sur les conditions de travail. Je vais, à présent, m'intéresser à la nature de l'accompagnement proposé au LDR par les MSP, dont les tâches restent peu définies : « *better job descriptions would be beneficial not only to peers, but to teams and organizations* » (2012, p.9) annoncent Nora Jacobson et ses collaboratrices dans un article opportunément appelé *What do peer support workers do? A job description*. En quoi leur rôle diffère-t-il, ou non, de celui des autres ISMC ? Comment mieux cadrer l'approche du travail pair, tout en conservant l'originalité des parcours de rétablissement ? Avant d'aller plus loin, rappelons que le rétablissement est une recherche d'équilibre jamais acquis définitivement. Ancré dans l'expérience du processus de rétablissement, la pair-aidance est une action au long cours qui varie en fonction des situations.

Mobilisation des expériences

L'un des rôles des MSP pourrait être de « *créer de la responsabilité chez la personne* » (notes de terrain), mais la description du « comment » faire n'est pas simple à formaliser. Dans le cadre de l'entretien semi-directif, Exp.LDR.3 a peiné à décrire comment il a mobilisé ses savoirs expérientiels dans sa pratique de médiation, et lesquels, ce qui renvoie encore une fois à la complexité, voire au flou, qui entoure les pratiques d'accompagnement du LDR. Cette difficulté ne serait toutefois pas spécifique au LDR puisque Rebeiro Gruhl et ses collaboratrices (2016) ont observé le même phénomène dans le contexte rural de l'Ontario. Le partage de l'expérience vécue par l'intervenant demeure l'un des fondements de la pair-aidance puisque sans divulgation du statut, la personne accompagnée ne peut pas s'identifier en tant que « pair » :

Ouais finalement je me sers de ça quand ils me parlent d'un truc et moi ça me fait écho, je les écoute d'abord et puis après je peux dire « ah ben moi tu sais, moi aussi j'ai vécu ça » (Exp.LDR.3.2022) ;

J'ai l'impression que mon rôle est de mobiliser dans mon métier les savoirs expérientiels. Quand je suis plus dans des postures d'accompagnement c'est d'échanger, moi quel est mon parcours, ce que j'ai pu mettre en place, toutes les stratégies pour « guérir », le fait d'avoir vécu ça, d'avoir expérimenté plein de stratégies, je peux le partager avec d'autres. (Exp.RAP.2.2020)

Comme le soulignent Fernandez et ses collaborateurs :

La dimension voilement/dévoilement est donc au cœur de ce travail sur les émotions. L'articulation de ces deux logiques, voilement et dévoilement, n'est-elle pas un aspect fondamental de notre interrogation sur la place des émotions sur les terrains de la santé et sur la complexité des situations à analyser ? (2008, p.5)

Mais l'un de mes interlocuteurs note que ce dévoilement de l'intimité peut prendre du temps, celui de l'entrée en relation, de faire connaissance :

Je me suis rendu compte en fait, que la plupart des personnes qui étaient accueillies un mois, deux mois, trois mois, c'était très rapide. Et des fois ça prend du temps, il faut d'abord rentrer en contact, on parle pas des choses tout de suite... (Exp.LDR.1.2022)

Le MSP peut donc avoir une pratique d'accompagnement qui ne se base pas uniquement sur le partage d'une expérience commune. Dans ce cas-là, « *son job ça serait plus de dire "ces questions que tu te poses, pose-les à ton psychiatre, ou si t'arrives pas à les poser, est-ce que tu veux que je sois présent [lors du rendez-vous avec ton psychiatre] ?"* » (Exp.LDR.3.2022). Car ce ne sont pas uniquement les expériences plurielles en lien avec la psychiatrie qui sont mises en avant dans le cadre du LDR. Par exemple parce qu'elles ne semblent pas pertinentes : « *moi j'ai eu une expérience en psychiatrie et je pensais que c'est ça qui allait me servir, [mais] j'ai l'impression que mon expérience en santé mentale ne me sert pas* » (Exp.LDR.10.2020). Ce sont aussi parfois d'autres expériences qui s'avèrent utiles :

Oui j'ai beaucoup vécu en collectivité, j'étais en foyer de petit jusqu'à mes 16 ans et la collectivité, le fait d'être passé par là, ça m'a ouvert des portes. Tu es plus à l'aise pour

faire fonctionner le règlement avec les gens dont tu t'occupes. Je connais la rue, la prison, l'HP, le fait d'être passé par tout ça m'aide à comprendre plus facilement ici, à comprendre les gens, leurs souffrances, leurs difficultés. (Exp.LDR.12.2020) ;

Le savoir expérientiel qui me sert ici c'est d'avoir vécu en collectivité, d'avoir développé des outils, d'avoir été moi-même psychiatisée, usagère de drogues, en détresse à plein de moment, d'avoir accompagné des amis, le fait d'être une femme et d'avoir la charge mentale : faut que les choses soient propres et faites, un peu tout ça. D'avoir été moi-même en galère pour l'administratif, le logement, d'avoir été confrontée à la violence, dans ma famille, des lieux de vies, ce ne sont pas des situations nouvelles pour moi. (Exp.LDR.9.2020)

Enfin, les expériences sont peu mobilisées par manque de formation ou de savoir-faire : « *en travaillant ici j'ai du mal à mobiliser les savoirs expérientiels [...] Je n'ai pas le langage, je suis là pour d'autres choses, humaines* » (Exp.LDR.14.2020). Finalement, le sentiment d'identification se fait dans les deux sens : la personne en situation de vulnérabilité, qui reconnaît un pair dans le soignant, et donc modifie sa perception de la relation de soin, mais aussi le travailleur pair, qui considérant l'autre comme un égal, lui porte une attention particulière, plus empathique. C'est-à-dire qu'ils adoptent une posture grâce à laquelle ils sont en capacité d'apprendre de la personne qu'ils accompagnent, soulignant ainsi la réciprocité dans la relation de soin (Sandhu *et al.*, 2015 ; St-Onge, 2017). La relation n'est pas à sens unique : du sachant vers l'apprenant, ou du soignant vers le patient, mais elle fonctionne dans le sens d'un co-apprentissage (Ardoino, 1977), comme l'exprime Exp.LDR.2 dans cet extrait d'entretien :

Dans ce métier t'apprends tous les jours, et vis-à-vis de la personne en face il faut que tu sois humble, il faut pas que tu dises que tu sais mieux que lui, c'est pas vrai parce que lui il va t'apprendre quelque chose que toi tu ne sais pas et vice-versa. (Exp.LDR.2.2019)

Le savoir expérientiel, et sa valorisation sous forme professionnelle, procède donc de la mise en tension entre une singularité naturelle et une standardisation recherchée dans une visée de légitimation (Flora & Brun, 2019). Les échanges avec les usagers font ressortir la plus-value de l'inexplicabilité du savoir expérientiel (Mead & MacNeil, 2006 ; Rebeiro Gruhl *et al.*, 2016), spécificité qui se retrouve aussi bien au sein des équipes que parmi les patients d'un service (A. Cooper *et al.*, 2023). Sur mon terrain, la pluralité des expériences, dont celle de l'hospitalisation centrale dans le dispositif, permet d'élargir le concept de pair-aidance à d'autres formes d'interconnaissance que le seul vécu de l'institution psychiatrique. Ce qui est en jeu dans la relation thérapeutique, c'est donc

l'expérience des troubles psychiques, mais aussi l'écart à la norme sociale, qui s'atténue à partir de l'instant où le comportement du groupe est visibilisé. Goffman a fait ce constat dans *Asiles* :

Il en va de même pour l'étude des hôpitaux psychiatriques : on finit très souvent par découvrir que la folie ou le « comportement anormal » attribué au malade résulte pour une grande part, non de sa maladie mais de la distance sociale qui sépare ce malade de ceux qui le déclarent tel. (Goffman, 1968, p.182)

Le dévoilement de son expérience constitue bien-entendu l'une des caractéristiques les plus saillantes du travail pair, comme relevé par Guylaine Cloutier et Philippe Maugiron :

Ce qui distingue clairement les pairs-aidants certifiés des autres intervenants, c'est l'obligation pour les titulaires d'un poste de pair aidant d'utiliser et de partager leur savoir expérientiel découlant de leurs propres expériences avec un trouble mental et le rétablissement. (Cloutier & Maugiron, 2016, p.756)

Sans dévoilement pas de situation de parité, mais dans le même temps, la mise en jeu de fragments identitaires sensibles et intimes est une gageure de tous les instants (Moran *et al.*, 2013). Comme je l'énonçais dans le cadre d'un *focus group* : « *les médiateurs de santé pair, c'est les limites du dévoilement, jusqu'où tu te dévoiles avec les personnes, ce n'est pas si simple, ce n'est pas parce que tu as un savoir expérientiel pair que tu dois tout dire sur toi* » (2020). Savoir dévoiler des pans de son histoire, de son identité, est un savoir-faire qui ne s'acquiert pas en théorie, mais dont on doit faire l'expérience. Savoir à quel moment on a trop dévoilé de soi et à quel moment on a trop peu dit. Prendre l'habitude de raconter son histoire, témoignage qui n'est pas évident au départ mais dont la portée peut s'accroître conjointement au partage avec des pairs (Godrie & Rivet, 2020 ; Pelletier, 2019). Exp.LDR.3 fait part de ce phénomène d'apprentissage du témoignage : « *donc parcours d'usager ou d'entraide entre personnes concernées quand je me resocialisais, il y avait ce truc-là déjà de raconter son vécu ou de prendre de la distance du coup, ça m'a appris* » (Exp.LDR.3.2022). La répétition du témoignage est une forme d'apprentissage qui permet de mettre à distance ses émotions et de dépasser les inconvénients d'un dévoilement de l'intime :

Plus je le raconte, au bout de la vingtième fois ça me touche pas du tout de la même façon, ou pas autant en tout cas. [...] c'est comme si je parlais d'une autre personne au bout d'un moment, c'est que des choses pas faciles à dire au début peut-être, ou pas forcément trembler de la voix, mais par exemple, au bout d'un moment ça part tout ça, parce que je pouvais avoir des angoisses au début à raconter, tout ça, ça a disparu. (Exp.LDR.3.2022)

Exp.LDR.1 témoigne de son côté du malaise qui s'adjoint à la publicisation du statut de personne atteinte de troubles psychiques :

Le truc que moi j'avais retenu pendant la phase de recrutement, c'était l'auto-divulgestion. Donc sur l'auto-divulgestion c'était : je divulgue à qui j'ai envie, et quand j'ai envie, mais sur la base de mon consentement, de mon ressenti personnel, et c'était moi qui divulguais à qui je voulais, quand je voulais, et en fait ça s'est transformé en « Bonjour Exp.LDR.1 », voilà, « Je te présente Exp.LDR.1, il est passé par la psychiatrie ». Et en fait qui que ce soit à qui on me présentait, qu'on me présente à un médecin psychiatre, qu'on me présente à une assistante sociale, qu'on me présente à qui que ce soit les personnes à qui on me présentait « Voilà, lui il est passé par la psychiatrie » [...] et c'est même pas toi qui le dit, parce que tu pourrais le dire toi et tout, ben non c'est les autres qui le disent à ta place. [...] Ben non si c'est moi qui divulgue quand j'en ai envie, c'est qu'en fait ça apporte un intérêt, ça apporte un plus. (Exp.LDR.1.2022)

Dans le cours de cet entretien, Exp.LDR.1.2022 met également en lien le dévoilement de son histoire personnelle avec la notion de rapport de pouvoir :

Donc dans le rapport de domination dont tu parles qui se passait à l'intérieur de l'équipe avec une personne, il pouvait potentiellement se passer la même chose à l'extérieur, en fait cette domination-là elle était biaisée d'entrée de jeu par « Voilà, je te présente Exp.LDR.1, il est médiateur », voilà lui tu sais qu'il est concerné. [...] En fait, tu te présentes pas à quelqu'un en disant « Bonjour, j'ai pas mon bac », t'essayes de présenter les bons côtés, t'essayes de faire bonne impression. Donc là, en arrivant, quand tu te présentes on te dit « Voilà, Exp.LDR.1 il est passé par la psychiatrie ». (Exp.LDR.1.2022)

C'est en partie pour cette raison que la dénomination ISMC, commune à toute l'équipe d'intervention, a été choisie au LDR, car elle permet de ne pas *forcer* le dévoilement sur l'expérience des troubles psychiques, par la dénomination du poste professionnel. Cet écueil a également été soulevé par Gates et Akabas (2007) lors de leur enquête auprès des travailleurs pairs étasuniens. Ce point est à mon sens un axe de travail essentiel pour normaliser l'apport du savoir expérientiel dans les équipes de santé mentale. Il s'applique particulièrement aux MSP mais pourrait très bien être étendu à d'autres professionnels de santé qui souhaitent témoigner de leur expérience de vie. La possibilité qu'un individu témoigne une information qui puisse le discréditer auprès des autres est le dernier cas de figure envisagé par Goffman (1975) dans son analyse des *usages sociaux du handicap*. Pour lui, le fait de dévoiler volontairement une information délicate annule toutes les autres

possibilités qu'il envisage précédemment, mais elle ne résout pas la forme de stigmatisation sociale qui est dépendante du contexte :

Il nous reste maintenant à envisager une dernière possibilité, qui annule toutes les autres : l'individu se dévoile volontairement et modifie radicalement sa position, de l'obligation de manier une information délicate passant à la nécessité de contrôler une situation sociale gênante, de personne discréditable devenant personne discréditée. (Goffman, 1975, p.121)

Cette possibilité semblait rare pour Goffman mais constituait la norme sur mon terrain. Dans la perspective du concept de carrière morale goffmanien, le dévoilement pourrait s'apparenter à une « rétrospective », permettant au MSP de saisir la phase traversée et qu'il vient de quitter. Sauf qu'à l'inverse des reclus étudiés par Goffman (1968), le MSP « quitte », symboliquement, une phase de troubles, pour entrer, non pas dans une phase d'internement, mais dans une phase de resocialisation par l'inscription dans un rôle professionnel.

Distance thérapeutique

Lorsque l'on aborde la question de l'intimité, tout en souhaitant faire évoluer la relation de soin, nous interrogeons la notion d'espace thérapeutique. Le dévoilement expérientiel des MSP réduit la distance habituelle dont font preuve les soignants mais ne l'abolit pas nécessairement bien que certains MSP travaillent « sans » distance, comme l'un des MSP que j'ai interviewé : « *médiateur tu travailles sans distance c'est ce qui différencie les deux avec éducateur où tu dois mettre de la distance pro par rapport à tes émotions, plein de choses* » (Exp.Pra.Hosp.4.2021). Mais généralement, il s'agit de l'instauration d'une nouvelle distance que le MSP récemment embauché cherche à construire : « *là où ça m'a servi [mon expérience d'usage de drogues] c'est peut-être plus pour se rapprocher de la personne, [...] créer plus de proximité* » (Exp.LDR.3.2022). La relation entre pairs a donc pour effet de réduire la distance entre soignant et soigné par l'instauration d'une nouvelle *norme relationnelle*, qui interroge la préservation de la sphère intime du MSP.

Au LDR, les moments de superposition entre les sphères personnelles et professionnelles ont été nombreux (Cf. p.276), et l'intrication entre sphère publique et privée est l'une des particularités du travail communautaire. Certains ISMC se connaissent avant l'entrée au LDR, ont noué des relations affectives dans le cadre privé et il est arrivé de manière réitérée qu'une personne accueillie soit connue personnellement par l'un des intervenants. Quand on apprend que la nouvelle personne accueillie se trouve être une ancienne connaissance cette proximité peut être fortuite. Elle peut aussi

être assumée, par exemple lorsqu'un intervenant demande à ce qu'un proche soit accueilli. Lorsque Exp.LDR.5 fait une demande pour un ami hospitalisé dans des conditions déplorables, Exp.LDR.11 évoque la difficile posture d'accompagnant salarié face à des personnes que l'on connaît en bousculant une fois de plus la distance entre soignant et soigné. Mais la diminution de la distance relationnelle ne signifie pas, au contraire, que le travailleur pair doive s'exposer, comme le rappelle Exp.LDR.2 dans cet extrait d'entretien : « *si je vois que ça fait trop miroir et tout, je passe le dossier ou si ça touche trop l'affect. [...] ça me rappelle du vécu où j'ai pas cicatrisé de mes blessures ou de mes déclencheurs* » (Exp.LDR.2.2019). Pour Exp.LDR.2, l'enjeu est surtout d'éviter la survenue d'émotions qui pourraient entraîner une dégradation de sa santé mentale :

Par exemple dans cet accompagnement, cette personne à un moment donné de mon vécu de maladie m'a ressemblé ou je lui ai ressemblé, et ça m'évoque des souvenirs qui ne se sont pas cicatrisés ou ça me provoque une émotion forte, énorme et donc ça peut me provoquer un déclenchement. C'est-à-dire une nouvelle crise. (Exp.LDR.2.2019)

L'éloignement des situations repérées à risque, le passage de relais sont des solutions de préservation de soi pour les MSP. Sur mon terrain, d'autres fonctionnements ont été évoqués, comme le fait de ne pas se rendre aux enterrements des personnes que l'on a accompagnées, ou encore voir les personnes que l'on accompagne uniquement dans le cadre professionnel, ce qui pose déjà une distance. Deux remarques s'imposent suite à ce constat. La première est que comme la pair-aidance s'appuie sur l'intime, plus que sur des outils professionnels, les travailleurs pairs pourraient être touchés de manière importante lorsqu'ils rencontrent des situations sensibles, surtout lorsque la personne accompagnée est proche. Mais la fonction de MSP n'a-t-elle justement pas pour intérêt de remettre en question cette distance soignant-soigné et les frontières entre les catégories sociales ? La deuxième remarque est que si les effets bénéfiques de la pair-aidance sont produits par la diminution de la distance relationnelle entre soignant et soigné, cela remet en cause le principe de « juste distance » prôné dans les formations médico-sociales. Au contraire, cette constatation impliquerait de rechercher une nouvelle forme de proximité pour améliorer la qualité de l'accompagnement.

Lors d'une formation que j'ai donnée dans un institut de travail social, un étudiant témoignait d'une situation dans laquelle la personne accompagnée s'était adressée à lui, qui était stagiaire, plutôt qu'à la travailleuse sociale habituelle. L'étudiant mettait en lien ce phénomène avec le fait que lui et la personne accompagnée avaient la peau sombre, au contraire de la travailleuse sociale habituelle. La proximité expérientielle procure le sentiment d'une meilleure compréhension pour les personnes accueillies au LDR : « *il y avait d'autres personnes dans ma situation. Je pouvais m'identifier à eux. Je pouvais les comprendre, ils pouvaient me comprendre* » (Us.LDR.9.2021). Cette proximité ressentie

amène un climat de confiance dans la relation, et donc facilite l'expression (Gardien, 2021). L'un des usagers du lieu le souligne : « [les travailleurs pairs] *aident vachement sur la confiance en soi, sur un travail pour s'exprimer* » (Us.LDR.32.2021). Pour les personnes accueillies, les MSP représentent une opportunité de soin alternative, du fait de leur fonctionnement psychique atypique :

Ici les gens qui bossent ont une expérience psychologique ou psychiatrique, ils sont conscients de ce qui peut se passer dans la tête des gens. [C'est] une approche plus fine d'accompagnement, les gens sont concernés par la problématique, il n'y a pas cette barrière, neutralité ou distance institutionnelle. Il y a plus de compréhension, une autre démarche qu'en milieu hospitalier. (Us.LDR.28.2020)

La réciprocité expérientielle, l'identification et la confiance qu'elles engendrent, ne sont pas uniquement une perception subjective d'une écoute plus attentive ou bienveillante, elle a aussi des effets concrets (A. Cooper *et al.*, 2023). Exp.LDR.1 relate un épisode où il a témoigné de son vécu, et comment il a ainsi modifié le point de vue de Us.LDR.29, réfractaire aux traitements médicamenteux :

Par exemple, pour Us.LDR.29 qui ne voulait pas les médicaments, il y avait à un moment donné la bascule sur l'injection, et il voulait pas. Et c'était assez compliqué. Je l'ai appelé. Je lui ai dit « je comprends pas Us.LDR.29 ton point de vue », il me dit en gros « ça va m'empêcher de vivre, ça va m'empêcher de travailler, machin », je lui dis « mais Us.LDR.29, moi j'en ai une », à l'époque j'étais sous injection, « Us.LDR.29 moi j'en ai une pourtant je travaille, il y a pas de rapport entre pas travailler et avoir une injection de NAP ». Et ça, ça avait changé la bascule, parce que du coup il avait dit « Ben attends, si toi tu me dis que tu l'as... », du coup, il avait adhéré sur le fait de passer sous injection et ça avait réglé le problème, alors qu'en fait j'avais pas dit grand-chose. (Exp.LDR.1.2022)

Ici Exp.LDR.1 témoigne à Us.LDR.29 d'un vécu d'injection de NAP et c'est la comparaison avec cette expérience qui permet à Us.LDR.29 de prendre conscience qu'il est possible de travailler tout en prenant un NAP. La « preuve vivante » de cette possibilité suffit à Us.LDR.29 pour changer de comportement et accepter l'injection. Il apparaît ici qu'impulser un changement dans le comportement individuel, souvent recherché par les médecins pour la compliance aux neuroleptiques (Löffler *et al.*, 2003), est simplifié par l'intervention d'un MSP. Le processus d'identification a été largement évoqué dans les recherches sur l'apport des travailleurs pairs (Chinman *et al.*, 2006 ; Davidson *et al.*, 1999 ; Dutoit & Saint-Pé, 2009 ; Lionnet, 2014 ; Mead & MacNeil, 2006 ; Niard *et al.*, 2020 ; Rebeiro Gruhl *et al.*, 2016 ; Repper & Carter, 2011 ; Troisoeufs, 2020), mais ce qui différencie selon moi les approches médicales et expérientielles, c'est que dans la seconde les concepts viennent

du vécu, et non de l'approche théorique. Ce savoir n'est pas une simple représentation, il est issu d'un partage social qui valide collectivement les conclusions tirées d'expériences similaires.

Effets dynamiques

Je vais à présent analyser les effets de la présence de travailleurs pairs sur le terrain de recherche pour les personnes accueillies, mais aussi pour les autres intervenants de l'équipe, car « au-delà des équipes de terrain et des professionnels avec qui le MSP travaille, c'est la société et ses orientations sociales, philosophiques et politiques que ce nouveau métier vient interroger » (Hude & Pinet, 2020, p.532). Les travailleurs pairs réalisent un travail spécifique avec les personnes accompagnées qui, en s'identifiant à eux, sont plus réceptives aux techniques de soin qu'elles ne pourraient l'être avec un autre professionnel. Leurs actions se développent notamment dans les domaines habituellement conflictuels entre les patients et l'équipe soignante. Avoir vécu les effets d'un traitement médicamenteux leur procure un savoir unique dont les usagers sont à la recherche, comme le montre cet extrait d'entretien :

Qu'est-ce que ça apporterait selon toi qu'il y ait des travailleurs pairs [au LDR] ?

De meilleures explications ou des explications par rapport au traitement... Si ces personnes-là prennent des traitements ou vont diminuer les traitements, comment.
(Us.LDR.32.2021)

Un autre sujet clivant est le phénomène d'entente de voix qui peut créer un malaise chez le soignant, et dont la réponse est trop peu orientée vers la compréhension du phénomène (Banovic & Frerejouan, 2017 ; Corstens & Longden, 2013 ; Romme & Escher, 2019). L'inconfort ressenti par les soignants face à l'entente de voix ne touche d'ailleurs pas que les praticiens hospitaliers : « *parce que des fois les personnes qui travaillent [au LDR] je crois qu'elles arrivent pas à trop savoir comment gérer la situation par rapport à quelqu'un qui entend des voix* » (Us.LDR.32.2021). L'expérience des travailleurs pairs qui sont familiers de ce phénomène est donc particulièrement bénéfique, par exemple pour Us.LDR.31 :

Comme ici il y a des travailleurs de santé qui ont eux-mêmes eu l'expérience... par exemple, l'entente de voix, il y en a qui ont déjà eu cette expérience-là du coup ils ont du recul, ils ont peut-être plus de bagage que des personnes qui ont pas entendu des voix. Après chaque personne a sa spécificité, chaque personne sait faire quelque chose de bien,

mais moi je trouve que... comme ça en fait c'est mieux parce que la personne elle sait de quoi elle te parle. (Us.LDR.31.2021)

Dans le domaine de l'entente de voix, les travailleurs pairs représentent une double plus-value : la déstigmatisation du phénomène par une approche compréhensive et un savoir inaccessible autrement que par l'expérience. Les effets du travail pair se situent donc bien dans les espaces sensibles du soin psychique : les hallucinations sensorielles, la médication, la relation de confiance, etc. L'accompagnement par les pairs est également bénéfique pour la rédaction de plans de rétablissement (Johnston *et al.*, 2018) et de directives anticipées (Tinland *et al.*, 2022). La réciprocité est une caractéristique importante du travail pair (p.301), mais peut s'appliquer aux domaines plus larges des interactions humaines. La relation de soin, comme toute relation humaine, n'est pas strictement symétrique mais l'asymétrie ne signifie pas la domination et quelles que soient leurs positions relatives, les interlocuteurs peuvent tirer profit de leurs *interactions* (Ardoino, 1978).

La réciprocité des échanges profite aux MSP qui bénéficient de la relation : « *je les aide et ils m'aident* » (notes de terrain). Le bénéfice personnel que peuvent retirer les MSP de leur emploi est favorisé par le contexte moral spécifique du LDR qui donne une place importante au savoir expérientiel. Ces résultats sont cohérents avec la littérature internationale sur les bénéfices de l'emploi en santé mentale pour les travailleurs pairs (Angilletta, 2014 ; Davidson *et al.*, 2006 ; Kuhn *et al.*, 2015 ; Mahlke *et al.*, 2014 ; Poremski *et al.*, 2022). Sur mon terrain, cet effet a été ressenti d'autant plus fortement que les MSP étaient présents en nombre dans l'équipe d'intervention, et s'est amoindri lorsqu'ils se sont sentis isolés. À certaines périodes l'arrivée des MSP était perçue comme un soutien pour se saisir des outils de rétablissement avec lesquels les ISMC n'étaient pas à l'aise (Cf. p.256), comme le note l'un des MSP interviewés, « *c'était un peu du coup des sujets auxquels ils savaient pas trop répondre. Par exemple, sur le PAIR, repérer un déclencheur, qu'est-ce qui me fait du bien tout ça, ils avaient pas forcément la connaissance* » (Exp.LDR.1.2022). Sur le sujet des outils de rétablissement les MSP ont ressenti la plus-value qu'ils apportaient à l'équipe d'intervention, en amenant des compétences qui n'étaient pas présentes au préalable :

Là où j'ai senti que j'apportais plus quelque chose, [c'est] plus en tant que savoir expérientiel et ancien patient, c'est plus là que j'ai l'impression que les autres intervenants ils se sentaient un peu moins [sic : plus] démunis sur certains trucs, qu'ils avaient pas forcément vécus eux-mêmes. (Exp.LDR.3.2022)

Les MSP entraînent une nouvelle dynamique de groupe par leurs connaissances techniques et subjectives des troubles psychiques. Sur le terrain de recherche, ce savoir a soulagé les autres

intervenants qui maîtrisaient peu l'approche du rétablissement. Ce sont aussi souvent les intervenants pairs qui ont impulsé une participation plus importante des usagers, comme l'ouverture des réunions d'équipe aux personnes accueillies, et comme le signale Baptiste Godrie, « les pairs aidants joueraient également un rôle dans l'adoption d'un langage moins stigmatisant à l'égard des usagers » (Godrie, 2014, p.126). Ce sont également les MSP qui ont animé des temps de rencontre collectifs autour des questions de rétablissement, ouverts à des personnes extérieures au lieu. La présence importante d'(ex)usagers de la psychiatrie, dont le témoignage est valorisé, suscite des échanges intimes et la généralisation du dévoilement. Les autres ISMC sont moins hésitants à faire part de leur histoire personnelle ou de leurs zones de fragilité. Comme si la banalisation de l'expérience des troubles psychiques légitimait les blessures de chacun. Pour les autres professionnels, les MSP constituent une sorte d'exemple de la transformation de faiblesses en forces, comme le relève Exp.LDR.3 :

[Le fait qu'il y ait des MSP] ça a peut-être plus lancé une dynamique où [...] les autres intervenants parlaient davantage de soi, et de ce qu'ils pouvaient partager, parce que je pense qu'on est tous un peu touchés par la santé mentale à différents degrés et chacun pouvait parler de son vécu sur certains points [...], j'ai l'impression que les autres intervenants parlaient davantage de soi, et de leurs émotions, et aussi de petites anecdotes, par rapport à des trucs aussi qui leur faisaient écho. (Exp.LDR.3.2022)

Les MSP sont donc des catalyseurs pour un travail en santé axé sur le partage du ressenti, des émotions et des expériences vécues.

2.2 Enjeux statutaires

Comme pour toute arrivée d'une forme innovante de savoir, la présence de travailleurs pairs dans l'expérimentation s'est accompagnée de tensions inhérentes au réajustement des places individuelles et collectives dans une nouvelle configuration sociale (LDR, 2020). Le surgissement du savoir expérientiel dans les pratiques d'accompagnement n'a pas été linéaire et sans encombre pour les MSP. Face à l'imprécision du métier et à l'impréparation relative du dispositif, les travailleurs pairs ont souvent été les premiers touchés par les obstacles variés qu'ont rencontrés les acteurs.

Savoir expérientiel et pouvoir identitaire

Il ne s'agit pas d'imposer le savoir expérientiel comme le seul et unique levier thérapeutique. Le travail en santé exige selon moi de la réciprocité et une complémentarité des savoirs que présente l'un des MSP de l'équipe :

C'est dans le partage, donc ce que moi je pouvais partager les autres pouvaient le faire, et en même temps il y a plein d'autres trucs aussi que les autres intervenants en santé mentale communautaire savaient plus, que moi je savais pas. (Exp.LDR.3.2022)

Lorsque les intervenants sont ouverts aux savoirs des personnes qu'ils accompagnent ou à l'apport des travailleurs pairs, leur enrichissement est tangible (Cloutier & Maugiron, 2016) comme cet ISMC qui témoigne que « *d'avoir travaillé avec Exp.LDR.9 et Exp.LDR.18 [lui] a beaucoup appris* » (notes de terrain). L'enrichissement est réciproque car les travailleurs pairs ne prétendent pas à l'omniscience, notamment sur la question de la médication :

On n'est pas formé [sur la gestion des médicaments] du tout, donc je pense que sur la question il faut être très nuancé et pas prendre parti : « Ah ben non, moi tu sais j'ai complètement arrêté telle molécule et en fait... », voilà. Un peu dans les alternatives des médicaments par exemple, ça on peut pas trop le dire parce que il y a la temporalité de chacun, les médicaments ça sert, quoi qu'on en dise, ça peut faire tremplin, c'est sûr qu'idéalement, sur le long, ça peut être bien de s'en détacher parce qu'il y peut y avoir des complications, des trucs comme ça, après il y en a ça leur va très bien d'avoir ça toute leur vie, à faible dosage, ou même pas à faible dosage. C'est une question, je pense que le pair-aidant il peut pas trop parler là-dessus, et qu'il a à dire ses limites, donner la main au psychiatre. (Exp.LDR.3.2022)

Il y a bien complémentarité de savoirs, puisque le savoir médical psychiatrique apporte des compétences propres qui enrichissent le savoir expérientiel de la médication. Le savoir du médecin renforce son intérêt s'il s'intègre dans une proposition thérapeutique, et non lorsqu'il s'impose comme unique savoir légitime. Us.LDR.1 témoigne de l'intrication nécessaire entre approches théoriques et ressentis :

Parce que les gens qui ont l'expérience, voilà mais ensuite il faut savoir que toutes ces formations apprennent à travailler dans un cadre où on peut être plus efficaces. Pas dire rentrer dans un cadre... Et c'est ça que vous pouvez nous amener, à nous les usagers. Et nous on peut vous apporter notre manière de faire, de voir, de ressentir les choses. Parce que ce sont deux mondes différents et pour être l'un dans l'autre, il faut être, avoir... comprendre. (Us.LDR.1.2017)

L'intérêt réside dans l'enrichissement mutuel que procurent les deux types de savoirs, que le médecin puisse entendre le retour d'expérience de l'utilisateur ou du MSP, et que MSP et usagers

puissent entendre le savoir théorique du médecin. C'est ce que relève l'un de mes premiers interlocuteurs dans cet extrait d'entretien relatant sa collaboration professionnelle avec un MSP : « toute la pratique que j'ai avec Exp.Pra.Hosp.2, je lui apprends rien et on s'apprend des choses mutuellement. Et on gère des situations de crise, lui de son expérience, moi du mien » (Psycho.Pra.Hos.2017). Or, à ce jour, le savoir expérientiel a encore besoin d'être légitimé. L'une des difficultés rencontrée par les travailleurs pairs pour faire valoir leur expertise réside dans la catégorisation sociale, qui attribue aux individus d'un groupe donné des caractéristiques morales issues de représentations pour la plupart inconscientes. Grard (2008), dans son analyse de la relation d'enquête auprès de personnes souffrant de troubles psychiques, a concrètement montré que la reconnaissance n'est pas uniquement due à l'expérience de la maladie, mais aussi à un statut social :

Je me suis pourtant présenté, dès les débuts de mon enquête, comme ayant eu moi-même l'expérience des services de santé mentale. Mais, lorsque l'on adopte le point de vue de mes interlocuteurs, la distinction entre « normal » et « malade » se situe pour mes interlocuteurs à un niveau bien plus social que psychologique. (Grard, 2008, p.151)

Ainsi, des représentations négatives sur les personnes souffrant de troubles psychiques, comme penser qu'elles sont peu responsables ou émotionnellement instables, etc., amènent à porter un regard dévalorisé sur toute le groupe des MSP. Goffman signale cette catégorisation *a priori* :

La société établit des procédés servant à répartir en catégories les personnes et les contingents d'attributs qu'elle estime ordinaires et naturels chez les membres de chacune de ces catégories. Les cadres sociaux établissent les catégories de personnes qu'il est probable d'y rencontrer. (Goffman, 1975, p.11-12)

Pour Goffman, lorsque nous rencontrons un individu, nous apprécions ses attributs en fonction du groupe auquel il appartient et « nous appuyant alors sur ces *anticipations*¹, nous les transformons en attentes normatives, en exigences présentées à bon endroit » (1975, p.12). Même si il ne suffit pas de porter un jugement pour en faire une réalité, des *attentes normatives* infondées entravent les *interactions* entre professionnels et créent des tensions en rapport avec le *statut social* des MSP. C'est peut-être pour cette raison que les travailleurs pairs du LDR ont parfois montré des enjeux de comparaison, voire de compétition entre eux :

¹ C'est moi qui souligne.

Comme si un peu avec Exp.LDR.6, et un peu avec Exp.LDR.3, j'avais l'impression qu'il y avait comme une compétition, un truc comme ça. C'est un peu le ressenti que j'ai alors que je sais pas du tout s'il est fondé ou pas. (Exp.LDR.1.2022)

Une sensation équivalente a été ressentie par Exp.LDR.2, à propos d'un bénévole dont il considérait qu'il tentait de devenir travailleur pair également :

Alors la problématique que j'ai par rapport à ma fonction de médiateur de santé c'est que j'ai vraiment un transfert, les personnes que j'accompagne, ils font un gros transfert sur moi donc il y en a qui fantasment sur le métier de travailleur pair [...] ça me ramène beaucoup de difficultés aussi à mon travail chez les bénévoles. (Exp.LDR.2.2019)

Exp.LDR.2 exerce à son tour cette hiérarchie avec Exp.LDR.20, nouvellement embauché et lui demande ce qu'il connaît du rétablissement, comme pour lui prouver qu'il est expert dans ce domaine et qu'il n'entend pas que quelqu'un d'autre lui impose sa manière de voir. Cette « compétition », ou cette volonté d'imiter, pourrait constituer le revers de l'identification. Lorsqu'une personne rencontre un MSP, il est courant que celui-ci représente un idéal à atteindre, de par son niveau de rétablissement, mais aussi son statut social (salarié, reconnu pour ses qualités professionnelles, « accepté » socialement, etc.). Cette comparaison pourrait dériver vers une appréciation de valeur, entre MSP. Étant donné que leur travail se fonde autant sur leurs compétences professionnelles que sur leur personnalité, la comparaison pourrait dériver vers un jugement de valeur. C'est-à-dire que les critiques professionnelles touchent aussi l'intime, puisque le MSP travaille à partir de son expérience. Les enjeux de pouvoir entre les usagers de la psychiatrie et les autres professionnels ne se limitent pas aux compétences sur la santé mentale, ils sont également imprégnés de *considérations morales*. Il s'agit de mettre en avant un type d'expérience valorisé socialement, par exemple l'expérience professionnelle, mais aussi de rejeter les autres formes de savoirs. Dans cette hiérarchisation épistémique ce sont les personnes qui n'ont pas les qualifications usuelles qui sont vulnérabilisées. La position dominante des savoirs professionnels peut dévier vers un manque de confiance dans les travailleurs pairs, des doutes émis sur leur professionnalisme, voire de la stigmatisation dont Exp.LDR.1 a fait l'expérience :

La première fois ça m'a dérangé de l'entendre [que je valais moins qu'une personne non pair], mais à force de l'entendre, continuellement tous les jours, sous diverses formes, au bout d'un moment, c'était comme si je croyais à ce qui m'était dit, et je me disais, à force de répétition, qu'on me dise tous les jours, tous les jours, que je valais moins que machin, au bout d'un moment c'était devenu très compliqué quand même. (Exp.LDR.1.2022)

La position de domination ne supporte pas de critiques et quand c'est le cas ce sont les autres qui sont pointés du doigt :

La personne du coup me fait une liste de reproches en me disant « t'as tel et tel défaut », il me fait une liste à rallonge de tous les défauts. [...] Et vraiment le rapport de domination c'était que la personne à ce moment-là avait besoin de me faire comprendre que j'étais inférieur. (Exp.LDR.1.2022)

Les MSP sont considérés comme des professionnels de seconde zone, incompetents et dont le modèle serait à fuir :

Donc à un moment donné j'ai compris, « Ah ouais, donc il y a ce truc envers les médiateurs où il dit clairement plusieurs fois qu'on est différents et qu'on est inférieurs » [...] c'était Int.LDR.12 qui était sur l'ordinateur, et du coup la personne lui dit « Mais attends Int.LDR.12, t'arrives pas à faire ça, t'es pas un médiateur de santé toi pourtant, tu devrais y arriver ! ». (Exp.LDR.1.2022)

Au-delà de la condamnation morale de tels propos, cette modalité de rapports interpersonnels est délétère pour la dynamique d'équipe, donc pour la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies. Par la volonté de maintenir une supériorité sur un autre groupe social, un professionnel en vient à dénigrer le travail de ses coéquipiers et leurs personnalités. Il y a un glissement depuis l'illégitimité du savoir jusqu'à la dévalorisation de professionnels et d'individus. Le phénomène est renforcé pour les MSP par la mobilisation de l'intime dans le cadre professionnel. En attaquant le rôle professionnel, on atteint automatiquement l'individu qui met en jeu son vécu. Ces comportements blessent profondément les personnes visées par le dénigrement et provoquent des réactions potentiellement graves, ce qui est le cas de l'un des MSP du LDR :

Et puis en fait, à un moment donné, j'entendais tellement tous les jours que j'étais inférieur, qu'à un moment donné j'y ai cru en fait. Je l'entendais tellement à force, le matin je me suis dit « Mais c'est ça », je me disais... j'en arrivais à avoir des pensées suicidaires, et ce qui menait aux pensées suicidaires, c'était des phrases qu'avait prononcées la personne la journée d'avant ou la veille ou l'avant-veille, sur des trucs de rabaissement. (Exp.LDR.1.2022)

La situation professionnelle se dégrade : « je venais plus à ce moment-là avec le sourire, et je venais plus en avance, je venais tout juste à l'heure. [...] C'est à peu près à ce moment-là que j'ai

commencé à me mettre en arrêt maladie » (Exp.LDR.1.2022). Il n'est pas acceptable de travailler avec des coéquipiers qui vous rabaisent et vous font sentir une infériorité liée à votre histoire personnelle : *« ça a participé au fait que je parte »* (Exp.LDR.1.2022). Comme souvent, ce sont les personnes qui sont dans une position sociale moins valorisée qui quittent l'espace pourtant ouvert à leur présence. La situation décrite est extrême, quoique sans doute moins banale qu'on ne le croit, et la question des rapports de supériorité entre savoirs issus de l'expérience de la psychiatrie et savoirs institutionnels se pose dans des circonstances plus feutrées et moins visibles (Cf. p.158). J'ai, par exemple, observé plusieurs situations de tensions dans la répartition de la parole entre les (ex)usagers et ceux se prévalant d'un savoir médical hospitalier lors des réunions du PTSM. Dans ces réunions très formalisées, les savoirs expérientiels perturbent la dynamique de parole face aux psychiatres et autres professionnels.

Il importe d'être vigilant quant à ces luttes symboliques dans les espaces institutionnels de décision. Car les rapports de pouvoir sociaux sont initialement déséquilibrés, et le format des rencontres est souvent défavorable aux personnes neuro-atypiques. Dans ce contexte, et avec une forte tendance à l'augmentation de la participation des usagers, nous devons être attentifs à ce que la prise de parole soit réelle de la part des personnes les moins favorisées. Toutes les situations de domination d'un savoir jugé supérieur sont potentiellement déviantes. Pour le moins, les usagers peuvent servir de faire-valoir à une visée de participation sans que leur parole soit honnêtement prise en compte (Arnstein, 1969) comme le souligne Jacques : « le maintien de ces injustices épistémiques revient à nier la capacité des individus à apporter des informations et à analyser leurs expériences de façon rationnelle, et donc à pouvoir améliorer le système de soin » (Jacques, 2022, p.46).

