

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire
« Santé mentale dans la communauté »

Année 2013

Le patient contemporain autonome en psychiatrie : Trimalcion moderne ?

Discussion à partir de l'intégration d'un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale

Erwan Autès

Tutrice : Aude Caria

Remerciements

Je remercie les membres du réseau CARE pour m'avoir accueilli pendant deux ans dans le réseau.

Je remercie Aude Caria pour m'avoir accompagné de manière bienveillante et patiente dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie Jean-Luc Roelandt pour son soutien et sa capacité à partager et transmettre sa vision d'une psychiatrie citoyenne.

Je remercie Pauline Guézennec, Florentina Rafael et Nicolas Daumerie pour l'organisation du DIU promotion 2013.

Je remercie les élus et collègues de la mairie de Rezé pour leur bienveillance et avoir permis mon inscription au DIU, dans le cadre du droit individuel à la formation, et avoir subi certaines des contraintes de cette formation de manière collatérale.

Je remercie Annie Collovald pour sa confiance et ses précieux conseils dans l'encadrement de ma recherche au long cours.

Je remercie Estelle d'Halluin-Mabillot pour son aide continue et décisive.

Je remercie Samuel Lézé pour son soutien socratique.

Je remercie les participants à la formation Santé mentale dans la Communauté, notamment de la promotion 2013, avec qui les contacts furent enrichissants. Une pensée spéciale à la meute.

Je remercie È.

Je remercie Régis Sécher à qui ce travail doit beaucoup.

Je remercie ma famille et mes proches.

Je remercie enfin tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail.

Table des matières

<i>Introduction</i>	7
<i>Première partie : le processus de qualification de Monsieur F. dans le réseau CARE</i>	13
1.1 Méthodologie de l'enquête.....	13
1.2 De l'intégration des usagers dans un contexte de démocratie sanitaire.....	14
1.3 Le mouvement de démocratisation sanitaire et son ancrage dans le champ social local nantais : une norme en scène ?.....	16
1.4 Une norme qui toutefois n'opère et ne s'applique pas si facilement.....	18
1.5 Les difficultés à cerner la place de monsieur F. dans le réseau.....	19
<i>Deuxième partie : les modes d'intégration et de ségrégation de Monsieur F.</i>	31
2.1 Les modes d'intégration.....	31
2.2 Les mécanismes ségrégatifs.....	33
<i>Troisième partie : la figure du patient contemporain au prisme du processus d'affranchissement</i>	39
3.1 De la relation médecin-malade.....	39
3.2 Analogie (et ses limites) entre la relation classique médecin-malade et la relation maître- esclave.....	41
3.3 Le patient contemporain en psychiatrie : un affranchi ?.....	44
3.4 Monsieur F. , un Trimalcion moderne ?.....	50
<i>Conclusion : la figure du patient contemporain autonome n'est pas forcément opérante localement</i>	53
<i>Bibliographie</i>	55
Annexe 1 : Dessin présentant le réseau CARE sous forme d'arbre, réalisé par la pilote du réseau.....	58
Annexe 2 : Dessin « Pommier d'amour » réalisé par monsieur F., membre du réseau.....	59
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	60

Introduction

Avant de rentrer dans le vif du sujet sur ce que peut nous enseigner une configuration locale du rapport entre usagers et professionnels contemporains de la santé mentale, je commencerai par présenter le réseau CARE, qui fera office de scène locale à notre propos.

Le réseau CARE (« Créer, Accompagner, Relier, Ecouter ») est un réseau de prévention « santé mentale – lien social ». Il regroupe sur la base du volontariat, des professionnels issus du milieu sanitaire, social et médico-social. Il se positionne sur le territoire du sud-est du département de Loire-Atlantique, correspondant à la partie sud de la délégation solidarité de l'agglomération nantaise et à la délégation du vignoble (appellation liée à la production de muscadet). Le réseau CARE existe depuis la fin des années 2000, à l'initiative d'une médecin du Conseil Général, chef de ce projet, pilote du réseau. Ce réseau a été formalisé en 2010 et validé par un responsable technique du Conseil général. C'est donc cette institution qui en assume le portage. Dans un document de novembre 2010, ce réseau s'est fixé pour objectifs de :

« - développer la connaissance des partenaires, acteurs du lien social et de la santé mentale.

- développer la transversalité pour faciliter les accompagnements dans la globalité des plus défavorisés, au sein du Conseil général, entre le social et le sanitaire, entre les institutions et les associations.

- développer la confiance entre tous ces partenaires pour envisager la co-construction d'actions de prévention envers les publics. »

Concrètement, une vingtaine de professionnels se réunissent un après-midi tous les deux mois dans un « groupe projet ». En 2012 est instauré également un comité de pilotage et des commissions de travail.

Le réseau mène plusieurs actions. Il a mis en place un jeu « Qui veut gagner du réseau ? » qu'il diffuse dans les structures du réseau élargi. Il organise des visites sur site et une journée annuelle d'information. Celle de juin 2011, année où j'ai rejoint le réseau en tant qu'observateur participant, était consacrée à la clinique de la concertation, avec la

participation du psychiatre belge ayant inventé cette méthode de travail partenarial. En 2012, la journée du réseau CARE a lieu le 5 octobre et est consacrée au thème « Culture et tabous ».

Deux événements en 2012 viennent animer la vie du réseau. La médecin-pilote est absente plusieurs mois en début d'année. Le réseau s'en trouve fragilisé, faute de pilote.

Le réseau CARE porte depuis 2010, si ce n'est avant, une réflexion pour intégrer des usagers dans le réseau, sans succès. Lors de la journée du réseau de juin 2011, la pilote a invité plusieurs « non professionnels », ou habitants, ou usagers. A la suite de cette journée monsieur F. intègre le réseau.

L'arrivée de monsieur F. dans le réseau CARE se fait a priori de manière consensuelle fin 2011, début 2012. Son intégration est fortement portée par la médecin pilote. J'apprendrai plus tard qu'elle le connaît depuis 6 ans.

Le statut de monsieur F. dans le réseau n'est pas clairement défini. En effet monsieur F. ne se présente pas comme usager ou ancien usager de la psychiatrie ; même s'il a fait plusieurs hospitalisations et a été suivi en hôpital de jour. Il se présente sous différentes étiquettes, qui changeront régulièrement. Parallèlement à l'intégration de monsieur F., le débat sur la place des usagers se poursuit, pour ne pas dire qu'il tourne en rond.

Monsieur F. participe à la réunion du groupe projet du 10 janvier 2012. Il se présente comme bénévole aux Restos du cœur et comme président du club de rire de Nantes.

« Il vante les mérites du rire, qui est selon lui le meilleur médicament qui existe. Cela fait du bien psychologiquement, de façon globale : « On se libère et on se recharge ». Il semblerait judicieux de réintroduire le rire au sein des équipes pour améliorer les conditions de travail. [Monsieur F.] explique qu'il était venu présenter l'atelier au GEM mais le groupe n'était pas prêt à ce moment-là pour entendre et s'approprier cette activité « On est assez fou¹ ».

Monsieur F. propose assez rapidement, avec le soutien de la médecin pilote de transformer le réseau CARE. en association dont il assurerait la présidence. Devant un refus diffus de cette proposition par les autres membres, il propose de créer sa propre association complémentaire

¹ Extrait du compte-rendu de la réunion du 10 janvier 2012

du réseau CARE. Aussi il complète l'arbre représentant le réseau réalisé par la médecin pilote (annexe 1) de son propre arbre, celui des habitants (annexe 2).

Avec la coordinatrice d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM), qui est membre du réseau, nous proposons de relancer la « commission usagers » en mars 2012 pour reprendre avec monsieur F. les objectifs de l'intégration d'usagers dans le réseau. Une fiche projet avait notamment été réalisée.

« Le débat au sein du réseau est toujours d'actualité : comment intégrer les usagers dans le réseau, comment questionner les attentes et les besoins des usagers des différents services ? Le réseau a besoin d'un retour sur ce qui est mis en place pour les usagers. Le groupe de travail se maintient et doit faire part de ses réflexions à la prochaine rencontre du réseau². »

Nous faisons deux réunions au groupe d'entraide mutuelle, avec la coordinatrice du GEM et monsieur F., les 14 et 21 mai, afin de préparer la réunion du groupe projet CARE du 22 mai 2012. L'objectif est que monsieur F. affine – ou recadre – son projet associatif, jugé comme une opportunité de développement du réseau, mais dont certains aspects dérangent ou déconcertent. Monsieur F. a réalisé un tableau « Amour, Santé, Prospérité » qu'il souhaite présenter le 22 mai.

Ce tableau contient différents niveaux de lectures. Les trois mots « Amour », « santé », « prospérité » sont écrits en gros. On y trouve des mots (« merci », « pardon », « désolé », « je t'aime », etc.) des phrases (« la sécurité matérielle est une illusion et tu es libre de dévoiler les mystères de la vie », « J'ai la volonté du meilleur, j'entretiens l'idée et je transforme en positif à chaque instant », etc.) , des images d'animaux (poissons, pieuvre, chats, chiots, hippocampe, papillons) et de fleurs, et neuf numéros auxquels sont associés des types de personnalité (« leaders », « philanthropes », « diplomates », etc.). L'ensemble forme un visage. Cela s'approche pour moi d'une œuvre d'art brut.

Je pense que la coordinatrice du GEM et moi attendons de la réunion du groupe projet du 22 mai que les personnes présentes lui fassent un retour de cadrage, que ses attentes et ambitions soient régulées par une discussion de groupe.

² Extrait du compte-rendu de la réunion du 20 mars 2012

La réunion du groupe projet du réseau CARE du 22 mai 2012 a lieu au Conseil général, à « Bizet », dans une salle qui donne sur la Loire. La réunion commence à 14h00. La médecin pilote du réseau est revenue de son absence et anime la réunion. Plusieurs points de l'ordre du jour sont examinés. Vers 16 heures, la question des usagers et de la restitution du travail de la « commission usagers » a lieu. Monsieur F. présente alors son tableau à la quinzaine de personnes présentes. Au commencement il est ému, et au bord des larmes. Ce tableau c'est un peu sa vie, des leçons de vie. Le visage du tableau, c'est un peu son visage. Il enchaîne sur un exposé assez long où il détaille son tableau.

« [Monsieur F.] commence par exprimer sa satisfaction d'être dans le groupe et qu'en tant qu'usager il se pose la question de la santé depuis 9 ans. Il dit qu'il n'est pas facile de se retrouver sans travail, sans famille, sans couple et que le travail sur lui qu'il a entamé lui a permis de gagner de la confiance en lui. Pour lui, avoir une mauvaise santé mentale est la conséquence de n'avoir pas pu se réaliser tel qu'on est, de n'avoir pas su se comprendre. Pour lui encore, les personnes soi-disant « normales », mais qui profitent des autres, présentent aussi des troubles et beaucoup de personnes non identifiées ont des troubles psychiques. Selon lui, ces personnes auront une fin de vie difficile. Il exprime que pour être en bonne santé, il faut avoir confiance en soi, qu'il est possible de mourir en bonne santé. Il englobe la question de la santé à la santé holistique, (corps, mental et spirituel).

Ayant beaucoup réfléchi et travaillé sur cette question de la santé, il explique avoir abouti au projet de créer une association, abandonnant même certaines activités qu'il avait menées jusqu'à présent.

Il expose le cadre qu'il a réalisé, représentation imagée d'un cadre de santé, dont les mots clefs sont AMOUR, SANTE, PROSPERITE. Il y a rajouté les mots magiques de la méthode OPONOPONO : « Désolé, Pardon, Merci, et Je t'aime ». Intéressé par la numérologie, il y a représenté des chiffres clefs et leur signification. Y figure également la passoire de Socrate (Le Vrai, l'Utile, le Bon). Enfin, il exprime sa stratégie pour la paix : oser pour prendre sa place, tout en étant prudent car il y a des malveillances. Pour lui la Vérité est importante, ainsi que de Vivre au présent, car c'est ce qui va conditionner ce que l'on souhaite³. »

³ Extrait du compte rendu de la réunion du 22 mai 2012.

A la fin de la présentation, la médecin pilote souligne l'intérêt du projet de monsieur F. de constituer une association. Il y a peu de réactions de la part de l'assemblée. La coordinatrice du GEM a dû partir avant la fin. J'explique pour ma part qu'il est trop tôt pour passer à la constitution d'une association.

« Selon Erwan cette articulation semble trop précoce. Se pose en effet pour l'instant la question de la responsabilité du réseau vis-à-vis de cette association dont les statuts ne sont pas encore finalisés⁴. »

Quelques jours plus tard, un membre du réseau, médecin au Conseil général, envoie le mail suivant à la pilote du réseau : *« Comme nous en avons discuté hier et suite à la rencontre du groupe Care du 22 mai, je te confirme par écrit ma prise de distance par rapport au réseau. Je me tiens toujours à disposition du groupe comme référent thématique pour d'éventuelles situations complexes de personnes âgées. Ma réserve tient beaucoup au projet de "soutien" apporté par le groupe à une association d'un usager ayant intégré le réseau, association s'appuyant entre autres sur les concepts de numérologie et santé holistique qui peuvent être soumis à caution⁵. »* Plusieurs autres membres du réseau parleront par la suite d'un malaise instauré dans le réseau suite à cette réunion du 22 mai 2012.

Pourquoi nous intéresser à ces péripéties ? En quoi l'arrivée de monsieur F. et les questionnements que cette arrivée provoque, peut-elle être significative d'une évolution sociale en cours sur le rapport entre professionnels et usagers, et sur l'évolution du rôle de l'utilisateur contemporain en psychiatrie ?

Le mouvement de démocratisation sanitaire engendre la reconnaissance de droits et devoirs accrus aux patients pris en charge par le système socio-médical⁶. L'utilisateur n'est plus un corps passif, ni même une entité psychosomatique plus ou moins complexe à prendre en charge, mais d'une certaine manière, un citoyen malade, dans une certaine mesure autonome et responsable dans son parcours de rétablissement.

A travers le cas de monsieur F. dans le réseau CARE, nous allons tenter de répondre à la question de la qualification d'un usager stabilisé, ou en cours de stabilisation. L'étude de ce cas permet d'apporter un éclairage local sur l'impact d'une politique publique (mettant

⁴ Extrait du compte rendu de la réunion du 22 mai 2012.

⁵ Message électronique envoyé à la pilote du réseau et relayé aux membres du réseau.

⁶ Par système socio-médical, on entend les services publics de santé et sociaux.

l'utilisateur au centre) sur la pratique réelle des gens, à savoir professionnels et personnes étant appelées à jouer ce rôle du patient contemporain de la démocratie sanitaire, rôle social difficile à incarner, du fait d'un rapport ambigu entre intégration et exclusion.

Le travail de qualification de l'utilisateur contemporain n'est en effet ni naturel ni neutre. Qualifier quelqu'un, c'est déjà l'amener à jouer un rôle social, compris comme un système d'obligations, de possibilités d'action, d'attentes explicites et semi-explicites des autres acteurs.

