

Lise Demailly ,2021, « Obstacles et points d'appui pour le redéploiement de la Psychothérapie institutionnelle », , in *Revue Française de Phénoménologie et de Psychanalyse, Devenir.s Institutionnels*, n° spécial dirigé par Rosa Caron, Lise Demailly et Heloïse Haliday, L'Harmattan, p 159-179

Introduction : Précautions méthodologiques

Réfléchir aux conditions politiques d'une dissémination pratique de la PI dans les secteurs psychiatriques et dans le médico-social où elle aurait toute son utilité implique de clarifier plusieurs points¹.

1) D'abord préciser ce qu'il en est de son noyau dur, autrement dit ce sur quoi cette philosophie, cette praxis, cet ensemble d'outils ne sauraient céder sans se dénaturer, sans se trahir. Autrement dit encore : quels sont les fonctionnements qu'elle ne pourrait que critiquer frontalement, qu'elle ne saurait cautionner?

2) Ensuite il faudra clarifier quelles alliances sont possibles avec des soignants partageant d'autres philosophies du soin, que ce soit dans le cadre soit de compromis acceptables, voire même de métissages de modèles

3) Enfin, il faudra repérer les points d'appui dont elle dispose dans les dynamiques sociales, politiques ou professionnelles. Et à l'inverse quels sont les obstacles objectifs (idéologiques, économiques, organisationnels, culturels) à ce potentiel déploiement.

Tel sera l'objet de ce chapitre.

Je voudrais commencer par une remarque méthodologique. La réflexion à mener sur le point 2 est d'autant plus complexe qu'il ne faut pas réifier les philosophies du soin ni considérer que les pratiques collent uniformément et univoquement aux types idéaux. Les mondes vécus des secteurs psychiatriques sont bien souvent composites, voire hétérogènes.

Par exemple, imaginer une uniformité et une univocité pour la « psychiatrie sociale et communautaire », dite encore « citoyenne » ne serait pas exact. Nous avons pu observer concrètement plusieurs ambiances de travail clinique différentes dans des lieux qui s'en réclament. Dans un lieu, un psychiatre venant d'un autre secteur qui s'y affiliait aussi dit : « ici je ne reconnais pas du tout le type de travail que je faisais à X, ici il n'y a pas de discussions cliniques, alors que là-bas on y passait énormément de temps ».

Autre exemple : Les jugements croisés entre un secteur français et le secteur italien de Trieste, alors que la psychiatrie sociale et communautaire se réclame en principe de l'héritage de Basaglia se révèlent assez critiques.

Du point de vue du site B, qui se réclame explicitement de la PSC, « Trieste n'a pas avancé depuis 10 ans : « ils font toujours la même chose, ils ne sont pas allés vers la ville ». Du point de vue de notre interlocuteur de Trieste, le site B « interprète trop la nécessaire destruction de

¹ Ce chapitre s'appuie sur une recherche en cours commanditée par L'IREPS sur les « interventions psychiques », prolongée par une recherche commanditée par La Fédération de recherche en santé mentale des Hauts de France sur l'évolution des soins dans les services de psychiatrie publiques en France. Les appellations anonymes de site (site A, site B.....) se réfèrent aux longues observations in situ réalisées dans des secteurs psychiatriques dans le cadre de ces deux opérations de recherche.

l'asile en termes de destruction de la psychiatrie, alors qu'il faudrait la penser comme le remplacement de l'hôpital par des dispositifs psychiatriques ambulatoires thérapeutiques ».

Bref il y a plusieurs « psychiatries sociales et communautaires »

Le phénomène est le même pour de « la psychiatrie biomédicale », qui peut être à la source de styles de travail et de cliniques et d'éthiques bien différente. Et c'est également vrai bien sûr pour la « psychothérapie institutionnelle » dans sa diversité historique et dans sa diversité actuelle.

Dans un service psychiatrique se réclamant de la PI, un psychiatre PI s'est défini à moi comme « PI tendance Bonaffé » et il critiquait d'autres soignants du même secteur en les identifiant comme "PI tendance Laborde ».