Obstacles et atouts de la prise de poste

Au-delà des tensions engendrées par les différences de statut au sein de l'équipe, quelles sont les difficultés auxquelles se sont confrontés les MSP sur le terrain de recherche ? Le besoin d'un cadre de référence clair a été exprimé à plusieurs reprises par les travailleurs pairs qui ont évolué dans l'un des environnements de travail en santé mentale le plus complexe qui soit (Cf. p.222). Les difficultés structurelles s'accompagnent de particularités liées aux troubles psychiques. Exp.LDR.17, par exemple, se pose beaucoup de questions sur les liens entre médication et travail, en particulier lorsque son traitement est en rupture d'approvisionnement au niveau national (notes de terrain). La prise, ou non, de traitement influe sur les capacités professionnelles en réduisant les symptômes ou le temps de concentration, etc. Mais le traitement médicamenteux, même adapté, ne suffit pas à régler toutes les problématiques, et les MSP se plaignent parfois de symptômes qui agissent sur l'exercice professionnel, comme une diminution de l'énergie, voire des somnolences, etc. Enfin, le rapport aux

troubles psychiques est évolutif en fonction des périodes, de la fatigue, des tensions personnelles ou professionnelles, etc.

Sur le terrain de recherche les MSP ont parfois témoigné d'un manque de confiance en soi, dont il est complexe de déterminer s'il est corrélé à l'expérience des troubles ou non. Les intervenants pairs ont plus souvent fait part de questionnements sur leurs capacités à répondre aux attentes du poste, ou d'un manque de satisfaction personnelle devant la complexité de la tâche, comme en témoigne ce MSP : « *j'arrivais pas trop à gérer cette pression que je me mettais, ça s'emballait très facilement, parce que des fois on me trouvait déjà stressé alors qu'il se passait rien dans la journée* » (Exp.LDR.3.2022). Le travail pair s'appuie sur des compétences spécifiques qui font son intérêt, mais aussi sa fragilité. Basé sur le dévoilement d'expériences généralement réservées à l'intime, ses praticiens s'exposent au regard de l'autre. Les MSP doivent donc jongler entre publicisation de leurs fragilités et maintien d'une santé psychique satisfaisante. Paradoxe des métiers du soin, ils doivent affronter les errements de leurs semblables tout en protégeant leur intégrité psychique. L'effet miroir que peut retourner l'utilisateur a été décrit (Lionnet, 2014) et c'est un récit que j'ai retrouvé durant mon enquête : « *moi ce que j'ai remarqué c'est qu'il y a des trucs, ça réveille en fait, ça réveille des trucs un peu enfouis, parce qu'il se passe un peu les mêmes choses* » (Exp.LDR.1.2022). Exp.LDR.16 décrit aussi un besoin d'engagement important, qui perturbe l'équilibre physiologique :

La première [raison de mon départ] est personnelle, ça me demande trop d'investissements un moment où j'ai besoin d'un travail où je m'investis moins, où je me suis déjà beaucoup investi, je suis très fatigué, j'ai besoin d'avoir du temps pour moi, c'est pour ça que j'ai voulu faire un 80 %. Si je restais, j'allais m'investir trop. (Exp.LDR.16.2019)

Pour Freudenberger (1974), dont les études sont à l'origine des recherches sur le *burn-out*, le sur engagement est le fait des personnes, mais aussi des contraintes liées à l'institution. Le contexte qu'il décrit, celui des *free clinic*, est très proche du LDR, et il cite des dispositifs tels que les *crisis center*, *run away house*, *therapeutics communities*, etc. Voici ce qu'il écrit à propos du travail auprès de populations spécifiques, et de son lien avec le processus de *burn-out* : « *his risk-taking behavior in counseling with speed freaks, psychotics, homicidal people and other paranoids sometimes borders on the lunatic, in terms of his own behavior* » (Freudenberger, 1974, p.160). Les MSP doivent veiller à ne pas trop prendre sur eux les difficultés des autres et des MSP expérimentés témoignent d'hospitalisation dans les premiers mois de leur salariat, par manque de gestion de cette charge émotionnelle :

Ben les limites du travailleur pair [...] prendre vraiment soin de soi, même si c'est prenant le travail, c'est stimulant, [...] et je pense que c'est bien si on arrive à un moment, à pas être dans ce truc où on doit presque se faire violence pour couper, donc ça serait [...] d'arriver à bien compartimenter. (Exp.LDR.3.2022)

Pour les MSP, peut-être plus que pour les autres professionnels, il est important d'apprendre à se connaître, à connaître ses limites et à être lucide sur son processus de rétablissement, car plus le MSP progresse dans une démarche personnelle de rétablissement, plus il va pouvoir être aidant pour les autres. Au contraire, si le professionnel n'est pas au clair avec lui-même, il aura du mal à accompagner des personnes vulnérables, particulièrement si elles sont en crise. La préservation de la santé des intervenants est un gage de la qualité de l'accompagnement au sein du dispositif. À l'inverse, une santé individuelle et collective dégradée ne bénéficie à personne. Le travail peut prendre une place trop importante dans l'existence et mettre la santé en péril. L'implication professionnelle excessive est due à des facteurs divers : résonance émotionnelle et personnelle avec les problématiques rencontrées, besoin de prouver à soi et aux autres que, malgré le parcours non conventionnel, on est en capacité de faire du travail de qualité, engagement militant qui dépasse le simple cadre salarial, etc.

Pris dans l'euphorie du nouvel emploi, de l'intégration à un projet ambitieux et porteur d'espoir, l'intervenant peut s'engager au-delà du raisonnable, avec des horaires démesurés, notamment quand le planning d'intervention n'est pas formalisé et des tâches répétées fréquemment (ménages, préparation des repas, accompagnement social, etc.). J'ai observé un MSP venu travailler le lendemain d'une opération chirurgicale et le répondeur du téléphone d'intervention renvoyer vers son numéro personnel. Cet engagement de tous les instants est préjudiciable pour l'intervenant qui n'arrive plus à maintenir un niveau de santé satisfaisant, et pour l'équipe d'intervention qui observe l'augmentation du mal-être d'un de ses professionnels. Enfin, il est préjudiciable pour les personnes accompagnées qui ne peuvent plus bénéficier des compétences d'un professionnel en pleine possession de ses moyens. Ce surinvestissement ne touche assurément pas que les travailleurs pairs, mais ici comme ailleurs, ces derniers représentent un exemple paradigmatique de l'intérêt et des limites de l'implication personnelle dans le travail. Mais l'activité professionnelle procure aussi des bénéfices, notamment pour Exp.LDR.1 :

Il y avait beaucoup de personnes qui me faisaient des compliments et tout. Et c'est un peu la première fois que j'acceptais, fin', que je les refusais pas Rires, alors je sais pas vraiment si je les acceptais ou pas, mais en tout cas j'essayais de pas les refuser. (Exp.LDR.1.2022)

Entrer en emploi est un facteur d'*empowerment* et de mieux-être (Fanchini & Maurice, 2021). L'emploi sert de tremplin dans une vie sociale et personnelle souvent marquée par l'expérience des troubles :

[De travailler au LDR] *ça a permis d'officialiser entre guillemets ce sentiment ou d'être utile dans la société, mais pas juste bénévolement, j'ai un vrai travail. [...] Donc il y a le travail et finalement le travail ça a enchainé de partir un peu du nid familial, de prendre un appart'... [...] Avoir une reconnaissance aussi plus forte, par d'autres professionnels, et par la structure même, ou par des psychiatres et des psychologues aussi, ce qui peut être aussi marrant au bout du bout.* (Exp.LDR.3.2022)

Pour Exp.LDR.3, dont le poste d'ISMC est un premier emploi, le LDR a parfois constitué un creuset de développement de compétences déjà présentes avant la prise de poste : « *après quelles compétences j'ai développées... je pense l'écoute active ou en tout cas m'améliorer là-dessus [...] des compétences relationnelles, après je les avais déjà un petit peu je pense* » (Exp.LDR.3.2022). Ces bénéfices permettent de comprendre le processus de formation qui s'engage à l'entrée dans l'emploi (Gillard *et al.*, 2022 ; Poremski *et al.*, 2022). Il y a donc une continuité de la formation expérientielle par la pratique de la pair-aidance, voire de conscientisation *a posteriori* des situations vécues, comme en témoigne Exp.LDR.10 lors d'un *focus group* :

Au lieu de répit j'ai l'impression d'apprendre sur mon hospitalisation que je n'ai pas conscientisée à l'époque et je me penche sur mon expérience en psychiatrie, les traitements que j'ai pris, dans quel état ils m'ont mis, pourquoi la psychiatrie n'a pas été efficiente. Donc moi je prends du lieu de répit à ce niveau-là. (Exp.LDR.10.2020)

Dans ce cas, il existe une expérience de la crise, de l'hospitalisation, voire une revendication de ces expériences et de cette partie de l'identité. Il y a même une volonté de la part de Exp.LDR.10, de mettre en jeu ces pages biographiques dans le cadre d'une relation de soin. Mais pour autant, tout un pan épistémologique du savoir expérientiel ne lui apparaît qu'après sa prise de poste. Je postule qu'il conscientise, au contact d'autres intervenants et d'un contexte social spécifique, des savoirs qui demeuraient sinon à l'état de vécu. Exp.LDR.12 témoigne aussi de cette évolution malgré une expérience et des savoirs antérieurs : « *j'ai beaucoup appris de la santé mentale au LDR* ». Il y a donc un *continuum* de l'apprentissage partant de l'expérience, qui ne s'arrête pas à la sortie de la formation ou à l'entrée dans l'emploi. Les savoirs expérientiels sont bien des savoirs évolutifs et ils gagnent à être confrontés au contexte, aux autres pairs, à la nouvelle expérience, etc. C'est ce que j'énonce lors

du même *focus group* : « tu peux tirer un premier savoir de ton expérience, le mobiliser dans ta pratique et te rendre compte au bout d'un certain temps qu'un nouveau savoir émerge » (2020).

Face à cette évolution des savoirs et compétences nous pouvons nous demander si on reste pair tout au long de son existence ou est-ce qu'une personne pourrait être « trop » rétablie pour s'identifier et être identifiée comme pair ? Parmi les MSP formés en 2012, certains témoignent d'un déplacement des centres d'intérêt professionnels dans une évolution de carrière logique. La trajectoire des MSP est donc faite de changements professionnels et personnels qui font évoluer leurs savoirs expérientiels. C'est ce que note l'un des MSP interviewés : « *c'est une expérience qui se module au fur et à mesure, c'est évolutif, c'est pas arrêté* » (Exp.Pra.Hosp.4.2021). La question de l'expérience de vie personnelle en dehors du LDR et la façon dont elle nourrit les pratiques, se pose au-delà du profil identitaire de travailleur pair. Il s'agit bien d'une construction amplifiée par le fait que le métier n'est pas encore formalisé, dont nous pouvons postuler qu'elle concerne d'autres professionnels du champ sanitaire et social. Qu'on pense aux travailleurs sociaux, éducateurs, etc. qui possèdent une expérience des structures dans lesquelles ils travaillent : Maison d'enfants à caractère social (MECS) ; Aide sociale à l'enfance (ASE), etc. N'y aurait-il pas des leçons à tirer sur la mobilisation du savoir expérientiel que visibilisent les MSP en santé mentale ? Ne pourrait-on pas considérer qu'étant donné la corrélation entre orientation professionnelle dans les métiers du soin et de la relation humaine, et les expériences de vie, nous gagnerions à ouvrir les questions autour du savoir expérientiel, plutôt que de les taire dans le but de maintenir une distance relationnelle ?

Chapitre 8 : Parcours alternatifs et expériences du rétablissement

J'ai présenté la structure globale du dispositif, sa gouvernance et les formes de mobilisation du savoir expérientiel. Dans ce dernier chapitre, j'affine l'analyse de l'accompagnement proposé au LDR en m'intéressant au processus vécu par les personnes. Du protocole d'inclusion à la sortie du dispositif, en passant par l'accueil et la place de l'entourage, je décris les apports et les limites du dispositif, en définissant les modalités d'intervention et le type d'interactions qu'elles suscitent (Goffman, 1974), mais aussi comment elles favorisent le rétablissement des personnes accueillies. Comme pour les autres parties de la thèse, j'ai agencé mes notes de terrain en catégories émergentes à partir de leur analyse (Becker, 1958 ; Glaser & Strauss, 1967 ; Strauss & Corbin, 1990). Ces données sont complétées par l'analyse de contenu (Bardin, 1977) des entretiens menés auprès d'utilisateurs du LDR, quelques jours après leur arrivée, et pour deux d'entre eux six mois, voire un an après.

Je continue à me positionner dans une perspective goffmanienne de *carrière morale*, par laquelle passent les personnes accueillies au LDR, tout comme les MSP traversent des balises au long de leur formation professionnelle. La notion de *carrière morale* est relativisée par celle de trajectoire (Grard, 2011 ; Velpry, 2008) qui ne prédétermine pas l'aboutissement des épisodes de crises psychiques. L'implication des acteurs (personne concernée, entourage, intervenants, etc.) dans la gestion de la crise est analysée, grâce à des critères relatifs aux rapports de pouvoir et à la participation aux prises de décisions. Mon cadre conceptuel est celui de l'interactionnisme, et donc de la prise de parole des personnes concernées, ainsi que de leur entourage. Les énoncés lexicaux représentent une opportunité de saisir les places des individus dans le processus de soin, et de comprendre les représentations de la crise psychique, « l'analyse de la parole en situation constitue un révélateur des relations sociales, tout particulièrement de l'instauration de rapports de force ou de hiérarchie » (Bornand *et al.*, 2015, p.3). La crise peut être considérée comme une opportunité de changement à même d'amener au repérage des conditions favorisant le processus de rétablissement, à l'inverse d'une approche biomédicale dont j'ai montré les limites (Cf. p.76).

Introduction

Au cours de cette thèse, j'ai repéré les différences et similitudes entre le LDR et les services hospitaliers psychiatriques. Alors que dans le cadre du LDR les individus sont responsabilisés, parfois de façon excessive ou problématique, l'institution hospitalière a tendance à les objectiver. Le type de

réponse sociale apportée à la crise, sous forme de sanctions et de reconnaissances, provient de *normes interactionnelles* révélatrices d'une conception morale des troubles psychiques. La crise est révélatrice d'une exclusion due à des *interactions sociales* stigmatisantes. Dans le cadre hospitalier, la *relation entre le médecin et l'individu* poursuit l'exclusion en isolant la personne de son environnement social, alors qu'au LDR, la proposition de nouvelles *normes interactionnelles* a un effet thérapeutique grâce à la sociabilisation des troubles et de leur expérience. La présence de pairs dans l'équipe de soin limite la différenciation entre professionnels et usagers d'un côté, alors qu'elle est renforcée de l'autre. L'accompagnement au LDR prône une approche systémique de la santé, dont la personne est la première experte, alors que l'approche médicale s'intéresse aux déterminants internes (biologiques, chimiques, psychologiques, etc.) dans une position d'expertise.

J'ai également noté les similitudes entre les deux types de réponses. Tout d'abord le rythme temporel, imposé par l'accompagnement de la crise, fluctue entre des moments très intenses et d'autres très calmes. Les variations du rythme sont particulièrement visibles dans la gestion des plannings qui organise la présence des soignants en fonction de contraintes organisationnelles importantes. Ensuite, les deux types de réponses rencontrent des tensions entre les attentes des usagers, la responsabilité individuelle et le rapport au collectif, bien que ces tensions soient traitées différemment selon les lieux. Enfin, la similitude la plus importante et la plus complexe s'exprime dans le rapport entre approches individuelles du soin incarnées par les soignants d'un côté et organisation méso-sociale des dispositifs de l'autre côté. La forme de ces organisations diffère puisqu'à l'hôpital les agents agissent en fonction d'un cadre très structuré, laissant peu de place à la singularité. Au LDR, le cadre flou laisse une grande liberté d'intervention, tout en instaurant une incertitude qui déstabilise les ISMC. Mes observations font état d'interactions fortes entre le sujet, le groupe et la société dont les *normes morales* constituent le fondement. Ces extraits d'entretiens rappellent que le LDR est un dispositif plébiscité par les usagers :

Je trouve que c'est un projet intéressant parce que c'est très novateur et ça peut être une bonne alternative à l'hospitalisation parce que ça correspond tout à fait à mes besoins quand je suis en crise. [...] Je sais que cette crise elle dure quinze jours, trois semaines et le vrai problème c'est le lieu parce que pour l'instant il y a pas de lieu adéquat. (Exp.LDR.15.2017) ;

Y a mieux que l'hosto quoi. Y a d'autres alternatives à être hospitalisé. (Us.LDR.4.2019)

Les professionnels estiment également qu'il représente une solution supplémentaire :

Je pense que plus il y a de dispositifs, plus c'est intéressant, parce que je pense qu'il y a la place pour tout le monde. (Psychia.Pra.Hos.2.2022) ;

Pouvoir en tout cas se donner un espace réconfortant pour traiter une crise. Dans une situation moins stressante voir un peu ce qui pouvait émerger pour des gens qui étaient pas forcément favorables à une hospitalisation c'était pas mal. (Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Mais tout comme l'hôpital psychiatrique, le LDR a des limites éthiques et organisationnelles, liées à son organisation interne et à des déterminants externes. Le dispositif peut être vu comme le « symptôme » d'une psychiatrie publique abandonnée par la sphère politique :

La création de lieux comme le Lieu de répit, comme Un chez soi d'abord, c'est le symptôme social du délitement de la psychiatrie, et du dédouanement des pouvoirs publics de ne pas s'occuper, de laisser dépérir l'hôpital, de laisser dépérir la sécurité sociale, de faire de la précarité. (Psychia.Pra.Hos.2.2022)

Le LDR peut aussi être perçu comme un espace « dangereux s'il n'y a pas de psychiatres », comme en témoignait une patiente rencontrée à l'hôpital ou comme insuffisamment efficace pour répondre au pic de la crise. Les approches alternatives charrient également leur lot d'exclusion :

Ce qui m'a heurté c'est quand il a dit « Pour les visites du lieu, pas de professionnel ». Comment ça je peux pas aller le voir ! Les fous, je mets pas l'image que c'est des gens irresponsables, je me bats contre ça [...]. C'est faire de la stigmatisation et ça, c'est les limites de l'antipsychiatrie. (Psycho.Pra.Hos.2017)

L'identification des limites du dispositif nous renseigne donc sur la place qu'il occupe dans un paysage psychiatrique marqué par des tensions sociales, entre évolutions morales et crise économique (Cf. p.99). Il importe de comprendre de quelles façons les dispositifs de type LDR agissent sur le rétablissement des usagers. Les pistes d'amélioration de l'accompagnement en santé mentale doivent prendre en compte les possibilités d'évolution des troubles psychiques, même sévères, la vertu thérapeutique du témoignage sur le trauma et la stigmatisation (Loubières *et al.*, 2018) ou encore le développement d'accompagnements hors hospitalisation comme le souligne l'un des usagers du LDR dans l'extrait d'entretien suivant :

C'était un autre hôpital mais... il était pas... pas adapté pour moi en fait... du coup ils ont trouvé ULICE et ça c'était une très bonne solution... je pouvais habiter chez moi, j'étais...

j'ai vu une infirmière une fois par jour, chaque deux jours je voyais le médecin qui venait chez moi... c'était beaucoup mieux que l'hospitalisation... (Us.LDR.3.2020)

Cette analyse est primordiale pour penser d'autres modes d'accompagnement de la crise :

Je le gérais en m'isolant, je m'enfermais, je voyais personne, je ne parlais à personne, je passais mon temps à me vider la tête, ça a été beaucoup de drogues, d'opiacés, d'alcool, pour le plus possible anesthésier, ça ne fonctionnait pas [...] J'ai beaucoup de difficultés à parler, à verbaliser, ça n'aide pas. J'ai essayé d'aller voir des psys, ça ne s'est pas très bien passé. J'étais passé en HP, j'avais eu un psy qui faisait de l'EMDR¹ gratuitement. Ça ne fonctionnait pas. (Us.LDR.21.2020)

Le dispositif LDR constitue une offre nécessaire dans le champ de la psychiatrie qui manquait précédemment aux usagers. Les ISMC sont en mesure d'accueillir des personnes en situation de crise psychique, tout en proposant d'autres normes relationnelles. Quelles sont les caractéristiques des individus qui bénéficient du LDR ? En quoi leurs trajectoires, des premières manifestations de la crise à la sortie du dispositif, se trouvent modifiées et pour quelles conséquences ? Voici quelques-unes des questions qui seront traitées dans ce dernier chapitre qui précise les facteurs d'intervention au sein du LDR, et la dynamique individuelle et collective qui se constitue dans ce cadre moral spécifique où le *savoir expérientiel des troubles psychiques* occupe une place centrale dans les *interactions*.

1. Trajectoires préalables à l'accueil

Entre septembre 2019 et mai 2022, j'ai été responsable de la gestion des demandes d'accueil, ce qui m'a permis de récolter un matériel quantitativement conséquent² sur l'origine des demandes et leur typologie. Au LDR, l'arrivée d'une nouvelle personne dans le dispositif est nommée « inclusion » du fait de la prépondérance de la recherche dans les modalités d'accès (Cf. p.152). La fréquence des inclusions est primordiale pour l'évaluation du dispositif car elle détermine l'activité du lieu : si les inclusions ne sont pas suffisamment nombreuses, les données quantitatives d'évaluation ne correspondent pas aux attentes de l'ARS, ce qui remet en cause le financement et donc l'existence du projet. Les critères sur lesquels je me suis basé pour juger de la recevabilité d'une demande étaient

¹ *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* est une technique d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, mise au point par Francine Shapiro (Shapiro, 2014).

² Il y a eu entre 100 et 150 demandes d'inclusion par an sur la période.

les suivants : avoir un diagnostic¹ de troubles psychiques sévères (schizophrénie, bipolarité, troubles schizo-affectifs), être en situation de crise ou de post-crise immédiate (moins d'une semaine d'hospitalisation), être majeur. Lors de la demande d'accueil, l'évaluation de la situation était essentiellement subjective. Elle s'établissait avec les partenaires et les critères explicites servaient de support à des critères implicites basés sur une appréciation globale, qui comprenait la dynamique collective du dispositif. Par exemple, l'usage de drogues ou les habitudes de vie en collectivité étaient des sujets abordés dans les discussions car ils pouvaient avoir une incidence sur l'état « psychique » du collectif (Cf. p.284). Une fois la demande validée, le protocole suivait son cours jusqu'à l'accueil physique de la personne dans les locaux.

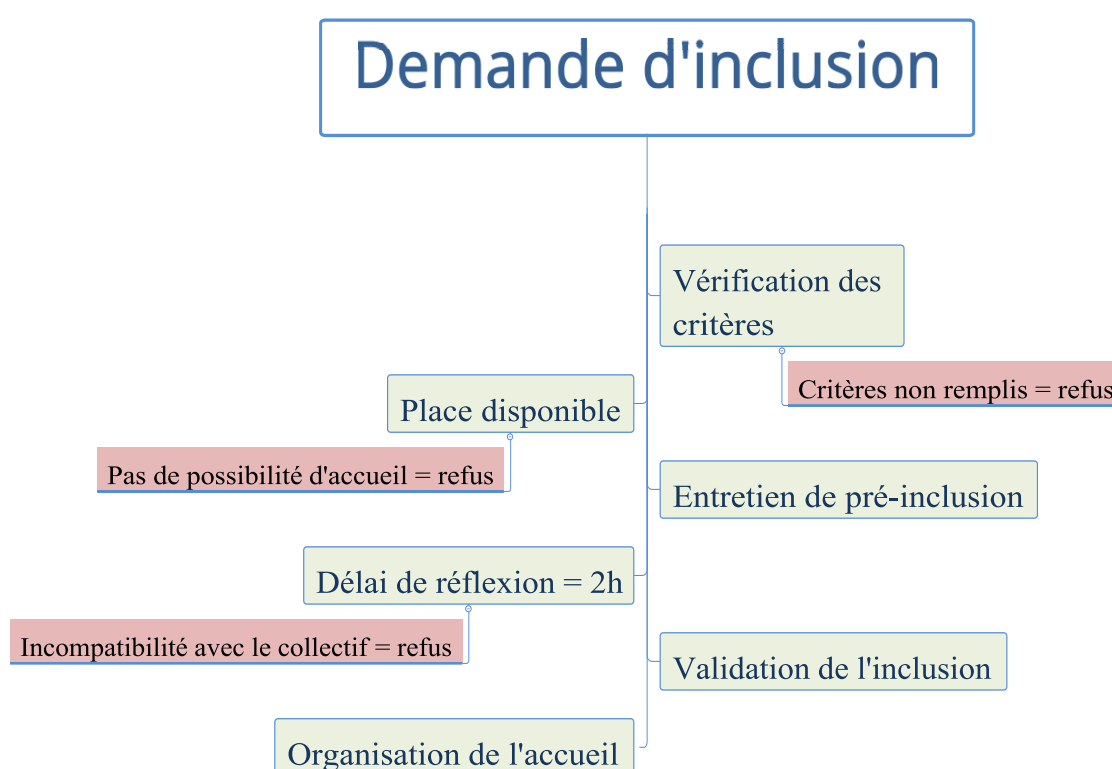


Schéma des demandes d'inclusion au LDR

1.1 Le pic de la crise, la fin d'un chemin

La crise psychique constitue une rupture dans l'existence des individus qui peuvent perdre, durant cet épisode, une partie de leurs éléments biographiques (logement, relations sociales, etc.). La répétition des épisodes de crise peut même constituer la typologie d'un parcours de vie, qu'une mère

¹ Les personnes sans diagnostic mais présentant des symptômes de troubles psychiques sévères pouvaient être accueillies dans le dispositif.

présente ainsi pour son fils : après une période d'hospitalisation, il se retrouve sans solution de logement, et donc se débrouille comme il peut, puis il est accueilli au domicile maternel car la situation devient trop dure, domicile duquel il est mis à la porte lorsque son comportement n'est plus supportable, le retour à la rue amplifie les troubles, ce qui l'amène à être de nouveau hospitalisé... (notes de terrain, demande d'inclusion). Mais il est très compliqué de déterminer *a priori* si une personne va être hospitalisée ou non dans les jours à venir. Parfois les discours sont clairs : « *comme une hospitalisation mais sans les mauvais côtés : enfermement, médication, pouvoir. [...] Je vois que j'ai plus le choix* » (notes de terrain, entretien de pré-inclusion), ou les orientations sont réalisées par des équipes hospitalières partenaires (ULICE, MARSSS) qui proposent le LDR pour éviter l'hospitalisation. D'autres fois les demandes sont moins précises mais contacter le LDR n'est pas un acte réalisé par hasard. Souvent la personne est dans une situation extrême, et le panel de solutions est très restreint. Un exemple tragique montre l'aliénation de ces situations :

Une dame appelle pour son fils de 25 ans qui va mal depuis plusieurs mois, suite à un accident de la vie. La situation est connue de l'équipe ULICE, mais aucune rencontre n'a eu lieu jusqu'à présent pour cause de mauvaise orientation téléphonique. La mère adresse un courrier postal au LDR avec les coordonnées de la petite amie de son fils. Lorsque nous prenons contact avec elle, celle-ci nous annonce le suicide du jeune homme la veille, alors qu'il passait le week-end chez sa mère. (notes de terrain)

Il est impossible de savoir comment se serait terminée la situation si nous avions contacté le jeune homme quelques jours plus tôt, mais cet exemple est significatif de l'importance et de l'urgence de la réponse à apporter. Sur l'ensemble des demandes d'inclusions une sur cinq n'a pas été faite par des professionnels, et parmi celles-ci quelques-unes seulement ont été réalisées directement par la personne concernée. Lorsque la demande n'émane pas de professionnels, le plus souvent ce sont des proches (la mère dans la grande majorité des cas, la sœur, des amis, etc.) qui contactent le LDR. La raison peut être qu'un parent envisage l'hospitalisation pour cause de refus de prise de traitement et de situation qui va en s'aggravant. Dans l'une de ces demandes la mère avait signé une hospitalisation à la demande d'un tiers¹ (HDT) quelques mois auparavant ce qui a détérioré l'état de ses relations avec son enfant. Le LDR peut avoir été recommandé par une autre personne, comme une mère qui appelle pour son fils après qu'une amie lui en ait dit du bien. Mais les deux tiers des personnes accueillies au LDR, ont été orientées par les équipes hospitalières de l'AP-HM (MARSS et ULICE essentiellement). Il s'agit d'une voie d'accès privilégiée, que ce soit pour des jeunes adultes lors d'un

¹ Il s'agit de l'une des modalités de soins sans consentement.

premier épisode de crise ou pour extraire la personne d'un environnement familial qui ne permet plus le maintien au domicile :

J'étais malade... du coup mon cousin il a vu l'équipe ULICE, il a parlé avec eux, il leur a dit « Voilà le mec ne peut pas rester seul, il doit être avec quelqu'un, il doit être accompagné, voir des gens, pour qu'il s'organise un peu et oublie un peu ce qui... la maladie » parce que c'est une maladie psychique donc c'est dur à conserver ou à contrôler. Donc là, l'équipe ULICE a pris la décision de m'envoyer au LDR. (Us.LDR.7.2020)

La décision peut aussi advenir après une courte période d'hospitalisation afin d'en réduire la durée et les effets indésirables comme l'isolement. C'est le cas dans les deux *verbatim* suivants :

J'avais de plus en plus de crises d'angoisse, de flash-backs, beaucoup de cauchemars, des idées noires, et du coup j'ai décidé d'aller à l'hôpital, encore une fois, et après j'ai rencontré ULICE. (Us.LDR.3.2020) ;

Et ensuite je suis parti dans [un service de psychiatrie], on m'a donné des médicaments j'ai fini à ULICE mais là non, c'était plus les voix, fin des trucs que j'entends et qui me... voilà, se sentir seul avec ses démons quoi. (Us.LDR.9.2020)

Le dispositif vient donc compléter une offre de soin existante et ne vise pas à éliminer l'hôpital. Il permet l'advenue d'un *choix possible* dans un parcours contraint par l'absence de perspective autre que l'hospitalisation. Le LDR ne se substitue pas non plus au soin médical :

On pourrait imaginer quelqu'un qui est déjà suivi dans un CMP qui se retrouve en contrainte de soin et le CMP est impliqué, accepte de revoir la personne rapidement après que la personne ait passé trois jours aux urgences ça pourrait tenir avec le Lieu de répit. (Psychia.Pra.Hos.3.2019)

Les parcours préalables à l'admission décrits par les usagers de l'hôpital et du LDR sont assez similaires : de la phobie sociale : « *j'étais vraiment angoissé rien qu'à l'idée de sortir de chez moi ça me mettait en panique* » (Us.LDR.4.2019) ; une détresse globale : « *moi j'aurais pas eu le Lieu de répit je serai soit dans la rue complètement fracassé ou je me serai suicidé, je te l'assure. J'étais arrivé à bout* » (Us.LDR.1.2018) ; une gestion des troubles qui devient trop complexe à assumer :

Ça fait deux ans que je suis dans une situation compliquée psychologiquement. Il y a un évènement qui m'a fait décompenser complètement. J'ai commencé à être mal. J'étais en

souffrance par rapport à des évènements perso passés. J'ai pas réussi à gérer, j'ai consommé des substances, fait n'importe quoi. Un soir j'ai voulu me suicider. J'ai survécu grâce à une amie qui a fait venir les pompiers chez moi. J'étais en vrac dans ma tête et je me disais que l'hospitalisation d'office c'est mort. J'ai un peu planqué comme j'ai pu, j'ai blablatté les pompiers, du coup ils sont repartis [...]. Sauf que ça n'allait pas. Une amie m'accompagnait aux urgences deux jours plus tard. C'était plus possible ou gérable. À partir de là, la question se posait d'un lieu où je pouvais me remettre, me reposer, commencer à travailler sur mon problème, moi je ne voulais pas un lieu d'enfermement [...] J'ai besoin d'un espace pour me réhabituer [à voir du monde], le Lieu de répit est donc parfait pour ça. Mon amie a géré la communication entre l'hôpital et le Lieu de répit pour que je vienne. (Us.LDR.21.2020)

L'arrivée au LDR procède d'un choix offert aux personnes à un moment où l'hospitalisation paraît inéluctable :

Je suis parti au Lieu de répit qui est une alternative à la psychiatrie. Je pense que ça a été une bonne alternative pour moi, parce que clairement l'hôpital psychiatrique, l'hôpital, les cures, je pense pas que j'aurais tenu. J'ai déjà essayé une fois ça n'a pas fonctionné et je me sentais pas prêt, pas fort, pour faire.... Pour partir à l'hôpital quoi, pour tout arrêter comme ça d'un coup, tout enfermé et tout, non je pense pas que j'aurais eu la patience, ni le courage, ni la force, donc j'ai été très bien au Lieu de répit. (Us.LDR.31.2021)

Les types d'adressage sont nombreux et variés. La plupart du temps ils révèlent une gestion de la situation qui n'est pas directement le fait de la personne, mais plutôt de son entourage, voire d'une équipe médicale. Le dispositif semble toutefois répondre à un large éventail de besoins : tentative de suicide, impossibilité de maintenir le lien avec l'entourage, troubles importants de la perception, etc. Pour autant, toutes ces demandes n'aboutissent pas, et il faut différencier celles qui sont acceptées de celles qui ne le sont pas.

1.2 Adéquation de la demande et première rencontre

En 2021, année où ces données sont disponibles, plus d'une centaine de demandes ont été refusées, la moitié par manque de place. Des critères implicites se sont aussi posés, comme la gestion de la médication, la présence d'une référence médicale extérieure ou l'existence de prémices de rétablissement. Ces critères rejaillissent à différentes reprises au cours du projet, avec en conclusion l'incapacité d'accueillir des personnes en crise psychotique aiguë sans accompagnement médical.

Voici l'exemple d'une situation particulièrement concluante. La demande d'inclusion est faite par Exp.Pra.Hosp.3 pour une personne qu'il accompagne. Celle-ci connaît bien ses symptômes, mais n'envisage pas d'aller à l'hôpital pour le moment. La personne ne dort plus et est en train de « *flamber* ». Les relations avec le voisinage se détériorent et le risque d'une hospitalisation sans consentement est réel. Lorsque je l'appelle, la personne m'annonce qu'elle est en train de changer de logement, mais qu'elle a besoin d'un espace différent et transitoire, notamment pour pouvoir dormir. Son séjour au LDR dure quelques jours, à la suite desquels elle réintègre son nouveau logement, passablement reposée. Voici donc une personne qui répond à de nombreux critères explicites comme implicites : risque d'hospitalisation sans consentement, accompagnement par un MSP du réseau, bonne connaissance de ses difficultés, besoins médicaux restreints, situation réelle de transition.

D'autres situations sont moins idéales. Un soir d'hiver, nous sommes en réunion d'équipe dans la salle du rez-de-chaussée lorsqu'un jeune homme se présente. Il est en fugue du centre hospitalier Édouard Toulouse où il est hospitalisé sous un régime de contrainte (SDRE). Après quelques échanges, un thé et un passage aux toilettes, il repart. Voici une autre situation où l'accueil d'un jeune homme ne se concrétise pas. J'appelle Us.6 qui est pressenti pour être accueilli au LDR. L'entourage place beaucoup d'espoir dans cette demande. Notre conversation téléphonique est brève et son refus explicite : « *c'est pas pour moi* » ; « *après j'irai chez ma mère* » ; « *merci et au revoir* ». Dans cette situation, c'est la famille qui espère l'accueil de Us.6 au LDR, et non Us.6 lui-même qui n'envisage pas du tout cette possibilité. Lors d'une autre demande je reçois l'appel d'une personne qui a été prévenue qu'une chambre était disponible (ce qui n'est pas le cas), et qui souhaite avoir un toit parce qu'elle n'a pas assez de revenus pour payer un hôtel meublé. Quand je lui dis que le LDR est un lieu d'accueil pour personnes en situation de crise psychique, elle me répond que cela ne l'intéresse pas et prend congé. Ici se lit l'orientation par l'hébergement, aux origines du projet, comme pour cette demande émanant d'une assistante sociale en psychiatrie, pour une personne sortant d'hospitalisation sans solution d'hébergement. La situation ne répond pas aux critères car la personne a été hospitalisée plus d'une semaine, mais montre que le LDR est perçu comme un dispositif d'hébergement pour les personnes sans domicile.

À partir de ces données, des idéaux types des demandes peuvent être élaborés selon qu'elles soient adaptées ou inadaptées. Dans le premier cas la personne a un suivi médical, elle connaît bien ses symptômes, et sa crise est plus contextuelle que psychotique. Dans le second, la personne traverse un épisode de crise psychotique aigüe, couplé à un accompagnement médical incertain et des problématiques de logement. Entre ces deux extrêmes, un ensemble de situations, toutes singulières, qu'il faut évaluer au regard d'un contexte global. Lorsque la situation concorde avec les possibilités d'accueil, l'arrivée de la personne au LDR est quasiment assurée, puisque les refus suite à l'entretien

de pré-inclusion représentent une infime partie des situations. L'entretien de pré-inclusion constitue généralement la première rencontre physique avec les locaux du LDR et entre les acteurs. Le plus souvent il a lieu dans la grande pièce du rez-de-chaussée, mais d'autres espaces de rencontre sont possibles au LDR ou dans un service de psychiatrie, au domicile, etc. La personne est invitée à venir avec son réseau (équipe de soins, entourage, etc.) sur le modèle de l'OD :

J'ai vu Ismaël et Coor.LDR.4 qui étaient là. Et mon amie était présente car je n'arrivais pas à parler. [...] j'ai un peu paniqué, j'arrivais plus du tout, je suis parti en trombe dans la rue, j'étais à moitié perdu. Ils m'ont rattrapé dans la rue. On a fini l'entretien comme ça dans des coins de marche. (Us.LDR.21.2020)

Durant les échanges, les personnes se présentent et l'équipe d'intervention décrit l'organisation des suites de la réunion (la réponse est donnée dans un délai de 2h). Les participants évoquent ce qui se passe pour la personne, le vécu de la crise, l'origine de la demande. Le fonctionnement du LDR est présenté pour vérifier si les conditions correspondent aux besoins, puis les attentes et les objectifs de l'accueil sont précisés. Enfin, le travail en réseau OD est abordé et les IMSC vérifient que la personne est d'accord pour que les informations échangées soient transmises aux autres intervenants, condition d'un respect des droits et de l'intimité. Les entretiens de pré-inclusion sont des moments forts dans les prémices de parcours LDR. On y perçoit une première place des acteurs, comme lorsque l'entourage parle à la place de la personne, ou que les avis divergent sur l'urgence de la demande. La première rencontre est un moment privilégié durant lequel l'histoire de la personne est présentée, avec ses difficultés et ses zones de fragilité. Cette prise de contact est indispensable pour organiser correctement l'accueil de la personne dans les heures qui suivent l'entretien.

2. Déclinaison des économies morales microsociales

Le LDR est un objet complexe (Cf. p.222), qui demande à être montré de différents points de vue. Si nous voulons en saisir les subtilités, il n'est pas possible de l'observer de manière linéaire, sous peine de manquer les formes variées d'interdépendances logiques. Je vais à présent donner à voir l'activité du dispositif, à travers le récit qu'en font les personnes accueillies, afin de saisir au plus près les *réceptions morales* de la crise dans ce contexte particulier et « tout ce qu'impliquent pour le moi les éléments du cadre social » (Goffman, 1968, p.204). Comme le disent Thomas et Longden :

We speak from a particular position in space and time in which our perceptions are subject to constant judgements originating in our unique position in culture and history. Thus, the

dialogical basis of subjectivity grounds our understanding of a moral life. (Thomas et Longden, 2013, p.122)

2.1 L'instauration d'une nouvelle relation de soin

Une fois que l'entretien de pré-inclusion est réalisé et que la réponse positive a été donnée, l'accueil pratique est organisé. De même que l'entretien de pré-inclusion sert à poser les bases de l'accueil au LDR, les premiers instants dans le lieu sont sensibles (Meriaux *et al.*, 2021 ; Veit, 2018b). Il s'agit d'assurer un accueil matériel et humain de qualité, mais aussi de respecter des procédures incontournables, comme le recueil d'informations personnelles. Le fonctionnement du lieu (règlement intérieur, contrat de séjour, etc.) commence à être présenté : « *ce qu'on fait, et ce que l'on ne fait pas* » (notes de terrain), mais tout dépend de la capacité de la personne à recevoir ces informations. Généralement les ISMC insistent sur les points sensibles du dispositif : pair-aidance, séjour de courte durée, etc., voire sur les enjeux de transformation politique du système de soin. Avant de présenter les témoignages des personnes accueillies, une précaution méthodologique s'impose. Le LDR est une alternative à l'hospitalisation, ce qui induit un discours de comparaison avec la prise en charge hospitalière qui tend à valoriser comparativement le dispositif. Ensuite, les personnes interrogées ont répondu à mes questions en fonction de ma place de membre à part entière du LDR (Montenegro, 2018) (Cf. p.167). Mais le discours critique des usagers sur les conditions de soin en hôpital et leur jugement différent sur le LDR montrent une récurrence qui ne tient pas uniquement au dispositif de recherche.

Conditions matérielles

La première différence entre les parcours hospitaliers et ceux du LDR se rapporte aux types d'arrivée dans le dispositif de soin. Alors que pour les personnes hospitalisées l'arrivée est plutôt subie (Cf. p.50), c'est moins le cas au LDR bien que cette possibilité existe. Le LDR peut représenter une possibilité d'éviter l'hospitalisation sans consentement comme c'est le cas de Us.LDR.6 :

Quand on s'est rencontré à l'hôpital, c'est quoi qui t'a intéressé dans ce qu'on t'a dit ?

C'est d'être en dehors de l'hôpital, parce que à l'hôpital c'est un peu trop strict...

C'était important pour toi d'être en dehors de l'hôpital ?