« Pour expliquer une « classification » d'objets animés ou inanimés, il convient de montrer son fonctionnement en contexte. Il s'agit d'un processus constitué d'au moins trois mécanismes : *l'identification, la dénomination et l'inclusion* dans un système de référence. Mais il ne faut pas oublier immédiatement de dire, que ce processus repose sur une opération que les codifications tentent de neutraliser : une « évaluation ». Une personne « applique » le système de référence. Le contexte soulève donc la question des *usages* et des conséquences de ses usages. Les jugements qui en résultent impliquent l'usage de critères qui reposent certes ordinairement sur un « accord » collectif, mais qui ne sont pas pour autant objectifs. Il y a donc une *conséquence* sur l'objet catégorisé, a fortiori lorsqu'il s'agit des *systèmes symboliques* impliquant des personnes ou des attributs de personnes. Dans ce cas de figure, classer, c'est attribuer une identité morale positive (reconnaître un « statut ») ou négative (un « stigmaté⁷ »). » C'est ce processus de classification d'un usager contemporain en psychiatrie que nous allons observer à partir du cas de monsieur F. dans le réseau CARE.

⁷ Lézé S., 2013

Première partie : le processus de qualification de Monsieur F. dans le réseau CARE

Dans cette partie nous verrons comment les professionnels qualifient monsieur F. dans le réseau CARE. Un point liminaire sera fait sur la méthodologie, ensuite nous présenterons le contexte posé par la démocratie sanitaire, comment ce contexte s'applique localement à Nantes, et comment les professionnels mettent en œuvre la catégorie du patient citoyen à travers la qualification de monsieur F. .

1.1 Méthodologie de l'enquête

J'ai participé au réseau CARE entre janvier 2010 et décembre 2012 en tant qu'observateur participant. Etant professionnel du secteur social du territoire, ma participation était légitime pour les membres du réseau. J'ai par ailleurs annoncé mon travail de recherche lors de mon arrivée, et je l'ai rappelé à diverses reprises.

Au 1^{er} semestre 2013, j'ai complété mes notes d'observations par des entretiens semi-directifs de six membres du réseau :

- Madame A., médecin aux Lits Halte Soins Santé (LHSS), ancienne médecin coordinatrice d'une équipe mobile précarité psychiatrie,
- Madame B., coordinatrice d'un groupe d'entraide mutuelle,
- Madame C., assistante sociale dans une association de services aux Gens du voyage
- Monsieur D, responsable du pôle Vie sociale insertion du Conseil général
- Madame E., éducatrice spécialisée dans un accueil de jour pour personnes très précaires
- Monsieur F., retraité, membre du réseau CARE

Les propos sont également anonymisés (il ne sera pas forcément précisé qui les a tenus). Cela ressemblera à un chœur de professionnels parlant la même langue. Ce qui n'est pas gênant, car ils expriment des points de vue assez proches. Il n'y a pas de clivage par exemple sur l'intérêt ou non d'intégrer des usagers, ce point fait l'objet d'un consensus parmi les personnes interviewées.

L'objectif des entretiens a consisté à cerner comment les professionnels du réseau ont perçu l'arrivée de monsieur F. dans le réseau, comment ils le qualifient, quelle place ils lui donnent dans le réseau. La grille d'entretien est en annexe 3 de ce mémoire.

1.2 De l'intégration des usagers dans un contexte de démocratie sanitaire

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vient conclure un processus de plusieurs années de démocratisation sanitaire. Comme le souligne Aude Caria, « En juin 1999, les états généraux de la santé se concluaient autour des mots-clefs du message délivré par les citoyens : information et transparence, relation et respect de la personne, prévention, accessibilité, participation. Le rapport Caniard qui suivra, va frayer la voie au concept de *démocratie sanitaire*, qui se déploie du droit individuel à être informé sur son état de santé, au droit de participer aux choix collectifs en matière de santé, en passant par toutes les étapes de définition de la médiation, de la conciliation et de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique⁸. »

Il est possible de distinguer plusieurs types d'intégration d'usagers dans l'analyse du mouvement de démocratisation sanitaire :

1. Une reconnaissance accrue des droits des malades. Dans la loi du 4 mars 2002, le législateur consacre un statut du patient citoyen, limitant l'asymétrie relationnelle traditionnelle médecin/malade. Le patient est mieux intégré au processus de soin.
2. L'intégration dans des pratiques d'aide et d'assistance directe par les pairs, notamment avec une plus grande reconnaissance des savoirs liés à l'expérience (ou expérientiels). « Les personnes vivant avec une pathologie, et leurs proches, développent un savoir profane sur la maladie, les traitements et le système de soins, fruit de l'observation individuelle, qui, rendu collectif, constitue la base des actions des associations : information, entraide, accompagnement, soutien par les pairs, décryptage et diffusion de l'information médicale et réassurance. En ce sens, elles ne se substituent pas aux

⁸ Caria A., 2012, ce texte propose une présentation synthétique des enjeux de la démocratie sanitaire en psychiatrie.

professionnels de santé, mais occupent un espace intermédiaire, entre le soin et la vie quotidienne⁹. »

3. L'intégration dans des instances de concertation, de pilotage, dans des réseaux de rencontres et concertation de professionnels de différents secteurs du type réseau *care*.

Ces modes d'intégration et de reconnaissance sont à distinguer. Il sera principalement question ici de l'intégration dans un réseau de professionnels. Pour autant cette distinction théorique faite, des liens existent entre ces différentes dimensions. Etre conscient de ses droits, être en capacité de participer à des instances de démocratie participative, agir dans l'entraide avec ses pairs, ce n'est pas sans rappeler la notion polysémique de citoyen dans le champ politique.

Je précise également que la démocratisation sanitaire est un contexte mouvant, récent, et peu stabilisé. « L'émergence du pouvoir des citoyens dans le système de santé français a donc plusieurs sources, notamment la modernisation des politiques publiques, la fixation d'un *corpus* de droits pour les malades et l'action revendicative des associations. Sur de nombreux points, les dispositions prévues pour l'organiser ne modifient pas radicalement les processus usuels de décision courants¹⁰. »

Il faut prendre en compte aussi ce que ce mouvement de démocratisation doit aux transformations de l'Etat social¹¹: désengagements et recomposition des missions de l'Etat, "invisibilisation" des effets voire déclin des institutions¹², promotion de la norme d'autonomie¹³, nouvel esprit du capitalisme... Cela se traduit aussi par la responsabilisation du patient, ce qui n'est pas sans paradoxes, revêtant une acuité certaine en psychiatrie. Si je ne développe pas ici cette toile de fonds, elle reste l'horizon contextuel dans lequel s'inscrit la présente discussion.

La question se pose de savoir comment la loi du 4 mars 2002 relative à la démocratie sanitaire se traduit dans les pratiques locales. En d'autres termes comme la norme de l'utilisateur citoyen est reçue et appliquée sur le terrain. L'enquête de terrain réalisée permet d'apporter un éclairage local pour participer sous un certain angle à la réflexion plus globale.

⁹ Caria A., 2012

¹⁰ Letourmy A., Naïditch M., 2009

¹¹ Castel R., 1999

¹² Dubet F., 2002

¹³ Ehrenberg A., 2010

1.3 Le mouvement de démocratisation sanitaire et son ancrage dans le champ social local nantais : une norme en scène ?

Pour présenter le mouvement de démocratisation sanitaire et son ancrage dans le champ social local nantais, je décrirai la proposition d'intégrer des usagers dans le réseau CARE. Bien sûr cet exemple ne résume pas à lui seul les réalités de Nantes. Il existe d'autres expériences locales certainement significatives. Cela me paraît toutefois être une illustration parlante.

L'objectif n'est pas ici de présenter une vision « enchantée » (qui viendrait en miroir de celle de quelques propos observés à l'idée d'intégrer les usagers dans le réseau CARE), ni désenchantée d'ailleurs.

A travers l'étude de cas de l'expérience d'intégration de monsieur F. dans le réseau Care apparaissent des tensions dans l'application de la norme de l'utilisateur citoyen, entre cette nouvelle norme des politiques publiques insistant sur une place « à leur faire », la participation des usagers aux dispositifs d'aide ou de réflexion sur les pratiques, et les difficultés pratiques d'une telle intégration, que l'analyse des observations en réunions de réseau CARE permettent d'analyser sous un éclairage (encore une fois parmi d'autres).

On peut noter que les participants de réseau partagent un consensus unanime à l'intégration d'un usager. Le point de vue le plus partagé est que l'arrivée de monsieur F. est perçue positivement :

« Je l'ai très bien perçue, car je me dis que c'est avec le point de vue des... je ne sais pas comment le dire : habitant, usager... qu'on améliore notre prise en charge. C'est eux qui sont quand même experts dans ce qu'on peut leur apporter, que ce soit au niveau du social, du médical, et leur point de vue est très important pour améliorer notre prise en charge, pour travailler aussi en réseau, c'est ces personnes qui font le lien entre nous, entre les différents membres. »

Une des personnes du réseau explique comment la norme de l'intégration vient gêner les professionnels quand monsieur F. "sort du cadre" :

« Je ne sais pas s'il est capable aussi de comprendre cela. Le cadre. Il est capable de respecter certaines choses. Mais alors est-ce qu'on est dans une position... Peut-être que les gens osent pas le dire, ça les gêne, c'est un peu emmerdant parce que tout le monde trouve ça génial qu'il y a un habitant qui participe à cela, mais en même temps c'est un habitant qui est

avec des difficultés personnelles, qui a fait un gros travail sur lui je pense pour essayer de faire abstraction de cela, mais de temps en temps cela revient. Il y a eu des tentatives pour recadrer, il y a des temps de préparation spécifique avec lui. Je crois que c'est une personne qui sera toujours ainsi. Soit on l'accepte, soit à ce moment là, on prend du recul par rapport au réseau. »

«- les professionnels qui le font [le recadrage] ça le fait pas ?

- Ils sont plus gênés aux entournures, comme forcément il n'y a pas de cadre pour dire à un moment, « votre place en tant qu'utilisateur n'est plus là, elle n'est plus dans notre réseau car les missions qu'on avait envisagé pour l'utilisateur, ne sont pas remplies aujourd'hui ». Oui je pense que c'est vraiment cette question-là, il y a pas de représentativité. Quelle était la mission initiale ? Qu'est-ce qu'on en attendait, de la place d'un habitant dans ce groupe ? »

Cette nouvelle norme rencontre une aspiration ancienne, un idéal démocratique des professionnels du travail social :

« Ce qui est intéressant, c'est peut-être, pour certains du réseau CARE qui étaient anciens, qui croient vraiment à cette place de l'utilisateur, aux côtés d'un professionnel, alors si je parle pour moi c'est pareil, ce côté-là de travailler, d'aller à des réunions, préparer des réunions avec des usagers, avec des sujets qui vont les toucher, c'est intéressant, puis avoir leur parole, pour moi c'est très important. Après c'est comment on le fait, le contexte, et puis avec ce côté des professionnels, d'être bienveillants, d'être naturels mais bienveillants, d'accompagner les personnes, des choses toutes simples... les sigles, pas comprendre où on en est... »

L'application de la norme n'échappe pas à une certaine réflexivité et distanciation de la part des acteurs sur le terrain. Des professionnels mettent en avant l'esprit du temps, l'effet de mode :

« Si on regarde les groupes ressources qui se trouvent dans le RSA, c'était l'idée aussi d'amener des bénéficiaires au milieu des professionnels. Peut-être pour qu'ils puissent représenter la parole des usagers, et puis aussi que les professionnels puissent les entendre, et il y a une déontologie qui fait qu'on va pas dire les mêmes choses quand il y a des bénéficiaires ou pas. Je ne sais pas. Je pense que c'est un état d'esprit en ce moment, en plus si tu fais une étude là-dessus, c'est peut-être en réflexion... Lui il apporte certainement, mais... je peux pas encore dire trop quoi. »

Il faut le faire, il faut faire comme si c'est bien, sans que l'on en voit forcément les effets bénéfiques. Ou encore :

« C'était intéressant, dans les hôpitaux, dans les salles avec des professionnels, des médecins, et ces gens là c'était... Mais il y a un côté où j'ai l'impression que cela fait bien. Peut-être que c'était, oui, cela fait bien, d'être avec des usagers... »

A travers ces différents témoignages, on mesure bien qu'une norme est mise en scène sociale pour opérer. Le pendant de cette mise en application est qu'elle n'est pour autant pas évidente.

1.4 Une norme qui toutefois n'opère et ne s'applique pas si facilement

Un consensus est presque tout aussi unanime parmi les professionnels du réseau pour dire que l'intégration d'un usager n'est pas sans difficultés, et qu'il existe un écart entre la norme de l'usager citoyen responsable de ses droits et de ses devoirs d'un côté et de l'autre un usager en situation concrète.

Pour avoir quelques exemples des difficultés de l'application de la norme, on peut citer les professionnels.

D'une part ils relativisent l'apport de monsieur F. dans le réseau :

« Est-ce qu'on a réfléchi pour se dire peut-être en amont il faut qu'ils constituent un collectif d'habitants pour pouvoir commencer à construire quelque chose, et puis derrière se dire « tiens dans ce groupe il y en a un qui veut bien être représentant de » et derrière construire du projet. Plus que d'apporter je sais pas son point de vue, qui est peut-être pas forcément plus intéressant qu'un autre. Après aujourd'hui qu'est ce qu'il apporte ? Oui comme il a de la disponibilité il peut aller dans un colloque et faire un compte rendu, mais bon, sans avoir les outils, c'est difficile quand on arrive dans des réunions. On a pas forcément compris les tenants et les aboutissants en tant que citoyen lambda, on peut vite être à côté de la plaque. »

Il est aussi question du manque de préparation à son arrivée :

« Moi j'ai trouvé cela intéressant, d'avoir un usager. Cela faisait très longtemps, cela faisait deux ans avant que Monsieur F. arrive qu'on parlait de ce sujet d'intégrer les usagers dans le réseau CARE. Après c'était pas si simple parce que tout le monde qui participait dans ce réseau n'était pas forcément d'accord sur la manière de dire : « un usager dans le réseau... à quel titre ? » cela n'a pas été vraiment préparé en amont. (...). Il s'est avéré que très vite, il avait, je pense, des ambitions un peu plus grandes, de prendre une place importante et cela a pu déstabiliser rapidement les gens de ce réseau-là. Et après c'était qu'il y avait, pour moi, une confusion en fait dans la place où il a voulu très rapidement faire son truc à lui, pour lui. Les mois qui ont suivi, c'était la construction d'une association d'usagers à l'intérieur du réseau, enfin ce n'était pas clair, et en même temps la difficulté c'était que Monsieur F. il était du coup usager, il a voulu être adhérent au GEM, mais avec plus une particularité de dire je vais intervenir, proposer des cours aux adhérents, de yoga du rire. »

Autre exemple :

« Voilà, c'était des réunions de travail et qu'on n'était pas préparé, je dis « on », je m'inclus pas forcément dedans, que les personnes n'étaient pas forcément préparées à ça. Et du coup arriver de but en blanc comme cela, et proposer ce genre d'exercices, c'était mal perçu. - cela avait déstabilisé des personnes ?