Les étiquettes de philosophie du soin, si elles servent comme étendards de combat idéologique dans les colloques, les médias ou comme faire valoir dans les discussions avec l'administration, ne peuvent être considérées comme une base de description rigoureuse des pratiques. La question des affinités et alliances entre philosophies est donc à poser sous réserve de ces diversités internes. Et de fait les convergences et coopérations peuvent se réaliser parfois plus facilement au niveau des terrains qu'à celui des déclarations théoriques.

Le noyau dur

Ces réserves étant posées, qu'est ce qui pourrait être considéré comme le noyau dur de la PI, ce sans quoi elle se transformerait en une autre philosophie qu'elle-même?

Identifier le noyau dur implique de réduire la liste d'indicateurs élaborée au Chapitre 1 pour mettre en valeur ce qui sépare radicalement la pensée PI des autres.

On en retiendra 5 principes

- 1) La critique de l'asile (de l'enfermement, de la contention, de l'isolement, de la contrainte)
- 2) Le recours possible (non obligatoire) à la psychanalyse, comme outil de formation personnelle des soignants, outil de thérapie individuelle, comme outil d'analyse des organisations et des groupes, en somme une absence de veto antipsychanalytique
- 3) L'importance accordée à l'initiative des patients, à leur parole, à leur contribution au projet de soin, à leur projet de vie. Il s'agit d'une importance qui est concrètement prise en compte dans le quotidien de la clinique
- 4) l'importance accordée aux groupes actifs comme lieux thérapeutiques et socialisateurs, notamment pour les personnes psychotiques.
- 5) la critique des rapports hiérarchiques au sein de la prise en charge de la santé mentale au profit d'un modèle démocratique et coopératif

Ces cinq principes, qui définissent les valeurs d'opposition de la PI à ce qu'elle identifie comme étant ce qu'elle combat, ne suffisent pas à décrire une pratique concrète de P I. Dans un service se réclamant principalement de la PI, on donne des médicaments, on met parfois un patient en chambre d'isolement tout en considérant que ce n'est pas thérapeutique, mais qu'on n'y est obligé, on peut offrir dans la palette de soins des TCC ou de la thérapie familiale systémique ou de la remédiation cognitive ou développer un point de vie phénoménologique.

Ces cinq principes, de plus, comme dit ci-dessus, peuvent être mis en œuvre de façon diverse. Ils constituent donc juste un repérage de ce contre quoi la PI se bat, ce qu'elle veut faire évoluer, à savoir :

- Les pratiques asilaires (qui existent encore dans de nombreux lieux)
- Le sécuritarisme ambiant (les malades seraient dangereux)
- L'exclusion de la psychanalyse parmi l'arsenal du soin, promue par le sectarisme TCC ou biologique (surtout en pédopsychiatrie)

- La domination des soignants et de l'institution médicale sur les patients
- Une médecine strictement individuelle qui ne se soucierait pas de la socialisation ou de la resocialisation des patients
- Les cloisonnements institutionnels et interinstitutionnels

II- Les proximités et alliances possibles.

Sur cette base, la première alliance possible qui vient naturellement à l'esprit tant ce courant s'oppose aux mêmes erreurs ou dérives de la psychiatrie, est celui de « la psychiatrie sociale et communautaire »². Mais du côté aussi de certains aspects de la psychiatrie biomédicale, les oppositions à la PI apparaîtront parfois moins fortes qu'on ne pourrait le penser.

A- Avec le courant nommé « psychiatrie sociale et communautaire »

Présentation

La psychiatrie sociale et communautaire (PSC dans la suite du texte) est organisée autour d'une éthique centrale : la visée du *rétablissement* du patient, défini avant tout par lui-même, entendu comme le retour du patient à la vie ordinaire, sans plus avoir besoin du soutien des professionnels.