Oui. (Us.LDR.6.2020)

Le fait que l'accès au LDR ne soit pas une contrainte mais un choix plus ou moins consenti, représente une différence fondamentale sur l'état d'esprit avec lequel les personnes intègrent le dispositif : « *je pense que la possibilité de ne pas se retrouver en HP ou en clinique c'est énorme, pas d'obligation, ça c'est énorme déjà par rapport à l'hôpital pour le rétablissement* » (Us.LDR.21.2020). Le choix apparaît donc comme un premier déterminant dans l'accès au LDR. Comme l'arrivée est généralement consentie, l'accueil se réalise dans des conditions jugées favorablement :

Je suis arrivé car j'ai été hospitalisé d'urgence, passage d'une névrose au psychotique. Je suis allé aux urgences de la Timone. Le deuxième jour d'hospitalisation on m'a proposé une sortie pour être hébergé au Lieu de répit et j'ai accepté. On m'a expliqué ce que c'était et j'ai donné mon accord pour venir. (Us.LDR.28.2020)

Les relations entre les usagers et les soignants bénéficient d'emblée de cette arrivée choisie :

D'entrée de jeu, il y avait ce truc : on te fait confiance, tu es libre, tu te poses, la gratuité, tu sais que tu as un endroit où dormir, ou il y a pas trop de monde, au moins ça quoi. (Us.LDR.28.2020)

Toutes les personnes ayant rempli le questionnaire de satisfaction ont été d'accord avec l'affirmation : « tu as pu aller et venir librement et fixer tes propres horaires ». Les usagers rapportent fréquemment un mieux-être ressenti avec la sensation de la liberté :

En fait, il y a beaucoup des différences, surtout je ne suis pas enfermé ici, je suis libre pour sortir quand je veux, je peux rentrer quand je veux... (Us.LDR.3.2020) ;

Aux urgences on est enfermé, ce n'est pas rassurant, au Lieu de répit c'est un lieu ouvert, on est libre, ça change tout. (Us.LDR.28.2020)

L'accueil au LDR permet de sortir d'une situation aux conséquences négatives pour se projeter dans une autre modalité d'être au monde :

Le Lieu de répit a été une transition entre l'hôpital et ma famille. Cela m'a permis de prendre du recul sur ma « crise » et de retrouver petit à petit la mémoire et la compréhension des événements qui m'avaient amené à être hospitalisé. (questionnaire de satisfaction)

J'étais stressé, angoissé, j'avais beaucoup de problèmes. Là ça m'a permis de faire une pause avec tout ça. Ça m'a fait du bien cette pause, parce que ça m'a permis de grandir un petit peu, de prendre du recul sur certaines choses, et de plus lâcher prise, parce que je veux toujours avoir le contrôle de tout, toujours tout comprendre, mais je peux pas en fait. Et du coup, ça m'a beaucoup aidé à lâcher prise, à être moins stressé, moins angoissé, à voir le bon côté des choses et à être plus calme, plus posé. (Us.LDR.31.2021)

Or, cette fonction primaire de l'hôpital n'est plus assurée :

La mise à distance du milieu de vie, de l'accueil, du refuge, souvent proposée par l'hôpital, traditionnellement la psychiatrie avec l'asile et tout ça il y a cette idée d'accueillir la folie etc. mais c'était pas fait comme ça, l'hôpital s'est transformé en lieu de contention physique et symbolique et pas du tout de réduction des risques. (Psychia.Pra.Hos.3.2019)

Les premières heures d'une personne sur le lieu dessinent la forme que pourrait prendre son accompagnement et son rapport au dispositif. Ces notes du cahier de liaison sont prédictives d'un accompagnement qui n'a pas porté ses fruits : « Us.LDR.34 est arrivé vers 16h, ne parle pas beaucoup [...]. A passé son après-midi dans sa chambre, dans le noir, à fumer des joints » (cahier de liaison). Les premiers temps sur le lieu permettent aussi de réévaluer la nécessité de l'accueil : « Us.LDR.35 : orienté par le docteur K., SDRE à Édouard Toulouse. N'est clairement pas en crise donc on renouvelle pas le contrat » (notes de terrain, réunion). Lors de l'accueil, les ISMC procèdent donc à une évaluation morale des personnes accueillies, entre celles qui correspondent aux attentes normatives du lieu (intégration au collectif, niveau de crise suffisant mais non démesuré, etc.), et celles qui apparaissent peu adaptées au dispositif (retrait social, symptômes importants, etc.). La nature de ces *interactions* initiales conditionne la suite de l'accompagnement par une première évaluation des bénéfices potentiels que l'individu pourrait retirer de son séjour. Dans une très large majorité, la qualité de l'accueil est évaluée positivement par les usagers. Les dix personnes ayant rempli le questionnaire de satisfaction étaient « tout à fait d'accord » (8) ou « plutôt d'accord » pour dire qu'elles s'étaient senties bien accueillies par les intervenants :

Int.LDR.12 m'a très bien accueilli...

Tu t'es senti comment avec lui ?

Bien, très chaleureux. (Us.LDR.5.2020)

Se sentir à l'aise dans le lieu participe au mieux-être des individus, procède d'un premier pas vers le rétablissement, et d'un changement dans la dynamique de vie, comme en témoigne l'une des personnes accueillies dans le lieu : « *je me suis senti accueilli, y avait tout de suite quelque chose de bien, je me suis senti tout de suite à l'aise* » (Us.LDR.4.2019). Pour Us.LDR.4, dont les problématiques psychiques sont très liées avec le manque de sommeil, l'arrivée a été synonyme de repos : « *ici franchement je dors super bien, j'ai un lit j'ai tout ce qui faut, dès que je suis rentré dans ma chambre, je me suis senti mieux* » (Us.LDR.4.2019). C'est aussi le cas d'une personne ayant répondu anonymement au questionnaire de satisfaction : « *le Lieu de répit ma permis de me concentrer et de dormir paisiblement. De ne plus entendre de voix du à la schizophrénie* ». La liberté est associée à la sécurité, elle-même favorisée par l'espace privatif : « *ce qui me convient au Lieu de répit c'est que déjà je suis dans ma chambre. Personne ne peut venir me déranger dans ma chambre* » (Us.LDR.4.2019). L'intimité est associée dans les discours des personnes avec le repos, souvent nécessaire pour se remettre d'une phase intense et complexe. Le repos participe à l'apaisement de l'état psychique : « *j'étudie comme je veux, je rentre, je sors, je fais la sieste* » (Us.LDR.7.2020) ; « *tout est bien organisé, j'ai pu me reposer* » (Us.LDR.6.2020). Le repos va de pair avec l'alimentation, citée comme un bienfait pour la santé : « *moi ça m'a fait du bien, ça me forçait à manger, à faire des trucs avec des gens* » (Us.LDR.21.2020). Il s'agit finalement de répondre aux besoins primaires des personnes : le repos, l'alimentation, la liberté et la sécurité. Ces prérequis permettent l'ouverture des possibles :

[Le LDR] *voilà un endroit où se poser, où réfléchir à la suite, dans une espèce d'ouverture de donner une espèce d'occasion d'engager les choses différemment, ailleurs, sans trop fermer le truc. Nous quand on le présente, c'est un espace assez ouvert, on peut s'emparer des soins un peu comme on veut, on a un peu de temps pour y réfléchir.*
(Psychia.Pra.Hos.1.2022)

Le bien-être ressenti et le repos agissent sur l'état émotionnel et procurent un sentiment d'apaisement qui initie le séjour : « *phase une, l'accueil. Après, on montre le lieu, sa chambre, son espace, là aussi Souffle. [...] C'est très structuré* » (Us.LDR.1.2017). Les conditions matérielles de l'accueil favorisent l'apaisement psychique :

J'aimais bien car si j'avais envie je pouvais être tranquille, et je pouvais aussi aller vers les gens, aller cuisiner, me réhabituer à la présence physique d'autres personnes, ça s'est bien déroulé pendant trois-quatre jours. (Us.LDR.21.2020) ;

Un lieu de répit ça apporte un temps de calme où j'ai pas d'obligation, où ça va me permettre de me reconstruire un peu. (Us.LDR.5.2020)

Les conditions morales et matérielles de l'accueil au LDR constituent donc une première étape d'apaisement pour les personnes en situation de crise. La liberté de choix qui accompagne l'entrée dans le dispositif, l'absence de contrainte dans les entrées et sorties, l'accès à un espace privatif sécurisant ou encore la qualité de l'accueil que proposent les ISMC, tout ceci participe à l'appréciation positive que portent les usagers sur le lieu. Nous sommes loin de la « la démonstration initiale » opérée à l'asile, qui cherche à démontrer que « le champ de forces dans lequel le malade se trouve placé à l'asile est déséquilibré, qu'il n'y a pas de partage, de réciprocité, échange, que le langage ne vas pas circuler librement et indifféremment de l'un à l'autre. » (Foucault, 2003, p.146). Au contraire, les individus perçoivent que le cadre moral va leur permettre d'exprimer un certain nombre de choses.

Normes interactionnelles

En complément de cette phase initiale, qui permet de reconstituer une énergie dépensée dans la crise, les personnes accueillies témoignent de la disponibilité et de l'écoute des intervenants¹, qui ont été identifiées par ailleurs comme des critères de la qualité de soin ressentie par les patients (Lawrence *et al.*, 2016 ; McMillan *et al.*, 2019 ; Meriaux *et al.*, 2019) :

L'équipe qui est toujours là essaye de nous écouter pour savoir comment s'améliorer, comment faire avec les gens... ils ont donné leur numéro au cas où, s'il y a un problème on les appelle, soit à quatre heures du matin, à trois heures. (Us.LDR.7.2020) ;

Il y a toujours une équipe, y a toujours, deux personnes avec qui je peux parler, qui travaillent ici [...] je peux toujours leur parler et tout. (Us.LDR.4.2019) ;

Qu'est-ce que c'est « bien faire son travail » au Lieu de répit ?

C'est écouter la personne, aider la personne, la conseiller et... avoir patience dans la personne devant les choses qui se passent, qu'il y ait pas de pétages de plombs ou... la patience. (Us.LDR.6.2020)

A l'inverse de soignants hospitaliers perçus comme peu disponibles, les ISMC semblent prêts à répondre aux demandes individuelles participant ainsi à un assouplissement des relations entre soignants et soignés (Veit, 2018b). Le choix consenti d'intégrer le LDR rend possible un accueil qui prend en compte la personne dans son intégralité, et les usagers se sentent perçus avant tout comme

¹ Neuf réponses positives sur neuf réponses exprimées dans le questionnaire de satisfaction pour cette affirmation et dix sur dix pour l'affirmation « les intervenant.e.s ont pris en compte ce que tu as dit ».

des individus et non comme des malades : « *on parle de la maladie mais c'est... en fait la personne à l'hôpital c'est une personne malade, c'est un malade et au lieu de répit c'est une personne* » (Aid.LDR.1.2020). Les relations entre ISMC et personnes accueillies apparaissent moins hiérarchisées que dans les institutions hospitalières (Jacobs, 2019), avec une réciprocité et une horizontalité qui favorisent le rétablissement (Kidd *et al.*, 2015). Ce trait est fondamental pour comprendre l'intérêt du LDR (Ocloo *et al.*, 2020). Selon Goffman (1974), quand un individu participe à une activité sociale, il le fait en fonction d'un moi particulier, celui de son statut au moment donné. Que le statut mis en avant soit celui de « malade » ou d'individu modifie la qualité des interactions : « donc, en général, une personne détermine sa conduite en confrontant la signification symbolique potentielle de ses actes aux diverses images de soi qui se projettent dans la conversation » (Goffman, 1974, p.36). Alors qu'à l'hôpital les rapports sont teintés de méfiance, au LDR l'accueil de la personne, avec son histoire et les difficultés qu'elle traverse, se construit dans une temporalité plus apaisée :

C'est un lieu convivial, les gens sont gentils avec moi on voit que les soignants sont attachés à faire leur travail. (Us.LDR.5.2020) ;

C'est différent de l'hôpital. Ici on est plus à l'aise, on est plus détendus, moins stressés. (Us.LDR.6.2020) ;

Ici je me sens vraiment à l'aise. C'est vrai que, le fait qu'il y ait toujours des personnes disponibles, ça me rassure. (Us.LDR.4.2019)

Les intervenants sont disponibles pour la vie en collectivité et pour les démarches administratives qui constituent une part importante des demandes, comme l'exprime l'une des personnes accueillies : « [par rapport à l'hôpital] *ils sont plus dans l'écoute, dans l'accompagnement, dans l'aide sociale, dans l'aide au quotidien* » (Us.LDR.5.2020). Mais surtout, les usagers du LDR témoignent de la qualité d'écoute des ISMC :

Je me suis senti écouté, conseillé [...] ils m'ont écouté, ils croient aussi certaines personnes... [Us.LDR.6 se sent possédé par des esprits] ils m'ont pas dit que j'étais malade ! Directement, ou que j'étais malade j'avais la schizophrénie ou autre psychique ou psychologique. (Us.LDR.6.2020)

Pouvoir parler ouvertement de ses problématiques sans crainte du jugement permet d'entamer un travail sur soi : « *comme j'en parlais [de l'entente de voix] déjà ça me libérait d'un truc* » (Us.LDR.31.2021). Il y a donc une forme de déstigmatisation des pensées inhabituelles qui rend

possible leur verbalisation (Jouet *et al.*, 2019 ; van Sambeek *et al.*, 2021) : « *on peut échanger sur ça, sans jugement parce que justement c'est un lieu de crise, ben du coup on est un petit peu tous dans le même bateau* » (Us.LDR.31.2021). Établir la communication avec les personnes en situation de crise prédétermine déjà la relation de soin (Thomas & Longden, 2013). L'écoute et la disponibilité permettent de resubjectiver le processus thérapeutique comme le souligne Ellen Corin :

Ceux qui ont vécu des problèmes psychiatriques graves parlent de l'importance qu'a eue, dans leur trajet, le fait d'avoir rencontré des personnes qui les ont écoutés, entendus, qui leur ont permis de trouver des mots à eux ou de s'approprier ceux qu'on leur offrait. (Corin, 2002, p.75)

Proposer un nouvel accompagnement de la crise psychique nécessite d'être attentif à la nature des *échanges interpersonnels* et de réserver une autre place aux expériences psychiques : « donner un droit de cité à ce qui constitue l'expérience de la "folie" commence par le nécessaire accueil de ses manifestations » (Veit, 2018b, p.46). L'importance des *normes d'interactions* est d'autant plus forte que l'expression des troubles psychiques dépend du statut social occupé par l'individu : « ce que l'individu est, ou pourrait être, dérive de la place qu'occupe sa catégorie au sein de la structure sociale » (Goffman, 1975, p. 134). La réflexivité sur les troubles est favorisée au LDR par des statuts égalitaires : « *ce que j'ai aimé au LDR, c'est l'horizontalité* » (notes de terrain). L'acceptation morale dont fait preuve le collectif participe à la reprise en main de sa santé : « *c'était une maladie psychique... ce que je pense d'une maladie psychique parce que je suis au Lieu de répit, je suis normal, ça a changé, je suis devenu de plus en plus humain* » (Us.LDR.7.2020). La possibilité de parler des troubles permet une introspection largement évoquée lors des entretiens :

J'avais besoin d'un moment pour me retrouver moi. (Us.LDR.21.2020) ;

J'ai pu faire un retrait sur moi-même pour me poser des questions. (Us.LDR.6.2020) ;

Analyser aussi pourquoi les crises, pourquoi elles sont déclenchées. Donc on arrive à faire une introspection qui nous permet de faire une analyse et de travailler sur notre rétablissement, sur la résilience, sur la gestion des émotions. Voilà, c'est toute cette dimension qui est créée par une seule chose : le répit. (Us.LDR.1.2018) ;

Je me suis recentré sur moi-même. [...] Ça m'a appris à mieux me connaître, mieux me comprendre (Us.LDR.31.2021)

Le *statut social* accordé aux personnes accueillies est donc clairement lié à une meilleure compréhension de leur expérience de la crise¹. Les valeurs morales du LDR façonnent un espace dans lequel ce qui ailleurs est considéré comme pathologique devient partageable, ce qui permet que les expériences psychiques prennent sens. Ce processus n'est pas mis en avant au sein de l'institution psychiatrique car les relations avec les soignants sont marquées par le parcours d'arrivée, et teintées de méfiance réciproque (Cf. p.57). De plus, le fonctionnement hospitalier instaure un cadre rigide, et procède par une centration sur le médical, établissant des normes morales clivantes. Ce faisant, l'institution hospitalière isole et exclut, ne permettant que très peu l'exploration des limites de la psyché. De plus, ses agents n'ont pas la maîtrise temporelle qui leur permettrait de rechercher les liens entre psychose et environnement (par exemple en intégrant résolument l'entourage dans les soins). C'est l'une des raisons pour lesquelles les patients sont si critiques, ils se sentent dépossédés de leur force vitale : « dans la mesure où les oppresseurs, pour dominer, s'appliquent à éteindre la soif de recherche, la curiosité, le pouvoir de créer, qui caractérisent la vie, ils la tuent » (Freire, 2021, p.40). Il y a donc une nouvelle forme d'acceptation morale de l'expression des troubles psychiques au sein de laquelle les individus peuvent expérimenter un nouveau rapport à leurs troubles.

Vécus de la crise et agentivité

Après avoir précisé la vision des usagers sur les conditions d'accueil au LDR, j'analyse la manière dont ils dépassent, ou non, la situation de crise. Pouvoir se sentir à l'aise dans un lieu, avoir des personnes prêtes à écouter sans jugement, commencer une introspection sont des déterminants nécessaires mais non suffisants pour comprendre les raisons de la crise et reprendre du contrôle sur son existence. En intégrant le LDR, l'individu se doit de reconstruire une image de soi, individuelle et sociale :

Chaque fois qu'un individu rejoint une organisation ou une communauté, il se produit une nette transformation dans la structure des connaissances à son sujet – qui changent de distribution et de caractère –, d'où une évolution quant aux incertitudes du contrôle de l'information. (Goffman, 1975, p.85)

J'ai donc cherché à comprendre en quoi les personnes intégrant le LDR modifient leur comportement, ce que m'explique Us.LDR.31 :

¹ Parmi les réponses les plus fréquemment citées dans le questionnaire de satisfaction à la question « qu'est ce qui a été le plus aidant durant ton séjour ? », on trouve « avoir de l'intimité » (9), « te sentir compris.e » (10), « te sentir entendu.e » (9), « ne pas te sentir jugé.e » (8).

C'est avec les petits efforts du quotidien, ça s'est pas fait du jour au lendemain, mais chaque jour j'ai fait quelques petits efforts qui m'ont permis d'aller mieux aujourd'hui. Je suis très content. Je vais beaucoup mieux que quand je suis arrivé, vraiment c'est le jour et la nuit. J'étais vraiment pas bien du tout. (Us.LDR.31.2021)

J'ai identifié quatre registres d'action, matériels et moraux, qui modifient la trajectoire thérapeutique et sont relayés par les ISMC à des fins de transformation individuelle et collective. Des espaces spécifiques comme le temps du repas, moment d'alchimie collective, et les temps d'entretien individuel ou de réseau sont particulièrement mobilisés. Le premier effet de l'accueil au LDR, en collaboration avec l'équipe médicale référente, est la possibilité de diminuer le traitement médicamenteux. C'est notamment le cas pour les personnes sortant d'hospitalisation et qui ont été soumises à de fortes doses durant le pic de la crise (Cf. p.41). L'apaisement ressenti en arrivant dans le lieu, associé à la présence continue des intervenants, favorisent les possibilités de diminution du traitement. Ce point est un aspect important puisqu'il correspond aux attentes des usagers qui n'ont que très peu de pouvoir d'action sur leur médication,

Depuis que je suis... [au LDR] les traitements ils arrêtent pas de baisser : par exemple là j'en suis à un demi Valium. Au début j'avais le Tercian, le Tercian je le prends plus, j'en ai plus besoin. Je prenais du Théralène tu vois, j'étais... du Théralène dans la chambre j'en ai juste si besoin pour la journée. (Us.LDR.4.2019)

Un autre exemple est donné dans la situation de Us.LDR.6, qui a été accompagné par Exp.LDR.11 dans la réduction de la prise de *Valium*, avec la mise en place d'une échelle d'évaluation des effets produits par la diminution des doses de *Valium*. Quelques jours plus tard, « *il a terminé son expérience avec sa prise de Valium. Conclusion : il se sent mieux sans* » (cahier de liaison). Cet accompagnement est symbolique, et Exp.LDR.11 le rappelle à la réunion d'équipe qui suit, « *c'est la première personne qu'on accompagne dans la diminution des médicaments. Et il faut que ce soit clair que c'est sa demande et qu'on l'accompagne* » (notes de terrain, réunion). La diminution de la médication (R. E. Cooper *et al.*, 2023) n'a pas toujours été réalisée avec succès. Ce point demeure l'un des axes d'amélioration du dispositif, et il est important que la diminution soit accompagnée par un professionnel de santé (W. Hall, 2012). Lorsqu'il ne s'agit pas de la diminution du traitement, le passage au LDR peut agir sur la remise en place d'un traitement qui a été arrêté trop brutalement, provoquant la crise. C'est ce dont témoigne Us.LDR.28 resté seulement quelques jours au LDR :

[Sur les raisons de la crise] *Il y a aussi l'absence de traitement, j'ai tenté une sortie de prise de traitement et au bout de plusieurs mois, un an, j'ai rechuté. Là [au LDR] je me suis remis avec la reprise du traitement, en deux jours c'était réglé complètement.* (Us.LDR.28.2020)

Ici aussi la médication participe d'un meilleur état psychique et favorise le retour au domicile. Le second bénéficiaire est celui de l'acceptation des troubles qui est favorisée par la proximité avec d'autres personnes, accueillies ou salariées, qui ont connu des expériences similaires. L'acceptation étaye la prise de conscience des limites qu'imposent les troubles psychiques, et constitue une étape dans le processus de rétablissement (Anthony, 1993 ; Deegan, 1996). Une première prise de distance consiste à s'occuper l'esprit afin de restreindre la survenue d'idées négatives : « *quand je pense beaucoup ça déclenche des crises d'angoisse en fait... donc là comme je suis occupé tout le temps ici... ça m'empêche d'avoir les crises d'angoisse...* » (Us.LDR.3.2020). D'autres personnes ont témoigné de l'intérêt d'être occupé pour ne pas avoir à affronter ses pensées. On peut estimer que cette approche ne permet pas de régler les problèmes en profondeur, mais elle constitue un outil efficace pour mettre à distance les pensées négatives. Une seconde approche, qui peut être considérée comme une évolution de la position précédente, consiste à accepter ses difficultés, et ainsi de pouvoir débiter une réflexion à leur sujet : « *dès que j'entendais une voix, j'écrivais ce que j'entendais dans mon carnet de voix. Et après on se posait avec Exp.LDR.6, et on lisait un peu ce que j'écrivais* » (Us.LDR.31.2021). Apprendre à vivre avec ses troubles ne signifie pas les éradiquer, surtout s'ils paraissent insolubles : « *autant vivre avec [la possession], la vie de tous les jours comme si c'était normal... de faire sa vie quoi, avec ma problématique* » (Us.LDR.6.2020). La problématique n'est ni évacuée, ni minimisée, elle est acceptée tout en continuant à vivre le moment présent.

La troisième dimension sur laquelle agit le LDR est corrélée à la place conséquente laissée à l'entourage dans le programme de soin. L'entourage est invité à participer dès la rencontre de pré-inclusion. La présence des aidants, lors de l'entretien de pré-inclusion, participe à montrer une représentation globale de la situation et à intégrer la parole des aidants dans une perspective de réseau (Seikkula, 2008). Les IMSC peuvent commencer à élaborer des pistes de travail avec le réseau pour les semaines à venir. La présence des proches dans le lieu est acceptée, dans le respect de la collectivité et durant les temps de présence des intervenants. Cela permet aux parents de jeunes majeurs, par exemple, d'être présents physiquement une partie de la journée. Le réseau est également mobilisé dans le cadre des rencontres OD :

Moi je pense c'est une très bonne chose [les réunions OD] parce que ça montre... en fait, des ressources que j'ai... en qui je peux avoir de la confiance, qui pourrait m'aider plus,

avec qui je peux garder le contact... [...] je m'imaginai pas que, par exemple, ULICE, il peut travailler avec le LDR ou que le LDR peut travailler avec ma tutrice... (Us.LDR.3.2020)

En dehors des rencontres OD, la présence des proches est aussi l'occasion de réajuster le comportement des différents acteurs du système (Watzlawick *et al.*, 1981). Par exemple, durant son séjour, Us.LDR.4 subit à la fois l'ambiance tendue du collectif et la présence soutenue de sa mère. Celle-ci vient de plus en plus souvent et reste de plus en plus longtemps. Elle parle même de « camper » devant le LDR. L'équipe est un peu désemparée, d'autant plus que les visites semblent angoisser Us.LDR.4. Devant le mal-être de son fils, la mère de Us.LDR.4 augmente même son traitement médicamenteux sans concertation préalable. À la suite d'un épisode d'errance, Us.LDR.4 quitte le LDR sur une décision maternelle, n'apparaissant jamais comme acteur de ses soins. Mais l'approche ouverte et tolérante du dispositif rend aussi possible la rencontre et les échanges :

Oui, ben en fait [au LDR] on se sent un peu plus pris en compte en tant qu'humains même l'aidant. Parce que c'est vrai qu'à l'hôpital vous arrivez, ben... vous dites bonjour puis voilà, au lieu de répit on vous parle, on vous explique ce qui s'est passé, on boit un thé ensemble, on fait... (Aid.LDR.1.2020)

Les relations qui se tissent entre les ISMC et l'entourage des personnes accueillies permettent une collaboration autour de la situation de crise, dans une approche systémique qui souligne les potentialités d'évolution qu'offre un travail de réseau (Meriaux *et al.*, 2019) : « les liens qui unissent les éléments d'un système sont si étroits qu'une modification de l'un des éléments entraînera une modification de tous les autres, et du système entier » (Watzlawick *et al.*, 1972, p.123). Enfin, le dernier élément que j'ai relevé de mon analyse est l'imprégnation des normes morales du dispositif dans lequel les personnes accueillies évoluent :

La différence entre l'hôpital psychiatrique et [le LDR] c'est que dans l'hôpital psychiatrique on est catalogués comme malades mentales voilà. (Us.LDR.5.2020) ;

Puis l'HP ça m'a fait enlever ma rage et ça m'a fait enlever mes repères, ça m'a changé et ça m'a transformé... t'es dans un moule. (Us.LDR.32.2021)

Alors qu'à l'hôpital les patients sont placés dans une vision pessimiste de l'avenir, produit d'une vision axée sur la pathologie, au LDR, les personnes accueillies intègrent les *normes morales* (Cf. p.179) et font leur le discours critique qui transpire dans les interactions sociales, comme le signale un MSP : « *mon métier est éminemment politique* » (Exp.LDR.10). Comme Us.LDR.11, qui tient un discours

à Us.LDR.34 sur l'importance de tenir tête au psychiatre qui ne doit pas décider du traitement à sa place. Us.LDR.11 a intégré le discours du LDR et se positionne en acteur du soin face aux médecins. Il adopte une position d'*empowerment* et un discours critique mais construit sur la psychiatrie. Us.LDR.11 a donc fait sien les normes morales ambiantes qu'il a perçues dans le collectif (Goffman, 1975). Le langage utilisé par les acteurs du LDR ouvre des possibilités de considérer différemment les troubles psychiques (M. Koenig, 2017) : « *using language that helps explore each individual's subjective experience is important in beginning to redefine recovery* » (Mead & MacNeil, 2006, p.12). Il s'agit d'un point central dans la *réception sociale* de la crise psychique. Comme le note Goffman : « nous employons tous les jours des termes désignant spécifiquement un stigmaté, tels qu'impotent, bâtard, débile, pour en faire une source d'images et métaphores, sans penser le plus souvent à leur signification première » (1975, p.15). Goffman parle ici de la stigmatisation ordinaire, inconsciente, à l'inverse d'une approche qui promeut l'*empowerment* et l'autonomisation des personnes accueillies.

2.2 Empowerment et appartenance sociale

La dimension collective est primordiale dans l'accompagnement proposé au LDR, car la santé mentale n'est pas uniquement individuelle, mais est déterminée en partie par les *interactions* avec l'environnement. J'analyse ici comment ces interactions *agissent* sur le rétablissement. Goffman identifie trois types de lieux qu'aborde l'individu secrètement différent : ceux qui lui sont interdits du fait de son stigmaté (quoiqu'une négociation soit possible), ceux qui sont policés où l'individu est traité soigneusement, même au prix d'autres désagréments :

Les lieux retirés, où il peut pénétrer sans voiles, conscient qu'il n'a nul besoin de dissimuler son stigmaté ni de se soucier outre mesure de s'entendre avec autrui pour l'oublier. [...] Là, en effet, l'individu peut se sentir à l'aise au milieu de ses semblables. (Goffman, 1975, p.100-101)

Le LDR appartient à cette troisième catégorie de lieu dans lequel les personnes souffrant de troubles psychiques se sentent autorisées à dévoiler leur intimité et à partager leur expérience de la crise : « *ce que je vois moi ils [i.e. les personnes accueillies au LDR] ne sont pas malades... ils sont normaux, ils parlent, ils discutent, on mange ensemble, on rigole, c'est bon, c'est comme une famille...* » (Us.LDR.7.2020). La qualité de l'espace social est un levier significatif dans les résidences alternatives de type *Soteria* (Calton *et al.*, 2008 ; Grant & Westhues, 2012 ; Lecomte, 2013 ; Leendertse *et al.*, 2023 ; Lichtenberg, 2011 ; Skalli & Nicole, 2011) et l'attention portée aux *interactions* est l'une des attentes majeures exprimées par les usagers (Agar-Jacomb & Read, 2009).

Le LDR, un espace de socialisation...

Au LDR, les relations interindividuelles se fondent sur des rôles (ISMC, personne accueillie, etc.) mais les rapports entre ces statuts sont relativement égalitaires, et les personnes accueillies ne sont pas stigmatisées puisque la présence des MSP normalise l'expérience des troubles psychiques. Une des complexités du dispositif est donc de dépasser la dualité entre « eux » et « nous », qui apparaît dans les interstices des situations quotidiennes. Bourdieu (1979) a souligné la possibilité de faire partie d'un groupe dominant par l'un des aspects, par exemple le genre, et être dans le groupe des dominés par un autre aspect, comme l'origine ethnique. L'intersectionnalité est une approche qui s'est forgée dans les courants de lutte pour la reconnaissance des minorités et des groupes opprimés. L'une des précurseuses est Audre Lorde qui :

Met clairement au jour la complexité du phénomène d'oppression : le partage des luttes ne saurait réduire pour autant les autres rapports sociaux. Ainsi, les luttes de classe ne font pas disparaître le sexisme, l'hétérosexisme, l'homophobie, le racisme ; les luttes féministes ne font pas disparaître le racisme et la lesbophobie, les luttes contre l'homophobie, le racisme et le sexisme, etc. (Hedjerassi, 2017, p.125)

Le développement théorique de l'intersectionnalité a émergé quelques années plus tard par Kimberlee Crenshaw (1997) dans son article *Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of anti discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. Ainsi, tous les (ex)usagers de la psychiatrie ne ressentent pas les mêmes oppressions systémiques en fonction de leur genre, de leur classe sociale, etc., et l'évolution des rapports sociaux entre groupes stigmatisés et non stigmatisés ne peut se penser que dans une perspective globale. Cette visée constitue un défi car la reproduction d'interactions inégalitaires s'installe aisément. Par exemple, les représentations de ce que devraient être les rapports entre professionnels et personnes accompagnées ont pour origine le vécu personnel des ISMC, que ce soit en tant que bénéficiaire ou en tant que professionnel. La posture d'accompagnement est calquée sur le modèle rencontré lors de son expérience de vie, et conserve une hiérarchisation des statuts et le positionnement du professionnel en tant qu'expert. Pour l'un des MSP du projet :

La SDRE ça veut dire que des personnes ont déjà connu des hospitalisations, ça veut dire que ce sont des personnes qui ont déjà été institutionnalisées dans la psychiatrie qu'on connaît donc du coup assez violente, et je voyais mal comment subitement en arrivant ici les personnes allaient passer d'un milieu institutionnel assez violent qui dépossède de

tout, à une vie en collectif, en autonomie, où on a du pouvoir dans la vision de rétablissement. (Exp.LDR.16.2019)

Du côté des personnes accueillies j'ai observé une volonté de répliquer un fonctionnement institutionnel traditionnel rencontré durant le parcours de vie. Prenons l'exemple d'une personne ayant un vécu en MECS qui tenterait de retrouver un modèle qui constitue sa référence en termes d'accompagnement. Elle tenterait de mettre un ISMC dans une position visant à la reproduction de comportements éducatifs intériorisés et à engendrer des pratiques maltraitantes qui ont cours en MECS (Derivois *et al.*, 2013). Sans aller jusqu'à des comportements extrêmes, il est assez fréquent que les personnes accueillies soient passives et attendent des salariés une posture décisionnaire, reproduisant un schéma intégré par l'expérience, et s'éloignant d'autant plus facilement des visées d'*empowerment* plébiscitées par le dispositif qu'elles rencontreront des professionnels prompts à reproduire une relation de pouvoir. La socialisation au LDR passe aussi par la présence du réseau des personnes accueillies qui est intégré à l'accompagnement :

Est-ce que ça a facilité quand ta pote est arrivée ?

Oui ça me permettait d'avoir une personne qui m'avait suivi tout au long du séjour et de la situation. Avec qui j'avais suffisamment parlé. Qui me comprenait, qui arrivait à communiquer avec les autres quand je ne pouvais pas. (Us.LDR.21.2020)

L'accompagnement intègre le réseau professionnel, pour un travail collaboratif :

Oui, je suis très satisfait, surtout du travail qu'on a fait avec Exp.LDR.11 parce qu'on a fait des trucs qui s'appellent Open Dialogue. On a fait une carte de réseau¹. Exp.LDR.11 il a proposé de venir au rendez-vous à ULICE pour que LDR et ULICE travaillent ensemble et ça s'est très, très bien passé. (Us.LDR.3.2020)

La poursuite de l'accompagnement par les équipes d'adressage ou la mise en place d'un accompagnement à la suite de l'accueil sont une réelle plus-value du dispositif et évitent les ruptures de parcours (Cf. p.54). Considérée dans son ensemble, l'organisation morale du LDR favorise la socialisation à l'inverse de l'institution hospitalière qui évite la formation de groupes de patients

¹ La carte de réseau est un outil OD. Elle matérialise le réseau social dont la personne constitue le centre. Les membres du réseau sont positionnés plus ou moins loin du centre en fonction de leur proximité spatiale. La forme du lien évoque la qualité des affects. La carte est divisée en quatre zones : famille, amis, collaborateurs et professionnels de santé. Chaque carte est unique et modélise le réseau personnel.

(Goffman, 1968). Cette socialisation est soutenante pour les personnes accueillies (Elstad & Eide, 2017) mais aussi source de tensions et de conflits (Lézé, 2008a). Les *normes morales* promues par le LDR modifient les *interactions sociales*, et donc les *trajectoires individuelles* dans une visée de rétablissement (Gilliot *et al.*, 2021, p.199). Lors de mon enquête, plusieurs personnes ont intégré le LDR dans le but de côtoyer du monde et de ne pas rester seules. Être avec d'autres personnes, réaliser des activités, soulagent une partie du mal-être :

Parce que je me suis senti un peu seul... j'avais pas d'amis, pas de famille, j'avais personne avec qui je pouvais parler un moment, faire quelque chose, une activité ou quelque chose comme ça, et du coup, ULICE, ils ont trouvé le Lieu de répit comme un endroit où il y a des activités, où il y a du monde, il y a des personnes avec lesquelles je peux parler si je me sens mal, qui vont m'aider, donc ça c'était le but. (Us.LDR.3.2020)

Le LDR représente un espace social bénéfique pour les personnes isolées qui ne souhaitent pas rester seules, mais la dynamique du lieu évolue fortement. Les réunions sont révélatrices de ces variations car elles concentrent les personnes et les enjeux. Le déroulement de la réunion peut être perturbé par des retards, de l'agitation, des passages divers et fréquents, etc. Comme la participation demande une tolérance à l'égard des comportements inhabituels, les prises de parole peuvent empêcher les échanges et les élaborations, en se concentrant sur la relation plutôt que sur le contenu (Watzlawick *et al.*, 1972) : « on est tous à peu près là pour la même chose, fin' à cause de la même chose, c'est la crise psychique donc c'est vrai que des fois ça peut péter » (Us.LDR.31.2021). La recherche d'équilibre serait alors l'un des objectifs, non formalisé, du projet : « les projets de changement ou d'innovations s'inscrivent dans cette congruence, car un modèle d'équilibre n'est pas une organisation statique, mais une organisation qui autorise un certain nombre d'innovations et de changements qui s'inscrivent dans cet équilibre » (Demailly, 2021, p.28). Le soutien procuré par le collectif est donc variable (Ocloo *et al.*, 2020). La dynamique peut être soutenante, comme l'évoque l'un de mes interlocuteurs, accueilli au LDR :

Globalement, comment tu te sens par rapport à ton arrivée au Lieu de répit, ça fait dix jours, et maintenant ?

Grosse pêche.

Qu'est ce qui selon toi t'a donné la pêche ?

Partager les expériences, la disponibilité, l'investissement. C'est entre nous qu'on se motive c'est pas tout seul, c'est l'entraide, on partage des expériences, connaître, le LDR, comment ça fonctionne, dans un sens constructif. Il n'y a pas de non-dit.

J'ai l'impression que tu décris une dynamique qui booste ?

Oui. Si on arrive dans un endroit où les gens sont démotivés où ça tient plus la route ça n'encourage pas. C'est simple quand on va dans certains hôpitaux où ça se passe mal, on le ressent pour tout le monde. Plus de tensions, de mauvaises ondes. (Us.LDR.28.2020)

Ainsi, les effets du collectif oscillent entre soutien et bienveillance : « *on discute, on parle, on s'échange les cigarettes, surtout c'est ça ; je ne sais pas comment appeler ça mais c'est une entraide en fait...* » (Us.LDR.9.2020) et tensions excessives : « *moi je trouve cet endroit exceptionnel parce qu'on a plein de liberté mais il y a des gens qui utilisent cette liberté pour des mauvaises choses* » (Idem). L'approche orientée rétablissement favorise les temps de rencontre et la création de liens entre les acteurs, à l'opposé des institutions totalitaires qui « *établissent un fossé infranchissable entre le groupe restreint des dirigeants et la masse des personnes dirigées* » (Goffman, 1968, p.49). Le lien est relevé par les acteurs comme un facteur de santé :

Ça crée une relation, ça crée du lien qui serait pas possible si les gens ne vivaient pas ensemble, s'ils se retrouvaient pas à des moments de repas ensemble. C'est comme ça que ça se crée petit à petit, après les affinités ou pas, ou les personnes sont en état ou pas mais, en tout cas, on essaye... C'est ça qui fait la différence... (Aid.LDR.1.2020)

Trouver sa place dans le collectif est un processus individuel, mais l'inscription sociale est facilitée par les valeurs de tolérance et de non-jugement transmises (Gardien, 2021) : « *on est pas traités comme des patients, on est traité comme des gens, comme des personnes, pas comme des patients...* » (Us.LDR.5.2020). Initialement le projet n'est pas pensé avec l'organisation d'activités récurrentes, afin de ne pas accentuer l'emprise institutionnelle (Goffman, 1968), mais les personnes accueillies sont en demande d'occupations, d'activités : « *le Lieu de répit Ismaël il est bien mais rester enfermé en fait dans une maison avec des gens qui ont des problèmes sans rien faire c'est aliénant je trouve* » (Us.LDR.9.2020). Le sujet pose la question de l'autodétermination et de la limite de l'intervention professionnelle : « *même sortir pour se promener dans un parc. Parce que souvent je reste tout seul dans le salon et il y a personne qui vient... il y a personne qui s'occupe de nous* » (Us.LDR.3.2020). La responsabilité est l'une des valeurs morales promue par le dispositif, et en ce sens,

la participation de l'individu ne se limite pas à une présence, mais implique l'engagement concret dans la vie quotidienne (Zask, 2011) à l'opposé des approches objectivantes :

Le fait de faire la cuisine, de faire le ménage, de... qu'il y ait pas des gens qui fassent tout pour nous, ça c'est bien aussi, ça nous mobilise, c'est pas comme à l'hôpital. L'hôpital c'est tout le temps les gens qui font. Là au moins on fait quelque chose, on est là, on n'est pas mort. On garde notre autonomie. (Us.LDR.31.2021)

La participation n'a de sens que dans une visée émancipatrice, dans un processus d'accès au pouvoir et donc de son partage. C'est le sens du terme *empowerment*, qui dans son sens premier signifie : « *some type of sharing or enabling of power* » (Bartunek & Spreitzer, 2006, p.257). Ce n'est qu'ainsi que « le développement des modèles de soins orientés vers plus de participation des personnes concernées, pourraient se traduire à terme par une réduction du recours à ces pratiques [de privation de liberté] » (Coldefy *et al.*, 2022, p.7). Il ne s'agit pas de reproduire un rapport de domination d'un groupe sur l'autre, ni de contraindre les individus à un cadre institutionnel rigide et annihilant les capacités émancipatrices de ses usagers. Il s'agit au contraire de penser de nouvelles modalités relationnelles pour envisager de porter un regard différent sur les personnes souffrant de troubles psychiques, et pour permettre aux individus de se réengager dans les interactions sociales avec un nouveau rapport aux troubles. C'est ce que relève Goffman (1975) : au sein d'un groupe qui pose un regard différent sur le stigmaté, l'individu développe de nouvelles compétences et donc une nouvelle vision de lui-même.