- Oui. »

Par ailleurs, plusieurs professionnels soulignent les difficultés... des autres professionnels :

« Après il y a deux cas de figures dans ce réseau, il y a des personnes qui sont déjà pas habituées à se dire « tiens on est plus entre professionnels, on va pas parler de la même manière, ce n'est plus les mêmes codes, donc cela ça déstabilise ». Moi je pense pour avoir vu dans l'attitude d'autres professionnels, que cela ne devient plus naturel, la parole elle n'est plus naturelle dans ces réunions là, ils vont pas dire la même chose, ils vont pas parler de la même manière. »

Ou encore :

« Après c'est difficile aussi parce qu'au sein du réseau on est de cultures professionnelles très très différentes. Il y a les travailleurs sociaux, il y a les cadres de santé, il y a des gens du Conseil général... il y a plein de professions différentes, et du coup cette question des usagers à l'intérieur des réseaux, elle est pas vue de la même façon par tout le monde. Cela pose un problème, enfin moi ce qui m'avait vachement questionné, c'est qu'une fois Monsieur F. se sentait pas très bien, était plutôt angoissé, commençait à se confier, à se livrer, là c'était « mon dieu, qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on dit ? Qui parle ? Qui lui répond ? »... »

Un autre moyen de détourner la norme, cela peut être de l'appliquer sans conviction :

« Après je ne sais pas si on l'écoute. Tout court. Si on l'écoute assez... Si on prend sa parole en compte, je ne sais pas trop. Ce serait intéressant à voir avec lui d'ailleurs, parce qu'on est comme je le disais, tous avec des agendas. A chaque fois quand il faut mettre, poser une date de réunion c'est l'enfer parce qu'on arrive pas à trouver de date... On est hyperspeed dans notre travail respectif, et je me dis, est-ce qu'on est assez disponible pour lui ? dans le cadre de ce réseau. Déjà qu'on l'est déjà pas trop pour le réseau des fois, pour tout ce qui est extérieur... Est-ce qu'on l'est pour Monsieur F. ? Est-ce qu'on répond à ses envies, ou besoins, ou je ne sais pas ce qu'il vient chercher dans ce réseau. »

A travers ces quelques illustrations, on mesure qu'il existe un écart entre l'édiction d'une norme de politique publique, à savoir la démocratie sanitaire, et sa catégorie phare de l'utilisateur citoyen, et l'appropriation de cette norme et de cette catégorie par les acteurs sur le terrain.

Au-delà de l'usage de la norme et des difficultés posées par son application, un enjeu central est celui de la qualification de monsieur F.

1.5 Les difficultés à cerner la place de monsieur F. dans le réseau

A partir des entretiens des professionnels du réseau CARE, j'analyserai dans cette partie le problème de qualification et d'assignation de la place de monsieur F. dans le réseau CARE : les ambiguïtés, les difficultés, les malentendus, les remises en questions.

Après une lecture des entretiens, huit caractéristiques ou traits relatifs à l'intégration de monsieur F. dans le réseau, émergent. Ces caractéristiques peuvent être entendues comme des constats à propos de la place de monsieur F. dans le réseau. Il peut s'agir également d'attentes plus ou moins réciproques et plus ou moins comblées.

a) Les professionnels recherchent un interlocuteur parmi les usagers (de l'autre côté) pour adapter, améliorer leurs pratiques :

" Moi je pense qu'il faut prendre sa parole très très au sérieux. C'est des personnes... je veux dire fragiles, et on doit travailler ensemble pour soutenir ces personnes qu'on voit tous les jours dans notre travail. De par ce qu'il a pu vivre dans sa vie et dans les différentes institutions, ou associations, c'est hyper important de l'entendre, pour adapter au mieux nous nos pratiques, nous questionner. Je pense que c'est par là que sa parole est différente que celle des professionnels."

Cette première caractéristique correspond à l'attente initiale des professionnels. Ils attendraient de l'utilisateur une forme d'altérité, un interlocuteur qui est de l'autre côté d'une frontière invisible entre usagers et professionnels. En d'autres termes, les professionnels du réseau souhaiteraient compléter leur propre réflexivité par une confirmation de l'extérieur qu'ils agissent correctement.

Dans le réseau CARE, il est difficile a priori de définir monsieur F., ce dernier se considérant avant tout comme habitant. Par ailleurs chacun *bricole* dans sa structure. Certains parleront "d'adhérents", d'autres "d'accueillis", ou encore de "bénéficiaires" d'un dispositif... La catégorie "habitant" ne semble guère satisfaisante, car elle n'est guère catégorisante, trop vaste, la plupart des professionnels étant habitants du territoire.

L'attente initiale porte donc plutôt sur un retour de pratique de la part des bénéficiaires de leurs activités.

b) Les professionnels recherchent et apprécient à travers monsieur F. une parole authentique et libre

Au-delà d'avoir un interlocuteur, un autre trait consensuel parmi les personnes interviewées est l'attente d'une parole libre, authentique.

" ... et puis il n'a pas de hiérarchie lui. Il intervient parce que ça l'intéresse. Il se dit « tiens je vais aller parler de mes difficultés, n'importe quel colloque, conférence, il est là. Comme une sorte d'auditeur libre."

" Moi je trouvais l'idée très très intéressante de l'arrivée de Monsieur F. dans le réseau parce qu'on finit par penser entre professionnels pour les usagers sans eux. Et qu'on élabore des super théories, des super choses, et qu'on fait complètement fi de leurs besoins réels à eux. Et moi vraiment l'arrivée de Monsieur F. je voyais cela comme une opportunité de se confronter au réel, et au réel des demandes des personnes."

" Donc mon premier mouvement, et je peux dire mon mouvement tout court, c'est une grande satisfaction de l'arrivée de Monsieur F. qui bouscule la façon dont on va discuter entre nous, qui va aussi peut-être nous obliger à aller plus au cœur des sujets, pas s'éloigner de ce qui nous préoccupe, c'est-à-dire le bien-être, la prise en charge de l'usager, parce que lui il est quelque part l'espèce de garant que c'est bien pour cela qu'on est là. Voilà. Moi je l'ai bien vécu, enfin j'étais partisane de cela, et j'ai même quelque part apprécié parce que c'est mon tempérament, d'être bousculée. Parce que je trouve qu'à partir du moment où on est bousculée, c'est là que le travail commence."

" oui, il a son expérience, il a son expérience intérieure, ou interne je ne sais pas, d'une des structures. Si tu as été usager de la psychiatrie, tu as des choses à dire, de la façon dont cela se passe, de la façon dont les usagers sont traités par exemple, en psychiatrie. Si tu es usager d'un CHRS, tu as peut-être des choses à dire sur la façon dont tu es accompagné, reçu, etc. L'habitant, lui il y connaît rien, il sait pas du tout comment ça se passe, il est extérieur. C'est peut-être la différence entre les deux termes extérieur et intérieur. Cela pourrait faire une distinction tu vois."

On verra par la suite que la recherche d'une parole authentique, voire intime, n'empêche pas que cette parole passe au prisme de ce qui est acceptable. Tout ne peut pas être dit ou fait, évidemment, et il existe certainement des enjeux de traduction et de négociations sur les termes acceptables des échanges.

c) les professionnels peuvent bénéficier du "temps disponible" de monsieur F.

Monsieur F. possède une ressource visiblement rare pour les professionnels : du temps. Ce qui n'est pas inutile dans un réseau de professionnels.

" Après il a capté une offre. Donc il a pris une place. Quand je regarde un peu, alors je ne suis pas dans le réseau CARE en permanence, mais j'observe un petit peu, je suis en veille par rapport à ces éléments là et je constate qu'il est celui qui est le plus facilement mobilisé. Donc forcément il va prendre une place énorme dans le réseau parce qu'il a beaucoup moins de contraintes que les autres institutions, associatifs..."

" Comme il disait lui, ce qu'il a, c'est du temps. Il a du temps puisqu'il ne travaille pas, il est retraité. Il a du temps par rapport à nous qui devons faire les choses rapidement. Il va

souvent dire « moi je le fais puisque j'ai le temps ». Ce qu'il a comme qualité, il m'a aidé à faire le bilan de la rencontre "

d) les professionnels recherchent un tiers extérieur, à briser l'entre soi

Recueillir la parole des usagers pour mieux interagir avec eux est un point évoqué plus haut.

Un autre point est d'utiliser la présence d'un usager pour sortir d'une routine et d'un entre soi.

" C'est très facile de parler entre professionnels. Tu es dans la théorie, tu racontes ce que tu fais, tu te la joues un peu quoi. Là tout d'un coup tu te confrontes à une réalité, d'être avec quelqu'un qui dit ce qu'il vit au quotidien, qui te renvoie les imperfections du système, ce à quoi il est confronté au quotidien, qui vient aussi avec ses problèmes d'usager, quels qu'ils soient, et toi en face tu peux plus juste te la jouer puis dire « ouais on est super bien, on a mis ça en place et tout ». Non là t'es confronté à la réalité. "

" Je rapproche vraiment cela de la présence de l'usager dans un réseau, parce que ce que tu vas te permettre, mais c'est bien, mais c'est comme ça c'est une réalité, c'est pour cela que je le dis, ce que tu vas te permettre dans le « entre professionnels », il peut pas se faire quand l'usager est là, donc c'est un garde fou.

- Un garde fou de dérives d'un entre soi ?

- ... de dérives d'un entre soi de penser pour l'autre sans lui, d'être dans la critique aussi. C'est parler des « psychopathes », de ces gens, de ces précaires... Il y a des gens qui se laisseraient aller dans l'entre soi. A un moment quelqu'un qui en a le ras le bol, car c'est très dur le travail médico-social. Tu vis des moments absolument abominables, tu sais plus quoi faire, t'en as marre, les gens sont agressifs, t'en peux plus... Alors entre professionnels, à un moment ça peut venir, ça peut peut-être aussi avec les usagers, mais ça va pas être dit de la même façon, quand même. "

Ou encore :

" « les gars, dis donc, faudrait peut être remettre vos pendules à l'heure, parce que moi en tant qu'usager, voilà ce que j'ai vécu, il y a des trucs, enfin il y a des trucs super bien, mais il y a des trucs qui vont pas ». Et l'habitant, lui il peut avoir un constat extérieur, aussi, mais c'est quelqu'un d'extérieur, en disant « voilà la vie dans la cité, moi je vis telles choses, ça c'est vraiment bien, et puis cela c'est des nuisances, par exemple. "

L'usager, élément perturbateur, ou "poil à gratter" peut être perçu comme un tiers qui vient briser la routinisation institutionnelle et professionnelle.

e) Les professionnels doivent composer avec une personnalité complexe, "hors cadre"

Une cinquième caractéristique qui revient dans les entretiens est la personnalité de monsieur F., mise en avant par plusieurs professionnels pour expliquer des difficultés à son intégration dans le réseau, est sa personnalité.

" Oui parce qu'il est forcément complètement atypique au reste des acteurs du réseau. C'est un habitant certes, on bosse avec des tas d'allocataires qui ne vont pas avoir cette personnalité-là. Il y en a qui ont des fortes personnalités, qui sont plus à l'aise à l'oral, qui vont parfois s'investir un petit peu plus que les autres membres des autres groupes ressources, qui vont la jouer un peu cavalier seul, dans ces cas-là on a des animateurs professionnels qui sont là pour recadrer. Dans les groupes ressources on dispose d'un cadre assez important."

Plus précisément, une difficulté souvent citée est l'absence de maîtrise et de respect des codes par monsieur F. :

"Et qu'il a commencé à essayer d'intervenir, d'interagir avec la personne, qu'il a été gentiment recadré, là je me suis dit « là il y a peut-être un souci. C'est pas prévu, le truc. » Bon après, je me suis dit, tiens pourquoi, après j'écoutais un petit peu aux alentours, y avait des AS qui disaient derrière moi « Ah c'est marrant tiens, ça change un peu, c'est un peu le poil à gratter, l'élément perturbateur... » Après c'est vrai quand il y a eu le temps de pause, où on s'est retrouvé dans la matinée, je voyais qu'il allait vers les gens, qu'il jouait son rôle de... de clown. Alors voilà il est venu vers moi, il m'a serré dans ses bras."

Autre exemple lors d'une réunion avec une association :

" Du coup cela a été très brutal pour l'espace Simone de Beauvoir, car comme Monsieur F. est antiféministe, il a eu du mal à supporter certaines explications de la directrice qui parlait un petit peu des souffrances des femmes. Et lui du coup c'était : « et les souffrances des hommes ? Vous n'y pensez pas ? » Enfin, il arrivait pas à comprendre que, bien sûr il y a des souffrances des hommes, mais il y a aussi un endroit où les femmes ont besoin de se retrouver entre elles et de pouvoir s'exprimer. Et ça, du coup, je pense cela a été très brutal, mais pour moi c'était insupportable, pour mes collègues cela a été vraiment pénible. Elles ont trouvé qu'il était vraiment... qu'il outrepassait vraiment les limites, qu'il voulait prendre tout l'espace, qu'il était pas respectueux. Cela a été très très dur à vivre."

" en fait tous les professionnels, personne n'est parfait, on a tous des soucis, on a tous des problèmes personnels, mais en réunion on a une éthique, on va pas parler de nos problèmes personnels et notre vie privée. On peut en parler à deux, mais on va pas parler, on va pas installer cela devant le groupe, et Monsieur F. c'est un petit peu ce qu'il fait. Lui il a pas encore intégré, peut-être qu'il va l'intégrer, il va peut-être le comprendre. Et lui du coup je pense qu'il est déçu parce qu'il attendait plus de participation de notre part. Il voit pas que nous entre professionnels on peut pas être... pareil que lui qui s'investit à fond."

" Voilà. Non puis sinon, je ne sais pas si j'ai le droit de le dire, moi, il a mal interprété une réunion où j'étais en face de lui, je le regardais pas, ou je le regardais justement, je l'écoutais, j'essayais de le soutenir dans sa parole, et il a cru en fait que le draguais, enfin que j'étais intéressée par lui... "

Il ne s'agit pas ici de stigmatiser Monsieur F. Qui en effet n'a pas été victime ou l'auteur de malentendus ? Il apparaît toutefois que Monsieur F. ne maîtrise pas les codes professionnels

qui seraient à rapprocher d'une fiction wébérienne de neutralité axiologique (pas de jugements de valeurs, pas d'affects, rationalité administrative...).

f) les professionnels pointent l'absence de représentativité de monsieur F.

Une sixième caractéristique qui expliquerait en l'occurrence une difficulté à intégrer monsieur F. dans le réseau est le fait qu'il n'est le représentant que de lui-même, quand les professionnels ont le mandat de leur institution attaché à leur position dans le réseau (il faut avoir l'accord de son institution pour participer au réseau CARE, les réunions ont lieu en semaine sur le temps de travail).

" c'est ça toute la difficulté en fait, et la question de la représentativité, parce que Monsieur F., je ne sais même pas, même plus si on me l'a dit, comment il est arrivé là. C'est par rapport au réseau CARE qui disposait peut-être de liens avec des habitants, qui a fait diffuser l'information ou pas, je ne sais pas comment il a débarqué là. "

" Pourquoi pas ? Monsieur F est le « pourquoi pas ? ». Puisqu'il n'y a pas de limites, on ne sait pas où sont les limites. Eh bien ça passe ou ça casse. Quand on est sur des actions collectives on sait qu'on a toujours une part d'aléas, de truc qu'on ne maîtrisera pas. La difficulté, quand on est dans un collectif, c'est quand il y a quelqu'un qui va prendre une place trop importante, qui va commencer à écraser les autres. Il a commencé à dévier finalement l'objectif initial du groupe. Il y a toujours ce risque. Le risque il est présent, car Monsieur F. est tout seul. Il n'a pas derrière lui un groupe d'habitants, c'est juste une unité. Il n'a pas de mandat."

