

Université de 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 2017

PATIENTS HOSPITALISES AU LONG COURS ET RETABLISSEMENT
Une expérience de groupe culturel : analyse de pratique

Catherine RICHTER

Tutorat : Mme Sophie ARFEUILLERE, Chargée de Mission Formation Psycom

Mes remerciements vont à :

Sophie ARFEUILLERE pour sa bienveillance, sa patience et sa fermeté dans son accompagnement de tutorat de mémoire

Dr Francine BURRUS-MEHL, Chef de Pôle C.H. LORQUIN, sans qui mon inscription et ma participation au « DIU Santé Mentale dans la Communauté » n'auraient pas été possibles

Dr Cristina TUDOR et Dr Melitina NEDELCU, Praticiens Hospitaliers, pour leur soutien indéfectible au Groupe Culturel tout au long de ses péripéties.

Alain COLARDELLE du Centre d'Art Contemporain de Delme, Audrey STAUB de la « Halle Verrière » de Meisenthal, Gérald WAGNER du CEEAC Strasbourg, Tania WOLGEMUTH et Nadine TINTINE du musée WÜRTH à Erstein qui partagent cette aventure depuis ses débuts

Laurène WIATR, art-thérapeute, pour son enthousiasme et sa réceptivité face à mes questionnements incessants

Denise HAMMANN pour sa lecture bienveillante et sa chasse aux « fautes de frappe »

Juliette WELSCH et Lola WELSCH pour leurs encouragements, leur enthousiasme et leur confiance à toute épreuve pour tout ce que j'entreprends.

Berthold BRECHT pour avoir écrit « La vieille dame indigne »

Sommaire

INTRODUCTION	1
1) Le contexte	1
2) La problématique	1
3) Les étapes permettant de répondre à ces questions :	1
I LE RETABLISSEMENT : ELEMENTS THEORIQUES	3
DEFINITION:.....	3
A. HISTORIQUE ET GENERALITES	3
1) Les origines de la notion de rétablissement :	3
2) Le rétablissement en santé mentale :	3
3) De l'intégration sociale à l'inclusion sociale.....	4
B. LE RETABLISSEMENT D'UN POINT DE VUE CLINIQUE.....	5
1) Le rétablissement clinique : éléments théoriques	5
2) Rétablissement clinique et GC	5
C. LE RETABLISSEMENT EN TANT QUE PROCESSUS.....	6
1) Généralités	6
2) Les étapes du processus de rétablissement :	7
3) Nouvelle modélisation du processus de rétablissement : Marie Koenig ⁵	8
4) GC et processus de rétablissement	10
D. FACTEURS FAVORISANT LE RETABLISSEMENT	11
1) Les apports théoriques de SHEPERD :	11
2) Facteurs favorisant le rétablissement et GC : les apports rogériens	12
3) Autres facteurs favorisant le rétablissement : Jérôme FAVROD.....	13
II ART ET PSYCHIATRIE	15
1) Historique : une conception plurielle des relations entre art et psychiatrie dès l'origine....	15
2) L'époque actuelle : une évolution continue	17
3) GC, art et psychiatrie	18
III -LE GROUPE CULTUREL : ANALYSE DE PRATIQUE	19
A. PRESENTATION :	19
1) Le projet de départ :	19
2) Les visites d'exposition comme support :	20
3) Le rythme :	21
4) La transversalité	21
5) La pluridisciplinarité :	22
6) La multiplicité des lieux	22
7) Le groupe de parole :	23
8) Le changement de nom du groupe	23
B. LES DIFFICULTES	23
1) L'éloignement géographique	23
2) La stigmatisation :	24
3) Une difficulté inattendue :	25
C. LES PREMIERS ENSEIGNEMENTS :	25
1) La valeur intrinsèque de l'être humain	26
2) Le GC comme porte d'entrée d'un travail thérapeutique individuel :	27
3) « Malade » comme identité :	28
4) L'accès au ressenti :	28

5) La manière de travailler le ressenti :	29
D. LES RELATIONS AVEC LES MUSEES	29
1) Les premiers pas :	29
2) Etre centré sur la personne :	30
3) De l'intention à la mise en pratique	30
4) La manière de prendre l'expression personnelle en compte :	31
5) La collaboration avec les musées :	34
6) La place de l'art :	37
E. LES EFFETS	38
1) Travailler l'engagement des participants :	38
2) Participations et étapes du processus de rétablissement :	39
F. LES DERNIERES INNOVATIONS :	42
1) Le restaurant :	42
2) Le programme :	44
3) Les gardiens de salle :	44
4) Les infirmières :	45
5) L'art-thérapeute :	45
IV DISCUSSION	46
1) GC, patients hospitalisés au long cours et processus de rétablissement	46
2) Le GC comme facilitateur de changement :	47
3) La parole :	47
4) L'évolution de la place des participants et des soignants dans le GC	48
5) Apprendre	48
6) Les perspectives d'avenir	49
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	52

ABREVIATIONS DANS LE TEXTE

SC : Sortie Culturelle

GC : Groupe Culturel

REHAB : Unité Fonctionnelle de Soins, hospitalisations à temps plein C. H. LORQUIN

CRJA : Centre de Réhabilitation de Jour pour Adultes C. H. LORQUIN

CMA : Centre Médical d'Activité

IDE : Infirmière

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

INTRODUCTION

1) *Le contexte*

Dans le cadre de mes fonctions de psychologue au C. H. Lorquin il m'a été demandé de mettre en place une activité de groupe à visée culturelle et de socialisation, à titre expérimental, en 2008. Cette activité a pris différentes formes assez aléatoires, au musée, à la bibliothèque... et a connu diverses vicissitudes institutionnelles. Elle a été interrompue plusieurs fois pour des raisons institutionnelles ; budgétaire, restructuration des services, administratives... Malgré tout elle renaît toujours de ses cendres et existe sans discontinuer depuis fin 2015 dans le service de Réhabilitation Psychosociale. Depuis son origine elle cherche à se définir et se préciser en s'interrogeant sur son sens et sa constante évolution.

Le DIU de Psychiatrie dans la Communauté m'a confortée dans ce qui m'apparaissait comme une nécessité : prendre du recul par rapport à l'expérience « brute » et tenter de l'éclairer à la lumière de différents enseignements et stages du DIU.

2) *La problématique*

Mon questionnement depuis le départ tourne autour du rôle du Groupe Culturel dit « GC » dans le rétablissement de personnes souffrant de troubles psychiques graves et, en particulier, pour celles hospitalisées au long cours.

La question du rétablissement peut-elle se poser pour ces patients hospitalisés, pour certains, depuis des décennies et souffrant de troubles psychiques graves ?

En quoi et comment la manière de le structurer, en lien et en collaboration avec les musées, et de le faciliter, de manière rogérienne, participe-t-il au processus de rétablissement des usagers de la psychiatrie ?

3) *Les étapes permettant de répondre à ces questions :*

Il est nécessaire, avant toute analyse de pratique de développer le concept de rétablissement sous différents angles : tout d'abord historique, puis clinique et enfin expérientiel. La manière de travailler dans le GC rend indispensable d'examiner comment le concept de rétablissement et la facilitation rogérienne, peuvent s'articuler. Ce sera l'objet de la première partie de ce travail.

Il m'a paru ensuite important, avant l'analyse de pratique elle-même, le Groupe Culturel étant basé sur des visites d'expositions d'art, de le resituer dans le contexte historique des relations

entre art et psychiatrie, car chacun porte en lui les traces et les influences de l'histoire dans laquelle il est inscrit.

Les liens entre art et psychiatrie vont croissant, se transforment et participent au développement de la santé mentale dans la communauté. Le monde de l'art cherche à atteindre de nouveaux publics et le monde de la psychiatrie cherche à s'ouvrir et à faire appel à d'autres compétences que les siennes propres d'une part, et à favoriser l'inclusion sociale des usagers en santé mentale d'autre part. Le DIU m'a également permis de découvrir des démarches alliant art et psychiatrie, très diverses et novatrices. Ces découvertes ont indirectement nourri ma réflexion, aucune de ces démarches n'étant réellement semblable à la mienne.

L'analyse de pratique devra expliciter la place de l'art dans le GC, et, comment la manière particulière dont le GC allie art et santé mentale, au sein même de la communauté, facilite le processus de rétablissement.

La troisième partie, l'analyse de pratique, explicitera les présupposés, les différents aspects du GC et leur évolution jusqu'à aujourd'hui sous l'angle des éclairages du paradigme du rétablissement. Elle montrera également que le GC n'est pas simplement une pratique de santé mentale hors les murs, mais, un véritable travail multipartite dans la communauté.

Ce travail s'achèvera par une quatrième et dernière partie dans laquelle seront discutés les éléments dégagés dans les parties précédentes, de manière à pouvoir répondre aux questions posées dans la problématique.

I LE RETABLISSEMENT : ELEMENTS THEORIQUES

DEFINITION:

ANTONY¹ en 1993 définit le rétablissement comme suit : C'est « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie »

A. HISTORIQUE ET GENERALITES

Le concept de Rétablissement est à l'origine une notion anglo-saxonne, qui ne cesse de se développer depuis les années 70. Elle est étroitement liée aux concepts d'empowerment et de destigmatisation.

1) Les origines de la notion de rétablissement :

La notion de Rétablissement a pris son origine dans les groupes d'Alcooliques Anonymes, pour qui le fait d'arrêter de boire, s'il peut être un objectif en soi, ne saurait être le seul. En effet il s'agit de reconnaître que la relation avec l'alcool restera toujours compliquée et implique des modifications de comportement pour le reste de sa vie. Il devient indispensable de redéfinir sa vie et de lui trouver un sens nouveau, en tenant compte de son histoire avec l'alcool, de l'expérience passée sans la renier.