... régi par de nouvelles normes

Dans leur enquête sur les groupes d'entendeurs de voix, Schaefer et ses collègues (2021) ont analysé quatre domaines de satisfaction pour les participants : la validation par les pairs ; l'échange d'informations et le partage de savoir expérientiel ; les interactions et le soutien social ; et l'engagement dans une réflexion mutuelle. Le partage de problématiques identiques normalise les troubles et amène les acteurs à des échanges sur le vécu de situations similaires (Goffman, 1975). L'introspection permise par le lieu et la collectivisation des ressentis participent d'une prise de conscience, d'un *insight*. La verbalisation des émotions et des expériences passe notamment par la comparaison avec les pairs (Troisoeufs, 2020) car « lorsque des individus se reconnaissent réciproquement dans l'expérience d'autrui, les interactions sociales s'en trouvent modifiées d'une façon spécifique » (Gardien, 2021, p.15) :

J'ai des pathologies, bipolaire, schizophrène, tout ce que vous voulez, mais je sais à peu près me contenir. Mais je savais qu'en venant ici il y aurait des gens qui ont soit plus de problèmes que moi, soit moins, et j'avais peur de devenir comme eux. (Us.LDR.9.2020)

Us.LDR.9 renvoie ici à une remarque de Goffman qui considérait que « dans tous les cas, que le groupe soit ou non constitué, c'est essentiellement en rapport à lui que l'on peut analyser l'histoire naturelle et l'itinéraire moral de l'individu stigmatisé » (1975, p.53). Rendre le partage de l'expérience possible sans porter de jugement permettrait de relativiser les troubles, tout en les identifiant et en percevant leurs similitudes et leurs différences, par la comparaison avec d'autres individus. La rencontre et le partage fonctionneraient comme un moyen d'aller mieux, à la manière des groupes d'entendeurs de voix (Evrard *et al.*, 2023). C'est-à-dire que « la rencontre entre pairs alimente un processus progressif de sémantisation de l'expérience et de (co-)construction de savoirs expérientiels individuels ou collectifs » (Gardien, 2021, p.21). Le processus, éprouvé par les personnes plus anciennes, bénéficie aux nouvelles personnes accueillies, comme l'évoque Us.LDR.7 lors de notre entretien :

C'est positif, tu parles avec les gens donc...c'est comme que je suis en train de vous parler maintenant, donc tu partages des sentiments, tu partages des moments, tu partages des événements et tout ça, ça aide à s'améliorer et si tu écoutes les gens, c'est en vice-versa, il va partager avec toi ce qu'il sent ce que tu as et après tu pourras lui donner des conseils, des conclusions, ne fais pas ça, ça je l'ai vu ne le refais pas... (Us.LDR.7.2020)

Une forme de savoir sur le rétablissement se construit et se transmet par la dynamique collective : « c'est bien, je trouve que chaque personne apporte son avis et son expérience à l'autre. Et sachant que on est en crise, je pense que ça peut être bénéfique » (Us.LDR.31.2021). Les interactions sociales au sein du LDR épousent les fluctuations du projet, mais n'en demeurent pas moins porteuses de changement, créant ainsi l'une des conditions du rétablissement (H. Koenig & Molinié, 2021 ; Lyons *et al.*, 2021 ; Onken *et al.*, 2007). L'individu a appris à gérer le dévoilement de son information personnelle, au sein de la société, à partir de certains « symboles » (Goffman, 1975). L'apprentissage, qui internalise le stigmate, est remis en cause par la sociabilisation au sein d'un espace ouvert qui supporte l'expression des pensées inhabituelles. L'individu réapprend à mobiliser son information sociale en opérant un réajustement de sa position relative aux troubles, et par-là change la façon dont il communique socialement son identité. En intégrant un groupe où ses particularités ne sont pas stigmatisées, l'individu se sent accepté dans sa différence et il peut exprimer ses ressentis. Les relations avec le groupe lui permettent de construire une réflexion sur ses troubles, de prendre

conscience de ses forces et de ses limites (Deegan, 1988 ; Gilliot *et al.*, 2021). En améliorant son agentivité, l'individu alimente positivement la dynamique de groupe et devient capable de transmettre à son tour un savoir tiré de son expérience. C'est notamment par les MSP que se transmet le savoir expérientiel :

Il m'a dit qu'il avait entendu des voix pendant cinq ans, je pense qu'il sait quand même un petit peu de quoi il parle. Il a quand même un peu d'expérience et il sait ce qu'il fait. Donc moi... en tout cas ça m'a aidé quand il analysait mes voix ça m'a beaucoup aidé. Je trouve que son analyse elle était très juste. (Us.LDR.31.2021)

Comme le disent Marquis et Moutaud (2020), le LDR pourrait être considéré comme une « normalité alternative » qui permettrait « une expérience très spécifique de la manière d'habiter le monde » (p.3). Mais le passage au LDR est de courte durée, sa fonction étant avant tout d'offrir une alternative à l'hospitalisation et non de garantir le déroulé d'un processus de rétablissement. Étant donné la durée relativement restreinte de l'accueil, la perspective de la sortie se pose rapidement aux intervenants et aux personnes accueillies participant ainsi à la complexité temporelle du modèle : « *je suis un peu angoissé à l'idée de partir du Lieu de répit, voilà, donc ça m'angoisse, mais bon il faut bien partir un jour, il faut bien prendre son envol* » (Us.LDR.31.2021). Les typologies de départs renvoient également aux limites du dispositif avec des personnes qui quittent le lieu pour des hospitalisations parfois sous contrainte. À l'inverse : « *il y a plein de personnes qui sont revenues très rétablies [du LDR]* » témoigne un partenaire de l'équipe ULICE (notes de terrain). Us.LDR.6 parle de son parcours un an après son accueil au LDR. Il est logé chez des amis, a un travail et estime être dans une dynamique de vie positive, en partie grâce au LDR, « *je suis des instructions qu'on m'avait données [...]. D'être sociable, de ne pas être seul* » (Us.LDR.6.2021). Quelques semaines plus tard, j'ai des nouvelles de Us.LDR.6, qui sent poindre la crise, puis un peu plus tard encore, pour m'annoncer son mariage et un voyage au pays de ses origines...

Dans l'idéal il s'agirait de penser un relais après la sortie du LDR, par exemple avec Esper Pro ou d'autres acteurs de proximité : « *c'est un peu ce que j'attends du Lieu de répit, de me trouver une ressource pour ça... [i.e. la gestion de crise dans le futur] et déjà on a commencé* » (Us.LDR.3.2020). Des modalités de continuité sont pensées comme l'organisation de « Café Rétablissement » favorisant l'auto-support et la rencontre entre anciennes et nouvelles personnes accueillies. Formaliser les temps de rencontre permet de favoriser le réengagement du savoir expérientiel auprès de personnes moins avancées dans leur processus de rétablissement. La reprise de contact avec le groupe d'appartenance permettrait aussi de réajuster la nouvelle image que l'individu s'est forgé au sein de la société (Goffman, 1975). Ces temps de rencontre sont importants car :

Les rescapés et usagers insistent sur la nécessité de témoigner de leur rétablissement auprès de patients, proches et professionnels afin de donner de l'espoir en rendant visible la possibilité du rétablissement ou encore de diminuer la honte associée à la maladie. (Linder, 2022, p.8)

Les espaces gérés par et pour les usagers constituent des lieux privilégiés pour échanger sur ses expériences intimes en lien avec les troubles. Les interactions avec des pairs permettent l'échanges de pratiques positives et l'identification avec des personnes plus avancées dans leur processus de rétablissement. Ces espaces participent pleinement à l'instauration d'un nouveau regard porté sur les troubles et surtout ouvrent des perspectives pour la suite. Les personnes accueillies peuvent trouver dans ces rencontres régulières une possibilité de retourner sur le lieu, sans pour autant débiter un nouveau séjour. Ces espaces de partages fonctionnent comme des lieux à la frontière du LDR et de la société.

3. Processus de rétablissement et trajectoire post-crise

Dans les paragraphes précédents, j'ai identifié trois phases qui permettent aux usagers du LDR d'entamer un processus de rétablissement lors des situations de crise. Premièrement, l'arrivée dans le dispositif est consentie et l'accueil y est chaleureux, instaurant une *relation thérapeutique* basée sur la confiance. Deuxièmement, l'atmosphère tolérante et la disponibilité d'écoute des ISMC permettent d'entamer une phase d'introspection, soutenue par les échanges avec les pairs. Troisièmement, la *dynamique collective* favorise la création de liens interpersonnels et une inscription sociale à partir de laquelle l'individu construit une nouvelle relation aux troubles et à la norme (Goffman, 1975). Néanmoins :

Le répit est la clé parce que pour un bon rétablissement il faut être posé. Qui dit rétablissement dit aussi prise de conscience, confiance en soi, l'empowerment, l'autonomisation. Mais si on n'a pas le répit en fait, on ne peut pas démarrer cette phase.
(Us.LDR.1.2018)

Ce que souligne Us.LDR.1 dans cet extrait d'entretien, c'est que les modalités d'accueil dans le lieu (liberté et consentement, espace privé et relations réciproques) constituent le socle matériel et moral sur lequel s'appuie les pratiques d'intervention et le soutien à la crise. Il me reste à présenter les ingrédients issus de l'expérience au LDR qui peuvent être mis en œuvre après le séjour. L'analyse des données a fait ressortir ces quatre composantes du processus de rétablissement.

3.1 La santé, un principe global

La première de ces dimensions est le caractère global de la santé qui ne se limite pas à l'absence de troubles psychiques, mais englobe un ensemble de déterminants non restrictifs, propres à chacun. Au LDR, la nourriture apparaît par exemple comme un aspect important du rétablissement, tout comme l'activité physique relevée par Patricia Deegan, « *physical exercise, especially daily walks in the woods, remains an important self-help strategy for me* » (2002, p.14). Les pratiques spirituelles sont citées régulièrement comme pouvant être bénéfiques à la santé mentale, « *my spirituality and faith tradition had always been a resource for me. Spiritual practices and making an effort to have conscious contact with my God became integral to my recovery* » (Deegan, 2002, p.12). Enfin, la tenue d'un journal de bord (HK, 2020) ou la mise en récit de son expérience (*narrative therapy*) sont des moyens de favoriser la reconstruction de son identité (Andresen *et al.*, 2003) et donc d'améliorer le processus de rétablissement (van Sambeek *et al.*, 2021).

Les facteurs environnementaux sont également des déterminants de santé primordiaux (Skar-Fröding *et al.*, 2022). Comme Spaniol et ses collaborateurs l'ont observé dans leur recherche longitudinale, les personnes diagnostiquées comme schizophrènes, et vivant dans un environnement pauvre, éprouvent des difficultés plus importantes à faire face aux troubles comparativement à celles vivant dans des contextes moins heurtés : « *because this study considered the person within his or her environmental context, we were able to consider some of the environmental factors that constrain or facilitate the developmental process of recovery* » (Spaniol *et al.*, 2002, p.334). Les facteurs sociaux sont prépondérants pour les aspects liés à l'autodétermination, à l'élaboration de relations de soutien et pour éviter l'isolement (Soundy *et al.*, 2015). Le rétablissement procèderait donc d'une double interaction entre déterminants individuels et sociaux (Tzanakis, 2014), les premiers favorisant les seconds et inversement (Morgan & Felton, 2013).

3.2 Verbalisation et communication

Le second facteur favorisant le rétablissement est celui des interactions avec l'entourage par lesquels l'individu construit un discours qui participe à la définition de soi. La psychanalyse est un exemple éloquent de l'introspection qui prend forme dans l'échange entre psychanalyste et psychanalysé (Lézé, 2021a). L'étude des interactions permet de comprendre en quoi la verbalisation et la communication, en tant que processus en développement (Alinsky, 1976), concourent positivement au rétablissement. Goffman a montré dans *Les rites d'interaction* (1974) qu'il y a dans toute discussion un ajustement entre le moi socialisé et l'interaction verbale : « lorsque commence une rencontre, directe ou médiatisée, les participants entretiennent déjà un certain type de relations

sociales, et s'attendent à garder entre eux à l'avenir des rapports déterminés » (p.38). Quoique cette affirmation puisse se relativiser dans une visée de modification des rapports sociaux, « l'idée impliquée dans [s]on propos est que, sous leurs différences culturelles, les hommes sont partout semblables » (Goffman, 1974, p.41). Au LDR, la participation des personnes accueillies aux échanges collectifs a permis de formaliser de nouvelles normes communicationnelles (Cf. p.284).

La présence des usagers n'a toutefois pas systématisé leur prise de parole puisque les personnes accueillies s'expriment globalement moins lors des réunions et adoptent même parfois une communication gestuelle de retrait (épaules voutées, regard vers le sol, etc.). Comme Goffman, j'ai observé des règles de conduite qui, lorsqu'elles étaient enfreintes, entraînaient des *sanctions sociales négatives*, mais l'acte d'acceptation ou de refus de conformité « à une règle de conduite constitue donc une forme de communication, car il représente une confirmation du moi » (Goffman, 1974, p.46). L'exemple pris par Goffman est celui de l'asymétrie entre le psychiatre et son patient. Le premier est en droit de demander des détails sur la vie privée du second, quand l'inverse n'est pas toléré. Au LDR, les ISMC peuvent engager leur expérience dans la relation, modifiant ainsi les *normes interactionnelles*. Au contraire des interactions sociales excluantes, les personnes accueillies bénéficient des *effets thérapeutiques* de ces interactions. Les valeurs morales portées par le discours participent d'une reconstruction identitaire (M. Koenig, 2017), médiatisée par de nouveaux statuts sociaux : « un réel parcours de rétablissement passe par une délimitation du soi, par un récit fait aux autres d'un soi-même qui s'ignorait et qui se révèle peu à peu au monde. Il passe par des rencontres » (Martin, 2022, p.23). La liberté de parole permet de trouver les mots justes et donc de construire sa pensée, comme l'évoquent mes interlocuteurs dans ces extraits d'entretiens :

Ce qui m'a aidé, c'est d'arriver à avoir moins peur de communiquer sur ce qui m'arrive, à réussir à mieux verbaliser et exprimer l'endroit où je suis sans flipper des conséquences, de me sentir plus en confiance avec moi-même dans ma situation de crise pour pouvoir m'exprimer. (Us.LDR.21.2020) ;

Il y a ça aussi qui aide dans le rétablissement de la personne, le fait qu'il y ait des gens qui soient là pour nous, si on a besoin de parler ils sont là, si on veut pas parler ils respectent, ils nous forcent pas. (Us.LDR.31.2021)

L'expression de ses ressentis se rapproche d'un travail émotionnel (Hochschild, 2003), « la plupart du temps c'est assez explosif, mais il y a des choses que j'arrive un peu à repérer, mais ce n'est pas évident » (Us.LDR.21.2020). Or les liens entre émotions et troubles psychiques sont repérés et co-agissent dans la symptomatologie (Ciompi, 2015). Il n'est pas simple de s'exprimer sur un malaise, car

cela augmente temporairement la tension et certaines personnes peuvent se sentir trop mal pour affronter cet état émotionnel. Il s'agit d'un double mouvement : réaliser un travail sur soi pour pouvoir exprimer ses ressentis et saisir l'attention portée par l'autre : « raconter, être entendu, puis voir son expérience restituée dans sa profondeur sont ainsi un premier pas vers le recouvrement de la parole, et constituent l'un des éléments centraux de l'enquête ethnographique en tant que *praxis* politique » (Grard, 2008, p.161). Si la crise est le symptôme d'une pensée inexprimable (Cf. p.189), il reste possible d'accompagner cette expérience, et le soutien proposé à ce moment-là favorise le processus de rétablissement :

En fait, ce qui compterait est notre propre position d'écoute et ce qu'elle permet à la personne de dégager comme position subjective plus que le contenu de nos interventions, quels que soient par ailleurs l'intérêt et l'exhaustivité des stratégies institutionnelles et des modules d'intervention proposés. (Corin, 2002, p.66)

Le repérage de ses propres émotions, et le travail subséquent sur elles, favorisent la compréhension de soi et de ses troubles, mais c'est bien la personne concernée qui agit sur son *self*, et non les intervenants, comme l'exprime Us.LDR.1 dans ce *verbatim* :

Mon travail c'est surtout sur moi-même que je l'ai fait, sur mes émotions. Et le pourquoi... et les causes des déclenchements de ces crises, de cette phase, départ de phase hypomaniaque et ça, j'en suis arrivé à dire que ça venait tout simplement de la souffrance et de la douleur et le fait d'être beaucoup plus sensible, il y a des gens beaucoup plus sensibles que d'autres. Dans le travail j'ai développé une meilleure maîtrise de moi et des émotions et des ressentis, oui. Donc après c'est un travail, ça s'apprend, ça se développe et le fait de retrouver confiance en toi, tu retrouves une force, voilà. Et certaines fragilités qui partent. Donc t'es plus fort et c'est ça que j'ai retrouvé, une force, une confiance en moi. Une confiance dans les autres surtout. (Us.LDR.1.2018)

Il y a une corrélation directe entre les *normes morales* du groupe social et le processus de rétablissement : d'une organisation sociale participative naît la possibilité de libérer la parole (Loubières *et al.*, 2018) qui elle rend possible l'interaction et donc la construction psychique, favorisant à son tour le processus de rétablissement : « *si tu analyses ton fonctionnement, tu gagnes du pouvoir* » (Exp.2.2021). Dans ce contexte, la prise de parole représente donc une prise de pouvoir, qui agit positivement sur la réflexion et la compréhension de soi et de son rapport aux autres. Ces enseignements soutiennent le rétablissement et les interactions futures.

3.3 Socialisation

J'ai montré comment le LDR permet d'élaborer de *nouvelles normes relationnelles* dans le processus de rétablissement. La troisième dimension qui émerge de l'analyse des données est celle des relations sociales dans une perspective large. Le concept de rétablissement émerge de l'auto-support, de la rencontre de personnes qui se regroupent entre pairs pour échanger sur des modalités de soin alternatives à celles existantes (Lyons *et al.*, 2021 ; Schaefer *et al.*, 2021). Ce besoin existe car les soins proposés par ailleurs sont jugés insuffisants. L'espace de rencontre permet l'échange d'expériences, à partir desquelles sont construits des savoirs, voire un plaidoyer politique et moral. Dans cet optique, le LDR apparaît comme un lieu de métamorphose individuelle, mais aussi sociale, rendue possible par un contexte ouvert à la participation : « *L'auto-stigmatisation est le plus grand frein au rétablissement et pour s'inscrire dans la société* » (Exp.2.2021). Le cadre moral du LDR pourrait être défini comme : 1) une approche qui valorise les capacités individuelles et cherche à les développer ; 2) des interactions non-jugeantes¹ ; 3) une conception collective de la citoyenneté prônant l'interdépendance réciproque. La réintégration d'un environnement social favorable et stimulant est un but thérapeutique (Soundy *et al.*, 2015) et apparaît comme l'un des principes du rétablissement identifié par les usagers (P. Rhodes & De Jager, 2014), ce qu'exprime Exp.1 :

Une fois que j'ai bien pu reprendre pied, et que j'avais un groupe de pairs assez solide et où je me sentais bien et où j'avais ma place avec ma personnalité j'ai pu me retaper et avoir une vie sociale, intellectuelle, affective, qui me convenait. (Exp.1.2022)

À l'issue d'un parcours positif de rétablissement Exp.1 intègre des stratégies pour anticiper la survenue de pensées problématiques :

Un truc de mise à distance et d'humour autour de ça, ça permet de très vite désamorcer, sinon la boucle d'interprétation elle va très vite, parce que tout fait sens, donc je peux couper l'herbe à la racine assez vite. (Exp.1.2022)

Le récit de Exp.1 donne l'exemple d'une existence épanouie, qui passe par l'instauration de liens sociaux riches qu'il a fallu réagencer à la suite des crises psychiques, étape nécessaire pour développer des ressources de santé. L'enjeu est donc de pouvoir mobiliser les progrès réalisés dans le cadre expérimental au sein de l'espace social global. Comme l'écrit Livia Velpry :

¹ Les dix répondants du questionnaire de satisfaction ont estimé que le langage au LDR était non-jugeant.

Les manifestations des troubles sont ainsi des expériences dont la personne doit faire sens, tout en étant prises dans une dynamique d'interactions sociales ; d'une part elles perturbent les interactions avec autrui et par conséquent modifient les inscriptions sociales de la personne. (Velpry, 2014, p.3)

Comme il existe une *structure biographique* que l'individu emporte avec lui en changeant d'espace social (Goffman, 1975), mais que dans le même temps son rapport aux troubles s'est modifié, un apprentissage est nécessaire pour interagir dans la société dont les normes diffèrent de celles du LDR. La différence réside pour l'individu dans l'affiliation au groupe d'appartenance qui constitue une inscription sociale de référence (Cf. p.283) : « nous avons là, à n'en pas douter, l'illustration évidente d'un thème sociologique fondamental : la nature d'un individu, que nous lui imputons et qu'il s'attribue, est engendrée par la nature de ses affiliations » (Goffman, 1975, p.135). Il est possible d'interpréter les propos de Goffman comme une catégorisation de l'individu selon son appartenance à un groupe social défini, mais je les vois comme le moyen pour les (ex)usagers de participer, *via* le groupe d'appartenance, à un agir politique :

Procéder autrement, traiter chaque misère particulièrement, sans chercher à agir sur les causes dont elle dépend, c'est faire comme un médecin qui traiterait les symptômes extérieurs d'une maladie, sans chercher à atteindre la cause profonde dont le symptôme n'est que la manifestation extérieure. (Durkheim, 1934, p.63)

3.4 Réinvestissement des savoirs expérientiels

Quatrième dimension du rétablissement, la mobilisation des savoirs expérientiels maintient une dynamique de vie positive. Le parcours au LDR est composé de phases qui marquent les étapes d'une *carrière morale* à partir de la situation de crise. La phase de répit permet d'évacuer la tension psychique, puis d'entamer une phase de rétablissement grâce à une introspection favorisée par la similarité des expériences et enfin la phase d'*empowerment* considéré comme « la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprient le pouvoir ainsi que la capacité de l'exercer de façon autonome » (Ninacs, 2003, p.2). Le réinvestissement des savoirs expérientiels peut être vu comme un critère de progression dans le processus de rétablissement, par exemple en mobilisant ces savoirs dans le cadre de la recherche, ce qui consolide l'*empowerment* individuel et social par un rééquilibrage des rapports épistémiques (Gélineau *et al.*, 2012 ; Gross *et al.*, 2017 ; Wallerstein & Duran, 2010). La valorisation des savoirs issus de l'expérience est un moyen de faire

reconnaitre un rôle social valorisé : « *a third task of recovery is to move into roles that are meaningful, productive, and valued in the larger society* » (Spaniol et al., 2002, p.332) :

Le concept d'identité sociale nous a permis d'envisager la stigmatisation. Avec celui d'identité personnelle, nous avons étudié le rôle que joue le contrôle de l'information dans le maniement du stigmaté. Maintenant, grâce à cette notion de l'identité pour soi, nous pouvons analyser ce que l'individu ressent à l'égard de son stigmaté et de ce qu'il en fait, non sans prêter une attention particulière aux divers conseils qu'il reçoit en cette matière. (Goffman, 1975, p.128)

Goffman souligne bien cette idée d'évolution de la perception des troubles, de stigmaté social à ressenti individuel, qui se construit dans une relative extériorité aux représentations négatives. L'expérience des troubles psychiques n'est plus uniquement un marqueur social dévalorisant, mais une part de l'identité individuelle qui amène à l'*empowerment*. Les savoirs expérientiels construits au sein de l'expérimentation permettent à l'individu de valoriser socialement son expérience de la crise. D'individu en souffrance, perçu comme irresponsable et dépourvu d'autonomie, il passe à un statut de sachant, détenteur d'un savoir unique. Par la mobilisation de ses savoirs expérientiels, il est possible non seulement d'avancer vers un mieux-être, mais aussi d'accompagner les personnes en difficulté. Il s'agit d'une réelle inversion des rôles sociaux, d'aidé à aidant, d'ignorant à sachant, de soigné à expert :

Tu penses qu'il faut d'abord être aidé pour arriver à aider ?

Je dois m'aider moi-même pour apprendre quelque chose de mon expérience pour pouvoir le transmettre ou aider une personne. Pour l'instant je suis dans l'expérience, je ne suis pas sorti de l'expérience. (Us.LDR.6.2020)

L'engagement des usagers est un moyen pour le groupe social de traiter des problèmes qui les concernent, et de revitaliser le potentiel humain (Le Floch, 2023 ; McGarvey, 2019). L'exercice peut avoir une portée politique, comme pour les représentants d'usagers : « au fil de leur engagement, leur vécu intime est "*partagé avec d'autres*", "*mis en commun*", validé, enrichi au point de devenir une "*cause collective*", selon les termes de plusieurs représentantes d'usagers » (Godrie, 2019, p.12). L'intérêt de valoriser ses savoirs d'expérience peut aussi être plus individuel, comme avec le plan de rétablissement (Copeland, 2002), qui fait fonction d'outil de formation permanente, tant personnelle que professionnelle. Dépasser la crise pour se projeter dans le rétablissement n'est donc pas un retour à l'état initial d'avant la survenue des troubles : « *la crise elle me fait traverser, elle me fait passer d'un*

état à l'autre, et du coup je ne suis pas rétabli au même endroit que précédemment » (Exp.1.2022). Il s'agit d'un processus de transformation individuelle lié à l'environnement social.

4. Conséquences du processus de rétablissement

Bien que la première utilisation du terme *recovery* date de 1937 (Le Cardinal *et al.*, 2013), le concept de rétablissement en santé mentale prend son essor dans les années 1970, avec les études scientifiques montrant qu'il est possible de sortir de la schizophrénie (Bleuler, 1974), « *we have established the possibility of a 50 % rate of recovery from schizophrenia* » (Lieberman, 2002, p.338). Dans les années 1980, de nombreux usagers témoignent de quelle manière ils « managent » leurs troubles (Anonymous, 1989 ; Leete, 1989). Le concept de rétablissement est aujourd'hui l'enjeu de luttes politiques autour de l'acceptation de nouvelles *normes sociales* sur les troubles psychiques (Cf. p.99) et d'une utilisation du concept par les pouvoirs publics qui l'éloigne de ses origines militantes liées à l'auto-support (Linder, 2022 ; Morgan & Felton, 2013). En France par exemple, la notion de rétablissement guide l'élaboration de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de juin 2018, « les priorités en matière de santé mentale répondent aujourd'hui à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques, impliquant la promotion de leurs capacités et visant leur accès à une vie active et sociale choisie » (p.20). Doit-on se féliciter de cette intégration du rétablissement dans les politiques publiques ou craindre que cette appropriation n'édulcore le concept de ses objectifs transformatifs ?

Car le rétablissement est tout sauf l'instauration d'une nouvelle injonction morale. C'est une perception subjective, que seul l'individu peut évaluer : « *recovery from mental illness involves much more than recovery from the illness itself* » (Anthony, 1993, p.527). Être rétabli ne signifie pas ne plus avoir de symptômes, ne pas prendre de traitement, ne pas bénéficier d'un suivi psychiatrique ou répondre aux normes sociales (Deegan, 2002 ; A. Martin, 2022 ; Wooley, 2017). Le rétablissement porte une volonté forte de transformation qui est autant individuelle que sociale (Anthony, 1993 ; Nowak *et al.*, 2015 ; Onken *et al.*, 2007). L'une des difficultés rencontrées par les recherches sur le rétablissement est que le concept n'est pas défini et est mobilisé différemment selon les intérêts des auteurs : « *still lacking a definition, the word has become common political rhetoric, with a flexibility of meaning so broad that it seems to be in danger of losing any inherent meaning at all* » (Chamberlin, 1997, p.43). Pour ma part, je considère que le rétablissement comprend une importante dimension subjective, et j'y associe la notion d'*empowerment*, bien que Bartunek et Spreitzer (2006) aient montré les variations des significations du terme selon les époques et les disciplines qui le mobilisent.

Les MSP du LDR ont proposé des temps d'animation sur le rétablissement lors desquels ils ont insisté sur la notion d'équilibre jamais définitivement acquis, sur le rapport à l'erreur et à la recherche,

mais aussi sur le travail sur soi. Le rétablissement est plus une évolution personnelle qu'une évolution de la pathologie (Linder, 2022). Comme le note Velpry, « aller mieux suppose de réussir à circonscrire l'expérience sociale du trouble psychique, à en faire un élément parmi d'autres dans l'organisation de vie et dans les relations sociales » (2014, p.3). L'inscription sociale des (ex)usagers passe par leur participation aux différents niveaux des soins en santé mentale. Il s'agit d'initier une évolution des *représentations* qui soutienne la construction de la subjectivité (B. Martin & Franck, 2013a). Car une meilleure connaissance de soi et de ses propres mécanismes psychiques, comme l'identification des facteurs déclencheurs de la crise, participe au rétablissement : « le rétablissement c'est une construction non pas extérieure, mais intérieure » (A. Martin, 2022, p.23).

Greacen et Jouet (2012) identifient cinq axes du rétablissement : 1) l'espoir, la possibilité du rêve, le fait de pouvoir envisager un meilleur avenir ; 2) le soutien des professionnels, des proches et des pairs ; 3) le plaidoyer, la prise de parole, la reconnaissance et la mobilisation des droits ; 4) l'*empowerment*, une meilleure connaissance de soi-même, une évolution personnelle ; 5) la responsabilisation dans le parcours de soin et dans la société. Ces domaines sont proches de ceux retrouvés dans la revue de littérature menée par Onken et ses collègues (2002) :

These elements include hope, self-determination, agency, meaning/purpose, and awareness/potentiality. These elements also involve interaction with others—family, friends, and/or mental health professionals—and these interactions can help or hinder the ability of the individual to access hope, take action in self-determined ways, develop agency, and create meaning and purpose in life pursuits. (Onken et al., 2007, p.10)

Duplantier (2011) va même jusqu'à formaliser des étapes, dont on peut se demander en quoi elles sont assimilables à un processus : « *as we have seen, recovery is not a linear process marked by successive accomplishments. The recovery process is more accurately described as a series of small beginnings and very small steps* » (Deegan, 1988, p.5). Quelle que soit l'appréciation portée au concept et à sa mobilisation politique (Morgan & Felton, 2013 ; Pilgrim, 2008), il me semble que son introduction dans le champ français a favorisé la prise en considération de la parole des usagers :

Ça permettait aux personnes concernées de dire plus de choses sur ce qu'il leur arrivait, ce qu'ils en comprenaient et cætera. Plus dans une dialectique d'émancipation, plutôt que d'être un bon malade, qui prend bien son traitement et qui aspire à la guérison, mais qui est un horizon que tu n'atteins jamais, et tu l'atteins tellement jamais qu'on va te dire que tu es malade à vie, mais ce niveau de chronicité-là il fait envie à personne, pour moi c'est complètement contre-productif de se placer dans ce champ-là. (Exp.1.2022)

Le changement de regard social sur la schizophrénie (Castillo & Koenig, 2017) et les troubles psychiques en général constitue un déterminant majeur pour améliorer le soin en santé mentale (Goffman, 1975). La stigmatisation est fréquemment citée comme un frein au rétablissement (Jenkins & Carpenter-Song, 2009) et « *for me recovery meant learning to overcome the shame and stigma I had internalized* » (Deegan, 2002, p.14). Les questions de pouvoir individuel et social sont considérées par une partie des théoriciens du rétablissement comme la pierre angulaire du concept : « *an imbalance of personal and social power lies at the heart of mental illness and is the cornerstone of the theory of recovery that we wish to present* » (Mead et al., 2001, p.7). Ces revendications politiques trouvent leurs origines dans des mouvements tel que *The Independant Living-Movement* : « *a national grassroots movement for social justice and civil rights made up of people with disabilities* » (Deegan, 1992, p.4). Penser le rétablissement nécessite de penser les relations de domination, et donc les possibilités d'expression des personnes habituellement dominées.

Se rétablir se signifie pas l'absence de difficultés, au contraire la conscience de ses vulnérabilités est un moyen de rétablissement (Deegan, 2002). Identifier ses zones de fragilités permet de prendre conscience des limites imposées par les troubles : « *dans le rétablissement il y a ce côté-là, de connaître ses limites pour ne pas s'engager dans des choses qui peuvent finir mal* » (Exp.2.2021). Il faut du temps pour apprendre à se connaître et si l'on considère la santé mentale comme un *continuum*, les limites sont propres à chacun. Le rétablissement n'est pas un acquis, assurant une santé mentale inébranlable, permettant de faire face à toutes les situations (Lieberman, 2002). Il est un parcours au fil duquel on découvre des points d'appuis et des zones de fragilités :

Je ne me sens pas complètement immunisé, je sais que ça peut m'arriver de nouveau [...] comme si au départ j'avais emprunté un sentier avec ce délire, de moi Exp.1 à moi le Messie, juste un sentier, et de l'avoir tellement fréquenté que c'était devenu une autoroute et qu'il fallait plus grand-chose pour que je me remette à cet endroit-là si les éléments en présence m'y poussaient. C'est pour ça qu'on m'a demandé récemment si je me considérais comme guéri, et pour moi non, je suis rétabli depuis un long moment, mais je suis pas à l'abri si il y a un drame, s'il y a autre chose qui se passe pour flamber. (Exp.1.2022)

Des limites existent aussi dans les objectifs du LDR, et il ne faut pas présager d'objectifs trop élevés de rétablissement pour un dispositif dont la fonction principale est de proposer une alternative à l'hospitalisation, ce qui constitue déjà un objectif ambitieux. La généralisation de ce type de dispositif pour les personnes en situation de crise psychique serait un pas conséquent vers un élargissement de l'offre de soin en santé mentale, et donc un progrès significatif pour les usagers, mais aussi pour les

professionnels et les proches. Le rétablissement ne peut pas constituer l'objectif de l'expérimentation puisqu'il appartient à la personne de décider où et quand débute et termine son propre rétablissement. Ambitionner « d'amener » les personnes accueillies au LDR à se rétablir serait antinomique du concept puisque le rétablissement ne se décrète pas. Les accompagner à prendre la parole sur leurs problématiques, et la façon dont elles imaginent les résoudre, est un objectif plus réaliste. Cela permettrait de prendre conscience du commun qu'il existe sur ces questions, car rencontrer des difficultés et y faire face ne nous concerne-t-il pas tous ?

Conclusion de la deuxième partie

Dans la seconde partie de la thèse, je me suis attaché à saisir les modalités pratiques et les spécificités de la réponse sociale à la crise psychique proposées dans le cadre du LDR. Cette analyse des conditions concrètes dans lesquelles se rencontrent les acteurs trouve son origine dans le contexte moral et conceptuel, présenté dans la première partie. Afin de saisir au mieux l'effet des interactions sur l'expérience de la crise psychique, j'ai débuté par les structures hiérarchiques dans lesquelles elles s'intègrent. La remise en cause des rapports autoritaires portée par les principes du rétablissement conduit dans un premier temps à confondre les espaces symboliques de participation et de prise de décision, phénomène renforcé par la complexité inhérente à la crise psychique. De plus, la prise de pouvoir réapparaît dans les interstices de l'organisation horizontale au détriment du réel partage des responsabilités. En pratique, les ISMC déploient des pratiques d'intervention non stabilisées dans un cadre organisationnel en constant questionnement. Ceci engendre une individualisation des approches en fonction des sensibilités personnelles de chaque intervenant. L'approche OD (Seikkula *et al.*, 2003) postule une mise en commun des pensées et des affects qui sont particulièrement présents dans l'environnement de la crise psychique. La gestion des émotions, des expériences, au sein du dispositif spécifique LDR agit sur les identités des professionnels, ainsi que sur leur vie privée.

Les effets de ces interactions spécifiques sont à la fois la résultante de normes morales et le moteur d'une dynamique collective autour des situations de crise. Face à cette incertitude, le savoir se construit essentiellement par l'expérience et les MSP sont la personnification de ce processus. Leur professionnalisation se confronte aux obstacles relatifs à la formalisation du savoir expérientiel, ainsi qu'aux enjeux politiques et moraux de la discipline psychiatrique. L'analyse montre des parcours individualisés qui s'opposent à une homogénéisation des pratiques, tout en valorisant l'expérience du rétablissement. La présence des MSP produit des effets bénéfiques sur les personnes accueillies, mais transforme les rapports de pouvoir au sein du groupe équipe. Ces formes d'accompagnement créent de nouvelles relations de soins moins inégalitaires, plus propices à la sociabilité et à l'*empowerment*. La verbalisation des troubles au sein de cet espace social spécifique engendre une réflexivité que les personnes accueillies au LDR peuvent mettre à profit pour leur rétablissement futur. Les savoirs expérientiels ainsi acquis sont potentiellement mobilisables après la sortie du dispositif dans un processus de reconstruction de l'identité sociale. C'est à l'échelle macrosociale qu'il est possible d'envisager un changement en profondeur des représentations sur la santé mentale et donc sur la réception sociale de la crise.

Conclusion générale

Circonscrire l'objet de recherche

Perspectives initiales

Les enjeux du champ de la santé mentale sont d'ordre social, politique, économique, organisationnel, moral, et épistémologique. La multiplicité des imbrications entre la psychiatrie et la sphère publique invite les chercheurs en sciences sociales à poursuivre leurs réflexions sur les pratiques de cette discipline médicale. Étant donné les liens existants entre la société et le traitement qu'elle accorde aux personnes souffrant de troubles psychiques (Foucault, 1972), s'intéresser à la santé mentale revient à porter une attention aux *économies morales* qu'elle révèle (Fassin, 2009).

Si l'enfermement a longtemps constitué la réponse idoine pour protéger à la fois les individus et la société, ce rapport sociopolitique à la santé mentale évolue. Le traitement social de la crise psychique a fait l'objet d'une dépréciation morale suite aux témoignages de personnes qui ont expérimenté des pratiques dégradantes lors de leurs hospitalisations (Goffman, 1968), « la pratique de l'internement désigne [...] un autre rapport de l'homme à ce qu'il peut y avoir d'inhumain dans son existence » (Foucault, 1972, p.67). Les mouvements sociaux des années 1960-1970 ont favorisé l'apparition de nouvelles approches théoriques qui ont profondément remis en cause la vision biomédicale pessimiste de la psychose (Bleuler, 1974 ; Chamberlin, 1998 ; Ciompi & Müller, 1977 ; Davidson, 2003).

L'approche par le rétablissement (*recovery*) (Anthony, 1993 ; Deegan, 1987 ; Shepherd *et al.*, 2007), issu de ces revendications citoyennes, participe à l'évolution du système de soin en santé mentale, dont l'hôpital psychiatrique public, qui traverse une crise structurelle, est le symbole. La participation de plus en plus concrète des usagers de la psychiatrie dans les débats les concernant a ainsi enrichi les perspectives dialectiques sur la réception sociale des troubles psychiques. En France, dans une perspective de respect des droits fondamentaux (Kleinman, 2009), ces avancées ont notamment permis d'intégrer le contrôle juridique à la privation de liberté que représentent les mesures d'isolement, et de contention, dans le cadre des soins sans consentement.

Les conceptions plurielles des troubles psychiques demeurent toutefois complexes à circonscrire. Parmi les nombreux angles d'analyse possibles de la question psychiatrique, la gestion des situations de crise est emblématique des tensions entre approches philosophiques de la relation thérapeutique, et contraintes matérielles des situations. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation en urgence pour résoudre les situations de crise psychique répond à la fois aux

demandes des usagers, et aux changements organisationnels de l'institution hospitalière. En effet, la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, tout comme l'augmentation de la file active, n'ont pas été compensées par le développement de dispositifs *ad hoc* pour accueillir la crise psychique (Coldefy, 2012 ; Gandré *et al.*, 2016 ; Lloyd-Evans & Johnson, 2019). Le LDR est un dispositif innovant qui entend répondre à cette insuffisance, mais dont l'implantation rencontre plusieurs difficultés.

Cheminement méthodologique

Afin d'analyser le traitement social alternatif de la crise psychique proposé au LDR, j'ai bénéficié d'un statut de chercheur-acteur sous convention CIFRE. Cette posture complexe, mais privilégiée m'a amenée à agir concrètement sur la construction du modèle interventionnel, par l'animation de la RAP puis par la coordination générale, en menant simultanément le travail de thèse. La réflexivité induite par la spécificité de ma place au LDR a participé à l'élaboration de mes hypothèses au cours de la recherche (Glaser & Strauss, 1967a), et mon implication dans le projet m'a obligé à questionner ma posture de chercheur subjectivement engagé dans les relations que j'entendais étudier selon une approche interactionniste (Strauss, 1992 ; Watzlawick *et al.*, 1972).

Mon parcours de doctorat a été constitué essentiellement de temps passé *in situ*, en position de participation observante. La recherche s'est construite en corrélation avec la RAP du LDR qui comprenait une forte dimension de coordination. Il s'agissait autant d'animer un processus de recherche que d'accompagner la formalisation du modèle interventionnel. Mes fonctions ont été chronophages, mais elles m'ont aussi permis d'accéder à des matériaux anthropologiques riches. Cet engagement pragmatique a été à double tranchant : d'un côté je n'ai pas eu besoin de négocier ma place en tant que membre du collectif (Derbez, 2010), de l'autre j'ai été pris temporellement et moralement par mon implication dans le LDR. Pour me distancier de mon objet de recherche, j'ai tenu un carnet « intime », en plus de mes notes de terrain, dans lequel je consignais mes états d'âme. J'ai également mené une réflexion au long cours sur la notion d'implication-distanciation du chercheur avec son terrain, ou pour le dire autrement, d'un *strong programme* (Bloor, 1983), sans pour autant esquiver l'impact de mon individualité dans le processus de recherche (Haraway, 1988). Ces réflexions font écho aux enjeux épistémologiques que j'ai analysés, entre savoirs académiques, professionnels, et expérientiels (Lochard, 2007).

Questions de départ

L'enjeu de mon travail était de comprendre par quels mécanismes le contexte social agit sur la santé mentale, et plus particulièrement sur l'expérience de la crise psychique. Je me suis intéressé à la

façon dont les individus, intégrés dans un dispositif faisant lui-même partie d'un environnement plus large, agissent face aux situations de crise psychique. Pour répondre à ces questionnements, j'ai opéré une comparaison de la réception sociale de la crise psychique entre modèles de soin médical et expérientiel. La question impliquait de circonscrire la nature du LDR en tant qu'alternative, et pour pouvoir explorer les interactions entre les acteurs, il me fallait observer la mise en actes des orientations théoriques du projet. Cette observation révèle, par le décalage entre théorie et pratique, les normes morales dans lesquels évoluent les acteurs, ainsi que les rapports de pouvoir dans les interactions soignants-soignés (Mead *et al.*, 2001 ; Mead & Copeland, 2000).