" Je ne sais pas, mais c'est vrai que c'était dommage que ce soit juste une personne. Cela a posé problème, que ce ne soit qu'une personne, qu'un usager. Cela aurait peut-être donné autre chose si c'était plusieurs. Cela met les gens en difficultés. Je l'ai senti, il y a eu cette réunion¹⁴ où l'idée était de préparer, comment il voyait les choses lui, qu'il fallait qu'on l'accompagne peut-être une association, monter un réseau, quelque chose autour des usagers, et là tout de suite, je m'étais encore permis de lui donner des conseils, lui dire que cela allait déjà trop loin, qu'il y avait des choses intéressantes, mais on était dans quelque chose qui était peut-être pas rationnel, dont on a pas l'habitude d'en entendre parler et les professionnels... là j'ai envie de dire c'est un gros cafouillage, un grand mélange des genres, on ne savait plus, enfin j'ai l'impression, même avec du recul maintenant, tout le monde ne savait plus où on allait, c'était quoi finalement le sens et l'objectif de faire rentrer un usager dans le réseau... Pour qui, pour quoi ? "

" Oui voilà, s'il représentait la parole d'un groupe, je veux dire des habitants par exemple, cela pourrait apporter plus peut-être... ou l'expérience de sa vie, mais d'une façon plus générale peut-être, moins individuelle... Je sais pas ce que t'en penses toi. Je trouve que Monsieur F. il a plein de ressources, il a plein de compétences.. "

¹⁴La réunion de mai 2012 où Monsieur F. présente son tableau « amour santé prospérité ». Voir introduction.

Il y a peut-être ici un premier paradoxe : d'un côté on souhaite de monsieur F. une parole libre et authentique, qu'il parle de lui-même sans les entraves d'un système d'obligations professionnelles, morales et sociales. On lui pardonnera d'ailleurs assez facilement ses écarts aux règles de bonne conduite ou ses attitudes parfois "inadaptées", comme pleurer en réunion par exemple. Mais d'un autre côté, notons que cette liberté peut déranger, avec l'idée qu'en définitive l'avis de monsieur F. n'a pas plus et pas moins de valeur qu'un autre avis. Il ne représente que lui-même. A défaut d'être investi d'une mission institutionnelle, un pis-aller semble consister à l'investir de la parole d'un groupe de ses pairs, devenant en cela potentiellement le porte-parole de l'autre camp. Or investir quelqu'un de cette mission de mandataire de la parole des autres, ne serait-ce pas un moyen de le ré-encadrer dans un système d'obligations ?

g) Monsieur F. dispose et propose au réseau des savoirs profanes jugés illégitimes

Un trait complémentaire à l'absence de maîtrise des codes et au manque de représentativité collective, consiste en un usage vécu comme inapproprié par les professionnels de formes de savoirs profanes. Les professionnels ont particulièrement insisté sur cette question de l'utilisation de savoirs illégitimes¹⁵.

" Oui. C'est un peu l'analyse que j'en fais. En effet Monsieur F, je vois bien les comptes-rendus, il le fait avec ses outils. Lui on lui demande par exemple d'animer une réunion, bon il anime une réunion et il apporte sa touche, comme le développement local pourrait apporter des techniques d'animation, lui il a fait de la rigologie ou des machins comme ça, donc il dit « tiens je vais faire des petits jeux », et nous forcément cela nous heurte car on est pas là-dedans, on est pas habitué. Est-ce que c'est vraiment comme ça qu'on doit bosser ? je sais pas. Mais le fait est qu'il est présent et intégré dans le groupe, et qu'il est membre de ce réseau, quelle est notre place, pourquoi on irait dire : non on le fera pas ? Si au-delà de ces petits exercices qui peuvent nous paraître complètement décalés, l'ordre du jour est tenu, respecté, les points sont abordés."

" Sur les deux que j'ai faites pas vraiment. Sur le temps fort [du 5 octobre], je me dis où peut-être il a apporté quelque chose dans le sens où c'était pas un truc... il y a avait un côté déstabilisant, fil rouge, qui aurait pu être intéressant. Il a peut-être ce côté fil rouge, clown, c'est peut-être quelque chose, même si c'était pas prévu pour le coup, il y a peut-être quelque chose à travailler là-dessus, ça peut être intéressant si on lui donne un peu plus de messages, ou de méthodo, il y a peut-être un truc à jouer là-dessus."

" Alors moi ce que j'ai vu, si je peux dire un petit peu, pour moi un des moments clé, cela a été la réunion du réseau au Conseil général, la petite salle qui donne sur la Loire, avec Monsieur

¹⁵ J'ai conscience de la redondance et du nombre de citations, mais il me semble qu'elle fait système.

F. qui vient nous présenter son tableau. Le fait qu'à un moment ça devient très ésotérique, qu'il prend énormément de place, qu'il parle de son désir d'être salarié, et tout à coup on le sentiment ça dérape. Mais je dirais là que c'est peut-être un problème de gestion de réunion. Théoriquement cela aurait jamais dû en arriver là. Effectivement on était complètement hors cadre, hors réseau à ce moment là. Ce que Monsieur F. il avait à dire, parce qu'il avait des choses à dire en tant qu'usager, c'était pas là qu'il fallait que cela sorte. C'est tout. C'est pas le lieu. C'est ni le moment ni le lieu. Tout de même ça dérape, et des gens se disent « c'est pas possible »."

" Il a fallu recadrer Monsieur F. pour la raison suivante, il s'enfermait avec certains adhérents qui étaient très fragiles, par exemple dans le coin bibliothèque, pour faire de la numérologie avec eux."

" Moi je le ressens parce qu'il y a le côté, les termes c'était « holistique¹⁶ », pour certains professionnels c'était « on va où ? »."

" Et il y a un autre moment aussi, ou toi t'étais pas là, c'était à Saint-Yves, où c'était lui le co-animateur de la réunion, et il avait commencé par faire des petits exercices, pas de relaxation, mais de..., je sais plus comment il avait appelé cela. Il fallait marcher, se concentrer, penser à notre matinée, qu'est-ce qu'on allait apporter à cette réunion, enfin c'était très spirituel. Et du coup, pareil, il y en a, ils adhèrent tout de suite, il y en a d'autres qui adhèrent pas, qui sont là pour des réunions de travail, et c'était un peu bizarre. "

" Oui je sais qu'il avait présenté un tableau. Si c'est possible que j'y étais... (silence). Mais je ne me souviens plus trop en fait. Je sais qu'il a des opinions un petit peu... particulières, et voilà quoi. Ésotériques on va dire, c'est à moitié ésotérique sa façon de penser. "

Ce rapport aux savoirs semble un point d'achoppement important pour l'intégration de monsieur F. dans le réseau. On peut souligner la situation en l'espèce, celle de monsieur F., et la rabattre sur sa situation personnelle (il apprécierait par exemple la numérologie et souhaite qu'elle soit mobilisée). On peut aussi noter un deuxième paradoxe, corollaire de celui énoncé plus haut, et qui serait le suivant : les professionnels attendent une parole décalée, mais une norme d'acceptabilité subsiste : ce n'est pas parce qu'on est usager que l'on peut tout dire. Si les professionnels se prêtent aux exercices - j'ai moi-même été initié lors d'une réunion à quelques exercices de yoga du rire - ce n'est pas sans être dubitatifs...

Un réseau de professionnels mandatés par leur institution peut-il valider l'utilisation de la numérologie ou du concept de "santé holistique" ? C'est évident que non. Pour autant les professionnels ne peuvent renvoyer monsieur F., ni révoquer les savoirs qu'il met en oeuvre, bien qu'illégitimes. Comme le souligne un des professionnels, une "solution", une manière de faire, serait que d'autres usagers recadrent ou régulent monsieur F., mais ici le problème se pose avec acuité car il est seul représentant des usagers dans le réseau, la régulation par des

¹⁶ A noter que la politique santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé valorise la position holistique

pairs ne peut opérer.

Si par ailleurs des professionnels du réseau croient eux-mêmes au concept de "santé holistique" et ne sont pas heurtés par son utilisation, alors il ne peut y avoir de positionnement clair du groupe. La conséquence est ici certainement la production d'un malaise chez certains professionnels, tiraillés entre la norme de l'intégration à appliquer, et la faible acceptabilité de savoirs jugés illégitimes dans la sphère du travail social et sanitaire. La mise en oeuvre de la norme ne peut se faire à n'importe quel prix, aussi cela crée-t-il des configurations locales plus ou moins propices à une bonne application du contenu normatif. Dans le réseau CARE, la configuration comprend un mode inachevé de négociations, sur ce qui est acceptable ou non. Le consensus n'existe pas sur un positionnement à adopter face aux propositions de savoirs jugés illégitimes de monsieur F.

A noter également que si les professionnels insistent sur l'utilisation de savoirs illégitimes, aucun ne met en avant l'utilisation effective et profitable de savoirs liés au parcours de monsieur F. en psychiatrie. En ce sens on pourrait parler d'une attente déçue : les professionnels attendent que monsieur F. leur raconte son vécu dans la structure de soins X, et lui leur parle de numérologie.

h) L'ambivalence des professionnels face au déni des troubles de monsieur F.

Une dernière caractéristique est liée au positionnement de monsieur F. par rapport à sa situation personnelle. Il n'y a pas d'un côté monsieur F. avec des troubles et de l'autre des professionnels en bonne santé mentale. Pour autant le rétablissement de monsieur F. semble relatif.

" Monsieur F. : D'autant que je suis dans le réseau CARE en tant qu'habitant, donc non professionnel, et avec un parcours de difficultés en santé mentale. Donc je trouve que la question correspond quelque part. Aujourd'hui j'ai envie de dire que je suis quand même mieux dans ma tête. Et je sais surtout pourquoi j'ai été dérangé dans mon esprit. Et il m'a fallu 52 ans pour savoir. Et que j'avais un mal-être en moi, je fais court sur ça, mais ça explique quand même que j'étais mal dans ma tête, mal dans mon corps, mal dans ma peau, c'est qu'en fait je découvre à 52 ans que mon père en était un autre.

- Tu as quel âge aujourd'hui ?

- Aujourd'hui j'ai 63 ans.

- D'accord, donc il y a 9 ans tu découvres un secret de famille.

- *Oui et ce mal être qui était en moi, pour moi il n'y en avait pas. Mais forcément je marchais à côté de mes pompes comme on dit. Tout ça fait que les bases sont pas solides, donc j'ai eu un grand chaos qui m'a fait descendre comme on dit au 4e sous-sol et j'ai commencé à me poser les vraies questions, et c'est beaucoup de temps parce qu'aujourd'hui j'ai 63 ans, mais moi j'estime que c'est depuis peu que je suis en paix avec moi. Je fais mieux de discernement. J'ai fait un travail d'introspection qui a duré, moi ça fait quand même des années. "*

La situation de monsieur F. n'est peut-être pas si simple :

" Alors j'ai eu une période très difficile, avec le club de rire, etc, etc. C'est pour ça que j'ai un parcours d'évolution vers la guérison, mais il y a des rechutes, qui sont malheureusement pas de ma responsabilité. Si on m'avait pas changé le médicament [pour la thyroïde], j'aurais pas replongé dans des difficultés émotionnelles. Mais bon, c'est comme ça, c'est l'histoire (rires). Mais en même temps, cela m'a permis aussi d'avoir une année 2012 avec des grandes difficultés mais aussi de les surmonter. Et voilà, je suis en 2013, je suis davantage apaisé, mes enfants reviennent. Tu vois, j'ai un parcours de santé quand même intéressant. Et tout à l'heure je me disais que je m'étais réconcilié avec mon amie de colocation, bien sûr elle m'écoute. Puis je vois bien les progrès que j'ai faits. Elle est contente. Elle reconnaît que je suis un ami pour elle. Quand je vois les progrès que j'ai faits, c'est inimaginable. C'est inimaginable, je le vois. Je vois l'entretien de la maison et comment c'était avant. "

Le problème est le suivant : monsieur F. est-il un habitant comme les autres, et dans ce cas là il ne faut pas tenir compte de son parcours de rétablissement avec d'éventuelles rechutes, ou est-il un patient en voie de rétablissement, et dans ce cas-là il faut prendre en compte une certaine fragilité¹⁷ ?

Cela invite les professionnels à se positionner¹⁸.

" Il avait des difficultés à dire « je suis adhérent du GEM », il n'acceptait pas forcément ce terme là, d'être adhérent. Et pourtant c'est là qu'on a recadré, qu'on a repris aussi, il a fallu recadrer sur cela avec monsieur F. : « Pourquoi tu te sens pas adhérent ? Tu as aussi pris ta carte d'adhésion, tu es aussi à jour, t'as cotisé pour cette association, t'es là quand on fait un repas, t'es souvent dans les moments conviviaux... ». je pense que Monsieur F. s'était pas vraiment trouvé sa place. La difficulté c'était de trouver sa place. Trouver sa place au GEM, trouver sa place dans le réseau CARE, trouver sa place dans la cité... "

" Cela lui a fait comprendre qu'il ne fallait pas qu'il soit aussi brute, dur.. à être un peu plus souple. Je pense qu'il a retenu cela. Après ses compétences, je pense qu'il a de la gentillesse, il a un comportement qui peut être aidant, il peut être gentil, il peut être à l'écoute. Après comme il a jamais travaillé dans le social, il a pas acquis vraiment de compétences dans ce domaine-là. Il est plus technicien, il a travaillé dans un domaine technique. Après il est très marqué par sa vie, par son histoire, et cela il n'arrive pas à l'oublier des fois quoi. "

¹⁷ Le problème est peut-être aussi qu'il ne se définit pas de manière univoque (ex-usager, membre de gem, président d'association, ni stable dans le temps)

¹⁸ Pour ma part, je privilégie la deuxième hypothèse. La fiction d'un habitant lambda obscurcit de fait la résolution des difficultés.

Le fait que monsieur F. se positionne comme habitant, et non comme usager, crée une difficulté de positionnement des professionnels. Faut-il adhérer à son discours et faire comme s'il était un habitant lambda ? Faut-il l'amener à reconnaître ses difficultés ? Là encore les membres du réseau CARE n'ont pas trouvé en 2012 de régulation interne à ce questionnement.

Entre les attentes initiales des professionnels du réseau et la réalité des apports de monsieur F., on mesure un écart. Certaines attentes sont comblées, d'autres sont déçues, enfin des apports inattendus apparaissent. Dans la partie suivante, nous allons bâtir, à partir des huit caractéristiques énoncées ici, une esquisse de typologie des modes d'intégration et de ségrégation de monsieur F. dans le réseau CARE.

Deuxième partie : les modes d'intégration et de ségrégation de Monsieur F.

Quelle est la place de monsieur F. dans le réseau CARE ? A partir des entretiens, j'ai dégagé dans la partie précédente huit caractéristiques. Celles-ci sont divisibles en deux catégories qui permettent d'esquisser une configuration locale de modes d'intégration et de ségrégation (au sens de mettre à part) d'un usager contemporain de la santé mentale.

A ces modes d'assignation par les professionnels correspondent une réponse - explicite ou implicite - de l'utilisateur concerné. De manière complémentaire, il est possible de rattacher ces modes d'assignation à des mécanismes plus généraux.

2.1 Les modes d'intégration

Monsieur F. dans l'entretien que j'ai réalisé avec lui souligne plusieurs points positifs pour lui. D'une part, la participation au réseau CARE lui permet de sortir d'un certain isolement.