2) Le rétablissement en santé mentale :

Dans le domaine de la santé mentale le concept de rétablissement se développe surtout à partir des années 80 et a été une véritable révolution, entraînant des recherches cliniques conséquentes, qui s'affinent de jour en jour, mais surtout en ce que ce concept implique de changement de positionnement des professionnels du sanitaire, et envers la maladie mentale, et, surtout, envers les usagers en santé mentale, les professionnels d'autres horizons (le social, le culturel...) les familles, les personnes ressources, et, de la société en général.

En effet ce concept émerge, à l'origine, directement des usagers qui se qualifient à l'époque eux-mêmes de "survivants de la psychiatrie". Ils adoptent une véritable position militante pour une redéfinition de la santé mentale, une implication et une intégration des patients dans les soins qui les concernent pour aboutir certes, au moins pour une part, à une action sur les symptômes mais aussi, et surtout, à pouvoir se reconstruire en tant que personne, avec un

¹ In <http://www/psycom/Espace-Presses/Santé-mentale-de-A-à-Z/Rétablissement>

véritable projet de vie qui les satisfasse, et leur permettre de se réaliser à la fois à un niveau personnel, social et professionnel. On est loin de l'idée de guérison, en tant qu'objectif de retour à un état antérieur à la maladie. D'ailleurs il n'est plus question d'état mais d'un processus dynamique au long court (DAVIDSON). Apparaît la notion de conception expérientielle du rétablissement, un processus fondé sur des critères subjectifs, tel qu'il est vécu et communiqué par la personne souffrant de troubles psychiques.

Le rétablissement ne devient plus exclusivement une question médicale, et, si l'intervention des professionnels du soin reste pertinente, c'est au prix d'un changement de positionnement radical envers les patients eux-mêmes et envers les autres personnes et structures dont les apports sont tout aussi pertinents et importants que les siens. Il s'agit non seulement de renoncer à l'hégémonie du sanitaire mais aussi de redéfinir la posture du soignant. Il se doit d'être avant tout une réponse humaine à un être humain souffrant d'une pathologie plutôt que d'être centré sur la réponse d'une pathologie psychique à des soins.

3) De l'intégration sociale à l'inclusion sociale

La question du rétablissement va également bien au-delà d'une intégration sociale des usagers ou anciens usagers de la psychiatrie. Contrairement à cette démarche à sens unique, l'inclusion sociale se réfère à une démarche qui doit se faire dans les deux sens : à la personne de s'intégrer dans la société et à la société d'intégrer la personne. La personne a des droits et des devoirs, et la société n'a pas à être dans le rejet ou faire montre d'une compassion excessive, ayant elle aussi, des droits et des devoirs envers les personnes en situation de handicap psychique.

Aujourd'hui le rétablissement se développe sur deux axes qui tentent de se compléter mutuellement : le rétablissement d'un point de vue clinique et le rétablissement en tant que processus expérientiel.

Il paraît nécessaire de présenter ces deux aspects du rétablissement et d'approfondir quelque peu l'axe expérientiel afin de pouvoir éclairer le travail effectué dans le Groupe Culturel

B. LE RETABLISSEMENT D'UN POINT DE VUE CLINIQUE

1) Le rétablissement clinique : éléments théoriques

Il se définit en termes de résultat et se fonde sur des critères symptomatiques et fonctionnels selon trois axes :

- un axe psychopathologique : une rémission des symptômes positifs et négatifs
- un axe fonctionnel, psychosocial qui comporte 3 registres :
 - . l'autonomie au quotidien
 - . avoir une activité scolaire, bénévole, ou professionnelle correspondant environ à un mi-temps.
 - . avoir des relations familiales et sociales, avoir des contacts sociaux (hors famille au minimum 1/semaine).
- un axe temporel : les critères précédents doivent être remplis dans une continuité à minima de 2 ans.

2) Rétablissement clinique et GC

Pour les patients du service de Réhab participant au GC, viser ce résultat paraissait illusoire. En effet, il s'agissait de personnes hospitalisées depuis des années, jusqu'à plus de 10 ans sans discontinuité, et, bien qu'en hospitalisation libre, ne sortaient plus guère de l'enceinte de l'hôpital, si ce n'est du service. Les seules sorties qu'elles acceptaient étaient celles, accompagnées des infirmières, pour aller toujours dans les mêmes magasins de la petite ville la plus proche, acheter les produits nécessaires qu'ils ne pouvaient trouver sur place. Les relations avec les familles s'étaient, au mieux, distendues, quelques fois uniquement téléphoniques, les patients attendant les appels de leur famille sur le téléphone du service (ils n'ont pas de téléphone personnel) et se sentant incapables de téléphoner eux-mêmes. Certains recevaient encore de rares visites de leurs familles mais n'y étant plus reçus depuis leur hospitalisation.

On peut légitimement s'insurger contre cet état de fait, on peut aussi se dire qu'il est trop tard, que c'est peine perdue, que tout compte fait ces personnes ont trouvé le meilleur équilibre qu'elles puissent espérer, qu'elles paraissent satisfaites de leur vie et que les solliciter pourrait rompre ce fragile équilibre et réactiver une symptomatologie et une souffrance maîtrisées, alors que les personnes ne demandaient rien d'autre que le maintien de cette immobilité, cette immuabilité et qu'un rétablissement, tel qu'il est défini d'un point de vue clinique, serait toujours inaccessible. Privilégier le rétablissement à la stabilisation a-t-il un sens dans ce type de situation ?

Patricia DEEGAN² : « même 10 ou 20 ans après le diagnostic, les gens atteignent un rétablissement significatif ou complet. Nous ne devrions pas perdre espoir ». Peut-il en être de même après 10 ou 20 ans d'hospitalisation ? ... « Le rétablissement n'est pas le privilège de patients exceptionnels » dit-elle

Il s'agissait alors de laisser une véritable place à l'inconnu sans s'enfermer dans des idéaux, à priori, trop inaccessibles et sans se décourager avec des visions post-kraepeliniennes de l'avenir de ces personnes.

Le rétablissement comme processus m'a paru alors un critère plus adéquat pour l'analyse de pratique du travail effectué dans le GC.

C. LE RETABLISSEMENT EN TANT QUE PROCESSUS

1) Généralités

C'est une conception dynamique du rétablissement qui se fonde sur des critères subjectifs. Le rétablissement est défini comme un processus actif fondé sur l'expérience subjective de la personne, ses efforts continus pour surmonter et dépasser les limites imposées par la maladie psychique et les conséquences qui lui sont associées.

Nombre d'études inspirées du courant phénoménologique font la part belle aux témoignages des personnes rétablies, ou en rétablissement, de la schizophrénie. La démarche est une démarche de compréhension des étapes clés et des mécanismes psychologiques mis en œuvre pour se rétablir. Ces étapes n'évoluent pas de manière linéaire, ce modèle a été conçu pour permettre aux accompagnants de se repérer et d'accompagner le processus de rétablissement en respectant au mieux les limites et les capacités opérationnelles de la personne moment par moment.

Le résumé synthétique qui suit est repris à partir de deux auteurs Jérôme FAVROT³ et Marie KOENIG⁴, le premier insistant plus sur le concret et la seconde insistant plus sur la reconstruction identitaire. Tous deux se réfèrent aux travaux d'ANDRESEN, OADES et CAPUTI qui avaient mis en évidence quatre ingrédients essentiels au rétablissement qui vont évoluer tout au long du processus. Ce sont : l'espoir comme catalyseur du rétablissement, la responsabilité du rétablissement prise par la personne elle-même, la découverte d'un sens à sa vie, et, la redéfinition identitaire

² DEEGAN socrate Réhabilitation R – www.espace_socrate.com

³ FAVROT J, & MAIRE A(2012) Se rétablir de la schizophrénie ELSEVIER MASSON

⁴ KOENIG M, (2016) Se rétablir de la schizophrénie PUF

2) Les étapes du processus de rétablissement :

ETAPE 1 : "moratoire"

Elle est caractérisée par le déni de la maladie, la confusion, le désespoir, et le repli. Elle est souvent vécue comme une descente aux enfers.

Il y a une perte de l'identité et une perte du sens de la vie.

ETAPE 2 : "conscience"

Une petite lueur d'espoir d'une vie meilleure apparaît ainsi qu'une possibilité de rétablissement. Parallèlement le début de l'insight devient possible. Un désir de faire face émerge et la personne recommence à avoir envie de prendre soin d'elle.

ETAPE 3 : "préparation"

La personne commence à distinguer les manifestations de la maladie des composantes de la personnalité. La personne distingue « être schizophrène » « d'avoir une schizophrénie ».

Elle a, à nouveau, un espoir dans sa capacité à pouvoir se rétablir. Elle se reconnaît des faiblesses mais aussi des forces. Il y a une redécouverte de valeurs personnelles qui s'esquisse.

C'est l'étape à laquelle la personne redécouvre sa partie saine. En même temps, elle apprend à gérer sa maladie et à s'appuyer sur les ressources extérieures. La confiance en soi renaît et commence à se développer.

ETAPE 4 : "reconstruction"

C'est l'étape de la restauration d'une identité positive et de l'émergence d'objectifs de vie émanant de la personne.

La maladie est non seulement reconnue mais aussi mieux acceptée. Parallèlement, la personne découvre de nouveaux aspects d'elle-même.

C'est à cette étape que peut commencer à s'exprimer l'empowerment, au sens d'une réappropriation de la responsabilité de sa vie et de sa capacité d'agir.

Le niveau de confiance en soi permet de prendre des risques mesurés, d'oser des innovations dans sa manière d'être et de faire, d'avancer par essais et erreurs. Le patient peut avancer vers des objectifs personnels majeurs.

ETAPE 5 : "croissance"

Le patient devient à même de reconnaître ses ressources, de gérer sa maladie de manière adéquate avec les apprentissages accomplis dans les stades précédents et d'avoir une confiance durable en un avenir optimiste.