Par la création d'une communauté, les intervenants favorisent des dynamiques individuelles et collectives favorables à l'*empowerment* et au rétablissement des personnes accueillies au LDR. Ce constat est en accord avec les résultats de la revue de littérature qui révèle que les dispositifs de type *Soteria* reposent avant tout sur une ambiance, et sur la qualité des interactions humaines (Calton *et al.*, 2008 ; Lloyd-Evans *et al.*, 2009 ; Skalli & Nicole, 2011). Le groupe, considéré dans un contexte matériel et moral spécifique, engendre des échanges entre les participants qui produisent des bénéfices sur la santé des acteurs. La participation constitue toutefois l'une des limites du dispositif, dont la RAP est un exemple. Bien que le dispositif de recherche soit bénéfique à plus d'un titre (amélioration qualitative des données recueillies, *empowerment* individuel et collectif des participants, renforcement des pratiques interventionnelles, etc.), la RAP ne résout pas totalement les inégalités systémiques et épistémologiques pour les usagers qui y participent (Faulkner & Thompson, 2023).

Les pratiques orientées vers le rétablissement s'accompagnent de la valorisation des savoirs expérientiels, et de leur professionnalisation par l'intermédiaire des MSP. Les spécificités du travail pair permettent de questionner les limites entre la sphère personnelle et professionnelle, et le travail de gestion des émotions (Hochschild, 2003). Pour saisir les transformations qui s'opèrent suite à l'introduction de cette profession émergente (Demailly, 2014), un regard sociologique a complété l'approche anthropologique. Les dimensions relationnelle, organisationnelle, et politique du travail pair ont été abordées. Pour préciser les rôles et fonctions des MSP j'ai défini les pratiques spécifiques, et les savoirs et compétences issus de l'expérience mis en œuvre. Ce travail m'a permis d'identifier les décalages entre les représentations et les pratiques perçues (Chamberlin, 1997 ; Mead & MacNeil, 2006). La présence des MSP a aussi été interrogée sous le prisme des rapports de savoir et de pouvoir, au sein de l'équipe d'intervention, ainsi que dans la modification des statuts et des identités (personnelles et professionnelles) pour les autres ISMC. Dans cette période d'accroissement du nombre de MSP en France, leur présence dans le champ de la santé mentale apporte des changements en profondeur, par un *empowerment* du groupe des usagers qui ne peut aller sans tensions sociales.

Histoire, politiques et expériences de la psychiatrie

La psychiatrie, une discipline en tension

J'ai contextualisé le LDR dans une approche historique large de la psychiatrie occidentale, puis au regard d'échelles spatiales locales, nationales, et globales, afin de préciser les liens étroits entre la psychiatrie et le contexte dans lequel elle se déploie (Kleinman, 1977). La discipline médicale n'échappe pas aux règles de l'*économie morale* qui « oriente les jugements et les actes, distingue ce qui se fait et ce qui ne se fait pas » (Fassin, 2009, p.1243), c'est-à-dire qu'il existe des ruptures dans la façon dont les personnes souffrant de troubles psychiques sont traitées dans une société donnée, et que les économies morales tendent à transformer les savoirs propices en normes sociales (Lézé, 2013b). La discipline psychiatrique est traversée depuis ses débuts, par des oppositions épistémologiques qui déterminent ses approches thérapeutiques, « en tant que technique pratique, la psychiatrie objectifie le patient ; en tant que pratique morale, elle reconstitue le patient comme sujet » (Barrett, 1999, p.28).

L'opposition peut être analysée comme une tension entre une approche biomédicale, avec une vision centrée sur les traitements médicamenteux, et une approche interactionniste, caractérisée par l'approche de la psychothérapie institutionnelle (Ciompi & Hoffmann, 2004 ; Lecomte & Maqueda, 2013). Aujourd'hui, toutefois, ces oppositions sont nuancées par l'hétérogénéité des pratiques de soins (Demailly, 2021b), et dans cette opposition le modèle LDR constitue une forme de transformation de la psychothérapie institutionnelle, car il ne mobilise pas le cadre psychanalytique pour expliquer les comportements. Le LDR et la psychothérapie institutionnelle partagent un intérêt pour les dynamiques de groupe, et l'attention thérapeutique portée à la forme des échanges sociaux en tant que vecteur de l'agentivité des individus. Mais là où la psychothérapie institutionnalise le rétablissement, le LDR lui redonne une place sociale réelle, et non simulée par un cadre institué par les soignants. Alors que d'un côté les soignants s'évertuent à analyser les transferts à l'œuvre dans les relations, de l'autre les individus partagent leurs analyses.

Au-delà de la divergence des réponses concrètes apportées aux usagers, les oppositions théoriques revêtent une dimension politique qui accompagne l'histoire de la discipline. Ce sont d'ailleurs les mouvements sociaux des années 1960-1970 qui ont mis en lumière la question de la hiérarchie sociale que subissent les personnes en situation de handicap (Albrecht *et al.*, 2001). La perspective expérientielle des usagers de la psychiatrie, qui se sont regroupés autour de témoignages, et d'expériences d'hospitalisations dégradantes, s'est intégrée aux revendications portées par les populations stigmatisées en raison de leurs origines ethniques, de leurs orientations sexuelles, etc.

(Noorani, 2013). Dans une société où les groupes défavorisés subissent des oppressions systémiques (Freire, 2021 ; Lorde, 2021), et afin d'échapper aux institutions totalitaires qui les mortifient (Goffman, 1968), les mouvements d'usagers ont été attirés par les approches communautaires (Hochmann, 1971) et les pratiques d'auto-support (Borkman, 1976).

Une expérimentation socialement située

Le LDR prend comme modèle *Soteria House* (Mosher *et al.*, 2004), un dispositif développé en Californie près de Palo Alto, qui s'inspire des pratiques de *Kingsley Hall*, fondé par David Cooper (1967) et Ronald D. Laing (1970), dans la banlieue londonienne (Chapman, 2021 ; Veit, 2018b). *Kingsley Hall* (1965-1970) et *Soteria House* (1971-1983) ne réussissent pas à s'implanter durablement malgré les études scientifiques qui les accompagnent (Mosher *et al.*, 1973, 1975). Toutefois, le modèle *Soteria* est reconnu internationalement et son implantation se poursuit après la fermeture du dispositif initial, notamment en Suisse, sous l'impulsion de Luc Ciompi (Ciompi 2013 ; Ciompi & Hoffmann, 2004), mais aussi dans d'autres pays.

Depuis les études menées par Mosher au milieu des années 1970, des recherches ont complété les données sur l'efficacité du modèle *Soteria* en comparaison de l'offre habituelle avec ou sans randomisation (Agar-Jacomb & Read, 2009 ; Bola, 2006a, 2006b ; Bola *et al.*, 2006 ; Bola & Mosher, 2002 ; Calton *et al.*, 2008 ; Fabel *et al.*, 2023 ; Fenton *et al.*, 1998, 2002 ; Grant & Westhues, 2012 ; Greenfield *et al.*, 2008 ; Johnson *et al.*, 2007, 2009 ; Leendertse *et al.*, 2023 ; Lichtenberg, 2011 ; Lindgren *et al.*, 2006, 2006 ; Lloyd-Evans *et al.*, 2009 ; Lloyd-Evans & Johnson, 2019 ; Mosher, 1999 ; Mosher *et al.*, 1995 ; Murphy *et al.*, 2012 ; Ostrow & Croft, 2015 ; Skalli & Nicole, 2011 ; Thomas, 2013 ; Wolf *et al.*, 2021). L'une des difficultés auxquelles sont confrontées les recherches comparatives est l'hétérogénéité des dispositifs interventionnels, chaque nouvelle tentative adaptant les principes de *Soteria* à son environnement. Les points communs entre toutes ces expérimentations sont : des capacités d'accueil restreintes (entre cinq et dix personnes), une déhiérarchisation des rapports entre professionnels et personnes accueillies, la liberté de circulation, des relations humaines chaleureuses par l'instauration d'une « ambiance » (affective, émotionnelle, relationnelle) qui permette de supporter l'expression de la crise psychique.

Afin d'accompagner l'implantation du LDR, d'appuyer la construction des modalités d'intervention, mais aussi de produire des changements politiques, l'expérimentation marseillaise a été accompagnée d'une RAP, menée entre début 2017 et fin 2021. Les principes de la RAP sont une diminution de la distance entre théorie et pratique, une participation concrète des acteurs concernés par la recherche, une visée de changement social. La RAP LDR a été menée par des salariés de l'association, avec la participation des ISMC, d'usagers de la psychiatrie, des personnes accueillies dans

le dispositif, des partenaires, etc. La participation a été favorisée par une ouverture aux savoirs issus de l'expérience, une dynamique de groupe positive et peu hiérarchisée, une indemnisation financière. Le bénéfice occasionné par la présence des usagers de la psychiatrie s'est situé à plusieurs niveaux : renforcement du processus réflexif par l'apport des savoirs expérientiels, amélioration de la qualité des données recueillies due à une plus grande proximité avec les personnes interviewées, garantie éthique apportée au processus de recherche, etc. La RAP a également permis la formation des acteurs (chercheurs académiques ou non) à la recherche participative, elle a créé un *empowerment* individuel chez certains participants, et elle a consolidé l'émergence du modèle interventionnel.

Enfin, la méthodologie de la RAP est cohérente avec les approches orientées rétablissement, car elle favorise la participation des personnes directement concernées (Pomey *et al.*, 2015), et participe à visibiliser la parole des usagers de la psychiatrie (Chinman *et al.*, 2017 ; Jouet *et al.*, 2019 ; Mooney *et al.*, 2023 ; Sartor, 2023). L'analyse de cette phase de construction du dispositif montre que le LDR respecte les indicateurs d'une innovation sociale (Rullac, 2021) : la gouvernance participative ; l'hybridation des savoirs ; un ancrage territorial ; une cohérence éthique et déontologique ; le changement social ; etc. Le LDR répond aux besoins identifiés pour des soins de crise dans la communauté respectueux des droits fondamentaux (Stastny *et al.*, 2020), et peut s'intégrer au paysage psychiatrique français en réduisant le recours aux soins non consentis dans les services psychiatriques adjacents (Fabel *et al.*, 2023 ; Labey & Noël, 2017). L'un des principes de la RAP est d'ailleurs d'acquérir une dimension politique en passant du niveau microsocial au macrosocial (Fals-Borda, 1987). Pour le dire autrement, « agir contre la stigmatisation des personnes vivant avec des troubles psychiques, ne se résume pas à un vœu pieux pour une société plus inclusive, c'est un enjeu de santé publique avéré » (Loubières *et al.*, 2018).

L'apprentissage par l'expérience

Toutefois, la participation n'est pas une garantie de prise de pouvoir effective (Arnstein, 1969), et les usagers de la psychiatrie restent globalement dévalorisés dans le champ du savoir (LeBlanc & Kinsella, 2016). Sur mon terrain de recherche, l'attention portée aux inégalités épistémiques (Godrie *et al.*, 2020) a engendré des tensions collectives et individuelles qui sont aussi la conséquence d'un réagencement des relations de pouvoir au sein du groupe (LDR, 2020). En effet, la participation des usagers ne doit pas se faire au détriment de leur réelle représentativité, et le rétablissement ne doit pas se transformer en une nouvelle injonction à répondre à des normes sociales. Pour Agathe Martin, « tant que le concept de rétablissement ne sera pas dégagé de son potentiel normatif et moralisateur, il ne sera réservé qu'à certains et il ne sera peut-être jamais réellement abouti » (Martin, 2022, p.24).

Les approches participatives et communautaires sont proches, mais elles ne se confondent pas, et les conflits au sein d'un projet complexe en révèlent leurs limites (Lézé, 2008a).

La qualité des interactions au sein du groupe, indicateur de la qualité des soins apportés selon l'approche *Soteria*, a alterné en corrélation avec les phases de construction du dispositif. Dans la lignée du programme *Un chez soi d'abord*, dont les prémices se situent à Marseille (Girard *et al.*, 2010) et dans lequel plusieurs acteurs du LDR étaient impliqués, les objectifs ont initialement été orientés vers l'accueil de personnes sans domicile. L'incertitude qui a entouré la création du LDR a généré un flou organisationnel, et les altercations collectives ont émaillé le processus d'implantation. L'approche spatiotemporelle positionne le dispositif dans une logique de longue durée, mais montre également les tensions entre temporalités de la gestion de crise, et de la construction du dispositif (Cf. p.112).

En pratique, les ISMC doivent réagir dans l'instant présent, sans référentiel stabilisé, et dans le même temps, un cadre de fonctionnement doit être formalisé, sans que la pérennité du LDR soit assurée. Les acteurs sont pris dans des conflits chronologiques, et les intervenants subissent les variations administratives du projet. Les espaces sont également le reflet des luttes symboliques, par exemple autour de l'accueil de personnes sans solution d'hébergement, ou de la place de la recherche dans le projet. Les contraintes spatiales et matérielles déterminent les pratiques d'accompagnement, tout comme les approches thérapeutiques déterminent l'usage des espaces. Ces résultats sont cohérents avec les travaux de Barrett (1999) pour qui l'ensemble spatio-temporel définit la structure thérapeutique de l'hôpital au sein duquel il a mené sa recherche.

Les tensions sont donc subsumées à la participation des usagers de la psychiatrie, même si ces derniers n'en sont que les catalyseurs en ce qu'ils viennent révéler des rapports de pouvoir dans le champ social plus large. Bien que l'approche par le rétablissement soit une composante de base du projet et que les MSP occupent une fonction d'ISMC commune à toute l'équipe d'intervention, cela n'a pas empêché les oppositions entre groupes affinitaires ou identitaires. Une distinction s'est opérée de manière répétée entre professionnels issus de la filière médico-sociale, et ceux qui mettaient en avant des savoirs expérientiels. Pourtant, le soutien par les pairs demeure l'un des sujets de satisfaction des usagers quant à leur accompagnement au LDR. L'identification, la réciprocité, et les connaissances des processus de rétablissement (comme le fait de donner du sens à l'entente de voix) sont des éléments cités par les personnes accueillies comme ayant favorisé leur rétablissement.

La rencontre avec un MSP peut créer un déclic, point de départ du rétablissement à partir duquel la personne modifie sa perception des troubles, et peut commencer à les mettre à distance. Les travailleurs pairs ont également impulsé une dynamique de réflexion, et engagé des changements institutionnels par leur positionnement alternatif au savoir traditionnel des professions de santé. Les oppositions perçues au sein de l'équipe d'intervention procèdent plus d'une remise en cause des

savoirs. Les MSP ont ainsi eu le sentiment que leurs compétences spécifiques n'étaient pas reconnues, alors que les professionnels classiques ont vu les MSP interroger leurs savoirs acquis. On assiste donc bien à une lutte de pouvoir autour de la notion de savoir expérientiel (Jouet *et al.*, 2019), qui doit nous interpeller sur le regard social que nous portons sur les troubles psychiques.

Conscience sociale et altérité

Le LDR s'est construit sur des principes de déstigmatisation qui amènent les acteurs à se placer en opposition à la *labeling theory* (H. S. Becker, 1985 ; Goffman, 1975). On assiste ainsi à l'instauration d'une nouvelle *norme morale* qui réfute la norme du stigmaté. L'expérimentation fait le choix de ne pas dévaloriser les particularités psychiques, mais on retrouve les marques du stigmaté, entendu au sens de ce qu'il modifie la relation (Goffman, 1975), dans le fonctionnement pratique du projet, où les acteurs se sont régulièrement agencés en groupes opposés (bénévoles/salariés, ISMC/personnes accueillies, etc.). L'approche interactionniste m'a permis de saisir les conceptions morales collectives, enracinées dans des représentations sociales de la crise psychique, et les conflits de valeurs qui émergeaient dans les interactions. Car nos idéaux profonds se visibilisent dans les actes de la vie quotidienne, tout comme le langage est une forme de symbolisation, médiée par le groupe, qui façonne les concepts sémantiques (Kerbrat-Orecchioni, 1998). J'ai mis en lumière, par une analyse lexicale des termes du LDR, les valeurs morales mobilisées (Durkheim, 1934), mais aussi la façon dont elles se matérialisent dans les pratiques d'accompagnement.

En situation, les acteurs se positionnent en fonction d'une *conscience collective* (Durkheim, 2007), et de leur rapport à la norme morale définie socialement ou « communautairement ». C'est ainsi, à partir de ces antécédents collectifs psychiques que les individus partagent au sein du groupe, qu'ils orientent leurs actions, ou encore qu'ils définissent le type de relation à l'autre. Les représentations inscrites dans la conscience individuelle proviennent en partie d'un espace psychique social, car « même en l'absence d'un sanctuaire qui les présenterait toutes, les grandes valeurs d'identité d'une société peuvent fort bien projeter leur ombre, ténue peut-être, sur toutes les rencontres qui se font à tout moment dans la vie quotidienne » (Goffman, 1975, p.151). Les luttes conceptuelles qui se développent au LDR, bien qu'elles soient portées par des individus ayant leur propre autonomie morale, sont emblématiques des rapports qu'entretient notre société vis-à-vis de la santé mentale.

L'observation des acteurs en situation dessine différentes formes de réception sociale de la crise psychique, qui contrastent particulièrement lorsqu'on compare le LDR à une institution hospitalière. En accompagnant les soignants dans leurs pratiques professionnelles, et en recueillant la parole des usagers de la psychiatrie, j'ai pu préciser les effets des modèles de soin sur l'expérience de

la crise psychique. L'isolement, vestige de l'aliénisme, demeure l'une des composantes majeures de ces expériences institutionnelles. Au contraire, les personnes ayant fait l'expérience du dispositif alternatif montrent une diminution de la stigmatisation, une moindre perte sociale, et une amélioration de l'agentivité.

Le modèle communautaire ouvert et tolérant propose une réception sociale de la crise psychique dont les bénéfices sont visibles dans le parcours des personnes (Grard, 2011 ; Velpry, 2008). L'avantage principal en est la continuité offerte par la période de « répit » qui s'oppose aux risques de rupture inhérents à la situation de crise. En proposant un espace d'« hospitalité » à la crise, que l'hôpital public n'est plus en mesure de fournir, le LDR maintient les relations sociales tout en leur donnant un nouveau sens dans lequel l'agentivité peut s'exprimer. D'un côté les personnes soulignent la qualité des liens interpersonnels, la disponibilité des intervenants, l'absence de contrainte médicamenteuse, et le soutien entre les pairs comme des leviers de rétablissement. De l'autre ce sont la méfiance, l'éloignement parfois traumatique avec l'entourage et les contraintes organisationnelles, médicales, voire carcérales (Goffman, 1968) qui prédominent dans le discours des patients.

J'ai repéré des trajectoires préalables à l'accueil relativement similaires entre le LDR et les services de psychiatries. L'aspect organisationnel du dispositif accueillant la crise psychique demande dans les deux cas une certaine constance. Les différentes expériences de la crise psychique ne sont pas non plus à mettre sur le compte d'orientations morales individuelles, car les soignants hospitaliers peuvent être considérés positivement par les patients. Elles sont plutôt à chercher du côté de l'organisation hiérarchique des rapports humains, c'est-à-dire de la domination assumée de la part de professionnels de santé bénéficiant d'un fort pouvoir social symbolique vis-à-vis d'une population stigmatisée. Même si le modèle LDR rencontre des limites pour certaines problématiques individuelles, il permet de *choisir* l'hospitalisation, car l'existence d'une alternative implique la possibilité d'un choix, dont on ne perçoit pas l'ouverture dans l'offre thérapeutique actuelle. Les dispositifs de type LDR, pourraient donc constituer des modèles dans une perspective d'évolution de la réception de la crise psychique et de développement d'alternatives à l'hospitalisation qui font pour le moment défaut (Gabet *et al.*, 2020 ; Gandré *et al.*, 2016 ; Hazan, 2019 ; Johnson *et al.*, 2022).

L'une des différences fondamentales entre les deux modalités d'accueil de la crise, réside dans la possibilité pour les usagers de prendre une part active à l'organisation des soins. Au LDR, le rétablissement et l'*empowerment* ressenti par les personnes sont essentiellement dus à leur participation concrète à travers les réunions, la RAP, les rencontres OD, etc. Leur présence en tant que membre d'un groupe permet une prise de parole, à même d'inscrire les acteurs dans un champ social donné, réceptif à leurs difficultés, et non clivant comme en psychiatrie hospitalière. On passe d'une relation thérapeutique basée sur une opposition entre médecine et maladie, à une relation entre

personnes rétablies, et personnes non rétablies, ce qui modifie profondément les représentations et les perspectives des usagers. Ainsi les acteurs peuvent se constituer en tant qu'individus à part entière, et développer, à travers des interactions sociales, des compétences sur le rétablissement. Cette construction identitaire s'établit en s'imprégnant des normes morales, que celles-ci soient centrées sur la perspective du rétablissement, ou sur la stigmatisation sociale (Goffman, 1975). La présence de travailleurs pairs représente une aspiration pouvant faire évoluer les pratiques de soin, « aussi, une réflexion doit-elle être menée pour permettre aux spécificités de la relation entre pairs d'être reconnues et cultivées au sein de nos établissements et services » (Gardien, 2021, p.17).

Place des émotions dans l'accompagnement de la crise psychique

J'ai montré jusqu'ici que les valeurs morales véhiculées au sein de la conscience commune au groupe faisaient varier les types d'expérience de la crise psychique, mais les déclinaisons morales sont aussi fondées en partie par les orientations philosophiques individuelles (Durkheim, 2007). C'est pourquoi une meilleure compréhension de la psychose la rendrait moins inhabituelle, et donc moins dérangeante. C'est dans ce domaine particulier de connaissances authentiques que les savoirs expérientiels des usagers sont irremplaçables. Leur perception de différents états psychiques les rend détenteurs d'un savoir auquel il est impossible d'accéder en dehors de cette perspective. De plus, même avec une restitution exhaustive, l'expérience individuelle garde une forme d'intransmissibilité. C'est pourquoi la compréhension de l'expérience intime de la crise psychique nécessite d'intégrer les savoirs expérientiels, et la présence des MSP est l'une des réponses à apporter pour réformer le traitement social de la crise psychique.

L'autre versant d'évolution qui apparaît dans ma recherche est celui du partage des émotions. En effet, lors des situations de crise, les professionnels de la santé mentale, tout comme les usagers et les proches, ressentent des émotions importantes avec lesquelles ils doivent s'adapter (Hochschild, 2003). Ce sujet est apparu clairement au LDR, cadre dans lequel les interactions atteignaient parfois des sommets de sensibilité. Les ISMC témoignent largement de devoir « faire avec » leurs émotions d'une manière ou d'une autre : « *on me disait dans la formation d'éduc' que la différence entre les éduc' et les usagers c'est que les éduc' sont censés mettre [l'intime] de côté, alors que c'est pas vrai* » (Coor.LDR.4.2020). À contre-pied des approches parfois clivantes entre le moi professionnel et le moi personnel, l'approche OD bouscule les pratiques thérapeutiques habituelles en amenant les professionnels à exprimer leurs émotions au sein du réseau (c'est-à-dire la personne concernée et son entourage). Cette approche thérapeutique possède à mon sens beaucoup d'avantages :

- elle désacralise les émotions ressenties par les soignants en leur donnant une place dans le processus thérapeutique ;
- elle favorise l'engagement du réseau de la personne en crise dans la recherche de solutions ;
- elle déconstruit la posture de sachant des professionnels de santé et redonne ainsi un réel pouvoir aux personnes concernées ;
- elle inscrit la participation des usagers dans leur processus thérapeutique ;
- elle réduit la distance entre travailleurs pairs et non-pairs en normalisant le dévoilement de l'intime.

J'ai démontré que les troubles psychiques ne doivent être ni minimisés ni stigmatisés, et qu'ils peuvent être analysés en tant qu'expérience sociale. L'approche OD, en agissant au niveau du groupe restreint, participe à la socialisation des troubles, et en produit des perceptions nouvelles qui prennent en considération la voix de chaque participant. Il n'y est pas question d'un pouvoir sachant qui agirait sur un individu défaillant, mais d'une collectivisation des émotions, et d'une multiplication des points de vue. Si l'on considère les troubles psychiques sous l'angle de l'expérience sociale, et que l'on souhaite donner à chacun la place qui lui revient dans le processus thérapeutique, nous nous devons de questionner les rapports de savoir, et de pouvoir, réels ou symboliques, entre les agents. Car, si un environnement ouvert et tolérant favorise le rétablissement, un environnement mortifère et stigmatisant le handicapé.

De l'importance des organisations thérapeutiques

Par une comparaison entre les parcours de personnes hospitalisées et accueillies au LDR, j'ai montré dans cette thèse que les expériences individuelles et sociales de la crise étaient remaniées dans une opposition entre modèle médicale de la santé mentale, et modèle expérientiel. Chacune de ces approches produit des expériences distinctes de la crise. La première engendre un isolement social, vestige de l'aliénisme duquel la psychiatrie hospitalière échoue à se défaire. Le vécu négatif engendre un rejet du soin hospitalier, et un désir de quitter l'hôpital pour réintégrer le réseau social qui représente une forme de normalité déniée par l'institution. À l'inverse, les personnes accueillies au LDR réintègrent une agentivité individuelle et sociale, tout en développant des connaissances expérientielles. Il ne s'agit pas de contester l'intérêt de l'hôpital psychiatrique, ni de généraliser ces conclusions qui émanent de situations singulières, mais de montrer l'intérêt d'élargir l'offre de soin innovante en santé mentale. Car, comme le souligne Erving Goffman dans *Stigmate* :

Un autre tournant dans l'existence – sinon à l'origine, du moins rétrospectivement – est cette période, qui correspond souvent à une hospitalisation, où l'individu s'est senti isolé, impuissant, mais qui devient par la suite dans son souvenir le moment où il a pu réfléchir à son problème, apprendre à se connaître, analyser sa situation et se former une nouvelle conception de ce qui est important et désirable dans la vie. (Goffman, 1975, p.55)

La crise psychique est vécue subjectivement par la personne directement concernée, mais elle agit également sur le réseau (proches aidants, professionnels de santé, famille, etc.). La coupure opérée avec le monde extérieur au sein de l'institution psychiatrique isole l'individu de son entourage (Goffman, 1968). L'éloignement avec un milieu néfaste à la santé de l'individu est parfois nécessaire, tout comme les espaces de transition quand la situation se dégrade (Corin, 2002), mais l'implication du réseau dans le processus thérapeutique bénéficie à l'ensemble des acteurs (Andersen, 1992 ; Seikkula, 2008 ; Watzlawick *et al.*, 1981). En engageant les proches dans la compréhension des troubles, et en leur présentant des soignants qui incarnent le savoir expérientiel de la crise psychique, le dispositif innovant normalise l'expérience de la crise aux yeux du réseau, et lui donne un sens. À l'inverse, une vision biomédicale de la psychiatrie tend à conforter l'existence d'un *stigmaté*, participant ainsi à cliver le social, comme le médical, en catégories opposées sur le plan relationnel (Goffman, 1975).

La place laissée à l'entourage, l'attention portée aux relations entre les soignants et les usagers, la prise de conscience des situations de domination, et d'oppressions des populations sont des pistes de réflexion pour modifier la réception sociale de la crise psychique :

Je soutiens donc que les personnes stigmatisées se ressemblent suffisamment quant à leur situation dans l'existence pour justifier une analyse commune, fondée sur un prélèvement au point de recoupement de ces domaines traditionnels des études sociales que sont les relations raciales et ethniques, la désorganisation de la société, la criminologie, la pathologie sociale et la déviance. (Goffman, 1975, p.169)

De mon côté, je soutiens l'argument suivant : l'embauche de travailleurs pairs constitue une solution concrète et efficace pour amener une évolution des modalités de soin. Une prise en compte *réelle* de l'apport des travailleurs pairs (Choppin, 2023), avec toute sa complexité, et sa part d'inobjectabilité, participe à diminuer la stigmatisation, agit sur la conscience collective, et modifie les représentations de la schizophrénie.

La participation des usagers aux niveaux individuels, organisationnels, et structurels du système de soin en santé mentale est incontournable pour une compréhension globale des troubles

psychiques, et pour définir les moyens de les accompagner efficacement. Par la prise de parole qu'elle autorise (Loubières *et al.*, 2018), la participation individuelle et collective est un moyen de reconstruire une image de soi (Vanthuyne, 2008). Sur le terrain de recherche, cette participation s'est accompagnée d'enjeux et de tensions, mais elle a surtout contribué à l'agentivité des usagers (M. Koenig, 2017). A partir du moment où il se sent affilié à un groupe identifié l'individu s'inscrit en tant qu'acteur social, et peut se repérer dans les enjeux liés à la différence, et à l'identité. Autrement dit, « là où la médecine doit faire retraite, la société peut encore agir avec détermination » (Goffman, 1975, p.147). L'expérience sociale de la crise psychique n'est pas seulement une affaire chimique, ou individuelle, ni même circonscrite à l'hôpital psychiatrique, elle interroge les pans de notre imaginaire collectif.

Enjeux sociaux et limites de la recherche

La question de la stigmatisation est vaste et concerne l'ensemble de la société. Le chemin restant à parcourir pour déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques est une préoccupation identifiée, et constitue une contribution nettement positive à l'agir social. Si j'approuve cette démarche et que je reconnais son utilité pour améliorer l'accompagnement de la crise psychique, il ne m'appartient pas de formuler des recommandations en ce sens. Tout au plus puis-je acquiescer aux principes goffmaniens en rappelant que les catégories sont socialement construites, et que ce qui se joue au sein de l'interaction se rapporte à des *rôles*, et non à des personnes concrètes. Cela signifie que pour faire évoluer les pratiques d'accompagnement de la crise psychique, il est nécessaire de chercher du côté des *représentations*, plutôt que des comportements individuels.

Rappelons-le, la crise prend sens avant tout dans la notion de parcours, en ce qu'elle vient en bousculer le déroulement. L'approche médicale est l'une des réponses qu'il est possible d'y apporter, et elle a son importance. Mais des solutions doivent être développées pour éviter que l'expérience de la crise psychique ne se transforme en prise de conscience de l'exclusion sociale. Le LDR, malgré ses limites thérapeutiques, propose une innovation, c'est-à-dire l'opportunité « de modifier des relations sociales, de transformer un cadre d'action ou de proposer de nouvelles orientations culturelles » (Lévesque, 2006, p.3). Les accueils de crise alternatifs peuvent s'accompagner d'autres réponses sanitaires, comme les équipes mobiles : « finalement, les *hospi'* en psychiatrie peuvent être évitées par équipes mobiles et LDR » (Psychia.Pra.Hos.3.2019). Cela permettrait de répondre, au moins en partie, à la crise structurelle de l'hôpital psychiatrique public, et aux attentes morales des usagers et de leurs proches, car « quand on étudie concrètement les cas d'internement, il apparaît que d'autres dénouements eussent été possibles » (Goffman, 1968, p.188).

Toutefois, je suis conscient que la recherche, tout comme le dispositif thérapeutique LDR, comporte des limites. La première de ces limites est consécutive aux nombreuses tensions et

variations du projet auquel la recherche, et la RAP étaient intrinsèquement liées. Il n'était possible de mener une recherche « que » sur ce qu'il était en train de se produire. Si le dispositif était à l'arrêt, les observations portaient sur l'arrêt du dispositif, si les interactions étaient caractérisées par des altercations récurrentes, c'est ce fait qu'il m'était donné d'étudier. Je n'ai donc pas pu mener, comme je l'aurais souhaité, des investigations sur les processus psychiques individuels au long cours. L'épidémie de Covid-19, qui a débuté quelques mois après mon entrée en doctorat, a également largement perturbé le processus de la RAP notamment son versant participatif.

Comme je l'ai déjà signalé, j'ai été très engagé affectivement dans le projet ce qui a sans doute réduit la portée de mon regard critique. Mon engagement était également contractuel, puisque la thèse a été menée sous convention CIFRE, et malgré les avantages de ce statut, les tâches pratiques ont restreint ma disponibilité pour les fonctions scientifiques. L'expérience, humaine, professionnelle, autant qu'intellectuelle, n'en demeure pas moins riche et formatrice, et ce processus m'a permis de convertir mes appétences pour le domaine de la recherche en projet professionnel. La méthodologie de recherche-action, malgré ses aléas, m'a semblé particulièrement adaptée pour apporter des réponses concrètes aux problématiques sociales et sanitaires que rencontrent les groupes sociaux, notamment les personnes usagères de la psychiatrie.

Au niveau interventionnel, le LDR a présenté certaines limites que je souhaite rappeler, et qui ne sont pas dues uniquement aux difficultés structurelles ou à l'instabilité du modèle interventionnel. L'approche communautaire et non médicalisée nécessite un appui technique complémentaire, notamment de la part d'infirmiers, et des compétences médicales psychiatriques. Le dispositif s'est révélé bien moins efficace pour les personnes en situation de crise psychotique aiguë, comparativement à celles souffrant d'un trouble de l'humeur. Pour les premières, la question du traitement médicamenteux¹ a été centrale dans la réussite, ou l'échec de l'accompagnement. Enfin, les tensions collectives ont régulièrement pris le pas sur la qualité des interactions au sein du collectif, minimisant les avantages du dispositif.

Je suis en fin de séjour (sauf si je reviens ?) ce qui était bien : les discussions avec les intervenant.e.s, la liberté d'aller et venir, le fait de pouvoir avoir les clés de sa chambre, de sortir et de rentrer à toute heure, le rapport égalitaire, sans hiérarchie, avec les intervenant.e.s, les idées Open Dialogue, la liberté de manger ou pas, quand et si on veut. Et de parler pendant les astreintes. Ce qui a été compliqué pour moi c'est le manque

¹ Mon propos n'est pas d'affirmer que le traitement médicamenteux constituait la solution à la crise, ni qu'il était obligatoirement nécessaire, mais que quel que soit le processus en lien avec le traitement (arrêt, diminution, reprise, etc.), cette question a été déterminante dans l'accompagnement au LDR.

d'activités, le fait que j'ai un peu accroché avec des personnes accueillies, et le fait que ma problématique était peut-être trop puissante. (Questionnaire de satisfaction, 2021)

Cette réponse anonyme résume les intérêts et limites du dispositif : la durée de l'accueil, et les possibilités de réaccueil, l'importance des interactions, de la liberté, et de l'espace individuel, la question des rapports égalitaires, l'importance d'une présence 24h/24, mais aussi les tensions collectives, et les limites interventionnelles.

Perspectives

L'objet de ma recherche était d'observer un traitement social alternatif de la crise psychique à trois niveaux complémentaires. Premièrement la structure sociale globale dont la crise psychique constitue un élément en interaction avec d'autres ; deuxièmement, la crise en tant que réalité en devenir, produite par les actions humaines et les contradictions des systèmes ; troisièmement, la crise comme l'expression d'un sens qu'il conviendrait de découvrir, celui que les individus et les groupes donnent à leurs expériences. La recherche précise certains aspects de la pensée de Goffman décrites dans *Stigmaté* et *Asiles*, et renforce les idées de Velpry et Grard (issues des travaux goffmaniens) sur la notion de trajectoire des usagers mise en lien avec le contexte environnemental. L'approche ethnographique m'a permis de me situer au plus près des interactions au LDR, comme à l'intérieur de l'hôpital.

Le positionnement anthropologique *en situation* m'a amené à saisir les effets du contexte social large sur l'expérience vécue de la crise psychique. La portée des résultats est circonscrite localement, mais ils n'en ouvrent pas moins des pistes de réflexion plus générales. J'ai ainsi pu relier les trois dimensions de la crise psychique, et leurs effets sur l'expérience sociale : 1) au niveau microsocial, les usagers et leur réseau permettent de donner du sens à la crise psychique ; 2) au niveau méso-social, les interactions entre les usagers et leur environnement sont dépendantes des représentations collectives, et donc ; 3) au niveau macrosocial, la dévalorisation de groupes d'individus, dont chacun peut faire partie par infortune, entrave la santé mentale.

L'analyse d'un fait social « total », tel que la santé, à partir de l'ensemble de ses dimensions (économique, politique, sociale, médicale, etc.), implique selon moi l'apport de points de vue situés, issus de l'expérience, en plus des théories d'ordre général. L'apport des savoirs expérientiels renforce l'ancrage local du fait social, et en cela participe à porter le regard anthropologique au niveau de sa mise en actes. L'approche pragmatique et située permet d'agir concrètement sur des réponses sociales aux besoins identifiés. Mon objectif est de pouvoir continuer à développer ces idées au sein de projet mêlant perspectives systémiques, singularité des parcours et réponses interventionnelles concrètes.

La relation entre anthropologie et psychiatrie répond à ces attentes car elle éclaire les expériences individuelles, tout en soulignant ses déterminants sociaux. J'espère avoir ainsi contribué à rétablir la *dimension thérapeutique des interactions collectives*, et apporté des pistes de réflexion aux problématiques individuelles et sociales de santé mentale.

Annexes

Notification aux patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement

AP HM

Association Hospitalière
Marseille - Marseille

NOTIFICATION AUX PATIENTS ADMIS EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS LEUR CONSENTEMENT

Article L.3211-3 du Code de la Santé Publique issue de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Monsieur, Madame, Mademoiselle,

Je vous informe que par décision en date du : émanant du représentant de l'Etat
..... émanant du directeur de l'établissement suite à la demande d'un tiers
 émanant du directeur d'établissement dans le cadre d'un péril imminent

Vous avez été : en hospitalisation complète
 admis en hospitalisation à temps partiel
 maintenu en soins ambulatoires

Dans le cadre de la réglementation concernant les soins sans consentement, je tiens à vous informer que vous bénéficiez des voies et délais de recours suivants :

- En application de l'article L.3211-12 du Code de la Santé Publique, le Juge des Libertés ou de la Détention peut-être saisi à tout moment de la légalité de la mesure de soins psychiatrique prise à votre rencontre :
Greffe du Juge des Libertés et de la Détention Service HSC - TGI Marseille 6 rue Joseph Autran 13281 Marseille Cedex 06 ;
- Vous pouvez également déposer votre requête auprès du secrétariat de l'établissement d'accueil ou informer le Directeur ou son représentant de votre souhait de saisir le Juge des Libertés et de la Détention. Vous avez la possibilité, si vous le souhaitez, vous faire assister d'un avocat de votre choix, ou d'un avocat commis d'office (Bureau d'aide juridique TGI de Marseille).

Je vous précise qu'en application de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, si votre hospitalisation devait être prolongée au-delà de **12 jours**, vous serez convoqué devant le Juge des Libertés et de la Détention qui procédera à un contrôle systématique de la légalité de la poursuite de l'hospitalisation. Vous pourrez à cette occasion être assisté d'un avocat de votre choix ou commis d'office.



Par ailleurs, lors de chaque décision modifiant ou renouvelant votre prise en charge, vous avez la possibilité de :

1° Porter réclamation vous-même ou par l'intermédiaire de votre conseil auprès :

- de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques des Bouches-du-Rhône, (*Secrétariat CDSP, 132 Boulevard de Paris 13003 Marseille*),
- du Préfet ou de son représentant (*132, Boulevard de Paris, 13003 Marseille*),
- du Président du Tribunal de Grande Instance ou de son délégué (*6, rue Joseph Autran – 13281 – MARSEILLE Cedex 6*),
- du Procureur de la République du siège de l'établissement ou de son représentant (*6, rue Joseph Autran – 13281 – MARSEILLE Cedex 6*),
- du Maire de Marseille (*quai du port 13002 MARSEILLE*)
- et, si vous êtes hospitalisé, de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (*CRUQPC – 80 rue Brochier 13005 Marseille*).

Ceux-ci peuvent procéder à toute vérification concernant les conditions de votre prise en charge.

2° Prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de votre choix ;

3° Porter à la connaissance du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence, (*Monsieur le Contrôleur Général des lieux de privation de liberté, BP 10301, 75921 Paris cedex 19*) ;

4° Emettre ou recevoir des courriers ;

5° Consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

6° Exercer votre droit de vote ;

7° Vous livrer aux activités religieuses ou philosophiques de votre choix.

Je soussigné(e) Monsieur, Madame, Mademoiselle reconnais avoir été informé(e) des conditions de mon admission en soins.

Le

Signature

En cas de majeur protégé, Monsieur, Madame, Mademoiselle, tuteur, reconnais avoir été informé(e)

Le

Signature

Présentation des préconisations du groupe RAP

Intitulé de la préconisation	Date de formulation
Assurer une disponibilité 24H/24	Mars 2019
Centrer le soutien et l'accompagnement sur les besoins, envies et rêves de la personne	Mars 2019
Clarifier l'occupation de l'espace du Lieu de répit	Mars 2019
Co-construire des points de repère adaptés aux besoins des personnes impliquées, aux objectifs du projet et au contexte évolutif	Mars 2019
Confronter la réflexion des personnes accompagnées à la réflexion des personnes accompagnantes - espaces de critique constructive	Mars 2019
Créer des outils d'auto-évaluation pour les personnes soutenues et soutenant d'évaluer en continu du soutien et de l'accompagnement	Mars 2019
Défendre les choix de la personne, à plusieurs au sein du LDR et avec les partenaires	Mars 2019
Etudier les effets de la participation/implication des personnes impliquées dans le projet, sur l'empowerment	Mars 2019
Favoriser la participation et l'implication des acteurs concernés dans la RAP	Mars 2019
Organiser une prise de décision en cas d'urgence à agir pour défendre les choix de la personne	Mars 2019
Permettre aux acteurs impliqués dans le projet d'avoir une culture commune, de s'approprier des valeurs, méthodes, principes d'action et modèles pour avoir des pratiques collectives et un savoir-faire réflexif.	Mars 2019
Permettre aux personnes soutenues de trouver des solutions de logement et d'hébergement post LDR	Mars 2019
Prendre soin du cadre de vie	Mars 2019
Renforcer la dimension participative de la recherche interventionnelle à compter de septembre 2019	Mars 2019
Renforcer les capacités des acteurs à co-agir et co-rechercher en étant force de proposition et permettre à l'équipe d'intervention de s'appuyer sur la RAP	Mars 2019
Renforcer l'implication des personnes porteuses de savoirs expérimentiels au sein du projet	Mars 2019
Repenser les modalités d'"entrée" et de "sortie" du LdR	Mars 2019
S'appuyer sur des expériences inspirantes pour faire évoluer les pratiques	Mars 2019
S'approcher d'une gouvernance sociocratique du projet	Mars 2019
Améliorer l'offre de soins	Mars 2020
Continuer à structurer le modèle d'intervention	Mars 2020
Encourager la participation des personnes accueillies	Mars 2020
Organiser une gouvernance horizontale et performante	Mars 2020
Renforcer la visibilité du Lieu de Répit	Mars 2020

Formulaire de consentement à participer à la recherche

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE DE ISMAEL BECHLA

Vous êtes invit(é)e à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et il vous sera remis une copie signée et datée.