Cette visée centrale a des conséquences pratiques :

- une appréhension globale de tous les aspects de la vie du patient comme dimensions de rétablissement et éventuelle ressource pour celui-ci ; un accompagnement réalisé dans l'espace de la ville (lieux culturels et sportifs ordinaires, domicile du patient)
- le travail en réseau des professionnels,
- un renoncement à la domination médicale, une valorisation de l'empowerment individuel et collectif des usagers, donc de leur place explicite dans l'institution (élection de représentants dans diverses commissions et conseils), et un encouragement à ce qu'ils se structurent en collectifs autonomes (GEM, associations)
- un éclectisme radical dans le choix des techniques et méthodes thérapeutiques permettant d'aider au rétablissement

(observations sur le site B)

Concrètement, des usagers élus représentent les usagers et participent en tant que tels à certaines réunions institutionnelles et sont systématiquement consultés lors des auto-évaluations du travail des unités.

Les CMP sont en partie éclatés dans la ville.

Toutes les techniques thérapeutiques sont offertes, y compris jusqu'à une date récente des consultations de psychanalyse, en tout cas des psychothérapies psychodynamiques (à côté des TCC, de la neuropsychologie, etc.)³

Les outils utilisés en entretiens visent à ce que les usagers définissent pour eux-mêmes des objectifs.

Le temps moyen d'hospitalisation est court (7 jours) et le chef de pôle a pour ambition de le faire encore baisser en développant les alternatives à l'hospitalisation

² Cf mémoire de Héloïse Haliday pour le Diplôme interuniversitaire « Santé mentale dans la communauté » Année 2015-2016. **La vie psychique des murs.** Éléments pour un dialogue entre santé mentale dans la communauté et psychothérapie institutionnelle, Multig.

³ Mais ce n'est pas le cas de tous les lieux se réclamant de la psychiatrie sociale et communautaire. Certain excluent la psychanalyse.

Les proximités

Les proximités entre PSC et PI sont nombreuses :

- renoncement à la domination médicale sur les usagers et développement de leur participation à l'institution
- mis en avant du savoir expérientiel des usagers
- visée du rétablissement dans la cité,
- non-exclusion de la psychanalyse (en tant qu'outil parmi d'autres)
- travail en réseau et développement effectif des partenariats.

Les points de différenciation

Il existe cependant des points de différenciations. Les clivages essentiels ne sont pas finalement ceux que mettent le plus en avant les partisans nostalgiques d'une psychothérapie institutionnelle embaumée qui voient surtout dans la psychiatrie sociale et communautaire l'idéologie du « santé mentalisme » et la préconisation de fermetures de lits d'hôpital psychiatrique.

Sur le plan pratique et clinique, j'ai observé essentiellement trois points de différenciation.

1) La place du groupe dans l'arsenal thérapeutique

En psychiatrie sociale et communautaire, du moins au site B, il n'y a aucune activité de groupe qui soit thérapeutique.

Au site B, il reste quelques rares activités de groupe à l'intranet au CATTP, mais elles sont déclarées occupationnelles et non pas thérapeutiques ; Et le CATTP ferme progressivement ses activités propres, car « Il ne faut pas fidéliser les usagers » à l'ambulatorio.

Les activités de groupe ont lieu à l'extérieur du secteur psychiatrique, en ville : activités sportives, activités culturelles, GEM. Le rôle du secteur se borne à accompagner les patients qui ne parviendraient pas à s'y rendre par eux-mêmes. Il s'agit d'activités de socialisation ou resocialisation à la vie ordinaire.

Le rétablissement relève largement du non-psychiatrique, autrement dit de formes d'accompagnement qui ressortissent plutôt au travail social.

Nous avons donc là une divergence qui est à la fois théorique et pratique.

2) Le rôle de la parole dans le collectif

Au site B, toutes les informations sur les patients passent par l'écrit (par un outil informatique où toute rencontre est consignée). Du coup les transmissions se bornent souvent à une lecture des derniers écrits et le temps consacré en réunion clinique à certains usagers pour lesquels il n'y a pas d'évènement notable à signaler peut être de quelques secondes. En revanche tout soignant peut consulter à chaque instant de n'importe quel ordinateur les dernières informations concernant le patient.