Il s'agit d'une véritable transformation de la personne, transformation identitaire qui implique le renoncement du retour à "comme avant" non seulement comme objectif mais aussi comme désir. Le rapport à soi est profondément modifié par l'intégration de l'expérience de la maladie, et, par le chemin parcouru pour y faire face et se reconstruire.

3) Nouvelle modélisation du processus de rétablissement : Marie Koenig⁵

Marie Koenig propose suite à son travail de recherche, une nouvelle modélisation du processus de rétablissement expérientiel en trois phases, axée sur les modifications identitaires et les postures aidantes pour les favoriser.

ETAPE 1 : du déni à la conscience du trouble :

Cela rejoint les étapes « moratoires » et « conscience » d'ANDRESEN. Pour Marie KOENIG, il n'y a pas uniquement un déni de la maladie ; il existe surtout une incapacité d'intégrer psychiquement les modifications identitaires imposées par la maladie. La personne vit une véritable rupture identitaire. Le seul repère identitaire acceptable est la récupération du fonctionnement pré-morbide. La maladie est principalement perçue comme perte, destruction et souffrance, « *perte de relations et d'un équilibre de vie, destruction d'aptitudes cognitives et fonctionnelles, souffrances liées à la persistance fréquente de symptômes, en somme diminution du sentiment de soi* ». Le mieux-être ne peut s'inscrire qu'en référence à l'idéal que représente le soi d'avant. Il en résulte une souffrance accrue par l'écart entre l'idéal et la réalité associés à un sentiment de diminution personnelle.

Tenter à toute force, à ce stade, que la personne reconnaisse la maladie comporte le risque de la pousser à obérer la vision dynamique du trouble et à l'enfermer dans une vision statique de son état. Est aidante une relation offrant un espace intersubjectif commun qui permet la perception d'une reconnaissance et d'une acceptation par la personne et surtout l'émergence d'un sentiment d'appartenance au « *un peu comme tout le monde* » écrit Marie KOENIG .

La conscience des troubles peut se faire petit à petit et permettre d'orienter doucement les personnes vers le développement d'un pouvoir d'agir, cependant essentiellement opératoire sur la gestion des symptômes, et, très peu sur le plan existentiel et sur le plan identitaire, qui à

ce stade, reste focalisé sur la normalisation. Cependant, ces prémices d'empowerment permettent un début d'espoir dans ce qui était perçu comme une fatalité irréversible. A ce stade l'empowerment est prioritairement employé à contrôler les symptômes.

ETAPE 2 : De la conscience du trouble à son acceptation : lutte contre le trouble et réappropriation de soi.

Cela correspond au stade de « préparation » et de « reconstruction » d'ANDRESEN.

A ce stade, il existe souvent un cloisonnement psychique des expériences psychotiques, clivage entre schizophrénie et soi, mécanisme qui permet la restauration du sentiment de continuité de soi. Pour Marie KOENIG, il s'agit d'un mouvement de « défusion », de développement d'une aptitude à différencier les composantes de la maladie des composantes de la personnalité, au service d'un réajustement à la réalité qui favorise la mise en jeu d'une aptitude de décentration et de métacognition.

Les conséquences existentielles du trouble ainsi que les ressources à déployer pour y faire face sont mieux appréhendées. Il ne s'agit plus d'effacer toute trace de la maladie, le deuil des idéaux passés devient possible.

Les personnes sont moins passives, en particulier au niveau comportemental, et luttent efficacement contre la passivité imposée par la maladie qui va permettre l'émergence d'un sentiment d'ascendance possible sur la maladie. C'est au travers du combat cognitif et affectif contre ce qui les fait souffrir, symptôme après symptôme, que les personnes, victoire après victoire, peuvent passer d'un sentiment de diminution de soi à celui d'une diminution du trouble. C'est par des stratégies de lutte personnalisées, perçues comme sécurisantes et associées à un sentiment d'efficacité, que les personnes semblent ainsi véritablement contacter leur empowerment et le consolider.

Le vécu expérientiel des luttes passées entraîne une meilleure connaissance des limites, qui elle-même entraîne une meilleure connaissance des ressources, qui entraîne une meilleure connaissance des éléments déclencheurs des symptômes et la création de stratégies anticipatoires.

Un dialogue intérieur devient également possible, permettant le contrôle des symptômes, mais aussi leur mise en sens de manière immédiate, ou rétrospective.

Le rôle des soins, et de la psychothérapie en particulier, est alors important (80°/° dit Marie KOENIG), ce d'autant que la personne perçoit bien que les pertes consécutives à la maladie vont toucher l'ensemble des dimensions de son existence, et nécessiter des réaménagements et des modifications existentielles conséquentes.

Il n'y a plus de refus de la maladie, mais plutôt une aisance et une revendication permettant de confirmer un sentiment d'appartenance à un groupe, et, permettant de nuancer le sentiment d'étrangeté, et à soi, et aux autres.

Un nouvel équilibre de vie devient envisageable, mais est perçu comme fragile, un sentiment d'insécurité persiste, la rechute demeure une source d'anxiété importante. Le développement des capacités d'autonomie devient prioritaire.

Les remaniements identitaires gagnent en profondeur dans l'esprit de pouvoir faire avec la maladie.

ETAPE 3 : Evolution vers la reconnaissance de soi : acceptation du trouble et transformation identitaire.

Cela correspond au stade « croissance » d'ANDRESEN.

Les ajustements existentiels précédents, motivés par la maladie, mènent la personne vers la création d'une norme plus personnelle. Les personnes extraient un sens de ce qu'elles ont vécu dans la maladie et la lutte contre la maladie. Elles peuvent se percevoir comme unifiées : les expériences vécues du fait de la maladie font partie intégrante de la trajectoire évolutive et du développement du soi. Un nouveau rapport à soi et au monde, ouvert, devient possible grâce à un sentiment de sécurité interne accru. Cela permet un mouvement vers la réalisation personnelle. Les aspirations personnelles sont mieux connues et mieux acceptées sans préoccupation majeure des critères normatifs.

L'expérientiel acquiert, pour certains, une valeur transmissible et aidante pour autrui.

La reconnaissance de la personne par ses proches renforce cette valeur.

La transformation identitaire s'appuie maintenant directement sur l'expérience du trouble.

« Les différentes étapes du processus de rétablissement sont reconnues et mises en sens dans une reconstruction historicisée ». « Ce mouvement d'intégration vient rétablir la trajectoire existentielle de la personne sous une forme cohérente et continue »

Il y a un véritable désir d'apprentissage et de connaissance dans la continuité.

L'appartenance à la communauté humaine est rétablie.

4) GC et processus de rétablissement

On pourrait considérer que certains des patients qui ont été inscrits au GC étaient en deçà du stade moratoire, au-delà du désespoir sans plus aucun désir, et ne combattant plus aucune souffrance. Réintroduire une dynamique de vie, aider la personne à se reconnecter avec ce qu'il y a, à ce qu'il reste de vivant en elle, l'aider à y accorder de l'importance et à le déployer

paraissait une véritable gageure. L'idée était de passer par le plaisir. En effet la recherche de plaisir se manifestait toujours mais dans des domaines très restreints, comme la nourriture et certains programmes télévisés. Ces quelques menus plaisirs, très importants pour eux, sont souvent dévalorisés.

Les activités du service étaient basées sur la rééducation de l'autonomie au quotidien ; l'hygiène corporelle, apprendre à faire une lessive, apprendre à gérer un budget au quotidien. L'apprentissage était souvent perçu comme pénible, frustrant et ne proposant que l'apprentissage de corvées.

Plus que rajouter un apprentissage supplémentaire, nous souhaitions proposer d'entrer dans une dynamique culturelle permettant de découvrir ou redécouvrir le plaisir d'apprendre, et la capacité à apprendre malgré, ou avec, le handicap. Avoir accès à des informations sur un artiste ou sur une œuvre, les retenir, pouvait intéresser les participants. L'objectif n'était pas une accumulation de connaissances, mais avant tout d'essayer de créer une discussion générale à partir des œuvres, ou, et, de la démarche de l'artiste, chacun patient comme professionnel donnant ses goûts, ses impressions... La culture et l'art en particulier devenaient ainsi les médiateurs permettant un engagement dans une relation dans laquelle chacun pouvait s'exprimer sur le même sujet, mais sans objectif de réussite ou d'échec, sans une tâche précise à accomplir, et sans qu'il y ait de jugement sur une réponse juste ou fausse, l'accent étant mis sur la perception subjective de chacun et la reconnaissance du point de vue ou du sentiment de chacun comme ayant une valeur incontestable.

Il s'agit alors de vérifier en quoi le cadre mis en place et cette manière d'aller visiter des expositions pouvait faciliter le processus de rétablissement.

D. FACTEURS FAVORISANT LE RETABLISSEMENT

1) Les apports théoriques de SHEPERD :

Tous les auteurs donnent des conseils aux professionnels accompagnant des personnes dans leurs parcours de rétablissement. Pour SHEPHERD le professionnel de santé mentale devrait se demander après chaque entretien ai-je

- écouté activement la personne pour l'aider à comprendre ses problèmes de santé mentale.
- aidé la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir, et, non ceux identifiés par les professionnels ?
- Montré que je croyais dans les forces et les ressources existantes de la personne
- Donné des exemples de mon vécu, ou de vécu d'autres usagers, qui valident ses espoirs ?

- Recensé des ressources autres que en santé mentale (amis, contacts, organisations...) qui pourraient jouer un rôle dans l'atteinte de ses objectifs ?
- En tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal ?

La liste de SHEPERD est assez souple pour pouvoir convenir à l'accompagnement de tout parcours de rétablissement, chaque parcours ne pouvant être qu'unique. Patricia DEEGAN cite les recherches de Vaughn CARR (1988) qui a interrogé 200 personnes sur ce qu'elles faisaient déjà pour surmonter des symptômes de détresse : 350 stratégies ont été répertoriées. Par contre je comprends moins bien « ai-je montré que je croyais dans les forces et ressources et pas « ...montré que je crois ».