1- Objectifs du projet

Le recours à un « Lieu de répit » pour des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères et en situation de crise, constitue une offre alternative à l'hospitalisation. Je mène une recherche sur ce dispositif. Une partie de la recherche compare le fonctionnement du Lieu de Répit et celui de l'hôpital.

2- Méthode

Dans le cadre de cette recherche, je souhaite documenter certains aspects des parcours de vie des personnes, et des professionnels de santé. En acceptant de participer à cette recherche, vous acceptez d'accorder un entretien d'une durée de 1 heure environ.

3- Anonymat

Les informations que vous partagez seront strictement confidentielles. Vos nom et prénom, ainsi que ceux des personnes évoquées lors de l'entretien, seront modifiés et remplacés par des prénoms fictifs. Votre âge ou votre sexe seront aussi modifiés afin que vous ne soyez pas reconnus.

4- Recueil du consentement

Je, soussigné....., affirme avoir pris connaissance des objectifs et des méthodes de la recherche et accepte d'y participer. Pour toute question, je peux joindre Ismaël Bechla au 06 95 72 22 61 ou par mail bechla@gmail.com

- J'ai le droit de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à justifier mon refus ;
- J'ai le droit de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à me justifier ;
- Je peux décider de stopper ma participation à la recherche, à tout moment ;
- J'ai le droit de changer d'avis et demander la destruction de mes données.

Fait à....., le..... en 2 exemplaires

Signature du participant :

Signature des personnes ayant fait passer l'entretien :

Convention industrielle de formation par la recherche

CONVENTION INDUSTRIELLE DE FORMATION PAR LA RECHERCHE CIFRE N° 2019/0188

Entre,

d'une part,

ASSOCIATION NATIONALE DE LA RECHERCHE ET DE LA TECHNOLOGIE,

siège social : 33, rue Rennequin - 75017 Paris,
statut juridique : Association loi 1901,
représentée par : Madame Clarisse ANGELIER, Déléguée générale,
agissant pour le compte du Ministère chargé de la Recherche,

ci-après désignée **ANRT**,

et,

d'autre part,

JUST
85, rue Jean de Bernardy
13001 Marseille

statut juridique : ASSOCIATION loi 1901

représenté par (indiquer les nom et fonction du fondé de pouvoir signataire de la convention) :

Nom : GRARD

Prénom : Julien

Fonction : Président

e-mail : jul.grard@gmail.com

ci-après désignée **EMPLOYEUR**.

*

Vu la convention cadre quadriennale 2017 – 2020 par laquelle l'Etat, représenté par le Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, a confié à l'**ANRT** la mise en œuvre des CIFRE,

Vu les conditions générales d'octroi à la date d'acceptation de la CIFRE,

Vu l'avis du Comité d'évaluation et de suivi du 29 avril 2019 relatif à la demande de CIFRE déposée par l'**EMPLOYEUR**,

Vu les annexes à la convention,

il est conclu :

LES CONDITIONS PARTICULIERES D'OCTROI DE LA CIFRE

1. Date d'effet de la convention

La convention prend effet le **15 mai 2019**, ou à la date d'effet du contrat de travail si cette dernière lui est ultérieure.

Sa durée est de 36 mois maximum sauf conditions particulières (Cf Article 9)

2. Obligation d'embauche

L'EMPLOYEUR engage :

Ismaël BECHLA

ci-après désigné « **salarié-doctorant** » qui possède le (ou les) diplôme(s) suivant(s) :

- diplôme principal : **Master Recherche**
- autre diplôme : **Master Professionnel**

3. Modalités d'embauche

- Statut du **salarié-doctorant** : Chargé de recherche
- Salaire annuel brut, qui ne peut être inférieur à 23 484 € : 36 240 €
- Contrat de travail à durée (*razer la mention inutile*) :
 - déterminée de 3 ans
 - ~~indéterminée~~

Le contrat de travail prend effet le : 16/06/2019

Ce contrat, établi pour un temps complet, mentionnera l'aide financière individuelle à la formation par la recherche reçue de l'Etat, par l'intermédiaire du ministère chargé de la recherche, en contrepartie du cofinancement de la formation doctorale par l'entreprise. Il stipulera que la mission confiée au salarié-doctorant porte essentiellement sur le projet de recherche faisant l'objet de la CIFRE.

Si la nationalité du salarié-doctorant appelle une autorisation de travail à temps plein en France, la présentation de celle-ci est indispensable au règlement de la subvention à l'EMPLOYEUR. La date d'effet de la convention ne pourra être antérieure à la date de cette autorisation.

4. Sujet de recherche

Le sujet de recherche validé par l'instruction est le suivant : **L'individu face à la gestion de la crise psychique.**

Ethnographie d'un programme de soins communautaire en santé mentale.

Ce travail est réalisé sous l'autorité de **Pauline RHENTER** qui en assure, pour l'EMPLOYEUR, le suivi constant sur les plans scientifique et technique, soit par lui-même, soit par délégation à l'un de ses collaborateurs.

5. Intervention du laboratoire de recherche académique

L'encadrement de la thèse du **salarié-doctorant** est placé sous la direction effective de **Samuel LEZE** au sein du laboratoire de recherche académique :

IRHIM
Ecole Normale Supérieure de Lyon
IRHIM
15 parvis René Descartes
BP 7000
69342 Lyon cedex 07

ci-après désigné **LABORATOIRE**.

Un contrat de collaboration de recherche est signé entre l'EMPLOYEUR et le LABORATOIRE.

Ce contrat de collaboration de recherche précise les rôles respectifs des partenaires. **Il stipule expressément le numéro de la CIFRE et couvre au moins la durée de validité de la CIFRE.**

L'**EMPLOYEUR** s'engage à prévenir l'**ANRT** de toute difficulté dans les négociations avec le **LABORATOIRE**.

En absence de contrat de collaboration à la date de la signature de la convention, l'**ANRT** s'engage à effectuer les versements des deux premières trimestrialités de la subvention. Au-delà, les versements seront suspendus, et au terme des 24 premiers mois de la convention, l'absence de présentation à l'**ANRT** du contrat de collaboration entraînera la perte du montant de la subvention encore dû.

Dans le cas où ce contrat de collaboration ne pourrait être signé, l'**ANRT** se réserve le droit d'arrêter la convention et de demander le reversement des subventions déjà versées.

6. Formation doctorale

L'**EMPLOYEUR** s'engage à vérifier que le **salarié-doctorant** a bien effectué son inscription auprès de l'école doctorale **ED 487** accréditée et ce pour chaque année universitaire que dure la CIFRE.

L'attestation d'inscription en doctorat du **salarié-doctorant** est à fournir à l'**ANRT** pour chaque année universitaire couverte par la CIFRE ; annexée à la convention, elle fait foi de cette inscription.

Le premier versement de la subvention est conditionné à la réception de l'attestation d'inscription annuelle en formation doctorale. L'absence de réception par l'**ANRT** des attestations d'inscription annuelles en formation doctorale, qui jalonnent la durée de la CIFRE, entraîne la suspension du versement de la subvention. La non réception par l'**ANRT** au 30 mai de l'année n+1 d'une ou des attestations attendues au titre de l'année n/n+1 et/ou antérieures entraîne la perte du montant de la subvention encore dû.

L'**EMPLOYEUR** adresse à l'**ANRT** un rapport d'activité selon le modèle fourni par l'**ANRT** aux termes des 12^{ème} et 24^{ème} mois. Ces rapports d'activité conditionnent le versement de la subvention à compter des dates anniversaires. La non réception par l'**ANRT** au 30 mai de l'année n+1 du rapport d'activité attendu au titre de l'année n entraîne la perte du montant de la subvention encore dû.

Le dernier versement de la subvention est conditionné à la complétude du questionnaire d'évaluation finale adressé par voie électronique parallèlement à l'**EMPLOYEUR**, au **LABORATOIRE** et au **salarié-doctorant**. Il revient à l'**EMPLOYEUR** de s'assurer que le directeur de thèse et le salarié-doctorant renseignent les parties qui leur reviennent. La non réception par l'**ANRT** de ce questionnaire d'évaluation finale dans les 6 mois qui suivent la date de fin de la CIFRE entraîne la perte du montant de la subvention encore dû.

7. Montant de la subvention

Le montant de la subvention annuelle accordée pendant toute la durée de la CIFRE est de 14 000 €. Il est indépendant du salaire versé au **salarié-doctorant**.

La subvention est versée à l'**EMPLOYEUR** trimestriellement, à terme échu, uniquement sur présentation d'une facture **non assujettie à la TVA**. A la date d'expiration de la CIFRE, et si toutes les annexes attendues ont été reçues par l'**ANRT**, le délai de prescription de la dette envers l'**EMPLOYEUR** est de cinq ans.

Cette subvention sera versée à l'**EMPLOYEUR** sur le compte spécifié sur le relevé d'identité bancaire ou postal annexé à la présente convention.

8. Non-exclusion à bénéficiaire d'une aide d'Etat

L'**EMPLOYEUR** atteste de sa non-exclusion à bénéficiaire d'une aide d'Etat sous le régime cadre exempté de notification N° SA.40391 relatif aux aides à la recherche, au développement et à l'innovation pour la période 2014-2020.

9. Autre condition particulière

Sont annexées à la convention les copies :

- o du contrat de travail ;
- o de l'accusé réception de la déclaration préalable d'embauche délivré par l'URSSAF ;
- o de autorisation provisoire de travail si la nationalité du **salarié-doctorant** le nécessite ;
- o de l'attestation d'inscription en formation doctorale ;
- o du contrat de collaboration de recherche ;
- o de la convention de cotutelle de thèse si nécessaire ;
- o relevé d'identité bancaire ou postal de l'**EMPLOYEUR**.

Fait à Paris, en deux exemplaires originaux, le **23 SEP. 2019**

Pour l'**EMPLOYEUR** :

Signature du fondé de pouvoir
et co-responsable
Association JUST
23 Boulevard National
13001 MARSEILLE
N° SIRET 800 017 884 00026
Contact : ca@just.earth

Pour l'**ANRT**


Pour le délégué général
et par délégation
Le chef de service
Pascal GIAT

Bibliographie

- Abbott, A. (2001). *Chaos of disciplines*. University of Chicago Press.
- Agar-Jacomb, K., & Read, J. (2009). Mental health crisis services : What do service users need when in crisis? *Journal of Mental Health, 18*(2), 99-110.
<https://doi.org/10.1080/09638230701879227>
- Aggarwal, N. K. (2023). The Evolving Culture Concept in Psychiatric Cultural Formulation : Implications for Anthropological Theory and Psychiatric Practice. *Culture Medicine and Psychiatry, 47*(2), 555-575. <https://doi.org/10.1007/s11013-023-09821-9>
- Alanen, Y. O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry : Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis, 1*(2), 156-166.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients : Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*(5), 363-372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>
- Albaladejo, C., & Casabianca, F. (1997). Éléments pour un débat autour des pratiques de recherche-action. *INRA, 25*.
- Albrecht, G. L., Ravaud, J.-F., & Stiker, H.-J. (2001). L'émergence des disability studies : État des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé, 19*(4), 43-73.
<https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1535>
- Alinsky, S. D. (1976). *Manuel de l'animateur social. Une action directe non violente*. (Seuil).
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2003). La recherche-action. In Y. Giordano, *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative* (p. 85-132). EMS.
- Allé, M. C., Danion, J.-M., & Berna, F. (2016). Quand la cohérence narrative fait défaut : Analyse de récits autobiographiques dans la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 174*(8), 695-698. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.08.001>
- Allott, P., Loganathan, L., & Fulford, K. W. M. (2009). Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health, 21*(2), 13-33.
- Allouch, A., Rabier, C., & Vidal-Naquet, C. (2020). De l'individu au politique. L'angoisse comme régime d'expérience. *Tracés, 38*, 7-28. <https://doi.org/10.4000/traces.11152>
- Amado, G., & Guittet, A. (2012). *Dynamique des communications dans les groupes*. Armand Colin.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5® : Critères diagnostiques* (M.-A. Crocq, J. D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull, & M.-C. Pull-Erpelding, Éd.). Elsevier Masson.
- Andersen, T. (1992). Reflections on Reflecting with Families. In *Therapy as Social Construction* (Vol. 10, p. 54). SAGE.
- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human Systems as Linguistic Systems : Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process, 27*(4), 371-393.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia : Towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586-594.
- Angilletta, T. M. (2014). An Exploration of the Benefits of Working as a Certified Peer Specialist (CPS) and Predictors of These Benefits. *PCOM Psychology Dissertations, 295*.
- Anonymous. (1989). How I've Managed Chronic Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin, 15*(4), 635-640. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.4.635>

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Antonioli, M. (2023). Transversalité de groupe: *Chimères*, N° 102(1), 143-156.
<https://doi.org/10.3917/chime.102.0143>
- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2007). *La dynamique des groupes restreints* (Nouvelle éd.). PUF.
- Ardoino, J. (1977). *Éducation et politique : Pour un projet d'éducation dans une perspective socialiste*. Gauthier-Villars.
- Ardoino, J. (1978). *Propos actuels sur l'éducation : Contribution à l'éducation des adultes* (6. ed. rev. et augm). Gauthier-Villars.
- Ardoino, J. (1988). La recherche-action : Alternative méthodologique ou épistémologique. *Recherches impliquées, recherches action: le cas de l'éducation*, 78-80.
- Armstrong, D. (1984). The patient's view. *Social science & medicine*, 18(9), 737-744.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Aron, J., Lion, E., & Aquila, R. (2018). Systeme de soins communautaires de Fountain House : Un modele pour l'autonomisation des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. *Information psychiatrique*, 94.
- Arrais, R. (2022, septembre 29). Is it ethical to be friends with research participants? *Impact of Social Sciences*. <https://blogs.lse.ac.uk/impactofsocialsciences/2022/09/29/is-it-ethical-to-be-friends-with-research-participants/>
- Autès, E. (2014). La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : Comment « faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale ? *Anthropologie et Santé*, 8. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1311>
- Autès, E. (2020). *Administrer la santé mentale : Rhétoriques et politiques de l'expérience* [Philosophie, épistémologie]. ENS de Lyon.
- Azzi, A. E., & Klein, O. (1998). *Psychologie sociale et relations intergroupes*. Dunod.
- Bachelard, G. (1993). *La formation de l'esprit scientifique : Contribution à une psychanalyse de la connaissance*. Vrin.
- Bachelard, G. (1934). *Le nouvel esprit scientifique*. Vrin.
- Badouin, J., Bechdorf, A., Bempohl, F., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2023). Preventing, reducing, and attenuating restraint : A prospective controlled trial of the implementation of peer support in acute psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1089484>
- Bakhtine, M. (1984). *Les genres du discours*. Gallimard.
- Bakhtine, M. (2017). *Esthétique de la création verbale*. Gallimard.
- Balcou-Debussche, M. (2012). La « littératie en santé » : Dispositifs et situations d'apprentissage. *Expressions*, 36, 55.
- Banovic, I., & Frerejouan, M. (2017). Comprendre les hallucinations auditives verbales : Apports et limites des questionnaires: *Le Journal des psychologues*, n° 351(9), 60-65.
<https://doi.org/10.3917/jdp.351.0060>
- Bardin, M. (1977). *L'analyse de contenu*. PUF.
- Barnes, C., & Mercer, G. (1997). Breaking the mould? An introduction to doing disability research. *Doing disability research*, 1, 1-14.
- Barrett, R. J. (1999). *La traite des fous : La construction sociale de la schizophrénie* (Nouv. éd.). Synthélabo.

- Bartunek, J. M., & Spreitzer, G. M. (2006). The Interdisciplinary Career of a Popular Construct Used in Management : Empowerment in the Late 20th Century. *Journal of Management Inquiry*, 15(3), 255-273. <https://doi.org/10.1177/1056492606291201>
- Basset, T., Campbell, P., & Anderson, J. (2006). Service User/Survivor Involvement in Mental Health Training and Education : Overcoming the Barriers. *Social Work Education*, 25(4), 393-402. <https://doi.org/10.1080/02615470600593675>
- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). Lived experience leading the way : Peer support in mental health. *London: Together UK*.
- Basu, H. (2014). Listening to disembodied voices : Anthropological and psychiatric challenges. *Anthropology & Medicine*, 21(3), 325-342. <https://doi.org/10.1080/13648470.2014.928095>
- Bateson, G. (1960). *The group dynamics of schizophrenia*.
- Bechla, I. (2017). *Une analyse de la communication dans un projet de soin communautaire en sante mentale. Le Lieu de Répit, Marseille* [Mémoire de recherche en sciences sociales]. Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Bechla, I., & Zerbib, L. (2021). *Lieu de répit. Le communautaire en alternative à l'hospitalisation*. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
- Becker, H. S. (1958). Problems of Inference and Proof in Participant Observation. *American Sociological Review*, 23(6), 652-660. <https://doi.org/10.2307/2089053>
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Éditions Métailié.
- Becker, T., & Kösters, M. (2012). Psychosocial Interventions in People with Severe Mental Illness : A Bleulerian Perspective. *Neuropsychobiology*, 66(1), 70-75. <https://doi.org/10.1159/000338549>
- Bedoin, D., & Scelles, R. (2015). *S'exprimer et se faire comprendre : Entretiens et situations de handicap*. Érès éditions.
- Beers, C. W. (1929). *A mind that found itself*.
- Beetlestone, E. (2016). La participation des usagers : Qu'est-ce que ça change pour le psychiatre? *Pratiques en santé mentale*, 62(2), 19-22.
- Bellot, C., & Rivard, J. (2007). L'intervention par les pairs : Un enjeu multiple de reconnaissance. *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités*, 173-204.
- Bercot, R., & Mathieu-Fritz, A. (2008). *Le prestige des professions et ses failles : Hussiers de justice, chirurgiens et sociologues*. Hermann.
- Beresford, P., & Rose, D. (2023). Decolonising global mental health : The role of Mad Studies. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.21>
- Beresford, P., & Wallcraft, J. (1997). Psychiatric system survivors and emancipatory research : Issues, overlaps and differences. *Doing disability research*, 66-87.
- Berger, I., Bruineberg, A., Ewijk, M. van, Jong, L. de, Hout, M. van der, Weeghel, J. van, & Meer, L. van der. (2023). Developing a recovery-oriented intervention for people with severe mental illness and an intellectual disability : Design-oriented action research. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1184798>
- Berrios, G. (2008). Descriptive psychiatry and psychiatric nosology during the nineteenth century. In *History of psychiatry and medical psychology* (p. 353-379). Springer.
- Bion, W. R. (2014). *Recherches sur les petits groupes*. PUF.

- Bizet, C., Defromont, L., & Labey, M. (2020). Des « experts d'expériences » pour former des professionnels de santé mentale: *Le Journal des psychologues*, n° 377(5), 56-61. <https://doi.org/10.3917/jdp.377.0056>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Armand Colin. <https://univ-paris8.hal.science/hal-00996693>
- Blanchet, A., & Trognon, A. (2008). *La psychologie des groupes*. Armand Colin.
- Blangy, S., Bocquet, B., Fiorini, C., Fontan, J.-M., Martine, R., & Reynaud, C. (2018). Recherche et innovation citoyenne par la Recherche Action Participative. *Technologie et innovation*, 18(4), 1-17. <https://doi.org/10.21494/ISTE.OP.2018.0290>
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox, oder, Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig : Franz Deuticke. <http://archive.org/details/b21296157>
- Bleuler, M. (1968). A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 3-12. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(68\)90004-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(68)90004-6)
- Bleuler, M. (1974). The long-term course of the schizophrenic psychoses. *Psychological Medicine*, 4(3), 244-254.
- Bloor, D. (1983). *Socio-logie de la logique ou les limites de l'épistémologie*. Pandore.
- Blume, S. (2017). In search of experiential knowledge. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 30(1), 91-103.
- Boevink, W., Kroon, H., van Vugt, M., Delespaul, P., & van Os, J. (2016). A user-developed, user run recovery programme for people with severe mental illness : A randomised control trial. *Psychosis*, 8(4), 287-300. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1172335>
- Bola, J. R. (2006a). Medication-Free Research in Early Episode Schizophrenia : Evidence of Long-Term Harm? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 288-296. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj019>
- Bola, J. R. (2006b). Psychosocial Acute Treatment in Early-Episode Schizophrenia Disorders. *Research on Social Work Practice*, 16(3), 263-275. <https://doi.org/10.1177/1049731505284447>
- Bola, J. R., Lehtinen, K., Aaltonen, J., Rääköläinen, V., Syvälahti, E., & Lehtinen, V. (2006). Predicting Medication-Free Treatment Response in Acute Psychosis : Cross-Validation From the Finnish Need-Adapted Project. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 732-739. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243080.90255.88>
- Bola, J. R., & Mosher, L. R. (2002). Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophrenia Bulletin*, 28(4), 559-575.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 280.
- Bonny, Y. (2014). La recherche-action et la question de l'institution. *Forum. Revue de la recherche en travail social*, 15.
- Bonsack, C., Conus, P., & Morandi, S. (2018). Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. In *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 165-173). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-75915-4.00019-0>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Bornand, S., Degorce, A., & Leguy, C. (2015). Paroles et rapports de pouvoir dans les Suds. *Autrepart*, 1, 3-18.
- Boulze, I., Launay, M., & Nalpas, B. (2016). Les usagers et la recherche en alcoologie. Innovation de la recherche communautaire. *Alcoologie et Addictologie*, 38(1), 37-46.

- Bourdais, J. (2016). Les temps longs de l'hospitalisation. Enquête ethnographique dans un établissement privé de psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2, 157-178. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0157>
- Bourdieu, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2(2), 88-104. <https://doi.org/10.3406/arss.1976.3454>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
- Braudel, F. (2001). *La Méditerranée : L'espace et l'histoire*. Flammarion.
- Briatte, F. (2007). Un stigmate épistémologique. Le relativisme dans le strong programme de David Bloor. *Tracés. Revue de sciences humaines*, 12, 207-213.
- Brodwin, P. (2013). *Everyday ethics : Voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press.
- Brodwin, P., & Velpry, L. (2014). The Practice of Constraint in Psychiatry : Emergent Forms of Care and Control. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 38(4), 524-526. <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9402-y>
- Broqua, C., & Jauffret-Roustide, M. (2004). Les collectifs d'usagers dans les champs du sida et de la toxicomanie. *Médecine/Sciences*, 20(4), 475-479. <https://doi.org/10.1051/medsci/2004204475>
- Brown, G. W., & Birley, J. L. T. (1968). Crises and Life Changes and the Onset of Schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 9(3), 203-214. <https://doi.org/10.2307/2948405>
- Bueter, A. (2019). Epistemic Injustice and Psychiatric Classification. *Philosophy of Science*, 86(5), 1064-1074. <https://doi.org/10.1086/705443>
- Buissard, I. (2014). La locomotion : Un savoir-faire, un savoir-être au service des personnes déficientes visuelles. *Revue Francophone d'Orthoptie*, 7(2), 138-140.
- Bureau-Point, E., & Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire. *Anthropologie & Santé.*, 8. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342>
- Butler, J. (2023). Le genre performatif. *Rhizome*, 85.
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Rossen, C. B. (2017). Adapting and Implementing Open Dialogue in the Scandinavian Countries : A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391-401. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377>
- Cabanes, B. (2013). Thomas W. Salmon, les traumatismes de guerre et la société américaine. In L. Guignard, H. Guillemain, & S. Tison, *Expériences de la folie : Criminels, soldats, patients en psychiatrie. XIXe-XXe siècle* (p. 173-181). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.118695>
- Callon, M., & Latour, B. (1991). *La science telle qu'elle se fait. Anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise*. La Découverte.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 181-192. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047>
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (1999). *Health, community and development : Towards a social psychology of participation*. 16.
- Campos, F. A. L., Sousa, A. R. P. de, Rodrigues, V. P. da C., Marques, A. J. P. da S., Dores, A. A. M. da R., & Queirós, C. M. L. (2014). Peer support for people with mental illness. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 41(2), 49-55. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000009>
- Carel, H., Kidd, I. J., & Pettigrew, R. (2016). Illness as transformative experience. *The Lancet*, 388(10050), 1152-1153. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31606-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31606-3)

- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : L'âge d'or de l'aliénisme*. Editions de Minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Editions de Minuit.
- Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2017). Au-delà des déterminismes : Le rétablissement. *Perspectives Psy*, 56(3), 217-223. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201756217>
- Castrodale, M. A. (2017). Critical Disability Studies and Mad Studies : Enabling New Pedagogies in Practice. *Canadian Journal for the Study of Adult Education*, 29(1), 49-66.
- Caudill, W. (1958). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*: Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674598737>
- Chamberlin, J. (1978). *On our own : Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patients' movement : Where we've been and where we're going. *The Journal of Mind and Behavior*, 323-336.
- Chamberlin, J. (1997). A Working Definition. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 4.
- Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 405-408. <https://doi.org/10.1037/h0095282>
- Chambon, N., Estecahandy, P., Gilliot, É., & Hennin, M. (2022). *La politique du Logement d'abord en pratique*: Presses de Rhizome. <https://doi.org/10.3917/chlv.chamb.2022.01>
- Chambon, N., Gilliot, É., & Sorba, M. (2020). L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Revue française des affaires sociales*, 2, 97-116. <https://doi.org/10.3917/rfas.202.0097>
- Chami, L., & Gourevitch, R. (2022). Le consentement en psychiatrie en situation d'urgence. *Information psychiatrique*, 98.
- Chapireau, F. (2007a). La statistique publique psychiatrique au XXe siècle. In M. Coldefy, *Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France* (p. 253-266).
- Chapireau, F. (2007b). L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXe siècle. In M. Coldefy, *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques* (p. 127-143). La documentation française.
- Chapireau, F. (2021). La desinstitutionnalisation psychiatrique : Définitions, usages de la notion, et questions de methode. *Information psychiatrique*, 97.
- Chapman, A. (2021). Dwelling in Strangeness : Accounts of the Kingsley Hall Community, London (1965-1970), Established by R. D. Laing. *The Journal of Medical Humanities*, 42(3), 471-494. <https://doi.org/10.1007/s10912-020-09656-0>
- Chapoulie, J.-M. (1984). Everett C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie. *Revue française de sociologie*, 25(4), 582-608. <https://doi.org/10.2307/3321824>
- Chappell, Z., & Jeppsson, S. M. I. (2023). Recovery without normalisation : It's not necessary to be normal, not even in psychiatry. *Clinical Ethics*.
- Charlier, É. (2020). Modalités de médiation dans des groupes d'entraide pour personnes vivant avec le trouble bipolaire en Belgique francophone. *Rhizome*, 1, 47-55.
- Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir : Éléments pour une théorie* (Anthropos).
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine : Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Chateauraynaud, F. (1991). Forces et faiblesses de la nouvelle anthropologie des sciences. *Critique*, XLVII(529-530). https://www.academia.edu/42714094/_Forces_et_faiblesses_de_la_nouvelle_anthropologie_des_sciences_archive_1991_

- Chauvier, É. (2013). L'inconscient de l'enquête, une expérience de savoir: *Adolescence*, 31(1), 145-152. <https://doi.org/10.3917/ado.083.0145>
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses : Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300244>
- Chinman, M., McCarthy, S., Bachrach, R. L., Mitchell-Miland, C., Schutt, R. K., & Ellison, M. (2018). Investigating the Degree of Reliable Change Among Persons Assigned to Receive Mental Health Peer Specialist Services. *Psychiatric Services*, 69(12), 1238-1244. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800118>
- Chinman, M., McInnes, D. K., Eisen, S., Ellison, M., Farkas, M., Armstrong, M., & Resnick, S. G. (2017). Establishing a Research Agenda for Understanding the Role and Impact of Mental Health Peer Specialists. *Psychiatric Services*, 68(9), 955-957. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700054>
- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the Implementation of Mental Health Consumer Provider Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(2), 176-195. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9009-3>
- Choppin, A. (2023). « Eux et Nous » : *Les conflits de loyauté des pair-aidant.e.s* [Mémoire de licence]. Université Paris Sorbonne.
- Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 65. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0065>
- Ciampi, L. (2013). Soteria Berne. Un centre de crise pour jeunes schizophrènes. In Y. Lecomte & F. Maqueda, *Actualité des communautés thérapeutiques* (p. 195). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.lecom.2013.01.0195>
- Ciampi, L. (2015). The Key Role of Emotions in the Schizophrenia Puzzle. *Schizophrenia Bulletin*, 41(2), 318-322. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu158>
- Ciampi, L., & Hoffmann, H. (2004). Soteria Berne : An innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*, 7.
- Ciampi, L., & Müller, C. (1977). L'évolution des schizophrénies. *L'information psychiatrique*, 42(4), 1219-1243.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur : Pour en finir avec les risques psychosociaux* (Nouvelle éd.). la Découverte.
- Cloutier, G., & Maugiron, P. (2016). La pair aideance en santé mentale : L'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92(9), 755-760.
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A., & Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings : A cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>
- Coffin, J.-C. (2003). La transmission de la folie : 1850-1914. *La transmission de la folie*, 1-286.
- Coffin, J.-C. (2015). Les deux 68 de la psychiatrie. *Revue d'histoire des sciences humaines*, 26, Article 26. <https://doi.org/10.4000/rhsh.2237>
- Coldefy, M. (2007). Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France. In M. Coldefy, *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. La documentation française.

- Coldefy, M. (2012). L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : Similitudes et divergences. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 180, 8.
- Coldefy, M. (2017). Les soins sans consentement en psychiatrie : Bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 222.
- Coldefy, M., Gandré, C., & Rallo, S. (2022). Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : Un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 269.
- Colloque international sur le partenariat de soin avec les patients. *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*, 5 octobre 2022 - 7 octobre 2022
- Conseil Supérieur de la Santé. (2019). *DSM(5) : Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale* (Avis n° 9360).
- Cooper, A., Jenkin, G., Morton, E., Peterson, D., & McKenzie, S. K. (2023). 'We have to band together' : Service user experiences of naturally occurring peer support on the acute mental health unit. *Kōtuitui*, 18(2), 118-134. <https://doi.org/10.1080/1177083X.2022.2093230>
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Tavistock Publication.
- Cooper, R. E., Ashman, M., Lomani, J., Moncrieff, J., Guy, A., Davies, J., Morant, N., & Horowitz, M. (2023). "Stabilise-reduce, stabilise-reduce" : A survey of the common practices of deprescribing services and recommendations for future services. *PLoS ONE*, 18(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282988>
- Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 127-150. https://doi.org/10.1300/J004v17n03_09
- Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : Ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Santé mentale au Québec*, 27(1), 65-82. <https://doi.org/10.7202/014539ar>
- Corstens, D., & Longden, E. (2013). The origins of voices : Links between life history and voice hearing in a survey of 100 cases. *Psychosis*, 5(3), 270-285.
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement : Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl_4), S285-S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>
- Costa, L., Voronka, J., Landry, D., Reid, J., Mcfarlane, B., & Reville, D. (2012). Recovering our Stories : A Small Act of Resistance. *Studies in Social Justice*, 6(1), 17.
- Craig, T. K. J. (2021). Community Psychiatry : A Work in Progress. In G. Ikkos & N. Bouras (Éds.), *Mind, State and Society : Social History of Psychiatry and Mental Health in Britain 1960–2010* (p. 294-305). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781911623793.032>
- Crane-Hervé, D., & Lécuyer, B.-P. (1969). La diffusion des innovations scientifiques. *Revue Française de Sociologie*, 10(2), 166. <https://doi.org/10.2307/3320275>
- Crenshaw, K. (1997). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In *Feminist Legal Theories*. Routledge.
- Criekingen, M. V. (2008). Comment la gentrification est devenue, de phénomène marginal, un projet politique global. *Revue Agone*, 38-39, 71-88.
- Crisanti, A. S., Murray-Krezan, C., Karlin, L. S., Sutherland-Bruaw, K., & Najavits, L. M. (2016). Evaluation of an evidence-based practice training for peer support workers in behavioral health care. *Cogent Psychology*, 3(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2016.1212453>
- Crispi, V. (2015). L'interculturalité. *Le Télémaque*, 47(1), 17. <https://doi.org/10.3917/tele.047.0017>

- Crossley, N. (2005). *Contesting Psychiatry : Social Movements in Mental Health*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203000878>
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P., & Lees, D. (2015). Raiders of the Lost Art : A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia: Raiders of the Lost Art. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 375-385.
<https://doi.org/10.1111/inm.12159>
- Daffort, M., & Pulcini, M. (2021). Evaluation des connaissances et représentations actuelles sur la pair-aidance chez les professionnels intervenant en psychiatrie au CHU de Saint-Etienne. *Information psychiatrique*, 97.
- Dagron, T. (2019). *Pensée et cliniques de l'identité : Descartes, Cervantès, Montaigne*. Librairie philosophique J. Vrin.
- Daval, R. (2008). Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, n° 8(2), 5-20.
- Davidson, L. (2003a). *Living outside mental illness*. New York University Press.
- Davidson, L. (2003b). *Living outside mental illness : Qualitative studies of recovery in schizophrenia* (Vol. 7). NYU Press.
- Davidson, L., Bellamy, C., Kimberly, G., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses : A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128.
<https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness : A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.2.165>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness : A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- de Castelbajac, T., & Quintin, J. (2021). Architecture en psychiatrie et atmosphère soignante. *L'Évolution Psychiatrique*, 86(3), 617-625. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.12.002>
- Deegan, P. (1987). Recovery. *Rehabilitation and the Conspiracy of Hope*.
- Deegan, P. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91.
- Deegan, P. (2002). Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 5-21. https://doi.org/10.1300/J004v17n03_02
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil.
- Delègue, A. (2020). Les « troubles neuro-développementaux » : Analyse critique: *Sud/Nord*, n° 29(1), 105-133. <https://doi.org/10.3917/sn.029.0105>
- Delion, P. (2014). La psychothérapie institutionnelle : D'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan*, 96(4), 104. <https://doi.org/10.3917/empa.096.0104>
- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale : Une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue du Travail*, 5. <https://doi.org/10.4000/nrt.1952>
- Demailly, L. (2021a). Introduction générale : Pourquoi revisiter la psychothérapie institutionnelle aujourd'hui. *Revue Française de Phénoménologie et de Psychanalyse*, 27-32.
<https://doi.org/10/59360>

- Demailly, L. (2021b). La psychiatrie publique en France. Pluralité des modèles d'équilibre. *L'Information Psychiatrique*, 97(1), 27-32.
- Demailly, L. (2022). La procéduralisation du travail relationnel. Le cas de la psychiatrie publique. *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 16-4. <https://doi.org/10.4000/rac.28822>
- Demailly, L., Bêlart, C., Roux, C. D. L., Dembinski, O., Farnarier, C., & Garnoussi, N. (2014). *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : Une innovation controversée*. 75.
- Demailly, L., & Haliday, H. (2022). Les phénomènes communicationnels au sein des pôles de psychiatrie publique pour adultes : Formes, innovations et enjeux. *Sciences sociales et santé*, 40(n°3), 39-65. <https://doi.org/10.1684/sss.2022.0231>
- Demailly, L., Haliday, H., & Hum, P. (2021). Évolutions du soin en psychiatrie publique en France : L'hypothèse du déclin des psychothérapies. *Perspectives Psy*, 60(4), 394-404. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2021604394>
- Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier. *Genèses*, 1, 105-120.
- Derivois, D., Barros Leal, A., Franc, F., Guillier, N., & Terrade, S. (2013). Violence de la cohabitation en maison d'enfants à caractère social : Observation clinique au retour de l'école. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(4), 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.09.016>
- Derrien, M. (2015). « *La tête en capilotade* » : *Les soldats de la grande guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français* [These de doctorat]. Lyon 2.
- Desvignes, S., Lozier, M., & Beetlestone, E. (2021). Open dialogue, une écoute polyphonique. *Rhizome*, 1, 7-8.
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale: *Sciences & Actions Sociales*, N° 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>
- Deutsch, C. (2017). Des usagers en santé mentale chercheurs en sciences sociales. *Vie sociale*, 20(4), 197. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0197>
- Devaux, C. (2019). *Evaluation de la participation au Lieu de Répit dans le cadre d'un stage pré-professionnalisant*. [Mémoire de master en psychologie sociale de la santé]. Aix-Marseille Université.
- Devereux, G. (2013). *Psychothérapie d'un Indien des plaines : Réalité et rêve* (É. Roudinesco, Trad.). Fayard.
- Dewey, J. (2015). *Experience and education* (First free press edition 2015). Free Press.
- D'Hoop, A. (2022). The Moral Life of Doors in an Open Psychiatric Center. *Medical Anthropology*, 41(1), 67-80. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1992404>
- Di Rocco, V. (2021). La psychiatrie, une institution en débat. *Canal Psy*, 126, 7-12. <https://doi.org/10.35562/canalpsy.3196>
- Dill, J., & Maqueda, F. (2013). Les communautés thérapeutiques de l'association Santé Mentale et Communautés. Un cadre général. In Y. Lecomte & F. Maqueda, *Actualité des communautés thérapeutiques* (p. 121). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.lecom.2013.01.0121>
- Djambian, C., & Lainé-Cruzel, S. (2012). Appropriation des savoirs et variété des langues d'usages des communautés de métier. *Terminologies: textes, discours et accès aux savoirs spécialisés: actes du V^e colloque international du Groupe de linguistique appliquée des télécommunications (GLAT)*, 343-356.
- Dongen, E. van. (2004). *Worlds of psychotic people : Wanderers, « bricoleurs » and strategists*. Routledge.

- Dorvil, H., Morin, P. L., Beaulieu, A., & Robert, D. (2002). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*, 26(4), 497. <https://doi.org/10.3917/ds.264.0497>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness : Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 236-242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Dumont, J.-F. (2011). Émotions et relation éducative: *Empan*, n° 80(4), 150-156. <https://doi.org/10.3917/empa.080.0150>
- Duplantier, M. (2011). *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : Prise en compte et implications pour la pratique courante* [Thèses de médecine]. Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble.
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907-912. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0409>
- Dupuis, D. (2022). The socialization of hallucinations : Cultural priors, social interactions, and contextual factors in the use of psychedelics. *Transcultural Psychiatry*, 59(5), 625-637.
- Durand, B. (2010). Doit-on professionnaliser les pairs-aidants ? *Rhizome*, 1.
- Durkheim, É. (1934). *L'éducation morale*. Librairie Félix Alcan.
- Durkheim, É. (1980). *Éducation et sociologie* (4. éd. de la nouvelle éd). Presses Univ. de France.
- Durkheim, É. (1981). *Le Suicide : Étude de sociologie* (Nouvelle éd.). Presses universitaires de France.
- Durkheim, É. (2007). *De la division du travail social* (PUF).
- Dutoit, M., & Saint-Pé, M.-C. (2009). La pairaidance en santé mentale. *Rhizome*, 36, 1.
- Edelman, N. (2016). Nellie Bly, 10 jours dans un asile. *Revue d'histoire du XIXe siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIXe siècle*, 52, Article 52. <https://doi.org/10.4000/rh19.5035>
- Ehrenberg, A. (2022). L'institution de l'autonomie ou le nouvel esprit du soin: *Rhizome*, N° 83(2), 12-20. <https://doi.org/10.3917/rhiz.083.0012>
- Eliade, M. (2010). *Le sacré et le profane*. Gallimard.
- Elstad, T. A., & Eide, A. H. (2017). Social participation and recovery orientation in a "low threshold" community mental health service : An ethnographic study. *Cogent Medicine*, 4(1), 1362840. <https://doi.org/10.1080/2331205X.2017.1362840>
- El Omeiri, A. & Martinez, J.L. (2022). Les jeunes adultes en psychiatrie, nécessité d'une prise en charge spécifique ? *Atelier IRIS, la dimension sociale des troubles psys*. 20 Mai 2022
- Estecahandy, P., & Hennin, M. (2022). *Les principes du Logement d'abord : Penser et organiser l'accompagnement des personnes sans domicile à l'échelle des politiques publiques*. Presses de Rhizome. <https://www.cairn.info/la-politique-logement-d-abord-pratique--9782494145016-page-41.htm>
- Estecahandy, P., Revue, P., Sénat, M.-L., & Billard, J. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, 98(2), 76. <https://doi.org/10.3917/empa.098.0076>
- Estroff, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie : Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- Evrard, R., Braun, A., & Raffort, C. (2023). Rien sur nous sans nous : Etudes exploratoires et participatives des groupes d'entendeurs de voix en France. *Le Partenariat de soin par le patient : analyses : revue internationale - La Revue du partenariat de soin avec le patient*, 6, 7-35.