Parallèlement, tous les outils sont protocolisés. Ils sont souvent d'inspiration initiale externe, mais redéfinie à l'interne, re modifiés plus tard si nécessaire. Un problème pratique entraîne la création d'un nouveau protocole.

C'est très différent du site A qui lui se réfère explicitement à la PI. L'horizontalisme « institutionnel » donne aux infirmiers un rôle central dans la formulation des projets de soins (y compris concernant la rectification éventuelle d'une ordonnance médicamenteuse). L'horizontalité des relations professionnelles est sensible dans l'ambiance de toutes les réunions dans le pôle. • La transmission entre soignants des dernières informations sur le patient est continue. De fait, elle est incessante, soit formellement (le tissu de réunions est construit de façon à faire circuler l'information d'une unité à l'autre) soit informellement dans

les salles d'équipes. Elle est favorisée par le fait qu'il n'y ait d'ordinateurs que dans les secrétariats, et que le dossier patient soit en papier. Elle a d'autres fonctions que la transmission d'informations : elle permet l'élaboration des émotions. En effet, dans des pratiques d'entretiens qui ne sont pas guidées par des techniques, mais par les aléas des « rencontres », la verbalisation et l'élaboration des émotions après entretien sont souvent nécessaires. D'autre part, ces discussions permettent l'entraide entre soignants. La norme est de ne pas rester avec des interrogations ou un malaise quant à ce qui s'est passé avec un patient, mais d'en discuter aussitôt avec le groupe (avec les présents dans le bureau d'équipe). Un entretien particulièrement difficile, émouvant, ou laissant présager une aggravation de l'état du patient, peut ainsi donner lieu à un, deux ou trois récits successifs. Nous avons pu observer que la répétition d'un récit d'entretien avec des interlocuteurs différents permet aussi une transformation de la proposition qui sera faite à un patient

Je constate que le lien est serré entre les deux séries de phénomènes, d'une part, les caractéristiques des pratiques cliniques (philosophie du soin, normes, techniques, méthodes, manières de faire, style, modalités d'engagement de la subjectivité) et, d'autre part, la structuration des organisations : mode de management, circulation de l'information à propos des patients, technologies sociales, modalités de mise en œuvre d'une réflexivité individuelle ou collective sur les pratiques.

On peut opposer deux types idéaux de configuration. D'un côté une très forte protocolisation des pratiques, l'usage de l'écrit comme moyen de communication dominant, des réunions surtout informationnelles et organisationnelles avec un temps faible consacré à chaque patient (parfois quelques secondes) et très peu de discussions cliniques. De l'autre, comme au site A, une pratique non protocolisée, l'usage dominant de l'oral et des discussions cliniques entre soignants approfondies et incessantes, prenant beaucoup de temps. Ces deux modèles fonctionnent, et ils sont ressentis comme fonctionnels et à peu près satisfaisants par la grande majorité des participants. Ils représentent deux équilibres différents.

Je fais l'hypothèse que pour penser le lien entre les deux séries de faits sociologiques, les caractéristiques de l'offre clinique dans les services de santé mentale d'un côté et les structurations organisationnelles de l'autre, il faut faire intervenir un processus social à effet psychique : la gestion de l'angoisse. Le traitement social de l'angoisse des soignants et indissolublement, son destin psychique se font, dans les deux idéaux types, pour l'un sur le mode de la réduction de la responsabilité personnelle par les techniques et les protocoles et pour l'autre sur celui de l'élaboration par la parole. Il faudra aussi analyser la manière dont le système des choix disponibles en matière de gestion sociale de l'angoisse est par ailleurs déterminé par des données politiques et sociales macrosociologiques. Et mettre en évidence que les choix locaux renvoient aussi à d'autres déterminants sociaux (habitus du chef de pôle, ressources du pôle, caractéristiques de l'environnement et de la patientèle... etc.)

Cette divergence entre le site A et le site B, pour spectaculaire qu'elle soit pour l'observateur, ne concerne pas tous les lieux se réclamant de la psychiatrie sociale et communautaire. Il en est d'autres (Demailly, Dembinski, le Roux) où les réunions cliniques ont une certaine importance. Il faut donc la relativiser.