De plus pourquoi réserver l'écoute active uniquement aux problèmes ? De mon point de vue l'écoute active s'adresse à l'ensemble de la personne, ne pas sélectionner, voire censurer l'écoute, est ce qui permet à l'écouté de se sentir entendu et accepté. Patricia DEEGAN : « *c'est bien parce que mon avenir était inconnu que je pouvais projeter mes espoirs, rêves et aspirations dessus* » et la résolution de problème ne suffit plus à traduire l'aspiration telle que la conçoit Patricia DEEGAN.

2) Facteurs favorisant le rétablissement et GC : les apports rogériens

Pour ma part ayant une formation rogérienne approfondie, et travaillé avec un groupe rogérien pendant 15 ans, j'applique toujours les principes de base de l'ACP « Aide Centrée sur la Personne » faits des trois attitudes de base :

- empathie : comprendre la personne comme elle se comprend elle-même sans s'y identifier, Pour que l'empathie puisse résonner dans la personne et qu'elle puisse la ressentir comme telle il est indispensable que le thérapeute puisse accueillir inconditionnellement l'expérencing, c'est-à-dire ce que la personne est en train de vivre au moment même où elle le vit ,tel qu'elle le vit, aussi loin des repères et des valeurs de l'écouter que cela soit, et qu'elle puisse le lui communiquer de manière à ce que la personne puisse l'entendre.

- Congruence (être soi-même, impliqué)

- Regard positif inconditionnel : le positif ne renvoie pas à un jugement moral. Pour Carl ROGERS l'homme a une tendance naturelle à la croissance, la tendance actualisante, et dispose de ressources pour pouvoir s'accomplir.

Le fait de reformuler sa compréhension empathique de manière à ce que la personne puisse l'accepter va permettre à la personne écoutée de se reconnecter avec la tendance actualisante,

va lui redonner accès à ses ressources qui vont lui permettre de développer son potentiel qui est toujours constructif. Carl ROGERS fait partie du courant Humaniste et lorsque j'ai commencé à m'intéresser à la Réhabilitation Psychosociale et au Rétablissement des ponts ont été faciles à construire pour moi.

Beaucoup de mes patients sont au stade moratoire et parler des problèmes est souvent trop angoissant pour eux, ce qui est confirmé par Marie KOENIG plus haut. La porte d'entrée pour établir une relation thérapeutique se situe, à mon sens, dans l'établissement d'un dialogue initié par le patient qui ne pourra souvent commencer et perdurer que par des « banalités » servant à construire une relation de confiance et de sécurité. Une fois confiance et sécurité suffisamment éprouvés il pourra alors se risquer à entrer dans son intimité et à aborder des sujets plus en profondeur.

La plupart des participants n'ont plus que des discours répétitifs centrés sur la vie du service, qui travaille aujourd'hui, la météo, le repas du jour (qui est un sujet très restreint le même menu revenant tous les quinze jours environ), et une écoute aussi empathique soit-elle tournait très vite en rond. Il a donc été indispensable de créer de nouveaux sujets de discussion avec comme base essentielle qu'elle puisse partir de l'expérience présente de la personne, de ce qu'elle est en train de vivre au moment même où elle le vit.

3) Autres facteurs favorisant le rétablissement : Jérôme FAVROD

Suivant le positionnement théorique de chacun les facteurs favorisant le rétablissement seront différents. Ils peuvent se compléter les uns les autres.

Ainsi Jérôme FAVROD précise des types d'interventions aidantes en fonction du stade auxquels sont les personnes

- Moratoire : engagement dans la relation et les soins
 - Normalisation des symptômes psychotiques
 - Suivi intensif dans le milieu
- Conscience : psychoéducation individuelle/familiale
 - Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques
- Préparation : thérapie cognitives et comportementales des symptômes psychotiques
 - Remédiation cognitive
 - Entraînement des habiletés sociales dans le domaine de la vie domestique, des loisirs, des relations sociales et sentimentales
- Reconstruction : soutien à l'emploi et à la formation
 - Emplois transitionnels, stages professionnels

Engagement dans de nouveaux rôles sociaux et de nouvelles activités

- Croissance : FAVROD n'en note aucune.

Les différentes unités de soin du CMA Réhab apportent ces différents types d'interventions aidantes au travers de différents ateliers, activités et prises en charges par toute la gamme des professionnels de santé y travaillant.

Le Groupe Culturel n'a pas vocation à pratiquer ce type d'intervention en tant que telle si ce n'est « proposer un engagement dans la relation » relevant du stade moratoire. Par contre il peut être l'occasion pour les participants d'éprouver en situation réelle les acquis des ateliers auxquels ils ont participé ou de prendre conscience de difficultés qui peuvent les motiver à s'inscrire dans certains ateliers de remédiation afin de trouver des moyens de résolution de certains problèmes. L'inscription dans les différents ateliers peut se faire alors, à partir d'une difficulté reconnue par la personne, et, de ce qu'elle a d'empêchant pour elle, d'avoir son objectif personnel et de le résoudre avec les méthodes appropriées.

II ART ET PSYCHIATRIE

L'art et la psychiatrie ont toujours eu des liens forts et complexes ; de la part du monde artistique envers l'univers psychiatrique, et, de la part de la psychiatrie envers l'art.

Notre Groupe Culturel est centré sur la parole, il n'est pas le lieu d'une production artistique. Il n'appelle pas le faire, il appelle l'être. Il m'a paru, cependant, important de donner succinctement quelques éléments historiques illustrant certains liens entre art et psychiatrie afin de pouvoir resituer le Groupe Culturel dans le contexte et l'histoire dans lesquels il est inscrit.

1) Historique : une conception plurielle des relations entre art et psychiatrie dès l'origine

L'intérêt porté aux productions artistiques des malades mentaux date de la fin du XIX^{ème} siècle et cela dans toute l'Europe. L'un des premiers à s'y intéresser est « Cesare » LAMBROSO, médecin italien, cherchant des liens entre génie, criminologie et folie constitue des cabinets de curiosités et regroupe des œuvres glanées dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons.

A Villejuif, le Dr MARIE constitue une collection de publications et de photographies.

En 1907, Marcel REJA, dit le Dr MEUNIER, publie « L'art chez les fous » dans lequel il parle en tant que médecin mais aussi en tant qu'artiste. Sa recherche est celle de la source de la création artistique

En 1910, FREUD publie « Un souvenir d'enfance de Leonard de VINCI ». Au travers d'une de ses œuvres, La vierge, Sainte-Anne et l'enfant, FREUD aborde le traumatisme psychique, la sublimation et la pulsion épistémophilique. En 1914, il s'intéresse au Moïse de Michel-Ange et à l'émotion esthétique. FREUD porte un regard clinique en sortant du contexte psychiatrique.

L'intérêt va en s'amplifiant et en 1920, Hans PRINZHORN, psychiatre à l'hôpital d'Heidelberg, réunit une collection majeure de 5000 œuvres et publie « Expression de la folie » qui a une grande influence dans toute l'Europe, et en particulier, sur André BRETON et les surréalistes. Ceux-ci organisent à Paris des expositions mêlant leurs œuvres à celles d'artistes malades mentaux.

Le psychiatre suisse Walter MORGENTHALER publie en 1921 une monographie sur un de ses patients Adolf WÖLFI « Un aliéné artiste », qui déjà à l'époque, considère l'artiste avant le patient.

En 1948, André BRETON publie « l'art des fous, la clef des champs ». Pour BRETON, les fous avaient un accès à des expériences privilégiées qui leur permettaient de puiser en eux des choses fantastiques et inventives. Les surréalistes ont reconnu ces œuvres et s'en sont directement nourris et inspirés.

A partir des années 1940, Jean DUBUFFET constitue une collection d'œuvres qu'il déniche dans tous les hôpitaux psychiatriques d'Europe et qui donnera naissance au Musée d'Art Brut de Lausanne. L'Art Brut qualifie les productions de personnes n'ayant aucun lien avec la culture artistique ambiante. DUBUFFET aborde les œuvres des malades mentaux, Jeanne TRIPPIER et Gaston DUFOUR en particulier, sous cet angle et part de l'a priori que le malade mental est coupé de tout lien avec la société. Cela permettrait ainsi de retrouver les origines de l'art. Cependant la collection de Saint-Anne montre que beaucoup d'artistes avaient soit une culture artistique préalable soit l'avaient acquise à l'hôpital. Même si l'hôpital psychiatrique a été un monde clos, il ne l'a jamais été hermétiquement.

Le regard de ces artistes sur les productions des malades mentaux est un regard valorisant, les considérant comme des œuvres à part entière. Par contre la psychiatrie va souvent y chercher l'expression de phénomènes pathologiques, et y mettre l'accent, ce qui est nettement moins valorisant pour la personne même si l'intention est de mieux la comprendre.

L'hôpital Saint-Anne à Paris tente de concilier les deux plans en créant deux fonds différents : un fond muséal, qui regroupe les œuvres artistiques s'inscrivant dans un mouvement artistique repérable, et le fonds contemporain ou scientifique, qui rassemble toutes les autres productions. Ces fonds regroupent plus de 60000 productions.

En 1968, GOFFMANN, dans son livre « Asiles », très critique sur la psychiatrie, place l'activité artistique ou culturelle, qu'elle soit individuelle ou collective, dans la liste des « dérivatifs » c'est-à-dire qu'elle permet à « l'interné » de créer temporairement un univers qui supplante celui de l'institution par « *une activité sans intention sérieuse mais*

suffisamment passionnante et absorbante pour faire sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle »⁵.

Goffman souligne aussi que ces activités, sont souvent proposées par l'institution, et, non subies par les patients. On est alors dans les prémices de la psychothérapie institutionnelle, des « ateliers du non-faire » et des ateliers de création à visée thérapeutique

L'art finit par avoir de multiples fonctions à l'hôpital : récréatif, clinique, livrant des éléments diagnostiques, créatif, occupationnel, thérapeutique....