- Evrard, R., & Malefan, P. L. (2013). Que changent les « entendeurs de voix » à l'écoute des hallucinations ? I : Genèse d'un mouvement. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(9), 623. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.05.027>
- Eyraud, B., Béal, A., Bezghiche, N., Bonnot-Briey, S., Bruno, C., Cattez, E., Cobbaut, J.-P., Daniel, S., François, G., Grard, J., Klein, G., Lalemant, M., Lefebvre, C., Lemard, V., Lequien, J., Letailleur, C., Levray, C., Losson, M., Marques, A., ... Vuattoux, F. (2020). Une recherche citoyenne sur l'article 12 de la convention de l'ONU sur les droits des personnes handicapées. *Alter: European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap*. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2020.06.007>
- Eyraud, B., Béal, A., Bruno, C., Miranda, I., Lemard, V., & Lequien, J. (2023). Epistemic Injustice and Recognition of Knowledge. *Swiss Journal of Sociocultural Anthropology*, 28, 105. <https://doi.org/10.36950/sjsca.2022.28.8268>
- Eyraud, B., Saetta, S., & Tartour, T. (2018). Introduction. Rendre effective la participation des personnes en situation de handicap: *Participations*, N° 22(3), 5-28. <https://doi.org/10.3917/parti.022.0005>
- Eyraud, B., & Velpry, L. (2011). Ce que l'histoire de la psychiatrie nous dit de la psychanalyse. *Revue du MAUSS*, 37(1), 103. <https://doi.org/10.3917/rdm.037.0103>
- Eyraud, B., & Velpry, L. (2014). De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : Une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Revue française d'administration publique*, 149(1), 207. <https://doi.org/10.3917/rfap.149.0207>
- Fabel, P., Wolf, T., Zyber, H., Rubel, J., & Jockers-Scherübl, M. C. (2023). Treatment with Soteria-elements in acute psychiatry—Effectiveness for acutely ill and voluntarily treated patients. *Frontiers in Public Health*, 11.
- Fainzang, S. (1996). *Ethnologie des anciens alcooliques : La liberté ou la mort* (1re éd). Presses universitaires de France.
- Fainzang, S. (2015). *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Presses universitaires de France.
- Fainzang, S. (2010). Le pouvoir du patient face au médecin : Entre expérience, compétence et savoir. *Usagers-experts: la part du savoir des malades dans le système de santé. Revue Pratiques de Formation. NSpécial*, 111-124.
- Fals-Borda, O. (1987). The Application of Participatory Action-Research in Latin America. *International Sociology*, 2(4), 329-347. <https://doi.org/10.1177/026858098700200401>
- Fals-Borda, O., & Rahman, M. A. (Éds.). (1991). *Action and knowledge : Breaking the monopoly with participatory action research*. Apex Press ; Intermediate Technology Publications.
- Fanchini, A., & Maurice, A. (2021). Devenir médiateur de santé-pair : Faire de l'expérience des troubles psychiques une source d'empowerment ? : *Revue française des affaires sociales*, 2, 169-194. <https://doi.org/10.3917/rfas.212.0169>
- Farnarier, C., & Sarradon-Eck, A. (2018). Faire de la rue une innovation en santé mentale. In *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements*. <https://hal.science/hal-02151723>
- Fassin, D. (2000). La supplique : Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 55e Année, 5, 953, 955-981.
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 64(6), 1235-1266. <https://doi.org/10.1017/S0395264900027499>

- Faulkner, A., & Thomas, P. (2002). User-led research and evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180(1), 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.1>
- Faulkner, A., & Thompson, R. (2023). Uncovering the emotional labour of involvement and co-production in mental health research. *Disability & Society*, 38(4), 537-560. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1930519>
- Fauvel, A., & Dupont, W. (2018). Gheel, la « ville des fous » : Un mythe séculaire, une pratique méconnue (1860-2010). In H. Guillemain, A. Klein, & M.-C. Thifault (Éds.), *La fin de l'asile ? : Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au xxe siècle* (p. 25-37). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.172128>
- Fenton, W. S., Hoch, J. S., Herrell, J. M., Mosher, L., & Dixon, L. (2002). Cost and Cost-effectiveness of Hospital vs Residential Crisis Care for Patients Who Have Serious Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 357. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.357>
- Fenton, W. S., Mosher, L. R., Herrell, J. M., & Blyler, C. R. (1998). Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 516-522.
- Fernandez, F., Lézé, S., & Marche, H. (Éds.). (2008). *Le langage social des émotions : Études sur les rapports au corps et à la santé* (p. 430). Economica-Anthropos.
- Ferrarotti, F., & Delory-Momberger, C. (2013). Partager les savoirs, socialiser les pouvoirs. *Le sujet dans la cité*, N° 4(2), 18. <https://doi.org/10.3917/lstdlc.004.0018>
- Finkelstein, C. (2009). La Fnapsy, son histoire, ses actions. *L'information psychiatrique*, 85(9), 799-802.
- Firmin, R. L., Mao, S., Bellamy, C. D., & Davidson, L. (2019). Peer Support Specialists' Experiences of Microaggressions. *Psychological services*, 16(3), 456-462. <https://doi.org/10.1037/ser0000297>
- Fisher, R. J. (2006). What is Action Research? *An introduction to action research for community development.*, 20, 2004.
- Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : État des lieux. *Education permanente*, 2(195), 59-72.
- Fonsegrive, G., & Plantevin, M. (2019). Du TAPS Project au virage ambulatoire. Comment retrouver le chemin de la desinstitutionalisation ? *Information psychiatrique*, 95.
- Fortuna, K. L., Solomon, P., & Rivera, J. (2022). An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Quarterly*, 93(2), 571-586. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-09971-w>
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique : Cours au Collège de France, 1973-1974*. Seuil : Gallimard.
- Franck, N. (2019). *Entraide entre pairs : Le modèle du clubhouse*. EMC-Psychiatries.
- Franck, N., & Gilliot, É. (2017). Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. *Perspectives Psy*, 56(3), 203-210. <https://doi.org/10.1051/pps/201756203>
- Frederick, T., Tarasoff, L. A., Voronka, J., Costa, L., & Kidd, S. (2017). The Problem with "Community" in the Mental Health Field. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(4), 3-32. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-030>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C., & Pilling, S. (2019). Open dialogue : A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46-59.

- Freire, P. (2021). *La pédagogie des opprimés*. Agone.
- Freud, S. (1997). *La psychopathologie de la vie quotidienne : Sur l'oubli, le lapsus, le geste manqué, la superstition et l'erreur*. Gallimard.
- Freud, S. (2010). *Le malaise dans la civilisation*. Éd. Points.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Fricke, M. (2007). *Epistemic injustice : Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M. (Bill), King, C., & Bergqvist, A. (2023). The Inter-personal Lived World of Values and Race Equality in Mental Health. *PSN*, 21(1), 31-46.
- Fussinger, C. (2010). Éléments pour une histoire de la communauté thérapeutique dans la psychiatrie occidentale de la seconde moitié du 20e siècle. *Gesnerus*, 67(2), 217-540.
- Gabet, M., Grenier, G., Cao, Z., & Fleury, M.-J. (2020). Implementation of three innovative interventions in a psychiatric emergency department aimed at improving service use : A mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05708-2>
- Gagnayre, R. (2007). Introduction. *Santé Publique*, 19(4), 269.
<https://doi.org/10.3917/spub.074.0269>
- Gagnayre, R., & Lombrail, P. (2015). De la pratique à la recherche en éducation thérapeutique du patient. *Institut de recherche en santé publique*, 29, 4.
- Gaillard, M., & Lechopier, N. (2015). Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques. *Pédagogie Médicale*, 16(1), 23-34. <https://doi.org/10.1051/pmed/2015014>
- Gandré, C., Moreau, D., Coldefy, M., Ben Dridi, I., & Morel, S. (2022). Surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique : Enseignements de la littérature et perspectives: *Santé Publique*, Vol. 34(5), 613-619. <https://doi.org/10.3917/spub.225.0613>
- Gandré, C., Thillard, J., Macé, J.-M., Roelandt, J.-L., & Chevreul, K. (2016). Qualité des prises en charge et alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Étude de l'association entre la variabilité des critères illustrant la qualité des prises en charge et le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein: *Revue française des affaires sociales*, 2, 227-252. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0227>
- Garabige, A., & Trabut, L. (2020). L'aide aux aidants en France : Disparités territoriales de l'offre de répit: *Gérontologie et société*, 42 / n° 162(2), 161-179. <https://doi.org/10.3917/gs.162.0161>
- Gardien, È. (2010). La pair-émulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France. *Rhizome*, 40, 2.
- Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales? *Vie sociale*, 4, 31-44.
- Gardien, È. (2020). Pairjectivité : Des savoirs expérientiels ni objectifs, ni subjectifs. *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 57, Article 57. <https://doi.org/10.4000/edso.12581>
- Gardien, È. (2021). Accompagnements et soutiens par les pairs : Se prendre en main en s'appuyant sur ses pairs. *Les Cahiers de l'Actif*, 3-4-10, 9-22.
- Gardien, È., Héas, S., & Laval, C. (2019). *L'accompagnement par les pairs Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap*.
- Gardien, È., & Laval, C. (2019). The institutionalisation of peer support in France : Development of a social role and roll out of public policies. *Alter*, 13(2), 69-82.
<https://doi.org/10.1016/j.alter.2018.09.002>

- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology* (Englewood Cliffs).
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*(3), 293-306. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4>
- Gauld, C., Giroux, É., & Micoulaud-Franchi, J.-A. (2022). Introduction à la taxonomie hiérarchique de la psychopathologie. *L'Encéphale, 48*(1), 92-101. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.05.008>
- Geertz, C. (1998). La description dense : Vers une théorie interprétative de la culture. *Enquête, 6*, 73-105. <https://doi.org/10.4000/enquete.1443>
- Gélinas, D. (2006). L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale. *Le Partenaire, 14*, 9-42.
- Gélineau, L., Dufour, É., & Bélisle, M. (2012). *Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : Enjeux de définition et d'équilibre des savoirs*. 20.
- Gérome, C., & Guilbaud, F. (2021). Usages de drogues et réduction des risques et des dommages en contextes festifs techno : Quelques enseignements de 20 ans d'observation in situ. *Psychotropes, 27*(3), 87-112.
- Gesmond, T., Cinget, A., & Estecahandy, P. (2016). *Note pair aideance*. DIHAL.
- Gillard, S., Foster, R., White, S., Barlow, S., Bhattacharya, R., Binfield, P., Eborall, R., Faulkner, A., Gibson, S., Goldsmith, L. P., Simpson, A., Lucock, M., Marks, J., Morshead, R., Patel, S., Priebe, S., Repper, J., Rinaldi, M., Ussher, M., & Worner, J. (2022). The impact of working as a peer worker in mental health services : A longitudinal mixed methods study. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03999-9>
- Gilliot, É., Jones, S., Chambon, N., & Castillo, M.-C. (2021). Agir vers son rétablissement avec un handicap psychique : Un parcours de reconnaissance(s). *Revue française des affaires sociales, 1*, 189-210. <https://doi.org/10.3917/rfas.211.0189>
- Girard, V. (2010). *Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille*. 1.
- Girard, V., Estecahandy, P., & Chauvin, P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. La Documentation française.
- Giust-Desprairies, F. (2009). *L'imaginaire collectif*. Erès.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967a). The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. In *The Discovery of Grounded Theory*. Weindenfeld and Nicholson.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967b). *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*.
- Godin, B. (2012). "Innovation Studies" : The Invention of a Specialty. *Minerva, 50*(4), 397-421. <https://doi.org/10.1007/s11024-012-9212-8>
- Godrie, B. (2014). *Savoirs expérientiels et savoirs experts. Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Montréal.
- Godrie, B. (2016a). Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale. *Revue française des affaires sociales, 2*, 89-104.
- Godrie, B. (2016b). Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité du savoir expérientiel. *Le partenaire, 24*(3), 35-38.
- Godrie, B. (2017). Vivre n'est pas (toujours) savoir. *Santé Mentale, 5*.
- Godrie, B. (2019). Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale. *Sciences sociales et sante, Vol. 37*(1), 43-67.

- Godrie, B. (2021). Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels : Une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale: *Participations*, N° 30(2), 249-273. <https://doi.org/10.3917/parti.030.0249>
- Godrie, B., Boucher, M., Bissonnette, S., Chaput, P., Flores, J., Dupéré, S., Gélineau, L., Piron, F., & Bandini, A. (2020). Injustices épistémiques et recherche participative : Un agenda de recherche à la croisée de l'université et des communautés. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, 13(1), Article 1. <https://doi.org/10.5130/ijcre.v13i1.7110>
- Godrie, B., & Rivet, C. (2020). Inégalités épistémiques et réduction identitaire : Ce que l'entraide en santé mentale fait aux récits de la maladie. *Corps*, N°18(1), 129. <https://doi.org/10.3917/corp1.018.0129>
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Éditions de minuit.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Les Éditions de minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de minuit.
- Goffman, E. (1996). *La présentation de soi*. Les Éditions de minuit.
- Gonzalez-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations?* 28.
- Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services : An international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27-39.
- Goodwin, C. (2016). L'organisation co-opérative et transformative de l'action et du savoir humains. *Tracés*, 16, 19-46. <https://doi.org/10.4000/traces.6531>
- Graftieaux, J.-P., & Bréhaux, K. (2015). Décision médicale pour un autre. *Éthique & Santé*, 12(1), 38-45.
- Grant, J. G., & Westhues, A. (2012). Mental Health Crisis/Respite Service : A Process Evaluation. *Social Work in Mental Health*, 10(1), 34-52. <https://doi.org/10.1080/15332985.2011.597314>
- Grard, J. (2008). Devoir se raconter : La mise en récit de soi, toujours recommencée. In A. Bensa et al., *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*. (p. 143-163). La Découverte.
- Grard, J. (2011). *Frontières invisibles*. [Anthropologie sociale]. Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Grard, J. (2016). « A bon entendeur... » *De la schizophrénie à l'entente de voix : Catégories émergentes en pratique dans le champ des alternatives à la psychiatrie*. LEH Edition.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2008). Le projet Emilia : L'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion. *L'Information psychiatrique*, 10, 923-929.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Érès.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2017). Retours en Emilia : De la recherche-action à la création de communautés vivantes et apprenantes. *Vie sociale*, 20(4), 163. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0163>
- Green, D. P. (2022). *Social science experiments : A hands-on introduction*. Cambridge University Press.
- Greenfield, T. K., Stoneking, B. C., Humphreys, K., Sundby, E., & Bond, J. (2008). A Randomized Trial of a Mental Health Consumer-Managed Alternative to Civil Commitment for Acute

- Psychiatric Crisis. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 135-144.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9180-1>
- Gross, O. (2020). Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : Enjeux pour leur formation initiale et continue. *Rhizome*, 1, 164-173.
- Gross, O., Andrade, V. de, & Gagnayre, R. (2017). Pratiques et apport des recherches communautaires en éducation thérapeutique : Une revue de littérature. *Sante Publique*, Vol. 29(4), 551-562.
- Guérin, F. (2004). *Le concept de communauté : Une illustration exemplaire de la production des concepts en sciences sociales ?* 31.
- Guétat-Bernard, H., & Lapeyre, N. (2017). Les pratiques contemporaines de l'empowerment : Pour une analyse des interactions entre pratiques et théories, individu-e-s et collectifs. *Cahiers du Genre*, 63(2), 5. <https://doi.org/10.3917/cdge.063.0005>
- Guibet Lafaye, C. (2015). Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves). *Ethique & santé*, 12(1), 46-55.
- Guibet Lafaye, C. (2016). L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs. *Revue française des affaires sociales*, 2. <https://shs.hal.science/halshs-01311034>
- Guibet Lafaye, C. (2017a). Entre défense des droits et logique sécuritaire : L'ambivalence du traitement politique du psychiatrique. *Tetralogiques*, mars(22), 23.
- Guibet Lafaye, C. (2017b). Représentations de la maladie mentale et recours à la contrainte. *Psychiatrie et violence*, 14(1). <https://doi.org/10.7202/1039168ar>
- Guignard, L., Guillemain, H., & Tison, S. (2013). *Expériences de la folie : Criminels, soldats, patients en psychiatrie XIXe-XXe siècles*. Presses universitaires de Rennes.
- Guillemain, H. (2017). Le retour aux sources. Points de vue sur l'histoire sociale de la psychiatrie et de la maladie mentale. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(3), 527-535.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.02.008>
- Guillemain, H., & Tison, S. (2013). *Du front à l'asile : 1914-1918*. Alma.
- Gurnade, M.-M. (2016). Mener une recherche-intervention dans le cadre d'une CIFRE: In *Agora* (p. 123-138). Éducagri éditions. <https://doi.org/10.3917/edagri.marce.2016.01.0123>
- Haberey-Knuessi, V., & Obertelli, P. (2017). La relation soignant-malade face au risque de la confiance: *Sociologies pratiques*, N° 35(2), 107-117. <https://doi.org/10.3917/sopr.035.0107>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. In *Causal cognition : A multidisciplinary debate* (p. 351-394). Clarendon Press/Oxford University Press.
- Hall, B. (1985). Research, commitment and action : The role of participatory research. *International Review of Education*, 30(3), 289-299. <https://doi.org/10.1007/BF00597906>
- Hall, B. L. (1981). Participatory research, popular knowledge and power : A personal reflection. *Convergence*, 14(3), 6.
- Hall, W. (2012). *Harm reduction guide to coming off psychiatric drugs*. Icarus Project ; Freedom Center.
- Hamm, J. A., A, X. Д., Rutherford, S., Сэмюэл, Р., Wiesepape, C. N., H, B. K., Lysaker, P. N., & X, Л. П. (2020). Community Mental Health Practice in the United States : Past, Present and Future. *Consortium Psychiatricum*, 1(2), Article 2. <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-7-13>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges : The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, 14(3), 575-599.

- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II : Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144(6), 727-735. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.727>
- Hardy-Baylé, M.-C. (2015). Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. *Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et santé mentale*.
- Harvois, Y. (1986). Le contrôle, cet obscur objet du désir. *Pour*, 107, 116-119.
- HAS. (2016). *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie* [Guide méthodologique]. Haute Autorité de Santé.
- Haxaire, C., Moutaud, B., & Farnarier, C. (2018). *L'innovation en santé. Technologies, organisations, changements* (Presses Universitaires de Rennes.).
- Hazan, A. (2019). Vers un autre modèle de psychiatrie? : Soigner mieux en enfermant moins. *Empan*, n°114(2), 11. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0011>
- Hedjerassi, N. (2017). Audre Lorde, l'*outsider*. Une poétesse et intellectuelle féministe africaine-américaine. *Travail, genre et sociétés*, n° 37(1), 111. <https://doi.org/10.3917/tgs.037.0111>
- Henckes, N. (2009). Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950. *Genèses*, 3, 076-098.
- Henckes, N. (2015). La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? *Revue Esprit*, 4(3-4), 28-40. <https://doi.org/10.3917/espri.1503.0028>
- Henckes, N., & Majerus, B. (2022). *Maladies mentales et sociétés : XIXe-XXIe siècle*. La Découverte.
- Henckes, N., & Marquis, N. (2020). Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 20, Article 20. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5821>
- Hess, R. (1981). Lewin et la recherche-action. *La sociologie d'intervention*, 99-109.
- HK. (2020). *Barge*.
- Hochmann, J. (1971). *Pour une psychiatrie communautaire : Thèse pour une psychiatrie des ensembles*. Éditions du Seuil.
- Hochmann, J., Mongin, O., Padis, M.-O., & Roman, J. (2015). Les contestations de la psychiatrie. *Esprit, Mars-avril*(3), 19. <https://doi.org/10.3917/espri.1503.0019>
- Hochschild, A. R. (1975). The Sociology of Feeling and Emotion : Selected Possibilities. *Sociological Inquiry*, 45(2-3), 280-307. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1975.tb00339.x>
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9(1), 19-49.
- Hochschild, A. R. (2022). The Managed Heart. In *Working in America* (5^e éd.). Routledge.
- Holley, J., Gillard, S., & Gibson, S. (2015). Peer Worker Roles and Risk in Mental Health Services : A Qualitative Comparative Case Study. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 477-490. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9843-y>
- Honey, A., Boydell, K. M., Coniglio, F., Do, T. T., Dunn, L., Gill, K., Glover, H., Hines, M., Scanlan, J. N., & Tooth, B. (2020). Lived experience research as a resource for recovery : A mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02861-0>

- Hornstein, G. A., Robinson Putnam, E., & Branitsky, A. (2020). How do hearing voices peer-support groups work? A three-phase model of transformation. *Psychosis*, 12(3), 201-211.
- Horton, R. (2007). Launching a new movement for mental health. *The Lancet*, 370(9590), 806.
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R., & Linz, M. (1980). Longitudinal Studies of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6(4), 592-605. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.4.592>
- Hude, W., & Pinet, E. (2020). Les mediateurs de sante pair : Une profession en devenir. *Information psychiatrique*, 96.
- Hymes, D. (2005). Models of the Interaction of Language and Social Life : Toward a Descriptive Theory. In *Intercultural Discourse and Communication* (p. 4-16). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470758434.ch1>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., & Shamba, D. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 285-293.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : À la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Jackson, D., & Moorley, C. (2022). 'Nothing about us without us' : Embedding participation in peer review processes. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), e75-e76. <https://doi.org/10.1111/jan.15122>
- Jacobs, Y. (2019). Soteria : Reflections on "Being With" finding ones way through psychosis. *Journal of Humanistic Psychology*, 59(5), 681-685. <https://doi.org/10.1177/0022167818763201>
- Jacobson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services : Strategies emerging from the states. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23. <https://doi.org/10.1037/h0095146>
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>
- Jacques, B. (2022). Intégrer des patients experts, patients partenaires, patients formateurs ou cochercheurs en cancérologie : Une démocratie en santé encore incertaine. *Dialogue: Canadian Philosophical Review / Revue canadienne de philosophie*, 61(1), 33-53. <https://doi.org/10.1017/S0012217322000221>
- Jaeger, M. (2023). La participation : Un principe, des pratiques: *Connexions*, n° 118(2), 17-32. <https://doi.org/10.3917/cnx.118.0017>
- Jaeger, M., Barges, I., Bouquet, B., Casagrande, A., Dubasque, D., Dubéchet, P., Gardien, È., Loustalot, E., Papay, J., Pioli, D., & Garcia, A.-M. (2015). *Refonder le rapport aux personnes. "Merci de ne plus nous appeler usagers"* [Research Report]. Conseil supérieur du travail social ; Direction générale de la cohésion sociale.
- Jauffret-Roustide, M. (2010). Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée plurielle*, n° 23(1), 93. <https://doi.org/10.3917/pp.023.0093>
- Javeau, C. (2010). Sartre et sa théorie des émotions : Une confrontation avec Erving Goffman. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3169>
- Jeanet, A. (2018). *Les émotions au travail*. Cnrs.
- Jenkins, J. H. (2018). *Anthropology and Psychiatry A Contemporary Convergence for Global Mental Health*.

- Jenkins, J. H., & Carpenter-Song, E. A. (2009). Awareness of Stigma Among Persons With Schizophrenia : Marking the Contexts of Lived Experience. *Journal of Nervous & Mental Disease, 197*(7), 520-529. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181aad5e9>
- Jodelet, D. (1993). *Les représentations sociales*. Presses Univ. de France.
- Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Salisbury, T. T., Fossey, M., Newbigging, K., Carr, S. E., Hensel, J., Carrà, G., Hepp, U., Caneo, C., Needle, J. J., & Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care : Approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry, 21*(2), 220-236. <https://doi.org/10.1002/wps.20962>
- Johnson, S., Gilbert, H., Lloyd-Evans, B., Osborn, D. P. J., Boardman, J., Leese, M., Shepherd, G., Thornicroft, G., & Slade, M. (2009). In-patient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *The British Journal of Psychiatry, 194*(5), 456-463. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051698>
- Johnson, S., Gilbert, H., Lloyd-Evans, B., & Slade, M. (2007). Acute in-patient psychiatry : Residential alternatives to hospital admission. *Psychiatric Bulletin, 31*(7), 262-264. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.011197>
- Johnston, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Ambler, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, S., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., ... Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team : A randomised controlled trial. *The Lancet, 392*(10145), 409-418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31470-3)
- Jones, N., Harrison, J., Aguiar, R., & Munro, L. (2014). Transforming research for transformative change in mental health : Towards the future. *Community psychology and community mental health: Towards transformative change, 351-372*.
- Jouet, E. (2021). Formations aux approches orientées sur le rétablissement en santé mentale : Étude lexicale des perceptions d'un dispositif participatif de formation. *Pédagogie Médicale, 22*(4), 177-188. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021021>
- Jouet, E., Favriel, S., & Greacen, T. (2011). Emilia : Un programme d'empowerment en santé mentale. *Emilia : un programme d'empowerment en santé mentale, 413, 26-28*.
- Jouet, E., Flora, L., & Vergnas, O. L. (2010). *Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse* (Pratiques de Formation - Analyses, p. 82). Université Paris 8.
- Jouet, E., Troisoefus, A., & Las Vergnas, O. (2023). Les savoirs expérientiels en santé mentale : Entre monnaie d'échanges et objets frontières. *Le partenaire, 28*(1), 22-35.
- Jouet, E., Zimmer, F., Damiani, É., Chapeau, M., & Lévy-Bellahsen, D. (2019). Produire des savoirs, construire de nouvelles identités et partager le pouvoir? : Quand les personnes accompagnées forment les professionnels. *Vie sociale, n°25-26*(1), 209. <https://doi.org/10.3917/vsoc.191.0209>
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S., & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? *Sante Publique, Vol. 24*(2), 165-178.
- Kay, P., & Kempton, W. (1984). What Is the Sapir-Whorf Hypothesis? *American Anthropologist, 86*(1), 65-79.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). *Les interactions verbales* (2e éd). A. Colin.
- Khoo, R., McVicar, A., & Brandon, D. (2004). Service user involvement in postgraduate mental health education. Does it benefit practice? *Journal of Mental Health, 13*(5), 481-492. <https://doi.org/10.1080/09638230400006742>

- Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). Exploring the meaning of recovery-oriented care : An action-research study: Meaning of Recovery-Oriented Care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 38-48. <https://doi.org/10.1111/inm.12095>
- Kiesler, C. A. (1982). Mental hospitals and alternative care : Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349-360. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.4.349>
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M., & MacInnes, D. (2022). Peer supported Open Dialogue in the National Health Service : Implementing and evaluating a new approach to Mental Health Care. *BMC Psychiatry*, 22(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03731-7>
- Kirmayer, L. J. (2007). Cultural psychiatry in historical perspective. In D. Bhugra & K. Bhui (Éds.), *Textbook of Cultural Psychiatry* (p. 3-19). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543609.003>
- Kisely, S., Preston, N., Xiao, J., Lawrence, D., Louise, S., Crowe, E., & Segal, S. (2013). An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *Journal of Psychiatric Research*, 47(5), 650-656.
- Klein, A. (2021). Jamais très loin. Les proches, acteurs essentiels de l'histoire de la santé. *Histoire Sociale / Social History*, 54(112), 491-498. <https://doi.org/10.1353/his.2021.0051>
- Klein, A., Guillemain, H., & Thifault, M.-C. (2018). *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social Science & Medicine* (1967), 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)
- Kleinman, A. (2009). Global mental health : A failure of humanity. *The Lancet*, 374(9690), 603-604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61510-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5)
- Koenig, H., & Molinié, M. (2021). Entretien avec Héloïse Koenig. *PSN*, 19(3), 13-24.
- Koenig, M. (2017). Rétablissement dans la schizophrénie et sens de soi. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 726-729. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.001>
- Koenig, M., Castillo, M.-C., Plagnol, A., Marsili, M., Miraglia, S., & Bouleau, J.-H. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : Histoire d'un changement de paradigme. *PSN*, 12(4), 7-27. <https://doi.org/10.3917/psn.124.0007>
- Kohne, A. C. J., de Graauw, L. P., Leenhouts-van der Maas, R., & Van Os, J. (2023). Clinician and patient perspectives on the ontology of mental disorder : A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2023.1081925>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) : A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kovess-Masféty, V., & Villani, M. (2019). Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 55. <https://doi.org/10.3917/rfas.191.0055>
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende psychiatrie. *Centr-ubl f Nerven u Psych*, 27, 433-441.
- Kuhn, W., Bellinger, J., Stevens-Manser, S., & Kaufman, L. (2015). Integration of Peer Specialists Working in Mental Health Service Settings. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 453-458. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9841-0>

- Labey, M., & Noël, C. (2017). Les soins sans contrainte : Politique d'organisation d'un pôle de psychiatrie intégrée dans la cité. *Information psychiatrique*, 93.
- Lafleur, S. (2015). Foucault, la communication et les dispositifs. *Communication*, vol. 33/2. <https://doi.org/10.4000/communication.5727>
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale* (p. 190). Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Lagueux, N. (2011). L'intervention par les pairs, un tandem d'espoir vers le rétablissement. *Revue thématique CREA | PACA-Corse*, 4.
- Lainé, S. (2004). *Management de la différence : Apprivoiser l'interculturel*. AFNOR.
- Laing, R. D. (1969). *La politique de l'expérience. Essai sur l'aliénation et l'oiseau de paradis*. Stock.
- Laing, R. D. (1970). *Le Moi divisé : De la santé mentale à la folie essai*. Stock.
- Lampropoulos, D., Fonte, D., & Apostolidis, T. (2019). La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : Une revue systématique de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 346-363.
- Lapassade, G. (1990). *La méthode ethnographique*. 20, 119-131.
- Las Vergnas, O., Jouet, E., & Renet, S. (2017). Entre reconnaissance des savoirs expérientiels des malades et coopérations réflexives collectives : Un point d'étape bibliométrique. *Politiques de communication*, N° 9(2), 117. <https://doi.org/10.3917/pdc.009.0117>
- Lasègue, C., & Falret, J. (1877). La folie à deux ou folie communiquée. *Archives générales de médecine*, 257-297.
- Latour, B. (2007). Le « pédofil » de Boa Vista. In *Petites leçons de sociologie des sciences* (p. 171-225). La Découverte.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1988). *La Vie de laboratoire : La production des faits scientifiques*. Ed. La Découverte.
- Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Ferreira, N., & Murray, J. (2016). Helping staff to implement psychosocial interventions in care homes : Augmenting existing practices and meeting needs for support: Implementing psychosocial interventions in care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(3), 284-293. <https://doi.org/10.1002/gps.4322>
- LDR. (2017). *La construction des fondations*.
- LDR. (2019). *Rapport qualitatif*.
- LDR. (2020). *Lieu de Répit : Un projet participatif pour une transformation sociale*.
- Le Bonhomme, F., & Le Bras, A. (2020). Les institutions psychiatriques en Europe, XIXème-XXème siècles. In *Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe [en ligne]*.
- Le Bossé, Y. (2005). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment¹. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51. <https://doi.org/10.7202/009841ar>
- Le Cardinal, P., Ethuin, C., & Thibaut, M.-C. (2007). Quand la conquête de la citoyenneté renverse le cycle de la stigmatisation. *L'Information psychiatrique*, 10, 807-814.
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8905.0365>
- Le Floch, C. (2023). La participation réparatrice/reconstituante: *Connexions*, n° 118(2), 59-65. <https://doi.org/10.3917/cnx.118.0059>

- Le Fur, P., Lorand, S., Lucas-Gabrielli, V., & Mousquès, J. (2007). Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : Caractéristiques sociodémographiques et morbidité des patients. In M. Coldefy, *Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France* (p. 223-231). La documentation française.
- Le Quang, G., & Gansel, Y. (2016). Le projet RDoC, catalyseur d'une révolution scientifique en psychiatrie ? *PSN*, 14(3), 31-42. <https://doi.org/10.3917/psn.143.0031>
- LeBlanc, S., & Kinsella, E. A. (2016). Toward Epistemic Justice : A Critically Reflexive Examination of 'Sanism' and Implications for Knowledge Generation. *Studies in Social Justice*, 10(1), 59-78. <https://doi.org/10.26522/ssj.v10i1.1324>
- Lechopier, N. (2013). Recherches participatives et partage de résultats scientifiques. Quels enjeux ? *Bulletin Recherche de l'Institut Français de l'Éducation*, 20, 5.
- Lechopier, N. (2015). Participation des patients à la formation médicale. *Rhizome*, 58, 15.
- Lecomte, Y. (2013). L'évolution des communautés thérapeutiques. In Y. Lecomte & F. Maqueda, *Actualité des communautés thérapeutiques* (p. 7). ERES. <https://doi.org/10.3917/eres.lecom.2013.01.0007>
- Lecomte, Y., & Maqueda, F. (2013a). *Actualité des communautés thérapeutiques*. ERES.
- Lecomte, Y., & Maqueda, F. (2013b). *Actualité des communautés thérapeutiques*. ERES.
- Lecomte, Y., & Maqueda, F. (2013c). *Actualité des communautés thérapeutiques*. Érès éd.
- Leendertse, P., Hirzalla, F., van den Berg, D., Castelein, S., & Mulder, C. L. (2023). Facilitating and hindering factors of personal recovery in the context of Soteria—A qualitative study among people with (early episode) psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197.
- Legrand, J. (2022). L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique. *Genèses*, 127(2), 11-32. <https://doi.org/10.3917/gen.127.0011>
- Lelubre, M., Cassilde, S., & Parazelli, M. (2020). Se construire comme professionnel de la recherche par la rencontre avec les professionnels de terrain : Apports réflexifs au départ du secteur de la lutte contre le sans-abrisme en Belgique francophone. *Écrire le social*, N° 2(1), 48-63. <https://doi.org/10.3917/esra.002.0049>
- Lenoir, Y. (2012). La recherche collaborative entre recherche-action et recherche partenariale : Spécificités et implications pour la recherche en éducation. *Travail et Apprentissages*, 9(1), 14-40.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063-2071. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60239-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60239-6)
- Lévesque, B. (2006). *Le potentiel d'innovation et de transformation de l'économie sociale : Quelques éléments de problématique*. CRISES Québec.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 2(4), 34-46.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics : Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human relations*, 1(1), 5-41.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts* (Harper).
- Lézé, S. (2007). An exploration of the possibility of a sociology of mental health : An historical epistemological examination of the subfield in France. *Journal of Mental Health*, 16(3), 319-331. <https://doi.org/10.1080/09638230701299228>

- Lézé, S. (2008a). Cherry Schrecker, La Communauté. Histoire critique d'un concept dans la sociologie anglo-saxonne. *L'Homme*, 187-188, 482-483. <https://doi.org/10.4000/lhomme.20612>
- Lézé, S. (2008b). Réfléchir l'écho psychotique. Notes sur l'usage de la psychanalyse dans un hôpital de jour pour adolescents. In F. Fernandez, S. Lézé, & H. Marche, *Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé* (p. 289-319). Economica-Anthropos.
- Lézé, S. (2010). *L'autorité des psychanalystes*. Presses universitaires de France.
- Lézé, S. (2013a). Anthropology of mental illness. In A. Scull, *Cultural Sociology of Mental Illness : An A-to-Z Guide*. Sage.
- Lézé, S. (2013b). Qu'est-ce que la psychiatrie aujourd'hui? *L'information psychiatrique*, 89(2), 115-119.
- Lézé, S. (2021a). Anthropologie et psychanalyse. *Anthropen*. <https://doi.org/10.47854/anthropen.vi0.51158>
- Lézé, S. (2021b). Beyond Moralism in Medical Education : The Making of Physician-Anthropologists for the Study of Good Care in France. In I. Martinez & D. W. Wiedman (Éds.), *Anthropology in Medical Education* (p. 53-67). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62277-0_3
- Lézé, S. (2021c). Medicalization and its clinical discontents. *Academia Letters*. <https://doi.org/10.20935/AL992>
- Lieberman, R. P. (2002). Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia : Questions with some answers. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 337-342. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016987>
- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia : A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 245-255. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016897>
- Lichtenberg, P. (2011). The Residential Care Alternative for the Acutely Psychotic Patient. *Psychiatric Quarterly*, 82(4), 329-341. <https://doi.org/10.1007/s11126-011-9176-0>
- Linder, A. (2022). De la contestation à la collaboration : Tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale. *Sociologie*, 1, 43-61.
- Lindgren, I., Falk Hogstedt, M., & Cullberg, J. (2006). Outpatient vs. Comprehensive first-episode psychosis services, a 5-year follow-up of Soteria Nacka. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 405-409. <https://doi.org/10.1080/08039480600937686>
- Lionnet, A.-H. (2014). *Roles des pairs dans le processus de construction identitaire des personnes vivant l'expérience du handicap* (p. 102) [Mémoire de master en santé publique]. Ehesp.
- Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Community alternatives to inpatient admissions in psychiatry. *World Psychiatry*, 18(1), 31-32. <https://doi.org/10.1002/wps.20587>
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). *A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>
- Lloyd-Evans, B., Slade, M., Jagielska, D., & Johnson, S. (2009). Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission : Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 195(2), 109-117. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058347>
- Lochard, Y. (2007). L'avènement des « savoirs expérientiels ». *La Revue de l'Ires*, 55(3), 79. <https://doi.org/10.3917/rqli.055.0079>

- Löffler, W., Kilian, R., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36(03), 105-112.
- Loignon, C., Dupéré, S., Godrie, B., & Leblanc, C. (2018). « Dés-élitiser » la recherche pour favoriser l'équité en santé. Les recherches participatives avec des publics en situation de pauvreté en santé publique. *Éthique publique*, vol. 20, n° 2. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.4058>
- London, J. (2018). *Le peuple d'en bas*. Libretto.
- Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context : A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis*, 4(3), 224-234.
- Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., & Dubois, V. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care : What drives the decision? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 360-365. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0175-2>
- Lorde, A. (2021). Age, Race, Class, and Sex : Women Redefining Difference. In J. Arthur & A. Shapiro (Éds.), *Campus Wars* (1^{re} éd., p. 191-198). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429038556-22>
- Loreto Martínez, M., Jaramillo, A., Santelices, M.-P., & Krause, M. (2009). Psychologie communautaire en Amérique latine : Trajectoire historique et enjeux actuels. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.006>
- Loubières, C., Caria, A., & Arfeuillère, S. (2018). Prendre la parole pour deconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques. *Information psychiatrique*, 94.
- Lovell, A., & Cohn, S. (1998). The elaboration of " choice" in a program for homeless persons labeled psychiatrically disabled. *Human Organization*, 57(1), 8-20.
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>
- Ma, M., Shi, Z., Chen, Y., & Ma, X. (2023). Recovery journey of people with a lived experience of schizophrenia : A qualitative study of experiences. *BMC Psychiatry*, 23(1), 468. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04862-1>
- Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services: *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 276-281. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000074>
- Majerus, B. (2013a). Dire la folie—Expériences de patients psychiatriques (1930-1980). *Les malades dans l'institution psychiatrique au XXe siècle*, 293-302.
- Majerus, B. (2013b). *Parmi les fous : Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. Presses universitaires de Rennes.
- Mandel, L. (2022). *Se rétablir : Une enquête sur le rétablissement en santé mentale*. Exemple.
- Marks, J., Foster, R., Gibson, S. L., Simpson, A., Rinaldi, M., Repper, J., Worner, J., Patel, S., Lucock, M., Ussher, M., White, S., Goldsmith, L., Barlow, S., & Gillard, S. (2021). Development of a peer support intervention to improve the experience and outcomes of discharge from inpatient mental health care : The role of experiential knowledge in a coproduced approach. *BMC Research Notes*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05735-0>

- Marques, A., Saetta, S., & Tartour, T. (2016). Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire: *Revue française des affaires sociales*, 2, 57-74.
<https://doi.org/10.3917/rfas.162.0057>
- Marquis, N., & Moutaud, B. (2020). Les vies de la psychiatrie et la refection de l'ordinaire. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 20, Article 20. <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/6099>
- Marquis, N., & Pesesse, S. (2021). De l'incertitude en santé mentale : Analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 43-67.
- Martensson, L. (1998). *Deprived of Our Humanity*. The Voiceless Movement.
- Martin, A. (2022). Rétablissement en santé mentale, quand l'injonction devient positive: *Rhizome*, N° 83(2), 21-27. <https://doi.org/10.3917/rhiz.083.0021>
- Martin, B., & Franck, N. (2013a). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 21-40.
- Martin, B., & Franck, N. (2013b). Rétablissement et schizophrénie. *EMC Psychiatrie*, 37(290), 63171-63175.
- Marty, L., Franck, N., & Martin, B. (2014). Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères ? : L'intérêt de « l'analyse de récit ». *Pratiques en santé mentale*, 60e année(2), 47-53. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0047>
- Mathieu, G., & Ballesta, J. (2023). *Anti installation* (Building Books).
- Maubant, P., Clénet, J., Roger, L., Mercier, B., Caselles-Desjardins, B., & Gravel, N. (2011). Des obstacles et des zones d'ombre dans l'étude des processus de professionnalisation. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 44(2), 13.
<https://doi.org/10.3917/lse.442.0013>
- Maugiron, P. (2020). Les différentes modalités qui déterminent l'accompagnement par les pairs. *Pratiques en santé mentale*, 66e année(3), 20-25. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0020>
- Mauss, M. (2013). *Sociologie et anthropologie* (Nouvelle éd.). PUF.
- Mauss, M. (2021). *Manuel d'ethnographie*. Payot.
- May, M. (2023). Can people diagnosed as chronically mentally ill speak? *Social Work and Society*, 20(2).
- Mccluskey, I. (2016). Pair praticien en santé mentale. L'émergence d'une nouvelle profession. *Dépendances*, 17.
- McGarvey, D. (2019). *Fauchés : Vivre et mourir pauvre*. Éditions Autrement.
- McKeown, M., Jones, F., Foy, P., Wright, K., Paxton, T., & Blackmon, M. (2016). Looking back, looking forward : Recovery journeys in a high secure hospital: Recovery Journeys. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 234-242. <https://doi.org/10.1111/inm.12204>
- McMillan, D. W., & Chavis, D. M. (1986). Sense of community : A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6-23.
- McMillan, J., Lawn, S., & Delany-Crowe, T. (2019). Trust and Community Treatment Orders. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00349>
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us : Consumers' perspectives. *Community mental health journal*, 36(3), 315-328.
- Mead, S., & Hilton, D. (2007). Voies nouvelles en psychiatrie. Situation de crise et soutien entre pairs. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 83-101. <https://doi.org/10.7202/014540ar>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support : A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>

- Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support : What makes it unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Melon, E. (2022). Accompagner le changement des pratiques professionnelles en direction des personnes à la rue. In N. Chambon, P. Estecahandy, É. Gilliot, & M. Hennin, *La politique du logement d'abord en pratique* (Les presses de Rhizome).
- Mendras, H. (2016). *Éléments de sociologie* (Nouv. éd. refondue). Armand Colin.
- Menninger, K. A. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.
- Meriaux, M., & Denis, J. (2022). Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques: *Recherche en soins infirmiers*, 148(1), 79-88.
<https://doi.org/10.3917/rsi.148.0079>
- Meriaux, M., Denis, J., Michel, V., & Hendrick, S. (2019). Accueillir le patient en crise aux urgences psychiatriques : Étude du vécu subjectif. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(6), 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.03.011>
- Meriaux, M., Hendrick, S., & Denis, J. (2021). Accueil et clinique de crise : Conceptualisation d'un processus au cœur des soins en santé mentale. *Thérapie Familiale, Vol. 42*(3), 225-245.
<https://doi.org/10.3917/TF.213.0225>
- Merton, R. K. (1968). The Matthew effect in science : The reward and communication systems of science are considered. *Science*, 159(3810), 56-63.
- Michalak, E. E., Jones, S., Lobban, F., Algorta, G. P., Barnes, S. J., Berk, L., Berk, M., Hole, R., Lapsley, S., Maxwell, V., Milev, R., McManamy, J., Murray, G., Tohen, M., Tse, S., Sanchez de Carmona, M., Johnson, S. L., Engagement, I. T. on C., & CREST.BD. (2016). Harnessing the potential of community-based participatory research approaches in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s40345-016-0045-5>
- Minard, M. (2009a). L'expérience de Rosenhan. *Sud/Nord*, 24(1), 73-78.
<https://doi.org/10.3917/sn.024.0073>
- Minard, M. (2009b). Robert Spitzer et le diagnostic homosexualité du DSM-II. *Sud/Nord*, 24(1), 79.
<https://doi.org/10.3917/sn.024.0079>
- Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties : A Review of the Literature. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8(1), 22-29. <https://doi.org/10.2174/1745017901208010022>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple : Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Monceau, G., Soulière, M., & Fortuna, C. M. (2020). Aliénation et émancipation en recherche, détour par la santé mentale et la recherche « avec ». *Questions vives recherches en éducation, N° 33*. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.4646>
- Montenegro, C. R. (2018). 'Are You a Radical Now?' Reflecting on the Situation of Social Research(ers) in the Context of Service-User Activism in Mental Health. *Journal of Social and Political Psychology*, 6(2), 661-676. <https://doi.org/10.5964/jspp.v6i2.924>
- Mooney, R., Dempsey, C., Brown, B. J., Keating, F., Joseph, D., & Bhui, K. (2023). Using participatory action research methods to address epistemic injustice within mental health research and the mental health system. *Frontiers in Public Health*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1075363>
- Morales Cano, G., & Wooley, S. (2016). Perspectives for public policies in mental health. Sick or well – a citizen first : The (Ex-)User/Survivor Voice in Democracy. *L'information psychiatrique*, 92(9), 723-730. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1547>

- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery : A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal, 49*(3), 281-291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>
- Moreau, D. (2011). Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : Le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie. *Revue Sociologie Santé, 33*, 29-47.
- Moreau, D. (2015). *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives de l'intervention psychiatrique après l'asile* [Thèse de sociologie]. Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Moreau, D. (2017). Limiter la contrainte ? Usages et regulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *Information psychiatrique, 93*.
- Moreau, D. (2022). La coordination de l'accompagnement en sante mentale : Perte du monopole psychiatrique et nouvelle place des personnes accompagnées. *Sciences Sociales et Santé, 40*(3), 67-74.
- Moreau, D., & Marques, A. (2020). Programmes de soins : Quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital. *L'Information psychiatrique, 96*.
- Morgan, A., & Felton, A. (2013). From constructive engagement to coerced recovery. In *Madness contested : Power and practice*. PCCS Books Ltd.
- Mosher, L. R. (1999). Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization : A Personal and Professional Review. *The Journal of Nervous & Mental Disease, 187*(3), 142-149. <https://doi.org/10.1097/00005053-199903000-00003>
- Mosher, L. R., Hendrix, V., & Fort, D. C. (2004). *Soteria : Through madness to deliverance*. L.R. Mosher.
- Mosher, L. R., Menn, A., & Matthews, S. M. (1975). Soteria : Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry, 45*(3), 455.
- Mosher, L. R., Reifman, A., & Menn, A. (1973). Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. *Psychiatric Services, 24*(6), 391-396.
- Mosher, L. R., Vallone, R., & Menn, A. (1995). The Treatment of Acute Psychosis Without Neuroleptics : Six-Week Psychopathology Outcome Data From the Soteria Project. *International Journal of Social Psychiatry, 41*(3), 157-173. <https://doi.org/10.1177/002076409504100301>
- Mougeot, F. (2017). Le travail des soignants de la psychiatrie française à l'épreuve du New Public Management: *Empan, n° 107*(3), 65-70. <https://doi.org/10.3917/empa.107.0065>
- Mougeot, F. (2020a). La déstructuration d'un groupe professionnel. *Savoir/Agir, N°52*(2), 75. <https://doi.org/10.3917/sava.052.0075>
- Mougeot, F. (2020b). L'emprise en psychiatrie : Permanence et métamorphose: *Nouvelle revue de psychosociologie, N° 29*(1), 185-194. <https://doi.org/10.3917/nrp.029.0185>
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers : First-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 25*(4), 397-411. <https://doi.org/10.1007/BF02287510>
- Murphy, S., Irving, C. B., Adams, C. E., & Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001087.pub4). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub4>

- Naudin, J., Mendzat, R., & Bouloudnine, S. (2016). Ulice : De la mobilité à la flexibilité. Un point de vue phénoménologique. *L'information psychiatrique*, 92, 373-380.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1486>
- Neff, M. (2018). Usages de drogues au féminin et production du savoir académique: *Déviance et Société*, Vol. 42(3), 569-595. <https://doi.org/10.3917/ds.423.0569>
- Niard, C., Maugiron, P., & Franck, N. (2020). Le pair-aidant professionnel : Un nouvel acteur pour de nouvelles réponses. *Rhizome*, 7576(1), 17-26.
- Ninacs, W. A. (2003). Empowerment : Cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. *La clé: La coopérative de consultation en développement*, 26.
- Noorani, T. (2013). Service user involvement, authority and the 'expert-by-experience' in mental health. *Journal of Political Power*, 6(1), 49-68.
<https://doi.org/10.1080/2158379X.2013.774979>
- Norton, M. J. (2023). Peer support working : A question of ontology and epistemology? *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00570-1>
- Norton, M. J., & McLaughlin, M. (2022). Fusion of Clinical and Lived Experiences of Psychosis : Lessons Learned and Implications for Future Clinical Teaching. *Psychiatry International*, 3(4), Article 4. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3040023>
- Novere, M. L., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Marston, L., Ambler, G., Clarke, C. S., Osborn, D., Lamb, D., & Hunter, R. M. (2023). Cost-effectiveness of peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team : Methodological challenges and recommendations. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1031159>
- Nowak, I., Switaj, P., & Anczewska, M. (2015). Recovery-Oriented Services—The Role of Training in Transformation. In *Bulgarian Comparative Education Society*. Bulgarian Comparative Education Society.
- Nytingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International journal of law and psychiatry*, 49, 147-153.
- Ocloo, J., Goodrich, J., Tanaka, H., Birchall-Searle, J., Dawson, D., & Farr, M. (2020). The importance of power, context and agency in improving patient experience through a patient and family centred care approach. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1186/s12961-019-0487-1>
- Ogien, A. (1989). *Le Raisonnement psychiatrique : Essai de sociologie analytique*. Méridiens Klincksieck.
- Oldenhove, E. (2013). L'institution comme lieu. In Y. Lecomte & F. Maqueda, *Actualité des communautés thérapeutiques* (p. 95). ERES.
<https://doi.org/10.3917/eres.lecom.2013.01.0095>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, 71-109.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), 417-445. <https://doi.org/10.2307/3322540>
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue : Fidelity criteria*. The University of Massachusetts Medical School.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery : A review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9.

- Onken, S. J., Dumont, J. M., Ridgway, P., Dornan, D. H., & Ralph, R. O. (2002). Mental health recovery : What helps and what hinders? A national research project for the development of recovery facilitating system performance indicators. *Prepared for National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, National Association of State Mental Health Program Directors.*
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale : Transformer la santé mentale pour tous : vue d'ensemble.* Organisation mondiale de la Santé.
- Orsucci, F., & Tschacher, W. (2022). Complexity Science in Human Change : Research, Models, Clinical Applications. *Entropy*, 24(11), 1670. <https://doi.org/10.3390/e24111670>
- Ostrow, L., & Croft, B. (2014). *Toolkit for evaluating peer respites.*
- Ostrow, L., & Croft, B. (2015). Peer Respite : A Research and Practice Agenda. *Psychiatric Services*, 66(6), 638-640. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400422>
- Ouattara, F., & Zongo, S. (2018). La socio-anthropologie dans un projet d'intervention en santé. Les restitutions sont-elles nécessaires à l'application? *Revue internationale des études du développement*, 4(236), 163-187. <https://doi.org/10.3917/ried.236.0163>
- Pachoud, B. (2017). Pourquoi la visée du rétablissement en santé mentale implique une priorisation de la dimension éthique ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(9), 816-820. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.005>
- Pagès, M. (1975). *La vie affective des groupes : Esquisse d'une théorie de la relation humaine* (2. éd). Dunod.
- Palma Villalobos, N. (2018). *Evaluation des effets de la mise en place d'une gouvernance sociocratique au sein d'un projet alternatif aux urgences psychiatriques et aux hospitalisations sous contraintes* [Mémoire de master en santé publique]. Aix-Marseille Université.
- Paoli, B. (2022). Peut-on se passer de l'hôpital psychiatrique ? : De l'approche économique à l'expérience clinique en psychiatrie adulte. *Pratiques en santé mentale*, 68(1), 39-46. <https://doi.org/10.3917/psm.221.0039>
- Parizot, S., & Sicard, M. (2014). Antipsychiatries n° 10. *L'information psychiatrique*, 9, 777-788.
- Parnas, J. (2013). *On psychosis : Karl Jaspers and beyond* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199609253.003.0014>
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician : A sociological perspective. *American Journal of orthopsychiatry*, 21(3), 452.
- Pasquier, S., & Rémy, J. (2008). Être soi peut-il être professionnel ? Le cas des médiateurs sociaux. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.1443>
- Paulay-Kocak, S. (2008). *Enjeux de l'éducation en santé communautaire : Des apories conceptuelles aux conflits de l'éducateur-facilitateur : le cas singulier de l'action avec des personnes consommant des substances psychoactives et personnes ayant des pratiques prostitutionnelles sur Marseille* [Thèse en sciences de l'éducation]. Aix-Marseille Université.
- Peljak, D. (2016). Empowerment en santé mentale : Pour une évolution du droit sanitaire français. *Revue française des affaires sociales*, 2, 75-88.
- Pelletier, J.-F. (2019). The transcendent voice of recovery mentors in mental health : A philosophical reflection. *AIMS Public Health*, 6(2), 135-142. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.2.135>

- Pelletier, J.-F., Davidson, L., Giguère, C.-É., Franck, N., Bordet, J., & Rowe, M. (2020). Convergent and Concurrent Validity between Clinical Recovery and Personal-Civic Recovery in Mental Health. *Journal of Personalized Medicine*, 10(163), 163. <https://doi.org/10.3390/jpm10040163>
- Pentecouteau, H. (2020). Comment chercher ensemble ? De l'utilité sociale des sciences humaines et sociales. *Éducation permanente*, 225(2020-4). <https://hal.science/hal-03020689>
- Peoc'h, M., Trichet, Y., & Druel, G. (2019). Rétablissement subjectif dans la schizophrénie : Nouveauté ou renouveau ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(8), 781-787. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.017>
- Pereira Paulo, L., & Tourette-Turgis, C. (2014). De l'accès à l'expérience des malades à la professionnalisation de leurs activités : Reconnaître le care produit par les malades: *Le sujet dans la cité*, N° 5(2), 150-159. <https://doi.org/10.3917/lstdc.005.0149>
- Perkins, D. (2007). *Making it work : Promoting participation of job seekers with multiple barriers through the Personal Support Programme*. Brotherhood of St Laurence.
- Perry, J. W. (1976). *Le voyage symbolique*. Aubier Montaigne.
- Pestre, D. (2006). *Introduction aux science studies*. la Découverte.
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression : A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002>
- Pilgrim, D. (2008). 'Recovery' and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 295-304. <https://doi.org/10.1177/1742395308097863>
- Pilgrim, D., & Waldron, L. (1998). User involvement in mental health service development : How far can it go? *Journal of Mental Health*, 7(1), 95-104. <https://doi.org/10.1080/09638239818373>
- Pinel, J.-P. (2018). Le contre-transfert dans la clinique institutionnelle. Controverses et débats. *Le Coq-héron*, 235(4), 124-133. <https://doi.org/10.3917/cohe.235.0124>
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*.
- Pinell, P. (2002). *Une épidémie politique : La lutte contre le SIDA en France, 1981-1996*. Presses universitaires de France.
- Piot, M.-A. (2010). Le diagnostic en psychiatrie: In *Traité de bioéthique* (p. 360-373). Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.hirsc.2010.02.0360>
- Pols, A. J. (2004). *Good care : Enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. [Thèse de doctorat]. Universiteit Twente.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). The Montreal model : The challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Sante Publique*, 1(HS), 41-50.
- Popay, J., Whitehead, M., Ponsford, R., Egan, M., & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities I : Theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promotion International*, 36(5), 1253-1263. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa133>
- Poremski, D., Kuek, J. H. L., Yuan, Q., Li, Z., Yow, K. L., Eu, P. W., & Chua, H. C. (2022). The impact of peer support work on the mental health of peer support specialists. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00561-8>
- Porter, R. (1985). The patient's view. *Theory and society*, 14(2), 175-198.
- Pourtois, J.-P., Desmet, H., de Mons, U., & Humbeek, B. (2013). La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. *Recherches qualitatives, Hors-série*(15), 25-35.

- Provencher, H., Gagné, C., & Legris, L. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : Points de vue de divers acteurs*. Université de Laval.
- Quillierou, B., & Bouchard, J.-P. (2018). Les urgences psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(8), 831-836. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.011>
- Quivy, R., & van Campenhoudt, L. (1997). *Manuel de recherche en sciences sociales* (2. éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Rabeharisoa, V., & Callon, M. (2002). L'engagement des associations de malades dans la recherche. *Revue internationale des sciences sociales*, 171(1), 65. <https://doi.org/10.3917/riss.171.0065>
- Rabeyron, T. (2020). Le paradigme clinique du jeu : Son évaluation et sa modélisation dans le champ des psychothérapies psychanalytiques. *Bulletin de psychologie, Numéro 566(2)*, 83-98. <https://doi.org/10.3917/bupsy.566.0083>
- Rabier, C. (2016). Le carrefour thérapeutique : Médecine, techniques et pouvoirs dans l'Europe moderne. *Artefact*, 4(4), 83-95. <https://doi.org/10.4000/artefact.342>
- Rabier, C. (2022). Savant-es et politiques contre l'« islamogauchisme » (2). Le fantôme de Raymond Aron. *Mouvements*, 112(4), 36-47. <https://doi.org/10.3917/mouv.112.0036>
- Raffard, Q. (2020). Une clinique du quotidien. *Canal Psy*. <https://doi.org/10.35562/canalpsy.389>
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2006). *The strengths model : Case management with people with psychiatric disabilities, 2nd ed.* Oxford University Press.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention : Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>
- Read, J., & Sacia, A. (2020). Using Open Questions to Understand 650 People's Experiences With Antipsychotic Drugs. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 896-904. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa002>
- Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work : Challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health*, 25(1), 78-86. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322>
- Repper, J. (2013). *Peer support workers : A practical guide to implementation (ImROC)*. Centre for Mental Health.
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). *Peer support workers : Theory and practice*. Citeseer.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rhenter, P. (2014). L'ambiguïté du mandat social de la psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(1), 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.12.006>
- Rhenter, P., Moreau, D., Laval, C., Mantovani, J., Albisson, A., Suderie, G., French Housing First Study Group, Boucekine, M., Tinland, A., Loubière, S., Greacen, T., Auquier, P., & Girard, V. (2018). Bread and Shoulders : Reversing the Downward Spiral, a Qualitative Analyses of the Effects of a Housing First-Type Program in France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 520. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030520>
- Rhodes, L. A. (1991). *Emptying beds : The work of an emergency psychiatric unit*. Univ of California Press.
- Rhodes, P., & De Jager, A. (2014). Narrative studies of recovery : A critical resource for clinicians. *Clinical Psychologist*, 18(3), 99-107. <https://doi.org/10.1111/cp.12021>

- Ridgway, P. (2001). Restorying psychiatric disability : Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24(4), 335.
- Robcis, C. (2021). *Disalienation : Politics, Philosophy, and Radical Psychiatry in Postwar France*. University of Chicago Press.
- Robert, J. (2018). *La circulation des savoirs au Lieu de répit projet communautaire d'accueil de crise psychique* [Mémoire de master en psychologie sociale de la santé]. Aix-Marseille Université.
- Robin, M., Pochard, F., Ampélas, J.-F., Kannas, S., Bronchard, M., Mauriac, F., Bisson, F., Meppen, S., & Pastour, N. (2001). Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France: *Thérapie Familiale*, Vol. 22(2), 153-168. <https://doi.org/10.3917/TF.012.0133>
- Roelandt, J.-L. (2022). Santé mentale et soins ambulatoires, l'avenir dure longtemps ? *ADSP*, 118, 4.
- Roelandt, J.-L., Staedel, B., Rafael, F., Marsili, M., & Francois, G. (2015). *Programme médiateurs de santé / pairs* (p. 60). CCOMS.
- Rogers, C. R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*.
- Rogers-Shaw, C., Choi, J., & Carr-Chellman, D. (2021). Understanding and Managing the Emotional Labor of Qualitative Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 22(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-22.3.3652>
- Romme, M., & Escher, A. D. M. A. C. (1989). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>
- Romme, M., & Escher, S. (2006). Trauma and hearing voices. *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*, 162-192.
- Romme, M., & Escher, S. (2019). Empowering people who hear voices. In *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (p. 137-150). Routledge.
- Rosenfield, P. L. (1992). The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science & Medicine*, 35(11), 1343-1357. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90038-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90038-R)
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.
- Ross, K. (2017). Making Empowering Choices : How Methodology Matters for Empowering Research Participants. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 18(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-18.3.2791>
- Rossi, A., Amore, M., Galderisi, S., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amodeo, G., Bellomo, A., Bucci, P., Buzzanca, A., Carpiniello, B., Comparelli, A., Dell'Osso, L., di Giannantonio, M., Mancini, M., Marchesi, C., Monteleone, P., Montemagni, C., Oldani, L., ... Maj, M. (2018). The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.040>
- Rossiter, M. W. (1993). The Matthew Matilda effect in science. *Social studies of science*, 23(2), 325-341.
- Rousseau, S. Bégin, G., David, N. & Perron-Roach, D. (2012). Le Plan d'action individualisé de rétablissement (PAIR) : un outil personnel favorisant le pouvoir d'agir sur sa vie. *XVIème Colloque AQRP*.
- Rullac, S. (2018). Recherche Action Collaborative en travail social : Les enjeux épistémologiques et méthodologiques d'un bricolage scientifique. *Pensée plurielle*, 48(2), 37. <https://doi.org/10.3917/pp.048.0037>
- Rullac, S. (2021). Les perspectives de l'innovation en travail social: *Empan*, n° 122(2), 145-152. <https://doi.org/10.3917/empa.122.0145>

- Russo, J. (2012). Survivor-controlled research : A new foundation for thinking about psychiatry and mental health. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), 29.
- Saetta, S., Coldefy, M., Degry, J., Lanquetin, J.-P., McCardell, A., Moreau, D., Mougeot, F., Quenum, Y., Ropers, P., Rohr, Loïc., Rostirolla, D., & Velpy, L. (2023). PLAID-Care : Une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005>
- Saget, E., & Caria, A. (2020). *Cartographie des acteurs produisant des contenus web sur les troubles psychiques*. Psycom.
- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2008.03.005>
- Sanders, P., & Berthoud, L. (2019). La schizophrénie n'est pas une maladie: *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, n° 27(1), 63-86. <https://doi.org/10.3917/acp.027.0063>
- Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E., & Priebe, S. (2015). Reciprocity in therapeutic relationships : A conceptual review: Reciprocity in Therapeutic Relationships. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 460-470. <https://doi.org/10.1111/inm.12160>
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É., & Staes, B. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques*, 67, 183-199. <https://doi.org/10.7202/1013023ar>
- Sartor, C. (2023). Mental health and lived experience : The value of lived experience expertise in global mental health. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e38.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2023.24>
- Schaefer, B., Boumans, J., Os, J. van, & Weeghel, J. van. (2021). Emerging Processes Within Peer-Support Hearing Voices Groups : A Qualitative Study in the Dutch Context. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.647969>
- Schatzman, L., & Strauss, A. (1966). A Sociology of Psychiatry : A Perspective and Some Organizing Foci. *Social Problems*, 14(1), 3-16. <https://doi.org/10.2307/799027>
- Schmoll, S., Boyer, L., Henry, J.-M., & Belzeaux, R. (2015). Patients récurrents aux urgences psychiatriques : Analyse démographique et clinique. *L'Encéphale*, 41(2), 123-129.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.01.002>
- Schöttle, D., Schimmelmann, B. G., Ruppelt, F., Bussopulos, A., Frieling, M., Nika, E., Nawara, L. A., Golks, D., Kerstan, A., Lange, M., Schödlbauer, M., Daubmann, A., Wegscheider, K., Rohenkohl, A., Sarikaya, G., Sengutta, M., Luedecke, D., Wittmann, L., Ohm, G., ... Lambert, M. (2018). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders : Four-year follow-up of the ACCESS II study. *PLoS ONE*, 13(2), e0192929.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929>
- Schrecker, C. (2007). Le concept de communauté dans la sociologie anglo-saxonne. *Diversité*, 150(1), 57-64.
- Scull, A. (2013). *Cultural Sociology of Mental Illness : An A-to-Z Guide*. SAGE Publications.
- Sedan-Miegemolle, M., Grard, J., & Vassy, C. (2022). L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : Espoirs, ressources et limites. *L'Information Psychiatrique*, 98(4), 286-292. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2411>

- Seekins, T., & White, G. W. (2013). Participatory Action Research Designs in Applied Disability and Rehabilitation Science : Protecting Against Threats to Social Validity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1), S20-S29. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.033>
- Segard, E. (2022). *Le transfert des innovations dans le domaine du handicap – Quelles approches opérationnelles pour soutenir le transfert sur le terrain ?* FIRAH.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy : Voices in the present moment. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478-491. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Holma, J., & Rasinkangas, A. (2003). *Open Dialogue Approach : Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia*. 27.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland : II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>
- Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis : Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation : Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44(4), 461-475. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x>
- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine : Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2007). *Faire du rétablissement une réalité* (p. 29). Centre for Mental Health.
- Sherman, P. S., & Porter, R. (1991). Mental health consumers as case management aides. *Psychiatric Services*, 42(5), 494-498.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., Benesch, T., Schulze, B., & Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European psychiatry*, 26(1), 28-33.
- Sicard, M., & Parizot, S. (2014). Interview d'Alain Riesen. *L'information psychiatrique*, 90(6), 493. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9006.0493>
- Sicot, F. (2019). *Les parcours de soins en psychiatrie au prisme d'une analyse sociologique*. l'Harmattan.
- Sicot, F., & Manuello, P. (2022). Innover par-delà le secteur ? État des lieux d'un dispositif réactif de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'information psychiatrique*, 98(3), 165-171. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2391>
- Sigaud, T., Gay, A., Granet, C., & Massoubre, C. (2015). Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(2), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.06.006>
- Silverman, J. (1967). Shamans and acute schizophrenia. *American Anthropologist*, 69(1), 21-31. <https://doi.org/10.1525/aa.1967.69.1.02a00030>
- Simon, B. (2012). Le management face aux crises : La représentation d'un sujet défaillant. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1), 181-193. <https://doi.org/10.3917/nrp.013.0181>

- Skalli, L., & Nicole, L. (2011). Programmes pour premiers épisodes psychotiques : Une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 37, S66-S76.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.08.004>
- Skar-Frøding, R., Clausen, H., Šaltytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & S. Heiervang, K. (2022). Associations between personal recovery and service user-rated versus clinician-rated clinical recovery, a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 42.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03691-y>
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>
- Solomon, P., & Draine, J. (1995a). One-year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Evaluation Review*, 19(3), 256-273.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995b). The efficacy of a consumer case management team : 2-year outcomes of a randomized trial. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 135-146. <https://doi.org/10.1007/BF02518754>
- Solomon, P., & Draine, J. (1998). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. *New directions for mental health services*, 1998(79), 65-77.
- Solomon, P., Draine, J., & Delaney, M. A. (1995). The working alliance and consumer case management. *The journal of mental health administration*, 22(2), 126-134.
- Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C., Williams, S. E., Fox, A., & Vancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia : A systematic review and thematic synthesis. *Journal of Mental Health*, 24(2), 103-110.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.998811>
- Spandler, H., & Calton, T. (2009). Psychosis and human rights : Conflicts in mental health policy and practice. *Social Policy and Society*, 8(2), 245-256.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 327-336.
<https://doi.org/10.1080/0954026021000016978>
- Stastny, P., Lovell, A. M., Hannah, J., Goulart, D., Vasquez, A., O'Callaghan, S., & Pūras, D. (2020). Crisis Response as a Human Rights Flashpoint. *Health and Human Rights*, 22(1), 105-119.
- Steffen, G., Sedooka, A., Paulsen, T., & Darbellay, F. (2015). Pratiques langagières et plurilinguisme dans la recherche interdisciplinaire : D'une perspective mono à une perspective pluri. *Questions de communication*, 27, 323-352.
<https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.9862>
- Stiegler, B., & Alla, F. (2022). *Santé publique année zéro*. Gallimard.
- St-Onge, M. (2017). Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois. *Rhizome*, 65-66(3), 31. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0031>
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Ed. L'Harmattan.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1990). Grounded theory research : Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucker, R., Danuta, E., & Sabshin, M. (2017). *Psychiatric Ideologies and Institutions* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315127613>
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R., & Sabshin, M. (1963). The hospital and its negotiated order. In E. Friedson (Éd.), *The Hospital in Modern Society*. Free Press.
- Sullivan, H. S. (1962). Schizophrenia as a human process. *W. W. Norton*.

- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2003). Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(4), 473-491.
- Szasz, T. (1975). *Le mythe de la maladie mentale* (D. Berger, Trad.). Payot.
- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168-175. <https://doi.org/10.1192/apt.11.3.168>
- Tartour, T. (2022). Comment les injections retard de neuroleptique contribuent à chroniciser la schizophrénie ?. *Séminaire IRIS, Dimension sociale des troubles psychiques*, 8 mars 2022
- Tekin, S. (2014). The missing self in Hacking's looping effects. In H. Kincaid & J. A. Sullivan, *Classifying Psychopathology : Mental Kinds and Natural Kinds*.
- Thériault, J., Lord, M.-M., Briand, C., Piat, M., & Meddings, S. (2020). Recovery colleges after a decade of research : A literature review. *Psychiatric Services*, 71(9), 928-940.
- Thomas, P. (2013). Soteria : Contexts, practice, and philosophy. In *Madness Contested : Power and Practice* (p. 141-158). PCCS Books Herefordshire, United Kingdom.
- Thomas, P., & Longden, E. (2013). Madness, childhood adversity and narrative psychiatry : Caring and the moral imagination. *Medical Humanities*, 39(2), 119-125. <https://doi.org/10.1136/medhum-2012-010268>
- Thompson, E. P. (1971). The Moral Economy of the English Crowd in the Eighteenth Century. *Past & Present*, 50, 76-136.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A. A., Baker, S., Brohan, E., Chammay, R. el, Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- 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.
- Tinland, A., Loubière, S., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., Girard, V., & Auquier, P. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness : A randomised controlled trial. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29(e169), 1-11.
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., & Auquier, P. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness : A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 79(8), 752-759.
- Tondora, J., O'Connell, M., Miller, R., Dinzeo, T., Bellamy, C., Andres-Hyman, R., & Davidson, L. (2010). A clinical trial of peer-based culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clinical Trials: Journal of the Society for Clinical Trials*, 7(4), 368-379. <https://doi.org/10.1177/1740774510369847>
- Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : Une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades: *Le sujet dans la cité*, 4(2), 173-185. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.004.0173>
- Trachtenberg, M., Parsonage, M., Shepherd, G., & Boardman, J. (2013). *Peer support in mental health care : Is it good value for money?* Centre for Mental Health.
- Troisoeufs, A. (2012a). *Le passage en actes : Du malade mental à la personne liminaire*. 548.

- Troisoeufs, A. (2012b). *Le passage en actes : Du malade mental à la personne liminaire : Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie* [These de doctorat en ethnologie]. Université Paris Descartes.
- Troisoeufs, A. (2020a). « Jouer aux normaux entre malades ». Expériences des troubles psychiques et normalités négociées dans les groupes d'entraide mutuelle. *Anthropologie & Santé*, 20. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6101>
- Troisoeufs, A. (2020b). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : Quelles figures de la pair-aidance en santé? *Rhizome*, 1, 27-36.
- Tzanakis, M. (2014). Gérer son « soi souffrant » : Pédagogie d'autonomie et expérience psychiatrique. *Socio-logos*, 9. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2872>
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors : A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113068>
- Vallerie, B., & Le Bossé, Y. (2006). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : De son expérimentation à son enseignement: *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, Vol. 39(3), 87-100. <https://doi.org/10.3917/lse.393.0087>
- Van Trier, W. E. (1980). La recherche-action. *Déviance et société*, 4(2), 179-193. <https://doi.org/10.3406/ds.1980.1758>
- van Sambeek, N., Baart, A., Franssen, G., van Geelen, S., & Scheepers, F. (2021). Recovering Context in Psychiatry : What Contextual Analysis of Service Users' Narratives Can Teach About Recovery Support. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Vanthuyne, K. (2008). Souffrance sociale en paroles. Aménager des espaces de parole pour les personnes aux prises avec la folie. In L. Blais, *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale* (p. 37-52). Presses de l'Université Laval.
- Védie, C., Lagier, F., & Fernández, V. I. (2023). L'ouverture des services en psychiatrie : Effets et paradoxes. *L'Évolution Psychiatrique*, 88(2), 225-235. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2023.03.008>
- Veit, C. (2018a). Ce que Mary Barnes nous enseigne de la pair aidance. *L'information psychiatrique*, 94.
- Veit, C. (2018b). Penser le « droit de cité » à la lumière (et à l'ombre) de l'antipsychiatrie anglaise: *Pratiques en santé mentale*, 64e année(2), 45-49. <https://doi.org/10.3917/psm.182.0045>
- Velpry, L. (2008). *Le quotidien de la psychiatrie : Sociologie de la maladie mentale*. Armand Colin.
- Velpry, L. (2009). Violences, troubles psychiques et société. *Regards sur l'actualité: mensuel de la vie publique en France*, 354, 22-35.
- Velpry, L. (2014). Aller mieux avec des troubles psychiques. *Santé Mentale*, 191.
- Velpry, L. (2019). Rencontres avec l'enfermement. Une réflexion sur le soin en psychiatrie. *Empan*. <https://doi.org/10.3917/empa.114.0044>
- Vermersch, P. (1991). L'entretien d'explicitation. *Les cahiers de Beaumont*, 52bis-53, 63-70.
- Very, E., Moncany, A. H., Yroni, A., Marquet, T., Bui, E., & Schmitt, L. (2018). Facteurs de satisfaction et d'épuisement des psychiatres aux urgences. *L'Encéphale*, 44(2), 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.10.001>
- Vial, M. (2012). *Se repérer dans les modèles de l'évaluation : Méthodes - Dispositifs - Outils*. De Boeck.

- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : Se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 736-740.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.006>
- Villeneuve, C. (2018). Les situations de crise. In *L'intervention en santé mentale : Le pouvoir thérapeutique de la famille* (p. 79-89). Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.4000/books.pum.14469>
- von Buelzingsloewen, I. (2009). *L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*. Flammarion.
- von Buelzingsloewen, I. (2013). Quels(s) malade(s) pour quel asile ? Le débat sur l'internement psychiatrique dans la France de l'entre-deux-guerres. In L. Guignard, H. Guillemain, & S. Tison, *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIXe-XXe siècles)* (p. 263). Presses universitaires de Rennes.
- von Buelzingsloewen, I. (2015). Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie. *Le Mouvement social*, 253, 3. <https://doi.org/10.3917/lms.253.0003>
- von Buelzingsloewen, I. (2020). *Réalité et représentations de l'hospitalisation contrainte en psychiatrie : Un détour par l'histoire*. LEH Editions.
- von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., & Puras, D. (2019). Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 387.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00387>
- Voronka, J., Wise Harris, D., Grant, J., Komaroff, J., Boyle, D., & Kennedy, A. (2014). Un/Helpful Help and Its Discontents : Peer Researchers Paying Attention to Street Life Narratives to Inform Social Work Policy and Practice. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 249-279.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2013.875504>
- Wagner, C. S., Roessner, J. D., Bobb, K., Klein, J. T., Boyack, K. W., Keyton, J., Rafols, I., & Börner, K. (2011). Approaches to understanding and measuring interdisciplinary scientific research (IDR) : A review of the literature. *Journal of Informetrics*, 5(1), 14-26.
<https://doi.org/10.1016/j.joi.2010.06.004>
- Waha, S. (2021). Pair-aidance : De l'ombre à la clarté: *La Revue Nouvelle*, N° 6(6), 54-63.
<https://doi.org/10.3917/rn.216.0054>
- Wallcraft, J., Read, J., & Sweeney, A. (2003). *On our own terms : Users and survivors of mental health services working together for support and change*. Sainsbury Centre for Mental Health London.
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research : The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S40-S46.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>
- Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 374-380. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c920b>
- Watzlawick, P., Beavin, J. B., & Jackson, D. D. A. (1972). *Une Logique de la communication*. Éditions du Seuil.
- Watzlawick, P., & Weakland, J. H. (Éds.). (1981). *Sur l'interaction : Travaux du Mental Research Institute Palo Alto, 1965-1974*. Éd. du Seuil.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., & Furlan, P. (1981). *Changements : Paradoxes et psychothérapie*. Éditions du Seuil.

- Weber, F., & Chevance, A. (2020). Perspectives méthodologiques comparées sur l'entretien clinique et la relation ethnographique avec des personnes suivies en psychiatrie. *Anthropologie et Santé*, 20, 5921. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5921>
- Weber, K. (2014). Eugen Bleuler (30 avril 1857-15 juillet 1939). *Le Coq-héron*, n° 218(3), 38-40. <https://doi.org/10.3917/cohe.218.0038>
- Weller, J.-M. (1998). Abuse-t-on de la notion de relation de service. *Education permanente*, 137, 9-21.
- Wharton, A. S. (2009). The Sociology of Emotional Labor. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 147-165. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115944>
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., Sin, J., & Gillard, S. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services : A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 534. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02923-3>
- Whorf, B. L. (1950). An American Indian model of the universe. *International Journal of American Linguistics*, 16(2), 67-72.
- Winnicott, D. W. (2018). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.
- Wittezaele, J.-J., & García-Rivera, T. (2006). *À la recherche de l'école de Palo Alto* (Nouvelle éd.). Seuil.
- Wolf, T., Fabel, P., Kraschewski, A., & Jockers-Scherübl, M. C. (2021). From Wish to Reality : Soteria in Regular Care—Proof of Effectiveness of the Implementation of Soteria Elements in Acute Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685779>
- Wong, E. C., Collins, R. L., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M. S., & Roth, E. (2019). Associations between provider communication and personal recovery outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2084-9>
- Wooley, S. (2017). Vers un rétablissement basé sur la justice sociale ? *Rhizome*, 65-66(3-4), 22-24. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0022>
- Wooley, S. (2020). Un changement de paradigme en route grâce a un regard éclairé par les droits humains. *Information psychiatrique*, 96.
- World Health Organisation. (2021). *Guidance and technical packages on community mental health services* [Promoting person-centred and rights-based approaches]. World Health Organisation.
- Ximena López Rieux, C. (2021). « I(A)P ». La recherche-action participative : L'héritage méconnu d'Orlando Fals Borda: *Espaces et sociétés*, n° 183(2), 161-164. <https://doi.org/10.3917/esp.183.0161>
- Yvon, F., & Prouteau, A. (2017). Vers une compréhension de la stigmatisation : Quel est le stéréotype associé à la schizophrénie ? *Santé mentale au Québec*, 42(2), 125-131. <https://doi.org/10.7202/1041919ar>
- Zask, J. (2011). *Participer : Essai sur les formes démocratiques de la participation*. Le Bord de l'eau.
- Zask, J. (2020). La participation bien comprise. *Esprit*, Juillet-Août(7-8), 119-123. <https://doi.org/10.3917/espri.2007.0119>

Table des matières

Résumé	I
Remerciements	III
Notes préalables	V
Listes des sigles et abréviations	VI
Sommaire	IX
Introduction	2
La crise psychique et sa réception sociale	2
État de l'art	4
Des controverses scientifiques historiques	5
Les politiques de la santé mentale	8
Espaces et matérialisations spatiales des orientations thérapeutiques	11
L'avènement du rétablissement	13
Questionner la relation	14
Apports des savoirs expérientiels dans la thèse	16
Méthode de recherche et organisation de la thèse	17
Problématiques et terrain de recherche	17
Méthodologie	20
Enjeux de la recherche	23
Annonce de plan	25
Première partie : Pratiques d'une transformation de l'hospitalité	30
Chapitre 1 : Vues et vécus des expériences institutionnelles	31
1. Contextualisation des récits d'usagers	32
1.1 Généralités et mise en perspectives	32
1.2 Catégories d'usage de la santé mentale	35
2. Parcours et récits de l'expérience institutionnelle	44
2.1 Des trajectoires préparatoires à l'hospitalisation	45
2.2 Une rencontre perturbée avec l'hôpital psychiatrique	50
2.3 Perceptions de l'institution psychiatrique par les usagers	56
2.4 La contrainte, conséquence d'une relation perturbée	62
3. HP	67
3.1 Dynamique spatiotemporelle des services de psychiatrie étudiés	68
3.2 Une complexité structurelle inhérente à la santé mentale	73
3.3 Place des acteurs dans une dynamique complexe	77

Conclusion du premier chapitre _____	81
Chapitre 2 : Contexte spatiotemporel de l'hospitalité _____	83
1. Jeux d'échelles _____	84
1.1 Histoire comparative de la santé mentale occidentale _____	84
1.2 La sortie des institutions _____	90
1.3 Considérations contemporaines de la psychiatrie française _____	96
2. Temporalité du LDR _____	103
2.1 Les origines _____	104
2.2 Une construction heurtée _____	106
Transition : un dispositif à l'image de son objet ou l'incertitude de la crise _____	112
3. Spatialité de l'expérimentation _____	115
3.1 Contexte urbain _____	115
3.2 Focale micro-spatiale : les locaux _____	118
3.3 Usage du bâti _____	122
Conclusion du second chapitre _____	127
Chapitre 3 : Normes et valeurs morales de l'expérimentation _____	129
1. Animer une approche inductive à visée opérationnelle _____	129
1.1 De quoi la RAP est-elle le nom ? _____	131
1.2 Effets théoriques et pratiques _____	145
Transition : le PREPS, une source de tensions _____	158
2. Expérience réflexive de la RAP _____	162
2.1 Considérations méthodologiques _____	162
2.2 Réflexivité et anthropologie _____	167
2.3 Cheminement personnel et parcours professionnel _____	171
Conclusion du troisième chapitre _____	176
Chapitre 4 : Dire la crise psychique _____	177
1. Les concepts et leurs attributions morales _____	179
1.1 Diagnostics de la psychose et de la schizophrénie _____	183
1.2 Définir la crise psychique _____	189
1.3 Communication de crise _____	194
1.4 Rétablissement en santé mentale _____	197
2. Les interprétations de la crise et leurs réponses _____	204
2.1 Gestion des altercations _____	205
2.3 Accompagnement de la crise _____	208
Conclusion du quatrième chapitre _____	213
Mise en perspectives de la première partie _____	215

Deuxième partie : Répit, sociabilité et savoirs expérientiels _____ 217

Chapitre 5 : Un traitement social alternatif de la crise psychique _____ 218

1. Incertitude, pouvoir et coordination _____	218
1.1 Exigences de l'imperceptible _____	219
1.2 Un dispositif contre la domination _____	227
1.3 Cadre fonctionnel _____	235
2. Organisation et techniques d'intervention _____	240
2.1 Conditions des pratiques collectives _____	241
2.2 Outils et pratiques d'accompagnement _____	253
Conclusion du cinquième chapitre _____	263

Chapitre 6 : Le savoir expérientiel, de l'individu au collectif _____ 265

1. Effets du cadre expérimental sur les affects individuels _____	266
1.1 Travail émotionnel et interférence des sphères personnelle et professionnelle _____	266
1.2 Imbrications entre sphères personnelle et professionnelle _____	276
2. Le collectif LDR, un espace de transition entre l'intime et le professionnel _____	282
2.1 La communauté du LDR _____	283
2.2 Interactions communautaires _____	291
Conclusion du sixième chapitre _____	297

Chapitre 7 : Le soutien par les pairs ou la construction des savoirs issus de l'expérience ____ 299

1. Phase préprofessionnelle _____	300
1.1 Lutte de définitions et hiérarchisation des critères _____	301
1.2 Formes et valorisation de l'expérience _____	316
2. Phase professionnelle _____	330
2.1 Rôles et tâches des MSP au LDR _____	331
2.2 Enjeux statutaires _____	341

Chapitre 8 : Parcours alternatifs et expériences du rétablissement _____ 351

Introduction _____	351
1. Trajectoires préalables à l'accueil _____	354
1.1 Le pic de la crise, la fin d'un chemin _____	355
1.2 Adéquation de la demande et première rencontre _____	358
2. Déclinaison des économies morales microsociales _____	360
2.1 L'instauration d'une nouvelle relation de soin _____	361
2.2 <i>Empowerment</i> et appartenance sociale _____	372
3. Processus de rétablissement et trajectoire post-crise _____	380
3.1 La santé, un principe global _____	381
3.2 Verbalisation et communication _____	381

3.3 Socialisation	384
3.4 Réinvestissement des savoirs expérientiels	385
4. Conséquences du processus de rétablissement	387
Conclusion de la deuxième partie	391
Conclusion générale	393
Circonscrire l'objet de recherche	393
Perspectives initiales	393
Cheminement méthodologique	394
Questions de départ	394
Histoire, politiques et expériences de la psychiatrie	396
La psychiatrie, une discipline en tension	396
Une expérimentation socialement située	397
L'apprentissage par l'expérience	398
Conscience sociale et altérité	400
Place des émotions dans l'accompagnement de la crise psychique	402
De l'importance des organisations thérapeutiques	403
Enjeux sociaux et limites de la recherche	405
Perspectives	407
Annexes	409
Notification aux patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement	409
Présentation des préconisations du groupe RAP	412
Formulaire de consentement à participer à la recherche	413
Convention industrielle de formation par la recherche	414
Bibliographie	418
Table des matières	458