D'autre part on pourrait aussi imaginer qu'un site PI introduise un peu plus de protocole, d'écrit et d'informatique sans pour autant « perdre son âme ». On n'est pas ici dans ce que j'avais défini comme le noyau dur de la PI.

3) La vitesse de rotation des patients de l'ambulatorio

Je ferai une hypothèse sur une troisième divergence possible : la vitesse de rotation des patients de l'ambulatorio.

Au site B, c'est une des priorités explicites du pôle que les usagers ne soient pas trop longtemps pris en charge dans l'ambulatorio. Corrélativement tous les soignants ont des trous réguliers chaque semaine dans leur agenda pour accueillir les nouvelles demandes, qui le sont donc en 24H. Pour qu'il y ait des entrées, il faut qu'il y ait des sorties. Le retour à la « vie ordinaire »,

c'est l'arrêt total du contact avec les professionnels. Quitte à ce que, un an plus tard, un nouveau contact avec le pôle ait lieu.

Au site A, les soignants apprécient que même des patients viennent dire bonjour au CACC ou au CATTP. Ou continuent à participer au Club. La cessation totale de la prise en charge en ambulatoire n'est pas une priorité affichée du pôle. Le retour à « la vie ordinaire » est pensé comme autonomie, mais pas comme excluant un certain contact avec des professionnels, par exemple des consultations espacées au CMP.

La différence d'organisation est cohérente avec les différences de patientèle, dominée par les troubles anxieux dépressifs au site B, les troubles psychotiques au site A, lesquelles renvoient à des caractéristiques différentes de la population et de l'équipement médical et para médical dans les territoires concernés.

Bilan

Finalement, au-delà des préjugés mutuels qui existent effectivement comme on peut le constater dans la littérature, on voit que les deux philosophies du soin sont assez proches et ont des zones de rencontre, voire des similitudes.

Il reste de vraies divergences, la pierre d'achoppement du « groupe thérapeutique, « parfois celle de la place de la psychothérapie psychodynamique, et l'attention ou non à la vitesse de rotation des patients dans l'ambulatoire. Mais un certain métissage entre les deux courants paraît pratiquement possible et l'on pourrait considérer que le site A est en train d'inventer un de ces métissages.

Avec ce qu'on pourrait appeler une psychiatrie biomédicale humaniste

La psychiatrie d'inspiration biomédicale est centrée sur le médicament comme premier outil de soin, donne une place importante au fonctionnement du cerveau dans la genèse des troubles⁴, est attachée à la non séparation du somatique et du psychique, interprète le rôle du psychiatre comme un rôle médical et hiérarchique.

Les cultures et les pratiques de la psychiatrie biomédicale sont cependant fortement diversifiées. D'un côté, ce sont des fonctionnements néo-asilaires (malgré des discours qui peuvent l'habiller de façon moderne) et d'une pratique du médicament assez routinière (on retrouve, donnée à tous les patients, une ordonnance standard de quatre types de produits : par exemple un neuroleptique, un thymorégulateur, un anxiolytique et un somnifère). De l'autre, on trouve des services où la réflexion sur le médicament est pointue, d'autres encore où le relationnel et l'ambulatoire ne sont pas dédaignés.

J'appellerai « psychiatrie biomédicale humaniste⁵ » un courant (minoritaire au sein de la psychiatrie biomédicale) dans lequel le souci éthique du respect du patient et de sa singularité oriente au moins autant la pratique que le savoir médical surplombant.

Au site C, certaines unités se réfèrent philosophiquement à la relance du lien et à une clinique de la sollicitude. Même si le médicament est jugé l'outil de soin central, le travail relationnel (fortement informé par la systémique) n'est pas délaissé.

Au site D, dans une unité, des psychothérapies diverses sont offertes : intégratives, psychodynamiques, TCC de troisième génération, motivationnelles...