2) L'époque actuelle : une évolution continue

L'utilisation de l'art comme outil thérapeutique se professionnalise également.

Par exemple, a été créé le métier d'art-thérapeute qui allie connaissances artistiques, cliniques et thérapeutiques... L'art-thérapie est l'utilisation d'une pratique artistique à des fins thérapeutiques, c'est une démarche thérapeutique à médiation artistique. Plus que l'objet créé en lui-même, c'est le processus qui sous-tend la création qui compte.

Petit à petit, des artistes sont également employés par les hôpitaux pour animer des ateliers, ouvrant ainsi une place à d'autres que les professionnels de la santé auprès des patients, et créant ainsi d'autres espaces relationnels que ceux du soin.

L'intérêt pour l'art se fait également moins hospitalo-centré : des visites d'exposition dans la cité s'organisent, le patient devient public, visiteur comme tout un chacun... ou presque.

L'art et les lieux d'art deviennent des outils de resocialisation.

De plus, l'hôpital n'a plus le monopole du lien entre usager de la psychiatrie et art. La relation avec l'art sort de l'hôpital comme lieu géographique, et, comme gestionnaire de l'activité. Des initiatives se développent aujourd'hui dans des formes variées : ateliers artistiques dans un cadre associatif comme certains GEM d'artistes, ateliers recevant tous publics, usagers et non-usagers de la psychiatrie, montage d'expositions mixtes....

En 1999, un nouveau pas est franchi, l'Etat s'introduit dans les relations entre art et santé mentale. Un accord interministériel entre le Ministère de la Culture et de la Communication et le Ministère de la Santé pour la création des projets « Culture à l'hôpital » est conclu. La

⁵ GOFFMAN E. (1968) : Asiles : p114

volonté de l'Etat est d'ouvrir l'accès au champ culturel à tous les citoyens en limitant les exclusions sociales alliée à une même volonté d'ouvrir les hôpitaux psychiatriques et de réinsérer les patients dans la société. Il ne peut s'agir de projets thérapeutiques car le Ministère de la Culture n'y trouverait pas son intérêt, la dimension culturelle en étant par trop effacée. Il s'agit de projets culturels qui doivent permettre à la psychiatrie de réaffirmer la dimension citoyenne des établissements de santé.

Le DIU m'a aussi permis d'accéder au GEM d'artiste de Paris et à « FontièreS » à Helemmes qui est à la fois galerie d'art, fond d'art contemporain et lieu d'activités artistiques initiés par la psychiatrie et qui par l'organisation d'expositions d'art contemporain confiées à un commissaire d'exposition, ancien enseignant des Beaux-Arts, propose un mouvement du grand public vers les usagers en santé mentale.

3) GC, art et psychiatrie

La pluralité de conceptions d'intentions, d'actions, d'objectifs, de postures entre art et psychiatrie est toujours d'actualité et continue à évoluer.

Reprendre ces différents liens m'a montré l'importance de faire un travail de clarification du GC en repartant de sa propre histoire. Il a beaucoup évolué, sur certains aspects, à la lumière de sa propre expérience, tout en conservant, pour une part, les premiers objectifs fixés. Ces premiers objectifs correspondent à la façon dont, au fil des siècles, la culture a été appréhendée comme source de plaisir pour des patients en souffrance et comme facteur de rupture par rapport à l'isolement engendré par l'hospitalisation. Au fil de l'expérience du GC nous verrons dans l'analyse de pratique comment nos relations avec l'art ont évolué et la place que l'art occupe dans le GC aujourd'hui. Elle va bien au-delà des premiers présupposés.

De plus, les personnels des musées prennent une part de plus en plus importante dans le GC, ce qui ne va pas sans modifier jusqu'à sa structure.

Il est donc nécessaire d'explicitier ses bases, de tirer les enseignements de son histoire, de vérifier sa pertinence et d'entr'apercevoir les éléments nouveaux qui sont apparus, et, peuvent orienter la suite de son évolution de manière à mieux favoriser le processus de rétablissement des participants.

Le seul « élément » qui n'a pas changé est la manière de faciliter le GC. A mon sens, c'est cette manière de « travailler le groupe » qui a permis de faciliter son évolution tout en étant garante de sa cohésion. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

III -LE GROUPE CULTUREL : ANALYSE DE PRATIQUE

A. PRESENTATION :

Le Groupe culturel (GC) existe dans sa version présente depuis 2015

Il avait existé précédemment de 2008 à 2011 en s'appelant « Sortie Culturelle (SC). Il avait cessé de fonctionner suite à une multiplication des exigences administratives et inconciliables entre elles fondées sur le règlement intérieur de l'hôpital de Lorquin. Cependant, cette première expérience avait été riche d'enseignements qui sont devenus les bases du projet actuel. Il s'agit d'une activité transversale concernant les patients de deux services du CMA Réhabilitation Psychosociale : la Réhab (service d'hospitalisation temps plein) et ceux du CRJA (Centre de Réhabilitation de Jour). Elle se déroule sous ma responsabilité. L'équipe du GC est composée de l'art-thérapeute, deux infirmières, et moi-même, psychologue clinicienne.

En pratique :

L'organisation des soins en Réhab implique que les patients participent au GC sur prescription médicale. Les patients peuvent demander au médecin à y être inscrits, l'équipe du GC peut proposer des « candidatures » de patients, ainsi que les équipes soignantes.

- Groupe de 6 à 7 usagers et 2 facilitatrices par séance
- Rythme : mensuel de 9h à 18h
- Visite d'une exposition suivie d'un groupe de parole dans un lieu social (café...).

1) Le projet de départ :

Le GC a pour objectif de favoriser la resocialisation de patients hospitalisés au long cours ou, qui ayant recouvré une autonomie suffisante, vivent en appartement et n'ont pas, ou peu, de contacts familiaux, une vie affective pauvre et pas de vie sociale.

L'idée est de proposer une activité qui permette de mettre en œuvre les acquis des différents ateliers visant la remédiation cognitive et la remédiation sociale, dans la société, en situation réelle, avec un accompagnement de professionnels du soin.

L'objectif est que les patients puissent éprouver leurs compétences acquises pendant les soins, dans le monde réel, les consolider et les personnaliser développant ainsi une confiance en eux suffisante pour se risquer seuls dans des activités sociales et relationnelles de leur choix. A partir de là, il n'était bien évidemment pas question de lister une série de tâches à

accomplir dans un ordre précis, mais, d'être centré sur la personne. Le premier objectif est de permettre à la personne de vivre la sortie au musée et de laisser émerger petit à petit ce qu'elle souhaite développer, renforcer, comme compétences, de découvrir ses limites et difficultés actuelles et sa manière personnelle de pouvoir y faire face et de les dépasser.

Je souhaitais également que la resocialisation puisse être vécue au travers d'une activité agréable, qui puisse relever du loisir. L'objectif n'est pas la socialisation dans le but de correspondre à une quelconque norme, même celle du rétablissement, en terme de rétablissement comme résultat quantitatif, mais de permettre aux patients de découvrir ou redécouvrir le bien-être que chaque être humain peut ressentir à être en relation, à «être en société», à découvrir et apprendre (en l'occurrence des musées et des œuvres) par plaisir et pour le plaisir d'apprendre, mais aussi à le partager avec d'autres au moment-même où on le vit.

En ce sens cette activité se veut avant tout, plus qu'un soin, être une activité simplement humaine, engageant des êtres humains.

Sans nier ni ignorer la pathologie, elle s'appuie avant tout sur les parties saines des personnes, et, se prête, par le cadre et le climat chaleureux du GC, à leur déploiement et leur mise en lumière par la personne elle-même.

Et enfin, je souhaitais mettre en place une activité dans laquelle le patient puisse être interactif quasiment de bout en bout, ce qui excluait par exemple le cinéma qui aurait supposé toute la durée du film sans interaction directe avec autrui. En effet pendant toute la visite nous discutons devant les œuvres, des œuvres, et surtout à partir des œuvres.

2) Les visites d'exposition comme support :

Les visites de musées, ou des Centres d'Art, correspondent à tous les critères précédents et présentent un très net avantage financier. En effet la création de services d'accueil « nouveaux publics » nous a permis l'accès à bon nombre de musées gratuitement, non pas à le quémander, mais à l'obtenir de plein droit. L'activité devait pouvoir montrer qu'il y a des loisirs de qualité, accessibles, dans la vraie vie, sans engager de frais sans rapport avec ses revenus. La majorité des patients a des revenus plus que modestes, en général l'AAH, parfois moins pour certains. Nous informons donc les patients de la gratuité de la plupart des musées le premier dimanche du mois, des transports en commun existants et des différentes cartes de réduction pour ces transports.

La première surprise a été que ce qui m'apparaissait comme une activité parmi d'autres, les visites d'expositions, est apparue comme une proposition incongrue aux patients. Pour la plupart ils n'avaient aucune notion de ce que cela pouvait bien être, pour une minorité cela renvoyait à de très anciens et très vagues souvenirs d'un passé scolaire fastidieux. Ce qui m'apparaissait comme un grand plaisir, évoquait pour eux ennui et exercice rébarbatif interminable dans un lieu inconnu et perçu comme hostile. La découverte d'un endroit inconnu ne présentait rien de réjouissant, et l'éventualité d'être confronté à la foule a été un obstacle supplémentaire.

Le plaisir universel de l'humanité face à une œuvre d'art depuis l'aube de l'humanité, s'il est une évidence, demande qu'il soit rendu accessible. Le musée n'est sans doute pas le moyen d'accès le plus attrayant à l'art à priori, de par l'image poussiéreuse qui en est toujours véhiculée d'une part, et d'autre part, par les contraintes comportementales strictes qui y sont imposées, même si elles sont nécessaires. L'art n'a peut-être pas plus à apporter de satisfaction immédiate que le soin, mais peut-être a-t-il comme point commun qu'il suscite un travail qui permet au désir de surgir ?