" Et puis je continue avec le réseau CARE, car je trouve beaucoup d'avantages à y être là-dedans, parmi toutes ces personnes. A la fois pour moi continuer d'être entouré de personnes qui sont je trouve, qui écoutent, qui tolèrent la différence. C'est un des seuls lieux où je me sens bien, parce que toutes les personnes qui sont là ont une idée des souffrances et en même temps si elles sont ensemble, c'est parce que je pense qu'elles ont besoin de s'entraider face aux misères de la société. "

" Je romps l'isolement en m'impliquant dans le réseau CARE. Tu sais, je suis au comité de pilotage. Cela me donne envie, cela me donne des responsabilités, cela m'occupe, chez moi je travaille, tu vois. J'ai fait un petit planning du réseau CARE, cela me demande du travail chez moi, ça me rend utile, je me sens en lien avec la société. Et ça c'est très important. Et bien sûr que cela y contribue, puisque je trouve que je me sens utile, du coup je me donne de la gratitude, je suis mieux avec ça. Et puis forcément je rayonne un peu mieux, dis donc, cela se ressent... "

Deuxième point, de l'artistique (clown, peinture...), au pilotage du réseau en passant par la gestion de l'agenda, monsieur F. offre ses compétences.

" C'est dans le réseau CARE que j'ai pu exprimer mes talents. Le tableau que j'ai fait. Tu sais bien le premier je l'ai fait avec toi. J'ai expérimenté le clown, c'est grâce au réseau CARE. (rires) C'est bien grâce au réseau CARE. "

Enfin il se sent reconnu pour ses savoirs et ses compétences. D'une part monsieur F. s'est renseigné sur l'expérimentation du CCOMS sur les médiateurs santé pairs. Il aurait souhaité faire la formation.

" - tu dis « j'ai eu un parcours en santé assez riche... ». est-ce qu'il t'a apporté des savoirs, quelque chose, au-delà de la souffrance, car ça doit être douloureux quoi, mais quelque chose de l'ordre du savoir, de la connaissance...

- Monsieur F : la confiance en soi qu'on acquiert au fur et à mesure des épreuves. Et cela je peux le transmettre. C'est pour ça que l'activité de médiateur santé pair, pair-aidant vous disiez à une époque, en fait le vrai mot c'est « médiateur santé pair », ça vient du Québec, bref. C'est des personnes qui ont un parcours de santé et qui peuvent aider d'autres après. A la fois des personnes en difficulté, mais à la fois des professionnels, qui eux n'ont pas eu toute cette souffrance mais qui peuvent écouter mon parcours. "

D'autre part, monsieur F. se sent investi d'une mission d'aide envers les professionnels, notamment avec une capacité à transmettre des savoirs expérientiels :

" J'avais déjà ces problèmes d'asthme, liés à mes parents. C'est psychosomatique. Sur le moment j'ai pas compris. Avec tout le recul je comprends tout ça, je comprends pourquoi c'est psychosomatique. Je sais ce que ça veut dire, je comprends pourquoi, être dans le flou, ne pas connaître la vérité, je sais plein de choses maintenant. Et je crois même que je peux apporter aux professionnels, et en même temps je peux les déranger aussi. Un exemple, quand j'ai parlé de la santé holistique, pour moi c'est tellement évident que c'est santé mentale et spiritualité, et spiritualité maintenant je sais ce que c'est, je sais un peu ce que c'est. Je sais mieux ce que c'est. J'ai travaillé aussi sur le mental, sur l'ego, je sais plein de choses, à apprendre mieux sur moi. J'ai des expériences que je peux partager. Et je me rends compte que les professionnels l'ont pas forcément cette expérience-là. Santé globale, quand je parlais de santé globale ça allait, quand j'ai approfondi, et que j'ai dit c'est pas « globale » c'est « holistique », ayurvédique en Chine, je sais ce que ça veut dire maintenant, ces trois domaines. Je vois bien qu'holistique c'est pas un mot courant dans le monde de la santé... "

Aux attentes des professionnels correspondent des réponses possibles des usagers.

Le tableau suivant résume les modes d'intégration d'un usager, en l'espèce monsieur F., dans un réseau de professionnels de santé mentale, avec les réponses que ce dernier peut apporter et les mécanismes en jeu.

Tableau 1 : logiques intégratives

Logiques intégratives		
Attentes des professionnels	Réponse de monsieur F.	Mécanismes
Recherche d'adaptation des pratiques aux usagers / recherche d'altérité	Offre de service « habitant ressources »	Reconnaissance de savoirs expérimentiels
Attente d'une parole vraie / réelle/ libre / authentique	Offre d'une parole intime	
Besoin de temps de travail administratif / de coordination	Offre de disponibilité	Mobilisation des compétences / Investissement d'une mission de coordination
Sortir de l'entre soi	Offre d'un tiers extérieur	Aspiration à sortir de la routine professionnelle d'un côté / de l'isolement pour monsieur F.

Le pendant de ces logiques intégratives serait l'existence parallèle de mécanismes ségrégatifs.

2.2 Les mécanismes ségrégatifs

Ces mécanismes ne sont pas forcément perçus par monsieur F. qui a une vision sinon enchantée, du moins positive, du réseau CARE :

" Oui, d'emblée, je ne vois pas dans le réseau CARE de luttes d'intérêts, comment dire, il y a un partage, c'est ce qui domine je trouve dans le réseau. Chacun sa place. Il n'y a pas de luttes, on sent pas de luttes, des luttes de pouvoir. "

Pour autant une partie des caractéristiques abordées dans le point 2.5 du présent mémoire relèvent plutôt de mécanismes de ségrégation (au sens de mise à part). Ces mécanismes sont évidemment involontaires, puisque tous les professionnels interrogés dans le cadre de mon enquête défendent l'intégration des usagers dans les réseaux et instances, dans ce que nous avons appelé plus haut une mise en scène de la norme.

Il est possible de décomposer ces processus ségrégatifs en distinguant les critiques adressées à l'encontre de monsieur F. dans le réseau et les jugements afférents. Ces processus peuvent alors être également reliés à des mécanismes sociaux plus généraux.

Face à la norme de l'intégration des usagers dans une logique de démocratie sanitaire participative, les professionnels se retrouvent dans une forme de confusion : il faut intégrer monsieur F., même si dans les faits, *cela ne va pas de soi*. Aussi entend-t-on que monsieur F. se régule tout seul, à défaut d'autres usagers pour le recadrer. Et lorsque monsieur F. dérange, ou dérape ?, tout le monde se regarde sans vraiment réagir, dans une forme d'autocensure, signe d'une forme de stigmatisation. On pourrait dire qu'à ce moment-là les professionnels utilisent inconsciemment la figure de l'usager des services de psychiatrie, comme excuse à une réponse « normale » de leur part. La place et le statut de monsieur F., comme de tout usager, au-delà des textes, des normes et des injonctions, est une construction locale, avec des zones de négociations et d'invention d'un statut. Monsieur F. selon les circonstances, jongle avec différentes identités : ancien patient quand il revendique un rôle de pair-aidant, usager quand il met en avant ses savoirs expérientiels, habitant lorsqu'il aspire à une déstigmatisation et une intégration dans le cercle des professionnels (eux aussi habitants).

Nous avons pointé préalablement deux paradoxes (ou un paradoxe et son corollaire) qui rajoutent à cette confusion : d'un côté les professionnels souhaitent de l'usager invité dans le réseau une parole libre et authentique, qu'il parle de lui-même sans les entraves d'un système d'obligations, qu'elles soient professionnelles, institutionnelles, voire morales et sociales. D'un autre côté cette parole dérange et génère du malaise. Le corollaire de ce paradoxe étant que les professionnels attendent une parole décalée, mais une norme d'acceptabilité subsiste : ce n'est pas parce qu'on est usager que l'on peut tout dire, la maladie mentale n'excuse pas tous les discours ni tous les comportements.

Dès lors les professionnels oscillent, de manière ambivalente, entre deux positionnements : celui d'accompagner l'usager vers une acceptabilité en l'adaptant, en l'éduquant (apprentissage des codes, recadrage...) et celui de le mettre à part, car les difficultés sont nombreuses et la voie étroite et périlleuse. En effet, à partir de quand un usager est-il adapté ? Est-il adapté quand il atteint un statut de professionnel, par la voie classique de l'insertion professionnelle ou par la pair-aidance ? Ou alors quand il ne dérange plus et qu'il produit la parole adaptée, celle qui légitime l'ordre établi, par une contestation prisonnière du même système

d'obligations que les professionnels, ou prisonnière de la représentation d'un groupe d'utilisateurs, forcément plus consensuel ? Ou alors quand il est rétabli, à tel point qu'il mobilise des savoirs liés à son expérience souvent douloureuse comme une compétence aplanie parmi d'autres ?

De la confusion, ici comme ailleurs, naît une situation de malaise vécue par l'ensemble des acteurs, à laquelle s'articulent trois mécanismes :

- **un mécanisme d'inadaptation** : l'utilisateur n'est pas adapté au monde des professionnels, il n'en partage pas les codes, les normes, les attitudes implicites. Dans un univers "hypernomique" (où la norme écrase les individus), celui de la "normalité pathologique" professionnelle, le type existentiel "agonique" (incapacité de s'identifier aux rôles sociaux existants, lutte pour la norme...) pourrait correspondre à l'utilisateur s'inscrivant dans un processus de reconnaissance, dans la recherche d'une place et d'un statut. L'utilisateur est considéré comme inadapté : les professionnels semblent déstabilisés par un manque de loyauté vis-à-vis des « règles du jeu », notamment par l'utilisation des affects. Une forme de déloyauté, vécue parfois comme un manque de *fair play*, voire comme de la manipulation. Par ailleurs, la présence de monsieur F. est vécue comme imposée, du coup se superposent à son arrivée des enjeux de pouvoir dans le réseau : présenté comme un réseau horizontal et démocratique, l'arrivée de monsieur F. est vécue par plusieurs des professionnels comme le fait du prince, imposée par la pilote du réseau, celle-ci appliquant pourtant l'objectif partagé et initial d'intégrer des utilisateurs.

- **un mécanisme de disqualification**. L'utilisation de savoirs profanes jugés illégitimes disqualifie presque d'emblée celui qui les utilise. Proposer qu'un réseau de santé mentale composé essentiellement de professionnels du sanitaire et du social se préoccupe voire valide un projet d'activité autour de la numérologie, c'est prendre le risque de se heurter à un rejet majoritaire du groupe. L'univers symbolique et normatif de ces professionnels repose sur une légitimité légale et rationnelle. La disqualification pour qui ne respecte pas ces présupposés semble quasi-mécanique.

- **Un mécanisme de relégation**. C'est peut-être le mécanisme qui doit le plus retenir notre attention. Quand les professionnels expriment l'idée que monsieur F. fait part de son avis, que cet avis est personnel et n'a ni plus ni moins de valeur que celui d'un autre, j'assiste à un processus de relégation : l'utilisateur n'est pas investi, ni par son institution, ni par le mandat d'un

groupe. En cela, ce qu'il dit peut être intéressant ou non, mais la valeur de ses propos est intrinsèquement moindre que celle d'un professionnel qui parle en son nom mais également au nom de son institution. L'usager occupe alors un statut de seconde zone.

Il est probable que ces mécanismes, il me semble involontaires de la part des acteurs, contribuent à une stigmatisation des patients. Ces mécanismes d'inadaptation, de disqualification et de relégation contrebalancent les logiques inclusives.

On peut synthétiser les processus ségrégatifs dans le tableau suivant.

Tableau 2 : les mécanismes ségrégatifs

Mécanismes ségrégatifs		
Critiques de Monsieur F.	Jugement des professionnels	Mécanismes
Personnalité forte / absence de maîtrise des codes	Monsieur F. montre son inaptitude à faire partie du cercle des professionnels, il n'en maîtrise pas les codes.	Inadaptation (créant une ambivalence chez les professionnels entre accompagnement et ségrégation)
Absence de représentativité	Monsieur F. est isolé.	Relégation (dans un statut de seconde zone)
Savoirs profanes jugés illégitimes (ésotériques, irrationnels...)	Monsieur F. n'est pas crédible.	Disqualification
Ambivalence/déni par rapport à la maladie Confusion sur le statut de monsieur F.	Monsieur F. dysfonctionne mais on ne peut pas lui dire, et si on lui dit, il ne l'entend pas. Il y a un conflit entre l'application de la norme et le ressenti.	Confusion et autocensure (engendrant du malaise) sur la place de monsieur F. (confusion habitant/patient/usager et confusion catégorie ou collectif (qui serait opérant) / individu)

Comment peut-on mieux définir alors la situation de l'utilisateur, au-delà de dire qu'il est relégué en seconde division ? Nous proposons dans la partie suivante de recourir à une métaphore - celle de l'esclave affranchi à l'époque antique - pour participer à l'éclairage de la situation.

Troisième partie : la figure du patient contemporain au prisme du processus d'affranchissement

Dans cette partie, nous appliquerons la métaphore de l'affranchissement appliquée au patient contemporain.

3.1 De la relation médecin-malade

Avant de poser l'analogie, je dirai quelques mots de la relation classique médecin-malade, telle qu'elle a été étudiée par la sociologie de la médecine. "Pour les sociologues cependant, la relation médecin-malade ne doit pas être approchée en termes uniquement psychologiques. La relation entre ces deux personnages n'est pas qu'interpersonnelle¹⁹." Dans leur ouvrage, Philippe Adam et Claudine Herzlich reviennent sur le modèle de la relation médecin-malade proposée par le sociologue américain fonctionnaliste (et conservateur) Talcott Parsons. "L'analyse de Parsons s'appuie d'abord sur la notion d'autorité professionnelle fondée sur un haut niveau de savoir formel et spécialisé. (...). Pour Parsons, le médecin est le seul à pouvoir, sur la base de sa compétence, dire qui est malade et, dès lors, à pouvoir l'exempter de ses obligations. (...). Pour T. Parsons, la structure sociale organise fortement leur comportement et, d'un côté comme de l'autre, existent en effet des attentes clairement définies : les patients ont besoin de l'aide des médecins ; réciproquement, les médecins se comportent de manière altruiste et disposent de connaissances spécialisées permettant d'atteindre le but commun du malade et du médecin : la guérison. Ainsi le modèle de la relation médecin-patient élaboré par Parsons est-il simultanément asymétrique et consensuel²⁰." La relation asymétrique médecin-malade fait écho à nos références historiques et à notre imaginaire symbolique : traditionnellement le médecin a toute autorité sur son malade. Pour ne citer qu'un exemple, cet extrait du *Médecin malgré lui* de Molière, en date d'août 1666 :

" SGANARELLE.— Est-ce là, la malade ?

GÉRONTE.— Oui, je n'ai qu'elle de fille : et j'aurais tous les regrets du monde, si elle venait à mourir.

SGANARELLE.— Qu'elle s'en garde bien, il ne faut pas qu'elle meure, sans l'ordonnance du médecin. "

¹⁹ Adam P., Herzlich C., 2001, p. 75

²⁰ Adam P., Herzlich C., 2001, p. 76-77

Plus proche de nous, les travaux d'Erving Goffman sur l'institution asilaire et sur la stigmatisation des malades et des handicapés illustrent également l'asymétrie de la relation médecin-malade occidentale traditionnelle, asymétrie renforcée en psychiatrie du fait des altérations mentales des malades.