⁴ Par exemple ces phrases glanées sur le site Web de l'hôpital Saint-Anne « L'ambition du GHT « Paris – Psychiatrie & Neurosciences » est de mieux décrire, mieux comprendre le cerveau et ses pathologies (physiopathologie) pour mieux prévenir et mieux soigner grâce à sa vision stratégique d'intégration des recherches, tant fondamentales que cliniques, en Psychiatrie et en Neurosciences. Et « L'équipe participe ainsi à reconceptualiser la maladie mentale autour de dysfonctionnements cognitivo-émotionnels simplifiés, afin de mieux en comprendre la mécanique, et de proposer de nouvelles pistes thérapeutiques. »

⁵ Bien sur, tous les psychiatres se disent humanistes. Mais il y a parfois loin du discours aux pratiques. Donc ce qui suit concerne bien les pratiques

Dans les deux sites (qui ne concernent pas la totalité des pôles concernés) on fait attention à ne pas décider à la place du patient, à le laisser responsable de son projet de vie.

Proximités

Quelles proximités peut-on repérer entre le PI et la PBMH ? Essentiellement trois :

- les prises de position anti-asilaires et la valorisation effective de l'autonomie du patient
- une certaine priorité donnée à l'organisation des soins donc à la réflexion sur la construction des dispositifs plutôt qu'aux sectarismes concernant les psychothérapies. Celles-ci doivent être éclectiques (offrir une palette de choix au patient) ou intégratives.
- la reconnaissance effective des compétences des soignants de première ligne (infirmiers, éducateurs, aide-soignants) et de leurs savoirs sur les patients

Distances

Il y a cependant une forte distance culturelle entre PI et PBMH. Du fait de son interprétation d'abord médicale du rôle de la psychiatrie et du psychiatre, la PBMH endosse les responsabilités de santé publique : responsabilité de la prise en charge du trouble, voire du trouble débutant ou du trouble possible (traumatisme) dans une population d'un territoire donné, indépendamment donc de la demande personnelle de soins.

Ces politiques de dépistage et de prévention, sans constituer, je pense, un *casus belli* avec la PI, ne font cependant pas partie de sa culture, ni de ses modes d'organisations favorisés, qui l'amènent plus à fonctionner en soutien de la psychose chronique, qu'à accueillir rapidement des troubles débutants signalés par des organisations tierces.

III- Points d'appui et obstacles

Les obstacles à la dissémination de la PI viennent en grand part des dénigrement dont elle est l'objet et des images qui lui sont collées : « dépassée », bonne pour des cliniques privées, hospitalo-centrée, non adaptée aux exigences actuelles de réactivité, d'efficacité, de rotation rapide des lits en intra et des patients en ambulatoire, non adaptée aux politiques de prévention et de dépistage. Ces images soit sont totalement mensongères soit dénie certaines potentialités d'évolution de la PI.

Elles proviennent essentiellement du management néobureaucratique de la santé (car l'hospitalisation dans le sanitaire coûte cher) et du sécuritarisme contemporain : il faut enfermer ceux des malades qui sont « dangereux » ou, quant aux autres, les inadaptés, il faut les conformer à la normalité, et ceci avec le moins de moyens humains possible pour réaliser des économies budgétaires, la société n'a aucune responsabilité dans les maladies qui relèvent seulement de la responsabilité ou de la génétique de l'individu. Elles proviennent aussi de certains psychiatres qui promeuvent la réhabilitation psychosociale (sous forme d'exercices) comme seule méthode utile.

Cependant le courant PI a des atouts sociétaux indéniables qui font que certains secteurs recourent, discrètement ou sans le savoir, à sa boîte à outils. Ou même, que certains secteurs y retournent après l'avoir abandonnée (cf dans l'ouvrage l'article de Sterkeman). Ces atouts sociétaux sont le désir de démocratie chez les soignants et le désir d'horizontalité chez les patients-usagers de la psychiatrie.