Toujours est-il que l'attention était attirée sur le fait que cette activité n'aurait peut-être d'autre fonction que de mobiliser le temps, être un dérivatif à l'hospitalisation, voire pire, risquait de développer des intérêts factices, le patient n'ayant d'autre but que d'être un « bon patient » donnant satisfaction, se subordonnant au désir du soignant

3) Le rythme :

Le rythme mensuel a été déterminé au départ par des contraintes matérielles : la difficulté à trouver des lieux prêts à nous accueillir, le renouvellement des expositions par les musées existants dans un périmètre géographique accessible et nos disponibilités professionnelles. Chaque visite demande aussi un temps de préparation assez conséquent entre les démarches administratives liées à l'hôpital et celles liées aux musées nous recevant, la préparation de la visite elle-même, documentation...

Les patients ont également parfois besoin de temps et de rediscuter plusieurs fois avec nous avant de pouvoir intégrer le GC. Ils ont, pour la plupart, besoin de reparler du GC précédent et de ce qui s'y est passé pour eux ; poursuivre dans l'après-coup, en entretien individuel pour tirer les fils de l'expérience jusqu'à son élaboration.

4) La transversalité

Il est apparu important pour certains patients de pouvoir participer au GC sur des durées longues (1 à 2 ans) alors qu'ils n'étaient plus hospitalisés à temps plein mais étaient toujours

hospitalisés de jour au CRJA. Le GC a également facilité le passage d'un service à l'autre pour certains patients. Pour les patients ne sortant que peu du service de Réhab cela leur a permis de nouer des relations avec de nouvelles personnes ou d'en retrouver d'autres qu'elles avaient connues au service. Le fait, pour les plus chroniques, de rencontrer et d'échanger avec des participants à d'autres stades du processus de rétablissement redonne un espoir tangible ; « d'autres que moi y sont arrivés et ont une vie en dehors de l'hôpital ».

5) La pluridisciplinarité :

A l'hôpital de Lorquin la pluridisciplinarité n'est guère de mise, chaque profession a ses activités relativement cloisonnées. La charge de ce projet ne pouvait être assurée par une personne seule, et j'avais souhaité qu'elle s'ouvre à d'autres professionnels et aux infirmières en particulier. Un regard croisé me paraissait intéressant et pouvoir apporter beaucoup aux infirmières de Réhab dont l'essentiel du travail était centré sur l'autonomie du quotidien (hygiène, repas...) effectué au sein du service. Evoluer avec les patients en dehors de l'institution me paraissait susceptible de pouvoir les aider à élargir, voire renouveler, le regard sur les patients induit par les objectifs qu'elles avaient au quotidien, et, en conséquence quelque peu ouvrir les relations entre « soignants et soignés » empreintes de technicité vers des relations plus dans un registre de « personne à personne » axées sur les échanges verbaux plus que sur le faire.

Les patients de la Réhab ont paru également rassurés de l'accompagnement de quelqu'un qui leur était familier, était présent dans leur quotidien. Par rapport à certains critères de socialisation elles sont bien plus attentives que moi à l'hygiène corporelle et à la présentation et y veillent avant le départ des participants pour le GC.

A aussi été affectée à la Réhab et au CRJA une art-thérapeute, avec laquelle j'avais travaillé dans un autre service, et qui a rejoint l'équipe en y apportant son regard spécifique.

6) La multiplicité des lieux

Là aussi la première contrainte a été matérielle : si nous ne voulions pas, de mois en mois, parcourir les mêmes expositions, nous ne pouvions nous contenter d'un seul lieu. De plus l'objectif étant la resocialisation il était important de diversifier les lieux d'accueil afin que puisse s'effectuer un véritable apprentissage, non seulement de sortir de l'hôpital, mais aussi celui d'aller vers l'inconnu.

7) Le groupe de parole :

Au départ était prévu de parcourir l'exposition, de donner quelques informations sur les œuvres présentées et les artistes, que nous échangeons nos premières impressions devant les œuvres, puis que nous prenions du temps pour discuter de l'ensemble de l'après-midi autour d'une boisson dans un café, comme le font souvent les gens lorsqu'ils visitent une exposition. Là aussi l'objectif était de rester au plus près de ce qui se passe dans la vie en ajoutant un deuxième lieu social, convivial : le café.

Les discussions ont duré rapidement plus d'une heure, les sujets se sont faits variés, l'exposition n'étant qu'un sujet parmi d'autres. Après un premier temps de gêne et de propos convenus, la spontanéité a eu la part belle, et c'est ainsi que nous avons eu accès à ce qui les avait touché, marqué, intéressé, préoccupé aussi bien pendant le trajet, les lieux en eux-mêmes et la manière de s'y sentir, que les œuvres en elles-mêmes.

8) Le changement de nom du groupe

L'accent n'était plus mis uniquement sur la socialisation, mais sur la notion de groupe, de processus de groupe et de processus de la personne dans un groupe. « Groupe Culturel » devenait plus adéquat comme nom que Sortie Culturelle.

B. LES DIFFICULTES

La SC n'avait, au départ, d'autre ambition que de proposer aux patients du service de Réhabilitation Psychosociale de renouer avec « l'extérieur » de l'hôpital, de renouer un contact avec la société par le biais de visites d'expositions dans différents lieux d'exposition, musées et Centres d'Art de la région, de passer un bon moment pour soi, et, un bon moment ensemble avec un sujet commun tout trouvé. Un projet aussi simple était pourtant déjà une gageure en soi à deux titres.

1) L'éloignement géographique

Le premier obstacle est la situation géographique de l'hôpital de Lorquin. C'est un petit hôpital rural à proximité de Sarrebourg qui a son musée (le seul qui nous ait refusé la gratuité d'accès) mais ensuite les musées les plus proches se trouvent dans les grandes agglomérations Strasbourg, Nancy et Metz qui se trouvent à 1h 1h1/2 de route de l'hôpital ce qui implique un certain nombre de contraintes temporelles : s'absenter de l'institution pendant un temps conséquent en respectant les horaires de l'institution (horaires des repas des patients, horaires

de travail imposés pour moi), des contraintes matérielles : obtention d'un minibus de l'hôpital, le remboursement des frais de parking qui a été loin d'être facile à obtenir (mais les soucis budgétaires sont eux devenus ordinaires) et l'assentiment des patients, qui, d'entrée de jeu se déplacent loin de leurs repères pour une durée longue (13h-18h30) ce qui a été insécurisant pour eux et leur a demandé une implication personnelle conséquente. Accepter de participer à la SC a souvent été un véritable acte de bravoure pour eux, et, leur a demandé de dépasser leurs limites avant même de commencer l'activité en elle-même.

Aujourd'hui le trajet est vécu différemment par les participants. Ils sont amenés à traverser des paysages qu'ils connaissaient avant l'hospitalisation et qu'ils n'ont plus revus depuis longtemps. C'est l'occasion pour les souvenirs de s'éveiller. En les exprimant spontanément, presque de par devers soi, cela permet à la personne de renouer avec des pans de son histoire, de leur redonner vie, et de les partager avec les personnes présentes. Les participants ont, en général, une écoute bienveillante et montrent leur intérêt pour la personne.

2) La stigmatisation :

La seconde difficulté est venue des lieux d'art, qui avaient pourtant créé des services d'accueil « nouveaux publics ». Il a fallu « apprivoiser » certains musées qui ont eu quelques réticences, faites d'idées reçues et autres à priori. Lorsque je téléphonais pour réserver des entrées et que l'on me demandait de quel genre de handicap il s'agissait. Il y a eu aussi des surveillances très vigilantes de notre groupe par les gardiens de salle. La stigmatisation sera seulement évoquée dans ce mémoire car elle n'en est pas le sujet principal. Je dois cependant reconnaître qu'avec le temps certaines attitudes ont changé, que l'accueil de nos demandes devient plus banal, et que, dans les musées nous en venons à être aussi anonymes que les autres visiteurs. Les craintes de dangerosité dès que l'on parle de handicap psychique ainsi que les attitudes compassées s'atténuent. Je ne saurais dire si les mentalités évoluent ou si c'est parce que notre groupe est maintenant bien connu. Nous espérons qu'au travers de nos visites régulières, ayant permis aux personnels des musées de nous connaître, petit à petit, nous avons pu contribuer à une évolution des représentations.

Alors qu'au départ nous étions presque à quémander nos billets d'entrée, nous avons aujourd'hui, le choix des lieux d'art avec lesquels nous souhaitons travailler. Notre travail est apprécié ainsi que le travail en collaboration tel qu'il est proposé. Ce travail correspond également à ce qui est attendu des musées par leurs Autorités de Tutelle et peut leur apporter quelques bénéfices.

3) Une difficulté inattendue :

De manière moins évidente, sous-tendait également ce choix de lieux d'art, qu'une immersion dans la culture, était une manière d'aborder la communauté humaine de façon à ce que chacun puisse s'y reconnaître, car chacun est inscrit dans la culture dès avant sa naissance, et, elle appartient à tous.

J'ai été étonnée de l'indifférence, des réticences, du malaise des patients par rapport aux musées et de la transformation qui s'opérait petit à petit, « L'inconnu » qui devenait connu puis familier ne suffisait à comprendre ni l'attitude effrayée et réticente de départ ni l'aisance acquise.

La simple visite d'une exposition, redonner accès à la culture et aux lieux culturels, impose que les participants ont toujours, quelle que soit leur histoire, et, quel que soit leur degré de désocialisation, la même valeur intrinsèque d'être humain.

Cette première découverte pour nous, de la valeur symbolique du GC (de l'ordre du « évidemment bien sûr »), va nous entraîner, nous professionnels, dans un processus qui est toujours en cours.