Patrick Castel, dans un article explorant les enjeux des relations entre médecins, revient sur la sociologie médicale de la relation médecin/malade. Il cite également les travaux de Talcott Parsons. « Parsons (1951) analyse la relation thérapeutique comme structurellement asymétrique en faveur du médecin. Cette asymétrie est due d'une part au savoir exclusif du médecin et d'autre part à l'état de stress du patient, qui est déstabilisé et s'en remet en conséquence au médecin. Dans cette perspective, la compréhension de la relation thérapeutique passe par l'analyse du système normatif (la déontologie médicale, mais plus généralement, les droits et devoirs des deux principaux protagonistes) qui a pour fonction d'éviter que les patients soient abusés par les médecins du fait de leur situation de dépendance²¹. »

Bien sûr ce modèle fonctionnaliste, monolithique et légitimant l'ordre social harmonieux a fait l'objet de nombreuses critiques. Patrick Castel cite les travaux d'Eliot Freidson "qui relativise le caractère altruiste des médecins mis en avant par son aîné [Parsons], l'élément structurant de la « domination médicale » est la maîtrise des institutions par la profession qui, en s'organisant, a su défendre les intérêts des médecins. En particulier, elle a pu imposer aux autres acteurs du système de santé la définition du savoir légitime, limiter les acteurs qui pouvaient revendiquer son usage et empêcher toute évaluation externe des pratiques médicales." P. Castel cite également les travaux d'Andrew Abbott, "celui qui a poussé le plus loin l'analyse du système de connaissances (savoir et savoir-faire) professionnel, en en faisant le noeud du plus ou moins grand contrôle de leur travail par les professions. Le caractère abstrait du système de connaissances, mais aussi la capacité d'adaptation des prescriptions, issues de l'application de ces connaissances, aux préférences des clients sont des éléments centraux expliquant le maintien de sa juridiction par une profession²². Il cite enfin les travaux interactionnistes d'Anselm Strauss. Philippe Adam et Claudine Herzlich citent pour leur part les travaux des psychiatres Thomas Szasz et Mark Hollander, relativisant la passivité et la coopérativité des malades. Ces auteurs citent enfin les travaux d'August Hollingshead et

²¹ Castel Patrick (2005), p. 443

²² id. pou les deux citations, p. 444

Frederick Redlich. Dans un ouvrage de 1958 intitulé *Social Classe and Mental Illness*, ces derniers démontrent que les malades des classes supérieures reçoivent plus fréquemment des psychothérapies quand les malades des classes inférieures reçoivent des traitements somatiques. Enfin un modèle de la relation médecin-malade plus "démocratique", faisant encore référence aujourd'hui, est celui du psychiatre hongrois Michael Balint.

L'ensemble de ces critiques et nuances relativise d'autant la métaphore que je propose maintenant d'introduire : il est possible de concevoir la relation classique médecin-malade sur le modèle du rapport « maître-esclave ». De manière schématique, le patient est esclave de sa pathologie et le médecin maître d'un savoir (diagnostic, thérapeutique et pronostic).

3.2 Analogie (et ses limites) entre la relation classique médecin-malade et la relation maître-esclave

Dans la Rome antique, les esclaves peuvent être affranchis par leur maîtres. Ils deviennent *presque* libres, dans un statut intermédiaire entre l'esclave et le citoyen.

Dans un article de 1961, intitulé « Vie de Trimalcion », Paul Veyne décrit le statut et la condition d'affranchi, à partir du cas de Trimalcion, riche affranchi, personnage sans doute fictif du *Satyricon* de Pétrone, mais relativement idéaltypique. Trimalcion est un esclave affranchi à la mort de son maître. Ce dernier lui lègue sa fortune. Devenu riche par le négoce, malgré sa richesse, son indépendance et sa liberté, en somme *son autonomie*, il ne pourra toutefois s'intégrer à la société des citoyens (ingénus), du fait de son passé d'esclave. Ce passé le stigmatise et l'enferme dans le statut social bancal d'affranchi, « entre plèbe et noblesse ». Et ce malgré sa revendication de s'extraire de sa condition de naissance : « « Un sou vous avez, un sou vous valez (...) C'est mon mérite qui m'a conduit où vous voyez, c'est le cœur qui fait l'homme ; tout le reste n'est que foutaises. ».

Paul Veyne distingue les affranchis indépendants (libertini) et les affranchis encore soumis à un patron (liberti). « *Socialement parlant, l'affranchissement n'est rien. La distinction importante n'est pas celle des esclaves et des affranchis ; c'est celle qui oppose, d'une part, les esclaves et la majorité des affranchis, qui restaient auprès de leur maître, et, d'autre part, une minorité d'affranchis qu'un ensemble de conjonctures rendaient juridiquement et*

économiquement indépendants de leur patron. C'est cette minorité qui forme, au Ier siècle de notre ère, la couche affairiste et tapageuse que l'on a qualifiée, à tort ou à raison, de bourgeoisie montante et que le Satyricon a fait entrer dans la légende. On saisit ici ce que le cas de Trimalcion a de spécial, et quelle conjonction de chances explique la suite de sa brillante carrière : son maître l'affranchit en mourant, ne laisse pas d'enfants et lui lègue de l'argent. Ce triple hasard définit Trimalcion et le situe ; le voilà indépendant, affranchi, mais affranchi sans patron. C'est un libertinus, un affranchi par opposition aux ingénus, mais un libertinus qui n'est plus le libertus de personne²³. »

Par analogie, on pourrait imaginer deux figures du patient contemporain : le patient autonome conscient de ses droits et de ses devoirs, participatif dans une révolte contenue, avec des ressources (sociales, culturelles, économiques...), qui correspondrait à l'affranchi indépendant (libertinus) et de l'autre le patient contemporain démuné, restant dans des liens d'obligations et de soumission à l'autorité avec le système socio-médical, qui correspondrait à l'affranchi maintenu dans un lien de soumission et d'obligations (libertus).

En effet, je fais l'hypothèse que la métaphore de l'affranchissement dans la société romaine permet d'éclairer le mécanisme en cours de l'émergence de la figure du patient contemporain pris en charge par la psychiatrie.

Il faut ici introduire trois limites à l'analogie entre patient contemporain et affranchi, qui auraient tous deux un statut intermédiaire, entre malade traditionnel dominé et médecin dominateur d'un côté, et entre esclave et maître de l'autre.

Dans les deux cas, c'est une relation produite juridiquement, que ce soit l'esclave ou la figure contemporaine du patient en psychiatrie (ou d'une forme de patient en psychiatrie). Il faut évidemment nuancer : l'esclave appartient au maître. Le malade, même soigné sans son consentement, possède des droits et il « appartient » (il est « aliéné ») lors de ces crises à sa maladie.

Il faut préciser aussi que la psychiatrie cultive de longue date l'idéal de « libération » des fous de Pinel à Freud en passant par la psychothérapie institutionnelle. D'ailleurs le concept d'aliénation que l'on trouve dans la sociologie de Karl Marx vient de la philosophie

²³ Veyne, (1961) p. 223

hégélienne mais antérieurement de Philippe Pinel, qui utilise ce terme en psychiatrie pour la première fois en 1809. Cela reste une différence fondamentale : le maître d'esclave romain n'a pas d'idéal à libérer ses esclaves, même si c'est un fait social à l'époque courant et établi.

Enfin c'est une limite plus mineure, mais la figure de Trimalcion a pu être associée à celle du riche parvenu, Trimalcion devenant extrêmement riche par des opérations commerciales après avoir fait fructifier l'héritage de son maître. Il n'est pas question ici de confondre richesses matérielles et réussite sociale. L'enrichissement est une modalité, ni nécessaire ni suffisante et parmi d'autres de la réussite sociale. La reconnaissance d'un statut social pour le patient contemporain ne passe pas par un parcours d'enrichissement matériel. En revanche, il a d'autres ressources, notamment ses savoirs expérientiels, à monnayer.

Le patient est appelé à être plus autonome et responsable dans un contexte de démocratisation sanitaire²⁴. Il n'est pas question de réduire ici la relation « traditionnelle » occidentale médecin/malade à une dialectique maître/esclave, même s'il existe bien en effet une relation asymétrique²⁵.

Ces remarques étant faites, en quoi la métaphore de l'affranchissement permet-elle de mieux comprendre la situation ? Sans minorer cette question de l'asymétrie, je souhaite plutôt étudier l'évolution du rôle du patient contemporain en psychiatrie, au regard de son changement de statut. Cette évolution serait une émancipation vers un statut intermédiaire, entre le patient résigné et soumis et le professionnel qui lui jouit d'un statut. Ce statut intermédiaire se diviserait en deux pôles : le pôle du patient hétéronome (correspondant au libertus) et le pôle du patient aspirant à l'autonomie (correspondant au libertinus), sans toutefois in fine pouvoir la conquérir, comme Trimalcion est resté prisonnier de son passé.

Ce statut intermédiaire pose la question du rapport à l'autonomie. Comme le souligne Paul Veyne dans son étude, « *La condition des affranchis est donc un provisoire perpétuel. Placés en porte-à-faux entre la plèbe et la noblesse, ils n'ont jamais pu prendre d'eux-mêmes une conscience cohérente. Ils vivent leur statut inférieur comme un accident personnel dont leurs fils ne pâtiront pas ; enfants perdus, nés des hasards du système des dépendances, ils*

²⁴ Voir la partie 2.2) du présent mémoire

²⁵ Comme le souligne Samuel Lézé, ordinairement, on parle du « colloque singulier » pour parler de cette relation. Le terme de « colloque » serait intéressant à commenter.

*tâtonnent et n'arrivent pas à se poser de manière autonome*²⁶. » L'analogie de l'affranchi avec le patient contemporain pourrait être ainsi résumée : dans le contexte actuel de « démocratisation sanitaire », c'est dans ce rôle social, entre infériorité liée à la maladie et tâtonnement dans une condition autonome, rappelant ainsi le statut paradoxal de l'affranchi, que les politiques publiques visent à catégoriser les malades. Avec la loi du 4 mars 2002, et le mouvement législatif et réglementaire plus large de la démocratisation sanitaire, notamment porté par les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, le patient contemporain dispose de nouveaux droits, notamment de consulter son dossier médical. Les associations d'usagers sont promues. En contrepartie, comme le signale l'article 11 de la loi du 4 mars 2002, « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. » Le patient contemporain est propulsé citoyen, responsable, si ce n'est « autonome » malgré sa maladie. Toutefois, cette catégorisation du patient contemporain se heurte pour ainsi dire à un « système de possibilités et d'impossibilités » (Veyne) : cette promotion dans un nouveau statut n'efface pas leur condition²⁷.

3.3 Le patient contemporain en psychiatrie : un affranchi ?

Il faut apporter ici une distinction entre le statut du patient contemporain en général et la façon dont peut naître un paradoxe pour le cas spécifique de la folie. En effet dans les deux cas, les patients sont appelés soit à guérir soit à vivre de manière chronique avec leur trouble. Ce n'est donc pas (uniquement) une question de chronicité, même si la question du statut social se poserait moins si la chronicité de certains troubles ne venait pas imprégner durablement l'identité des personnes malades (en somme s'ils guérissaient à coup sûr rapidement).

Au-delà de la question de la stigmatisation aiguë des malades mentaux, le statut du patient contemporain en psychiatrie pose une question spécifique. En effet, comment des patients chroniques pris en charge par le système socio-médical, parfois avec des hospitalisations longues liées à des troubles sévères, peuvent-ils devenir ces patients contemporains autonomes ? Le statut proposé par les politiques publiques ne les condamne-t-il pas à tâtonner

²⁶ Veyne, (1961) p.231

²⁷ On reprend ici la différence que fait Paul Veyne entre statut et condition : « « La situation réelle des affranchis contrevenait souvent à leur infériorité théorique : ils n'avaient pas toujours la condition de leur statut. », p. 227

dans un provisoire perpétuel, dans une « destinée bouchée », à l'instar de Trimalcion inquiet de son sort ? Paul Veyne conclut ainsi son article : « *ainsi les riches affranchis placent finalement le sens de leur condition hors d'eux-mêmes, dans une imitation perpétuelle des ingénus ; ils n'ont pas de conscience autonome. Ils vivent dans un univers de reflets auquel ils s'efforcent de croire, mais l'âpreté de leurs plaidoyers pro domo ou l'outrance de leur comportement trahit leur inquiétude et leur malaise*²⁸. »

La métaphore de l'affranchissement conduisant à un statut bancal voire paradoxal pour le patient contemporain en psychiatrie me semble pertinente sur quatre caractéristiques.

a) Le rapport à la responsabilité

Comme l'a souligné Aude Caria dans nos échanges, il est important sur ce point de ne pas faire d'amalgame entre maladie mentale et irresponsabilité pénale. Ce serait faire le lit d'une stigmatisation supplémentaire. La question de l'irresponsabilité pénale ne concerne qu'une infime partie des personnes ayant des problèmes de santé mentale. En France chaque année environ 290 personnes ayant des troubles mentaux et ayant commis un crime ou un délit en lien direct avec leur pathologie sont reconnues irresponsables pénalement du fait de pathologies psychiatriques par les tribunaux, quand plus de 2,5 millions de personnes sont suivies en psychiatrie (publique et privée).

Par responsabilité, on entend la définition wébérienne, à savoir la prise en compte des conséquences prévisibles de ses actes ; et par extension de cette capacité à prévoir une forme d'autonomie dans sa manière d'agir.

De même que l'affranchi jouit d'une autonomie limitée, le patient contemporain reste pris, à des degrés divers dans un système d'obligations et d'impossibilités liées à sa prise en charge, avec l'hypothèse que plus le handicap psychique ou la maladie est sérieuse, plus la responsabilité est limitée matériellement, juridiquement... Dans quelle mesure le malade psychique doit-il être responsable de son parcours de soin ? Est-il responsable de ses échecs ? L'institution d'une catégorie de patient autonome provoque certainement une inquiétude ou un malaise pour ceux qui ne parviennent pas à entrer dans ce statut.

²⁸ Veyne, p.246

b) Le rapport à l'autorité

Dans un contexte de crise de l'autorité [Renaut²⁹, Lézé³⁰], le patient contemporain est sensé atténuer les mécanismes de domination dont il est l'objet par des droits nouveaux, contrebalançant le pouvoir et le savoir du médecin (ou l'autorité du psychanalyste). Un exemple est l'accès au dossier médical, qui fait que les professionnels estiment devoir faire attention à ce qu'ils écrivent, car le patient est susceptible de les lire. Parallèlement à ces nouveaux droits, l'expression des « usagers » est favorisée par la reconnaissance de leurs représentants, en France principalement grâce à l'UNAFAM et la FNAPSY.

Ces nouveaux droits ne créent pas pour autant une société des égaux entre malades et médecins et autres professionnels. Avec l'étude du cas de monsieur F., on voit comment se maintient un système d'obligations et de dépendances entre usagers et professionnels, à l'image des différences socialement réifiées entre affranchis et ingénus.

c) Le(s) processus d'autonomisation

Dans la médecine traditionnelle, le patient n'est pas responsable de son trouble. Il se confie à l'institution médicale qui le guide dans le chemin de la guérison. Il est hétéronome. Dans le contexte actuel, le malade a des droits et devoirs dans son parcours de soin. Il a une forme de responsabilité, et doit s'inscrire dans une certaine autonomie. Il peut exister alors deux cas de figure :

- Premier cas : le malade en incapacité de répondre à cette injonction : il est alors dans le cas d'un patient classique, avec une injonction à l'autonomie impossible à réaliser. « L'affranchissement n'était en lui-même qu'une formalité, condition nécessaire mais très insuffisante de la liberté. C'était le plus souvent un geste symbolique qu'un événement qui bouleversât la vie de l'esclave et ses relations avec son patron³¹. » De même, le patient en incapacité à être autonome reste dans sa situation antérieure, avec de nouveaux droits formels

²⁹ Renaut E., (2004)

³⁰ Lézé S., (2010)

³¹ Veyne, (1961) p. 222

et peut-être une inquiétude plus ou moins conscientisée face à une injonction qu'il ne peut remplir ;

- Second cas : le malade tentant de répondre à cette injonction. On voit comment monsieur F. se lance dans la carrière de « malade autonome », et on voit les impossibilités à répondre à cette injonction, à se fondre dans ce rôle, à faire partie de la (bonne) société des professionnels. « Le malheur de Trimalcion est d'être une personnalité qui ne rencontre pas de rôle fait pour elle dans la gamme de rôles que présente la société qui est la sienne³² ».