Le désir de démocratie des soignants

La fatigue des soignants, le burnout, les idées suicidaires ou tout simplement l'usure au travail et la routinisation des pratiques sont souvent la conséquence d'organisations trop hiérarchiques et trop systématiquement soumises aux injonctions et préconisations externes. La qualité de la vie au travail, surtout en psychiatrie, nécessite des ambiances collaboratives et les reconnaissances des compétences de chacun, une éthique partagée qui donne du sens au travail et permet l'estime de soi.

Par ailleurs, la psychiatrie n'est pas une discipline aux savoirs très académiquement établis. Et c'est une pratique qui a à faire avec la singularité. Toutes les expériences, observations, intuitions des différents

soignants, dans leurs différents rôles, sont donc utiles. Et les soignants aspirent à ce que cela soit explicitement reconnu.

La reconnaissance des savoirs des patients et le désir d'horizontalité des patients-usagers

La coupure et la hiérarchie entre savoirs professionnels et savoirs profanes ont été mises en cause en cette fin de XXe siècle. Deux phénomènes sociétaux ont favorisé cet ébranlement.

Le premier est l'accroissement de l'expression des troubles et souffrances psychiques, dû à la fois aux changements socioéconomiques objectifs et à la médicalisation du malheur ordinaire. Même si cette augmentation de la prévalence des troubles psychiques peut être, dans la mesure où le trouble est médicalisé, un élément d'accroissement du pouvoir symbolique des psychiatres, elle présente aussi quelques inconvénients politiques : la multiplication des prises en charge, l'alourdissement du coût de la santé. Les restrictions de crédits, les exigences technocratiques de productivité et d'efficacité rendent impossible d'allonger les temps de travail coûteux autour des malades ou de « perdre du temps » à tâtonner de manière artisanale pour des soins plus efficaces. Du coup, les patients paraissent être une source d'information utile. Les décideurs redécouvrent que non seulement, il existe un savoir du sujet sur sa souffrance (cela, on le sait depuis longtemps), mais ils s'aperçoivent que ce savoir, peu coûteux, pourrait être utile aux organisations et au système de soin, voire faire pression sur les professionnels dans le sens des exigences gestionnaires. Il ne faut donc pas négliger la composante économique dans l'analyse de l'émergence du dispositif dans plusieurs pays occidentaux : le travail de pair-aidance est soit gratuit (travail bénévole), soit faiblement rémunéré⁶.

Le second correspond à un mouvement sociétal plus général, celui de la demande de la part des usagers de symétrie : horizontalité, respect, reconnaissance, prise en compte des points de vue et des savoirs des usagers⁷. Le livre d'Arnhild Lauveng (2014), *demain j'étais folle, voyage en schizophrénie*, donne un exemple de ce sentiment contemporain du besoin de symétrie généralisée : « Car j'ai beaucoup appris, un savoir que je n'aurais jamais eu la chance d'acquérir autrement. Je suis peut-être devenue meilleure humainement, mais je sais surtout que je suis devenue une meilleure psychologue. Pas parce que mon histoire est générale et polyvalente, mais parce que mes expériences m'ont enseigné qu'il n'y avait pas d'eux et de nous. Nous sommes tous des êtres humains et rien de plus. Tous différents. Et tous fondamentalement identiques. » En somme, elle dit que l'expertise sur son éprouvé lui permet également une compréhension et une sympathie d'un tout autre ordre à l'égard d'un pair. Elle souligne aussi la dimension illusoire de la distinction stricte entre malade et non malade. De leurs côtés, les diverses associations d'usagers affirment avec force leur besoin d'être respectés, écoutés, pris en compte.

La demande de plus de symétrie s'articule bien à un nouveau paradigme de la santé mentale et des politiques sociales en général : soutenir l'individu défaillant en l'incitant à travailler sur lui pour lui faire réacquérir les capacités nécessaires à l'indépendance, l'encourager dans ses exigences de dignité et d'autonomie. La société est de plus en plus « intervenante » (Demailly, 2008), mais en ce sens. Les pratiques de la psychothérapie institutionnelle sont complètement en phase avec le désir d'horizontalité dans les relations entre usagers et professionnels.