C. LES PREMIERS ENSEIGNEMENTS :

Si franchir l'enceinte de l'hôpital a été une épreuve pour certains, franchir les portes d'un musée l'a été pour beaucoup. L'architecture, la solennité des lieux, la foule,... sont des obstacles non négligeables, ce ne furent cependant pas les difficultés majeures. Il m'a fallu longtemps pour comprendre l'impact essentiel qu'avait sur les patients la simple proposition « d'aller au musée » et, en fait, qu'une patiente me l'explique littéralement.

Illustration : Mme M. a une cinquantaine d'années elle est suivie par un psychiatre en libéral depuis « sa jeunesse » dit-elle et c'est sa première hospitalisation : rien ne va plus elle est très agressive, en conflit avec sa famille et particulièrement ses fils, au travail elle est au bord de la rupture, avec ses collègues et sa hiérarchie. Pendant les premiers entretiens individuels elle est en révolte contre l'hospitalisation, l'obligation de parler à un psychologue qui « veut tout savoir, me faire parler pour me critiquer »... Elle vient cependant à chaque rendez-vous et rapidement exprime son incompréhension envers ce qui lui arrive. Elle entame un véritable travail thérapeutique, et la SC lui est proposée. Mme M. se décompose, manifeste des signes d'anxiété importants et refuse. Quelques jours plus tard je lui en reparle et le même phénomène se reproduit. Mme M. finit par s'exclamer « mais vous comprenez pas les

musées c'est que pour les gens bien ! ». Elle m'explique qu'elle est femme de ménage à la CUS (Communauté Urbaine de Strasbourg) et qu'elle travaille dans un système très hiérarchisé, qu'elle a déjà été affectée à l'entretien des toilettes publiques près du musée mais n'a jamais eu l'autorisation de travailler dans le musée, « même pas dans les WC dit-elle et vous vous voulez m'emmener visiter dans les grandes salles avec les belles choses, j'ai pas le droit, j'ai pas le droit ... Les musées c'est pour les gens bien, c'est pas pour nous les « petits » et moi en plus s'ils me voient (ses collègues) ils vont dire pour qui elle se prend la folle ». Je lui dis simplement qu'en tant qu'employée de la CUS elle avait droit à un accès gratuit dans tous les musées de la ville ainsi qu'à différentes activités. Mme M. finira par venir au musée et s'y mouvoir très à l'aise, découvrant lieux et œuvres avec une curiosité et un plaisir infinis. Après plusieurs participations Mme M. viendra me montrer, une pile de flyers de toutes les possibilités qui lui sont offertes par la ville. Elle s'est inscrite pour une somme modique à des cours d'aquagym et va aller gratuitement « là où les dames chantent fort, « j'aime pas ça mais quand ils dansent, ça j'aime bien » (à l'opéra voir un ballet). Elle a demandé à son fils s'il voulait bien l'y accompagner et ce dernier, a accepté. A partir de là, a pu s'engager un tout autre dialogue que celui du conflit entre mère et fils, le fils découvrant des facettes de sa mère qu'il n'aurait pu imaginer, enthousiaste, chaleureuse, demandant à partager des moments de plaisir.

Mme M. a dû dépasser ce qu'elle vivait comme un double interdit, celui de sa condition sociale et celui de sa condition de patiente psy, pour oser franchir la porte d'un musée. Elle a aussi dû surmonter la violence qu'a été cette invitation à participer à la SC pour elle. Mme M. était arrivée à un tel niveau d'autodépréciation, largement alimenté et confirmé par son environnement affectif social et professionnel, que cette proposition, lui restituant d'emblée une valeur largement supérieure à celle à laquelle elle n'avait jamais aspiré, a été plus que brutale. Je pense qu'elle a pu surmonter la violence de ce choc grâce à la confiance qu'elle avait construite dans notre relation. Cela lui a permis de distinguer l'intention bienveillante de l'effet douloureux. Si cette même invitation avait été faite en début d'hospitalisation et dans les débuts de notre relation elle aurait été délétère.

1) La valeur intrinsèque de l'être humain

Le choix d'aller dans des musées a été beaucoup moins anodin qu'il n'y paraissait. En effet de nombreux usagers, quelle que soit leur catégorie sociale, partagent le sentiment de Mme M.. Les musées, les expositions sont, pour beaucoup, réservés à une élite sociale et/ou

intellectuelle qui leur est supérieure et ils considèrent qu'ils n'y ont jamais eu leur place, pour leur plaisir ou leur culture. Des participants, appartenant au corps enseignant, ont été déroutés en tant que visiteurs, ils ne s'étaient jamais rendus dans un musée autrement que pour accompagner leurs classes, s'effaçant derrière le guide sitôt entrés dans le musée.

Je veille à présent, lorsque je présente le GC, à bien préciser que les « musées c'est pour tout le monde et que c'est pour ça que c'est gratuit tous les premiers dimanches du mois par exemple ». L'impact de l'inscription au GC, aujourd'hui, est systématiquement de l'ordre de la restauration d'une valeur humaine intrinsèque.

En fait le GC commence toujours par un entretien individuel, pendant lequel j'explique en quoi il consiste, et, demande à la personne ses premières impressions par rapport à cette proposition. Cela commence parfois par le rappel de souvenirs d'enfance, liés à des visites scolaires rébarbatives, freinant leur participation dans un premier temps, mais inmanquablement, la proposition restaure quelque chose d'une considération pour la personne, qui participe à poser des bases constructives à la relation entre participants et facilitateurs. Si la proposition est aussi bien acceptée c'est qu'elle est information, et reformulation empathique, de ce que ressentent les patients. Lorsque la reformulation empathique est perçue et acceptée, elle construit le climat de sécurité nécessaire à la relation de confiance, qui va permettre d'aller affronter un monde perçu comme étranger voire étrange.

C'est l'attitude envers les ressentis des patients liés à la prescription du GC qui pose les bases de la relation et qui fonde l'identité du GC.

Actuellement, lorsque je vais discuter du GC avec les patients nouvellement inscrits, ils ont souvent déjà toutes les informations, ayant été renseignés par d'autres participants, qui présentent le GC de manière très encourageante et très juste.

2) Le GC comme porte d'entrée d'un travail thérapeutique individuel :

Le GC donne naissance à une relation qui va au-delà des séances. Très souvent les patients éprouvent le besoin de reparler de ce qui s'est passé pour eux pendant le GC, de ce qu'ils y ont vécu, et demandent à en parler en entretien individuel. C'est la plupart du temps la porte d'entrée à un travail thérapeutique individuel.

3) « Malade » comme identité :

L'aspect pédagogique, information sur les artistes et les œuvres a rapidement pris de moins en moins de place. Les difficultés d'attention et de concentration des participants rendaient cette partie très fastidieuse et décourageante pour eux, si elle excédait quelques minutes d'affilée. Par contre le temps passé dans le musée s'allongeait.

Après les explications la consigne était « qu'est-ce que vous ressentez face à cette œuvre, qu'est-ce que ça évoque pour vous, à quoi ça peut faire penser ? ». Inmanquablement étaient donnés des sentiments douloureux, des souvenirs pénibles, tous les problèmes, incapacités, symptômes, difficultés... étaient mis en avant, jamais rien d'agréable, ni de satisfaisant, ni d'optimiste. Il m'a fallu du temps pour comprendre que les participants « faisaient le catalogue » de tout ce qui leur avait été dit à leur sujet en tant que malade, et, que leurs propos correspondaient à ceux d'un « bon malade » cherchant à donner ce qu'il pensait qu'on attendait de lui, à correspondre au discours tenu à son sujet. Ca a été un choc pour moi : mon but était le plaisir et ce que les participants en avaient compris était l'expression de la psychopathologie, comme si la question « qu'est-ce que vous ressentez, qu'est-ce que ça évoque pour vous » contenait implicitement « qui ne va pas ». Si ce groupe avait été animé par d'autres professionnels que ceux du soin les participants auraient peut-être exprimé d'autres propos, encore que, je n'en suis pas sûre, l'identification à la maladie est tellement forte que je ne suis pas persuadée que d'autres facettes de leur personne leur aient été spontanément accessibles, encore moins qu'ils puissent y accorder une valeur, et croire que l'autre pourrait s'y intéresser.

J'ai radicalement changé ma manière de penser le travail du GC et de le présenter aux participants. Les aspects de socialisation et de cognition ont été moins prégnants, la fonction des œuvres d'art est devenue autre : elle devenait une voie d'accès au ressenti des patients.

4) L'accès au ressenti :

En effet nombre d'entre eux sont coupés de leurs émotions et de leurs sentiments (alexithymie), il est extrêmement difficile pour eux d'y avoir accès, et, plus encore, de les formuler. Pour d'autres, à être hospitalisés de longue date, ils avaient appris à déconsidérer, ou ignorer, ce qu'ils ressentaient et qui n'entraînait pas dans une catégorisation symptomatologique.

Donner une base externalisée (l'œuvre d'art) comme point d'appui pour atteindre l'intériorité de la personne apparaissait comme une solution, certes pour travailler les sentiments pénibles

et les difficultés sans qu'il y ait de consigne précise. Par contre pour que les participants puissent accorder leur attention aux ressentis agréables et ainsi pouvoir leur accorder une valeur sur laquelle s'appuyer pour la suite de leur vie il a fallu que nous le formulions de manière très explicite et très précise.

L' « exercice » demande alors de se décentrer de soi pour se plonger dans une œuvre, puis, de se centrer sur ce qu'elle mobilise, ou sollicite en nous. A partir de là, la part belle revenait à la parole des participants, à l'expression de leur subjectivité, au ressenti immédiat : pensées, sentiments souvenirs... appelés par l'œuvre... au risque de passer un bon moment et d'être mis en joie.