Cela interroge la catégorie du patient contemporain autonome né de la démocratie sanitaire. Est-ce un rôle facile, possible à jouer ? ou est-ce un costume trop grand pour beaucoup d'acteurs, si ce n'est tous, à quelques (parfois brillantes) exceptions près³³ ?

Se pose également le cas de figure, qu'il soit réel ou hypothétique, des personnes totalement rétablies, à savoir dont la maladie est totalement guérie, et réhabilitées, autrement dit dont le stigmate lié à la maladie est totalement effacé. Une fois guéries et réhabilitées, appartiennent-elles encore à la catégorie des malades ? Ou reste-t-il, comme une marque indélébile, l'expérience vécue du parcours de la guérison ? « Trimalcion avait plus de raisons que d'autres de se désintéresser de ses origines » écrit Paul Veyne. Pour autant sa lutte revendicatrice est restée vaine.

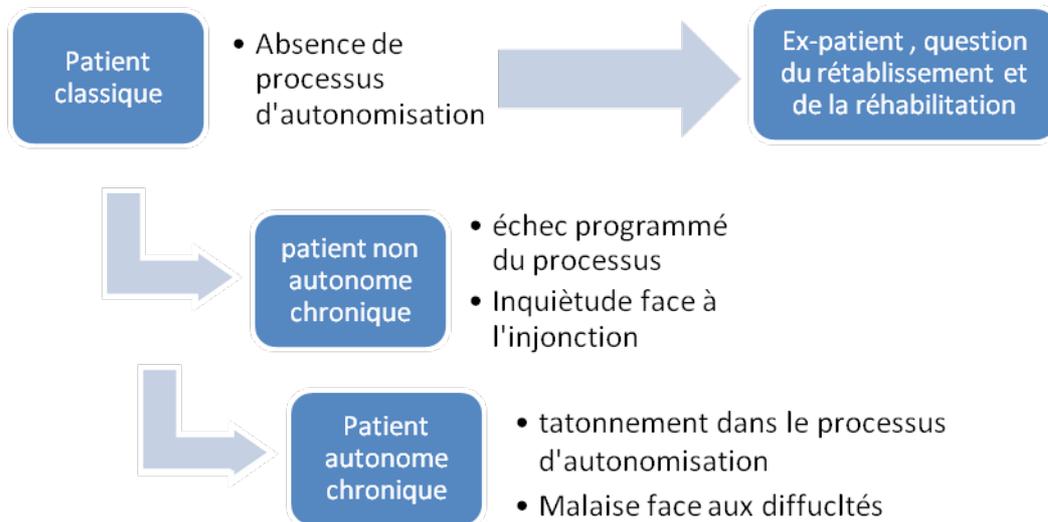
Il ne s'agit pas de dire qu'un patient guéri ne peut accéder à un degré d'autonomie forcément moins élevé que des personnes épargnées par la maladie. Il s'agit plutôt de voir la limite avec l'analogie de l'affranchi. Quelle relation la personne guérie et réhabilitée entretient-elle à son ancien trouble ? Est-ce une expérience particulière, marquante, comme le serait une tare ? Il n'est pas certain que des personnes ayant connu une prise en charge psychiatrique soient complètement détachées de leur trouble. C'est là aussi une grande différence avec l'affranchi antique. La métaphore de l'affranchi serait valable plutôt pour les malades psychiques chroniques, dont la réhabilitation ne serait entière. Ce qui poserait également la question pour la personne entièrement réhabilitée de son rapport aux savoirs liés à son propre vécu ainsi que son rapport, ne fût-il qu'intime, à ses propres stigmates.

³² Veyne, p.246-247

³³ Je pense à titre personnel par exemple à Dominique Laurent, présidente du GEM La Maison Bleue de Perpignan, ou à Gérard Rafaud, président du GEM le Nouveau Cap de Nantes.

Pour résumer les processus d'autonomisation, on peut proposer le schéma suivant.

Schéma de processus d'autonomisation de patients



d) le rapport au trouble

Pour le patient classique, il n'y aurait pas de rapport réflexif au trouble, puisqu'il n'y aurait pas de distanciation, de pensée du trouble.

Pour la figure du patient contemporain, un rapport nécessaire s'installe puisque le patient est au moins en partie responsable de son trouble, de son évolution, de sa prise en charge.

Une différence semble également aussi opérante entre patient hétéronome et patient autonome. Dans le premier cas, le patient a certainement un rapport authentique à son trouble. Dans le second cas, un rapport stratégique n'est-t-il pas susceptible de s'installer ? Par exemple un pair-aidant peut-il lors de sa carrière professionnelle conserver un rapport authentique à son trouble, ou n'est-il pas à la longue obligé « d'en jouer », alors qu'il s'aguerrit de savoirs professionnels, voire routinise son rapport à ses anciens pairs (qui de fait ne le sont plus) ?

En résumé de cette partie, je propose un tableau théorique récapitulatif des cas de figure possibles (qui dépassent le cadre de la présente enquête³⁴).

Tableau 3 : figures du patient contemporain

/métaphore	<i>Esclave</i>	<i>Libertus</i>	<i>Libertinus</i>	<i>ingénu</i>
/figures du patient	Patient classique	Patient contemporain non autonome	Figure du patient contemporain autonome	Professionnel
Le rapport à la responsabilité	Délégations tutélaires	Responsabilité limitée	Responsabilisation	Responsabilité juridique et morale
Le rapport à l'autorité	Soumission (à l'autorité traditionnelle)	Soumission (à l'autorité légale-rationnelle ?)	Emancipation au plus partielle	Autorité négociée ?
Le processus d'autonomisation	Absence de processus	Echec programmé - inquiétude ?	Echec au moins partiel - Malaise ?	Ambivalence face au malade (intégration / rejet-ségrégation)
Le rapport au trouble	Rapport impensé / non réflexif / rapport authentique	Rapport réflexif mais authentique	Rapport stratégique : le trouble comme savoir expérientiel, comme ressource mobilisable	Rapport médiatisé par les savoirs professionnels (médicaux, sociaux, managériaux...)

A travers cet essai de typologie, on peut percevoir un déplacement des frontières du statut et du rôle de patient dans un contexte de démocratisation sanitaire, avec comme ligne de clivage le rapport à l'autonomie.

Des questions restent posées. Quelle serait la différence entre un malade classique, inscrit dans une domination traditionnelle et un patient contemporain qui n'aspire pas à l'autonomie, par incapacité ou désintérêt ? Une ligne de partage reste le rapport à la maladie, le patient contemporain peut-il échapper aux injonctions de se responsabiliser, et in fine, d'avoir un rapport réflexif à son trouble ou à sa maladie ?

³⁴ Cela mériterait une enquête complémentaire, par exemple de médiateurs-santé-pairs.

Autre question : peut-on concevoir des patients subissant une maladie psychique chronique totalement autonomes ? Ou sont-ils condamnés comme jadis Trimalcion à vivre dans « un monde des ombres », dans une « consécration imaginaire » ?

3.4 Monsieur F. , un Trimalcion moderne ?

Voici comme monsieur F. décrit son parcours dans la maladie :

" - Monsieur F.: Oui et ce mal être qui était en moi, pour moi il n'y en avait pas. Mais forcément je marchais à côté de mes pompes comme on dit. Tout ça fait que les bases sont pas solides, donc j'ai eu un grand chaos qui m'a fait descendre comme on dit au 4e sous-sol et j'ai commencé à me poser les vraies questions, et c'est beaucoup de temps parce qu'aujourd'hui j'ai 63 ans, mais moi j'estime que c'est depuis peu que je suis en paix avec moi. Je fais mieux de discernement. J'ai fait un travail d'introspection qui a duré, moi ça fait quand même des années...

- cela fait une dizaine d'années... Avec des professionnels de la santé, ou par d'autres méthodes ?

- Monsieur F. : alors d'abord, le circuit classique (rire), l'hôpital Saint-Jacques, après j'ai été à la clinique du Parc, puis après j'ai continué, en me faisant aidé forcément, par des thérapeutes. J'ai connu l'hôpital de jour. Et je peux dire que j'ai rencontré des très belles personnes parce que... C'est surtout que j'ai compris à ce moment là qu'il fallait que j'arrête de chercher du travail, retrouver une compagne, retrouver des enfants, il y avait qu'une chose qui convenait c'était ma santé. Et là j'étais donc en meilleure position entre guillemets qu'au fond du trou mais dans des meilleures conditions pour recevoir des enseignements qui allaient me permettre de remonter à la surface. Parce que là j'ai bien compris, les ressources sont en nous. On a besoin des autres bien sûr pour les recevoir, mais elles sont en nous et petit à petit... "

Monsieur F. décrit son parcours de réhabilitation. Ce parcours n'est pas fini, il est en cours, et certainement sa participation au réseau CARE, de par la reconnaissance qu'il en retire, contribue à sa réhabilitation C'est un exemple parmi des milliers d'autres. Les choses se sont jouées peut-être autrement pour des usagers ayant une autre trajectoire de malade.

Est-ce que le modèle proposé de l'affranchissement, enfermant les patients contemporains dans un statut bancal s'applique dans le cas de Monsieur F. ?

A défaut de faire une application complète et parfaite du modèle, je retiendrai trois moments des entretiens sociologiques où la situation de monsieur F. entre en résonance avec notre modèle théorique.

a) Monsieur F. comme Trimalcion sont dans un statut social intermédiaire (ou bancal)

" Madame C. : Oui, parce qu'en fait il ne parle pas de son expérience en tant qu'usager, mais son expérience de vie privée. C'est peut-être cela qu'il faudrait lui permettre d'exprimer. Lui il pourrait parler de ce qu'il vit. Je pense que monsieur F. il voudrait être professionnel, c'est pour ça que..."

EA : Il aspire à avoir ce statut ?

Madame C. : Oui.

EA : Aujourd'hui, il a une place qui est pas vraiment un statut, clairement défini...

Madame C. : Oui

EA : c'est cela qui manque, qu'il est une place plus claire... "

Une place pas claire... ou comme nous l'avons imaginé, un statut social bancal.

b) Monsieur F. comme Trimalcion s'inscrivent dans une quête de reconnaissance

" Madame B : La difficulté c'était de trouver sa place. Trouver sa place au GEM, trouver sa place dans le réseau CARE, trouver sa place dans la cité... Et ce terme-là, je trouve que c'est une personne qui avait besoin de reconnaissance, énormément, de pas être pris voilà comme un bénéficiaire d'un service, même s'il tenait ce discours là par moment en disant « voilà, je suis bénéficiaire de différents services », en même temps c'est « non, moi je... »."

Voici autrement résumée par une membre du réseau CARE la quête éperdue (et vaine dans ce territoire social ?) de reconnaissance de monsieur F., tel un affranchi.

c) Monsieur F. comme Trimalcion, face à cette situation perturbante d'absence de statut social clair, est en recherche d'un sens, d'une réponse comblant l'écart entre sa condition et un rôle social mal défini

" Monsieur F. : Oui, médiateur je trouve que cela veut bien dire ce que cela veut dire. Je me retrouve au milieu entre les deux. J'ai à la fois, je suis fier aussi de dire que je m'en sors, que j'ai fait preuve de courage, et puis j'ai vraiment envie de retrouver ma place dans la société. Là je retrouve mes enfants, je suis vraiment fier de moi. J'ai envie de retrouver une compagne, j'ai envie de retrouver une activité, changer, de partage, je sais pas ce que je vais devenir. J'ai envie de prouver, pour moi d'ailleurs, que je suis bien mieux que ce que j'étais avant. J'ai vraiment envie d'avoir une vie apaisée où je suis vraiment dans ce que j'ai à faire."

L'absence de statut social clairement défini et normalisé surajoute-t-elle aux troubles liés à la maladie des troubles de l'identité ? Cela rappelle une réflexion d'E. Goffman autour du stigmatisme et de la socialisation afférente.

« Un troisième modèle de socialisation a pour cas typique celui de l'individu qui devient stigmatisé tard dans sa vie, ou qui apprend tardivement qu'il a toujours risqué le discrédit, cette dernière situation entraînant, contrairement à la première, une réflexion radicale de l'idée qu'il se faisait de son passé. Cet individu a tout appris du normal et du stigmatisé bien avant d'être contraint de se voir lui-même comme déficient. On peut donc supposer qu'il lui est particulièrement difficile de se réidentifier, et qu'il risque fort d'aller jusqu'à la réprobation de lui-même. (...) Ajoutons que, lorsqu'un individu acquiert tardivement un nouveau moi stigmatisé, le malaise qu'il ressent à l'égard de ses nouveaux compagnons peut laisser place peu à peu à une gêne envers les anciens (...).

Avec cette ambivalence qui imprègne l'attachement de l'individu pour sa catégorie stigmatique, on conçoit que ce n'est pas toujours sans vacillation qu'il la soutient, s'y identifie et y participe. Il y a ainsi tout un « cycle de l'affiliation », suivant lequel l'individu en vient à accepter les occasions qui s'offrent à lui de participer au groupe, ou bien à les rejeter alors qu'il les acceptait auparavant. Une vacillation analogue affecte les croyances quant à la nature du groupe des siens et quant à celle des normaux³⁵. »

E. Goffman nous invite à penser également l'affranchissement, la quête de reconnaissance de l'usager, comme un processus de réaffiliation. L'affranchissement, malgré les embûches, et l'échec partiel lié à l'impossible injonction d'autonomie, comporte aussi tous les mécanismes d'inclusion, de réhabilitation, de ré-affiliation, quand bien même seraient-ils relatifs, provisoires, instables et partiels. Un mieux-être, n'est-ce pas aussi ce que vit monsieur F. dans le réseau CARE pour l'instant ?

³⁵ Goffman, (1975), p.48-52

Conclusion : la figure du patient contemporain autonome n'est pas forcément opérante localement

A travers l'étude de l'intégration d'un usager dans un réseau de professionnels en santé mentale, nous avons tenté de développer une analyse des enjeux de catégorisation de l'usager rétabli, ou en voie de rétablissement. Une typologie des mécanismes inclusifs et ségrégatifs de l'usager a été esquissée. A partir de cette analyse, plusieurs figures du patient contemporain en psychiatrie émergent, dans un contexte de démocratisation sanitaire portant l'injonction normative d'une plus grande responsabilisation et autonomisation des acteurs, y compris des patients eux-mêmes.

Pour comprendre les mécanismes de catégorisation et d'assignation des patients dans des rôles sociaux acceptables, la métaphore de l'affranchissement, à l'instar des esclaves affranchis dans le monde antique, a été mobilisée.

Dans un ouvrage de 1996, *Les affranchis*, le sociologue Bertrand Bergier utilise également la métaphore de l'affranchissement pour décrire des parcours de réinsertion. Il dégage plusieurs traits liés à ce statut :

" L'affranchi romain quittait un monde où il avait vécu parfois longtemps et qui l'avait façonné. Peu à peu, il ne partageait plus le même rang ni le même sort que les asservis. La communication avec ces derniers devenait difficile, faute de référence à un code commun. Un nouvel horizon se profilait devant lui... La modification de la nomenclature constituait le premier signe matériel de son changement statutaire. (...). Ensuite cette supériorité lui conférait une supériorité juridique, une assise sociale et des conditions d'existence sans comparaison avec celles de ses compagnons restés esclaves. Mais cette métamorphose sociale ne s'effectuait pas sans tiraillement. (...). Dans ce cas, l'histoire qui avait contribué à les construire, les poursuivait encore³⁶..."