La redécouverte des vertus thérapeutiques du groupe

La redécouverte des vertus thérapeutiques du groupe peut se faire de manière paradoxale.

Au site D, de nombreuses psychothérapies, à médiations diverses, sont données de manière individuelle. Depuis quelque temps, la direction de l'hôpital demande à ce que, si elles gardent une fréquence hebdomadaire, elles aient lieu en groupe. De l'avis des soignants, c'est purement pour des raisons économiques.

Les soignants s'adaptent en pratiquant une sorte de juxtaposition de psychothérapies individuelles dans les groupes. Par exemple, dans les groupes à médiation artistique, il n'y a pas de présentation du travail de chacun aux autres et la parole échangée entre patients n'est pas encouragée.

Mais de fait la situation échappe aux soignants. Tel patient choisit un thème de travail qui pourrait être « perturbant » pour les autres patients. Le soignant animateur se retrouve à gérer

une situation collective, un espace commun, des interactions. On peut faire l'hypothèse que, plus ou moins rapidement, il va être reconduit à réinventer une psychothérapie de groupe.

Au site B, s'il n'existe dans l'offre de soin aucun « groupe d'activité thérapeutique » (les activités de groupe étant soit occupationnelles soit, dans les activités corporelles, la juxtaposition de thérapies individuelles), cependant, les relations entre malades dans des groupes d'autosupport, dans des réunions d'évaluation de la qualité, dans l'éducation thérapeutique, dans l'accompagnement de patients par un médiateur de santé pairs, sont explicitement considérées comme ayant des effets thérapeutiques. Le groupe est socialisateur et soutenant ; les soignants n'ont pas le monopole du thérapeutique ; les usagers peuvent se constituer en co-thérapeutes et partager leur savoir expérientiel de la maladie, du soin et de la résilience. .

Dans ces deux cas, par la bande, sous le hasard des contraintes économiques ou de l'idéologie de *l'empowerment*, les groupes thérapeutiques sont revalorisés. Au rebours des tendances sociétales à l'individualisation de la maladie et de la santé, on redécouvre les vertus de la construction de collectifs en termes de socialisation, de lien social, de créativité, d'empowerment.

Les bienfaits de l'insertion ou de la réinsertion professionnelle sont aussi aujourd'hui reconnus. Il faut donc pour que le rétablissement soit complet que l'individu redevienne capable de vivre et d'échanger dans des collectifs.

Tout cela souligne les impasses de toutes les prises en charge visant l'autonomie de l'individu en tant qu'être solitaire et celle des exercices qui ont pour objectif de le rééduquer de manière scolaire et individuelle. Elles ont certes un certain intérêt, mais des limites : elles ne suscitent pas d'adhésion durable (elles sont « ennuyeuses » nous disent les patients) et surtout elles ne travaillent pas les compétences de vie dans les collectifs (ni les capacités de réflexion sur cette vie. Au contraire, les groupes actifs, interactifs et réflexifs peuvent être des lieux thérapeutiques et éducatifs moins artificiels, plus proche de la vraie vie, et où peuvent se reconstruire de manière plus riche des compétences cognitives, émotionnelles et relationnelles, c'est un des enseignements de la PI.

Conclusion

Dans le désir de démocratie entre soignants et d'horizontalité patients/soignants, la PI trouve de puissants supports. Elle s'accorde à la visée antiasilaire du rétablissement. Elle reste un symbole de la qualité des soins, de l'implication des soignants dans leur travail, du respect des patients, et de dispositifs organisationnels ou l'on s'accorde de prendre le temps de soigner.

Elle implique vis-à-vis des métiers du soin et de l'État un certain état d'esprit de responsabilité. Ne pas se précipiter pour appliquer au mieux sans réfléchir les préconisations venues du haut. Ne pas non plus les discréditer systématiquement. Mais être capable de les discuter rationnellement, de continuer à réfléchir et à innover collectivement, de faire des propositions et contrepropositions sur la base de l'expérience pratique des professionnels et des usagers, pour que la psychiatrie aille mieux.