Bertrand Bergier estime que la métaphore de l'affranchissement demeure pertinente pour des personnes réinsérées pour trois raisons :

- il consacre le passage entre deux modes d'existence.

³⁶ Bergier, (1996), p.11-13

- il implique un processus individuel de déconstruction et de reconstruction du rapport à l'extérieur et soi-même.

- il exprime le tiraillement.

Ce modèle me paraît pertinent lorsqu'il est appliqué au patient contemporain.

Il s'avère que la figure du patient contemporain autonome n'est pas opérante dans la configuration locale observée. En effet monsieur F. reste largement enfermé dans un statut intermédiaire bancal, entre malade passif, ou résigné, et professionnels, avatars d'une forme de normalité. Monsieur F. reste *tirillé*, *les mécanismes de ségrégation contrebalançant les mécanismes plus inclusifs*.

Cette observation locale sur le problème plus général du rôle social que les usagers des services de psychiatrie sont appelés à jouer dans une psychiatrie citoyenne soulève un dernier questionnement.

Les usagers en psychiatrie doivent-ils attendre du politique qu'il leur assigne un statut ? Est-ce par les lois et les décrets qu'ils aboutiront dans leur processus revendicatif de reconnaissance à un statut socialement acceptable pour les autres, mais également pour eux-mêmes, autrement dit qui ne les tire plus ? Ou doivent-ils, notamment les plus mobilisés d'entre eux, *libertini modernes*, s'organiser en s'unissant sans attendre que d'autres leur disent leur rôle à jouer ?

Bibliographie

- Adam Philippe, Herzlich CLaudine, sociologie de la maladie et de la médecine, éditions Nathan/HER, 2001
- Balint Michael, *Le médecin, son malade et la maladie* (1957) - Editions Payot, 2003
- Bergeron Henri, "Captation, appariement, réseau. Une logique professionnelle d'organisation des soins", *Sociologie du travail*, Décembre 2010.
- Bergier Bertrand, *les affranchis, parcours de réinsertion*, éd. Desclée de Brouwer, 1996
- Caria Aude, *La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions*, In Manuel de Psychiatrie 2^{ème} édition, (dir Guelfi J-D. & Rouillon F.) Elsevier-Masson, 2012, pp. 752-759
- Castel Patrick, "Les enjeux professionnels des réseaux", John Libbey Eurotext, Octobre, 2007
- Castel Robert, *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. éditions de minuit, Paris, 1976
- Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, coll. Folio, éd. Gallimard, 1999
- Castel Robert, *La gestion des risques*. éditions de minuit, Paris, 2011
- Demailly Lise, Autès Michel, *La politique de santé mentale en France*. Armand Colin, 2012
- Dubert François, *le déclin des institutions*, Seuil, 2002
- Ehrenberg Alain, *La société du malaise*, éd. Odile Jacob, 2010
- Foucault Michel, *Maladie mentale et psychologie*, PUF, 1954
- Foucault Michel, *La naissance de la médecine sociale*, in *Dits et écrits* (Vol. tome 2, pp. 207-228), Gallimard, 2001
- Goffman Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, éditions de minuit, 1968
- Goffman Erving, *Stigmate, les usagers sociaux des handicaps*, éditions de minuit, 1975
- Gouirir Malika. *L'observatrice, indigène ou invitée ? Enquêter dans un univers familial*. In: *Genèses*, 32, 1998. pp. 110-126.
- Grard Julien, *Frontières invisibles. L'expérience de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France*, thèse sous la direction de Didier Fassin, soutenue en 2011 à Paris, EHESS

Jouet Emmanuelle et Greacen Tim, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, ERES « Actualité de la psychiatrie », 2012

Lézé Samuel, *L'autorité des psychanalystes*, PUF, Paris, 2010

Lézé Samuel, « L'attribution des identités morales. Perspective anthropologique sur les catégorisations de la personne », *Psychiatrie Française* 43, 4 (2013), pp. 95-100

Lovell Anne M., Sociologie des troubles psychiatriques, in J.-D. Guelfi et F. Rouillon (Dir.), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Elsevier Masson, 2007, p. 65-73

Lovell Anne M., . *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*, Paris, Institut de Veille Sanitaire, 1998

Lovell Anne M., Droits et nouveaux statuts des usagers en santé mentale, *Pratiques en santé mentale*, vol.55, n°1 "Santé mentale et psychiatrie : le défi de la liberté", 2009, p. 10-17.

Letourmy A., Naïditch M., L'émergence de la démocratie sanitaire en France, revue santé, société et solidarité N° 2, 2009, p. 15-22

Mossé Philippe, « La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité », *Sciences sociales et santé*, 16, 4, 1998, p. 35-60

Parsons Talcott, « The professions and social structure », *Social forces*, 17, 1939, p. 457-467.

Parsons Talcott, *The social system*, Glencoe (Ill), Free Press., 1951

Renault Alain, *La fin de l'autorité*, Paris, Flammarion, 2004

Repper J, Carter T., A review of the literature on peer support in mental health services, *J Ment Health*. 2011 Aug;20(4), p. 392-411.

Roelandt Jean-Luc, la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, rapport au Ministre de la santé, la documentation française, 2002

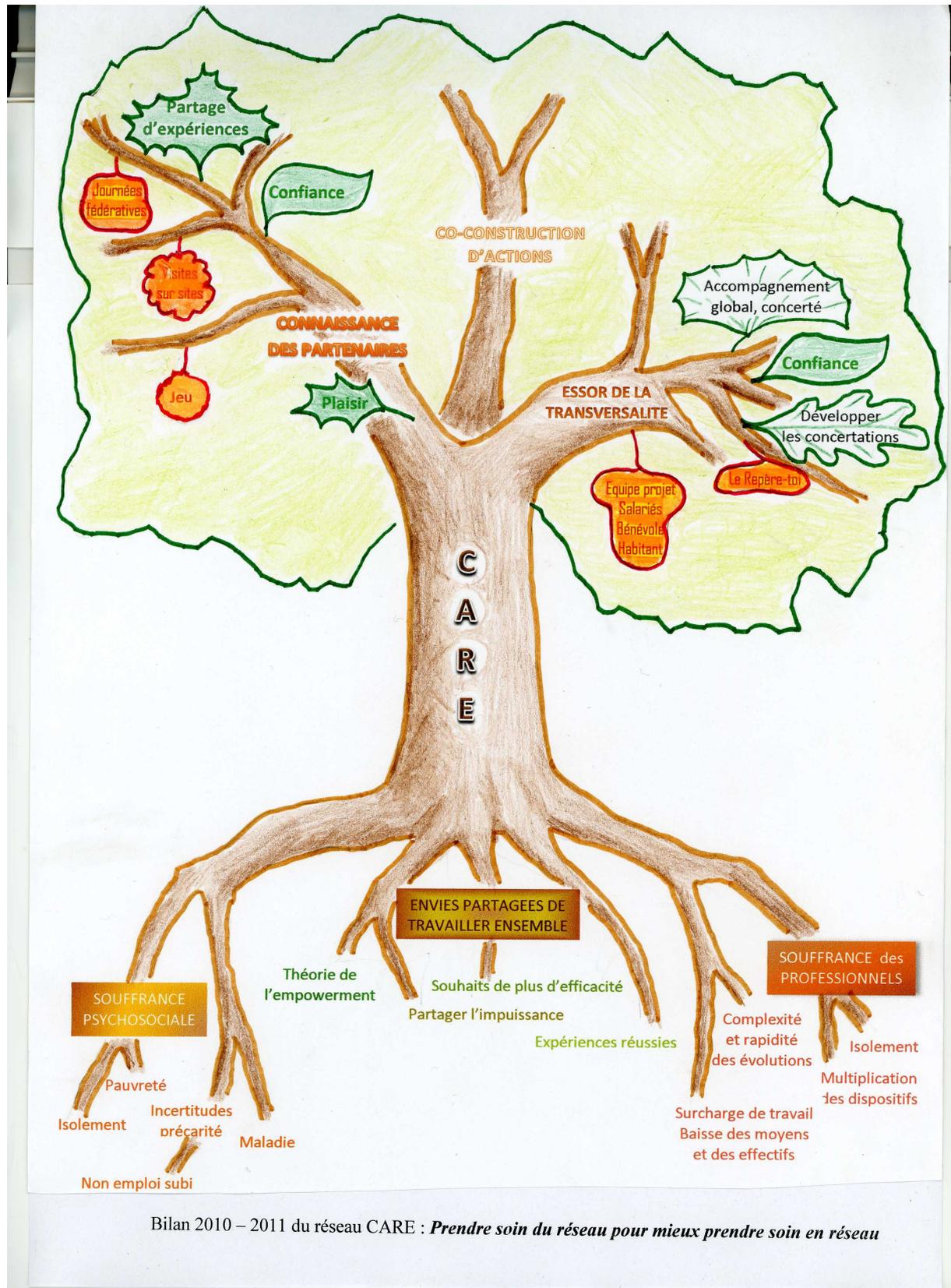
Routelous Christelle, la démocratie sanitaire à l'épreuve des pratiques médicales : sociologie d'un modèle participatif en médecine, thèse sous la direction de Madeleine Akrich, soutenue en 2008 à Paris, ENMP

Strauss Anselm, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992

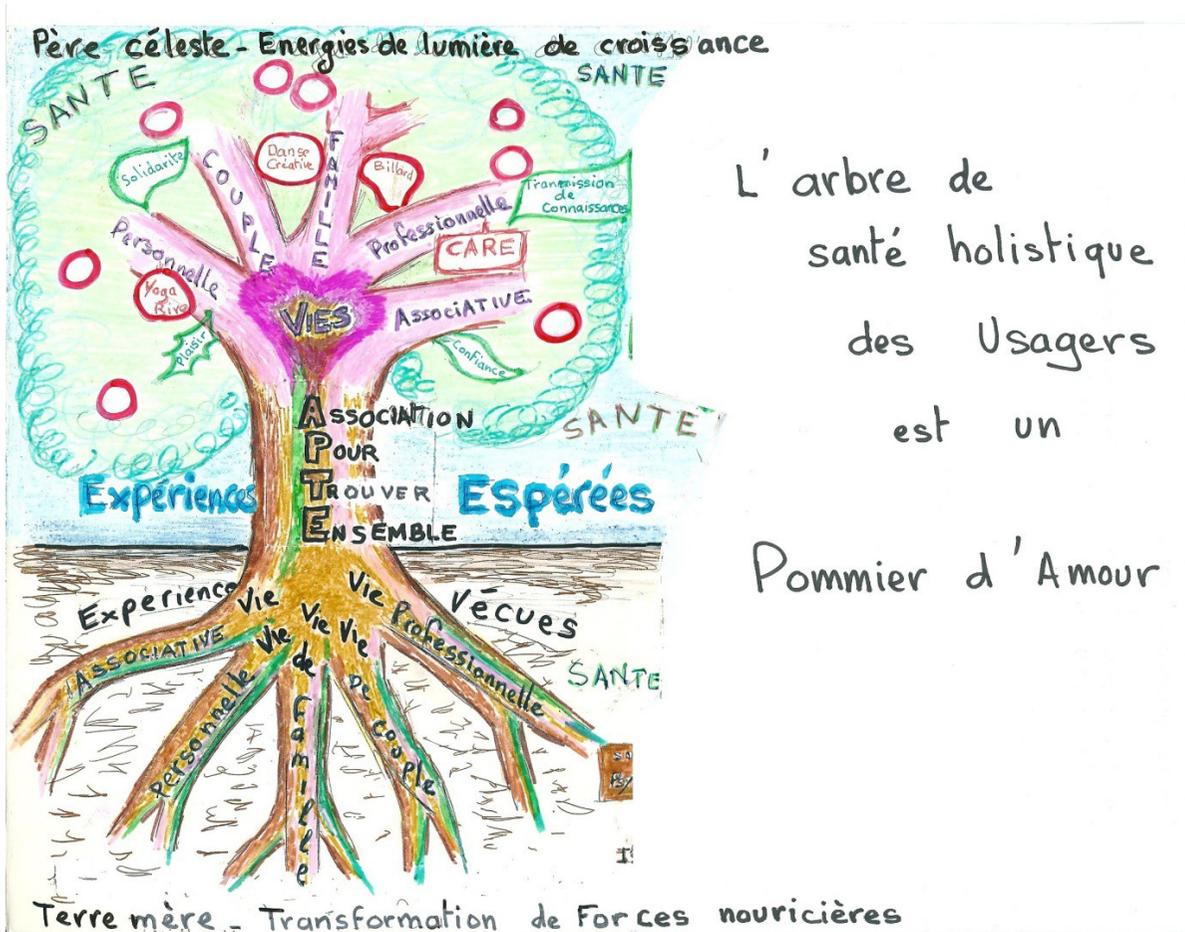
Troisoeufs Aurélien, Le passage en actes : Du malade mental à la personne liminaire : Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie, thèse sous la direction de Anne M. Lovell, soutenue en 2012 à Paris 5, dans le cadre de Ecole doctorale Sciences humaines et sociales, cultures, individus, sociétés (Paris)

Veyne Paul., Vie de Trimalcion. In: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 16e année, N. 2, 1961, p. 213-247.

Annexe 1 : Dessin présentant le réseau CARE sous forme d'arbre, réalisé par la pilote du réseau



Annexe 2 : Dessin « Pommier d'amour » réalisé par monsieur F., membre du réseau



L'arbre de
santé holistique
des Usagers
est un
Pommier d'Amour

Annexe 3 : Guide d'entretien

Le guide d'entretien se structure sur une question générale :

Comment appréhendez-vous la place de monsieur F. dans le réseau ?

Avec 6 relances :

- sur l'épisode d'inclusion et d'exclusion de monsieur F. : comment interprétez-vous cette situation ?
- sur la qualification : usager ? patient ?
- sur les savoirs et les compétences : par exemple, vous dites patients, vous voulez dire qu'un patient n'a pas de compétence ?
- sur la définition du travail en réseau et le genre de coopération (ordinaire)
- dans l'absolu, au-delà du cas de monsieur F., quelle place selon vous peut avoir un usager dans le réseau ?

Résumé du mémoire

A travers l'étude de l'intégration d'un usager dans un réseau de professionnels en santé mentale, une analyse des enjeux de catégorisation de l'usager en santé mentale est menée. Une typologie des mécanismes inclusifs et ségrégatifs de l'usager est esquissée. A partir de cette analyse, plusieurs figures du patient contemporain en psychiatrie émergent, dans un contexte de démocratisation sanitaire portant l'injonction normative d'une plus grande responsabilisation et autonomisation des acteurs, y compris des patients eux-mêmes.

Pour comprendre les mécanismes de catégorisation et d'assignation des patients dans des rôles sociaux acceptables, la métaphore de l'affranchissement, à l'instar des esclaves affranchis dans le monde antique, est mobilisée. Il s'avère que la figure du patient contemporain autonome n'est pas opérante dans la configuration locale observée. En effet les patients chronicisés restent largement enfermés dans un statut intermédiaire bancal, entre malades passifs et professionnels, avatars d'une forme de normalité.

Mots-clés

Catégorisation, usager, santé mentale, réseau de professionnels, savoir expérientiel, affranchissement