5) La manière de travailler le ressenti :

A partir de cette prise en compte de la subjectivité, « comment je perçois l'œuvre, ce que je ressens, ce que je pense, à quoi ça me fait penser » le jugement de valeur n'était plus possible. Il n'y a pas de réponse juste ni de réponse fautive possible, il n'y a pas à avoir tort ou raison, avoir bien perçu le message de l'artiste ou non, il ne pouvait plus y avoir qu'une écoute active de la personne dans ce qu'elle disait d'elle à partir de l'œuvre. Il n'y avait plus d'autre attitude possible que de recevoir ce que la personne exprimait, d'essayer de la comprendre au mieux et d'exprimer à son tour son ressenti, qu'il rejoigne ou diffère complètement de celui de l'autre. J'étais presque insensiblement revenue à mon cadre de référence rogérien et aux attitudes de base : empathie, congruence et regard positif inconditionnel. Pour certains, ça a été un véritable déclencheur, pour d'autres, sans tâche à accomplir, l'effet a été le repli sur soi. Parler directement de soi lorsque sa vie est vide, lorsque l'on est coupé de soi, est de l'ordre de l'impossible. C'est là où parler de l'œuvre et/ou s'appuyer sur ce que les autres expriment rend une parole possible, une substance sur laquelle s'appuyer pour accéder petit à petit à soi. D'où l'importance du groupe semi-ouvert qui permet d'intégrer des personnes en tout début de processus de rétablissement. Le GC permet non seulement d'accompagner le processus de rétablissement mais quasiment de faciliter son déclenchement.

D. LES RELATIONS AVEC LES MUSEES

1) Les premiers pas :

Ce sont les musées qui ont initié notre collaboration en nous proposant des visites guidées.

Les premières expériences n'ont pas été probantes. Les visites guidées étaient très scolaires et laissaient peu de place à une autre parole que celle du guide. L'objectif des guides était visiblement de faire découvrir des peintres et des œuvres qu'ils considéraient comme significatives et non celles vers lesquelles se dirigeaient les participants. De plus il fallait assimiler leur compréhension d'une œuvre assénée comme la seule possible. L'unique question posée aux participants était « est-ce que vous avez des questions ? » posée rapidement et sans vraiment donner le temps de formuler une question, s'ils en avaient. Les impressions, commentaires que nous tentions de favoriser étaient rapidement coupés, le temps était limité à ¾ d'heure, maximum une heure.

2) Etre centré sur la personne :

Ces visites guidées nous ont permis de clarifier qu'être centré sur l'art et être centré sur la personne, en l'occurrence le visiteur, en s'appuyant sur l'art, n'étaient pas aisément compatibles. Cela rejoignait ce que j'avais appris pendant mes études de psychologie : le pédagogique et le thérapeutique sont inconciliables. Pourtant ROGERS s'est référé aux mêmes principes de base pour développer ses méthodes pédagogiques centrées sur l'élève, (l'apprenant), ses méthodes thérapeutiques et la facilitation des groupes.

Ces expériences nous ont permis de nous interroger sur ce que nous attendions des médiateurs des musées et de, petit à petit, comprendre ce qu'ils attendaient de nous.

3) De l'intention à la mise en pratique

Visiblement les musées avaient eu des directives de l'Etat pour, non seulement accueillir de nouveaux publics, mais aussi d'effectuer un travail avec ses publics, et d'en rendre compte. Nous faire bénéficier de visites guidées proposées gratuitement leur permettait d'améliorer leurs statistiques de fréquentation, et de travail, avec des nouveaux publics. Ses services ont visiblement été mis en place sans réflexion préalable, ni quant aux intentions ni quant aux méthodes liées à un travail avec des publics spécifiques, par certains musées. Ils se sont contentés de pratiquer ce qu'ils appliquaient par ailleurs, principalement avec les groupes scolaires. Le handicap psychique est encore trop souvent assimilé à la déficience intellectuelle et considéré de manière infantilisante.

4) La manière de prendre l'expression personnelle en compte :

Certains guides ne supportaient pas nos interventions (celle du personnel soignant), tenant à être seuls détenteurs d'une parole de savoir et de pouvoir, sur le groupe. Nous avons aussi constaté à quel point la manifestation d'une émotion face à une œuvre ou des propos personnels (par exemple cette œuvre ça me rend triste, ou, pour moi ça représente ma colère contre le monde entier, ou ça me fait penser à mon grand-père quand il me prenait sur ses genoux pour me raconter une histoire...) pouvait déstabiliser, voire, effrayer certains guides. Au mieux ils s'en désintéressaient alors que c'est ce que nous recherchions.

Nous avons alors effectué des visites en deux temps : un premier temps avec guide, centré sur des œuvres puis un deuxième temps, sans guide, pendant lequel nous demandions aux patients de choisir une œuvre à partir de laquelle ils diraient quelque chose d'important pour eux (pas obligatoirement l'œuvre qu'ils préféreraient, celle qui leur donnait envie de dire, celle à partir de laquelle il était possible de dire...). A nous professionnels du soin d'aider la personne à parler dans un groupe de quelque chose qui était important pour elle, d'elle, à sa manière, et d'aider les autres participants à être d'une attention bienveillante envers la personne qui s'exprime (pas forcément d'être d'accord, juste d'essayer d'écouter et de comprendre la personne, ce qu'elle pense et ce qu'elle ressent). Les patients ont trouvé cette proposition difficile au départ, puis se sont rapidement pris au jeu, se relançant les uns les autres, certains, tenant des propos graves et d'autres joyeux ou superficiels. Ce moment était de plus en plus attendu par les patients et l'ambiance du groupe est devenue vraiment chaleureuse et enthousiaste.

Cependant, le même « exercice » fait sans aucun apport pédagogique préalable, qu'il soit effectué par nous, des guides ou des médiateurs, était beaucoup plus laborieux. Le pédagogique, la parole d'un autre, une information surtout donnée avec enthousiasme, traduit l'intérêt que le guide ressent pour un artiste, donc une personne, et pour une œuvre, ce que la personne a exprimé. C'est à mon sens ce parallèle, même s'il est implicite, qui permet de s'autoriser à faire de même, à propos d'un autre, et finalement, de soi-même.

De plus, beaucoup de patients ont spontanément exprimé qu'avoir eu accès à des œuvres d'artistes mondialement reconnus, et à des visites commentées avec passion, leur avait restauré leur dignité d'être humain. Etre écouté de manière attentionnée, et non compassée, par un non professionnel du soin, leur a donné le sentiment que leur a été rendu la crédibilité de leur parole d'être humain (et pas seulement de patient). Etre reconnu par quelqu'un dont c'est la profession de le faire ne suffit pas pour ancrer ces sentiments de dignité, de valeur intrinsèque, et restaurer une « confiance-en-soi-dans-le-monde ».

Illustration :Mr N. a 60 ans. Il est hospitalisé par intermittence depuis ses 20 ans pour bipolarité. Il est hospitalisé sans discontinuer depuis 8 ans. Mr N. exprime très rapidement et succinctement ce qu'il ressent devant une œuvre. Par contre il aime beaucoup essayer de restituer tout ce qu'il a appris de l'artiste et dire tout ce qu'il sait d'une œuvre. Il a tendance à monopoliser les médiateurs posant beaucoup de questions techniques et ne s'adresse que peu aux soignants et aux autres participants. Mr N. estime que le GC est très important pour lui et nous remercie régulièrement lui permettre de « voir des chefs d'œuvre d'immenses artistes ». Mr N. dit que pour lui, que nous l'emmenions voir des chefs d'œuvres et des expositions à propos desquelles il voit des reportages à la télévision, traduit la considération que nous avons pour lui. Mr N. n'accorde que peu de valeur à ses sentiments, pour lui la valeur d'une personne est tributaire de son savoir. Mr N. dira petit à petit que c'est en cela que c'est aussi important pour lui de discuter avec les médiateurs, il se sent reconnu comme ayant toujours une valeur, des compétences lorsqu'il retrouve des données intellectuelles correctes qui sont confirmées par les médiateurs. Mr N. finira par dire qu'étant jeune il avait rêvé de faire les Beaux-Arts, avait pris des cours de dessin et servi de modèle aux étudiants pour gagner un peu d'argent pour, un jour, pouvoir s'offrir des études artistiques. Ce jour-là Mr N. a pu dire ses rêves brisés par la maladie, son rêve d'être artiste mais aussi sa famille qui s'est disloquée, sa mise en invalidité les nombreuses années d'hospitalisation. Quel avenir possible à 60 ans lorsque son passé et son présent sont ceux-là ? Pour Mr N. accéder, à ce qui avait, et a toujours de la valeur pour lui, y passer un bon moment, est déjà atteindre un objectif qu'il pensait définitivement hors de portée. Mr N. rêve, aujourd'hui, d'un petit appartement qui soit plus proche du domicile de ses enfants. C'est le contexte, la prise directe avec des œuvres au sein même du musée, les interventions combinées des guides et des nôtres qui ont permis à Mr N. de dérouler ce fil.

Cet exemple illustre que la réalisation personnelle n'est pas affaire strictement privée, la reconnaissance par l'autre est indispensable. C'est d'être reconnu par un autre à qui on prête des compétences et de la valeur qui permet d'acquérir une véritable valeur.

L'intervention des médiateurs nous a également permis de nous recentrer sur l'écoute des participants, de délimiter plus clairement les rôles de chacun ; pédagogique pour les médiateurs, thérapeutique pour nous, nous a dégagées de la partie préparatoire de la visite concernant les œuvres et les artistes, et évité un glissement de rôles et de fonctions dans

lequel nous nous serions peut-être égarées et dans lequel nous aurions entraîné les participants.

Tous les guides et médiateurs ont toujours le besoin d'assurer le premier temps de travail dans le musée. Ils ne peuvent concevoir qu'une visite commence par les impressions des participants et que les explications et informations soient données à partir de l'intérêt manifesté par les participants pour telle ou telle œuvre alors qu'en pédagogie centrée sur l'apprenant on est dans cette démarche. Cela me heurte parfois encore, mais les participants apprécient cette méthodologie qui leur donne des points d'appui pour commencer à parler, le prétexte, pré-texte, qui permet d'écrire son texte. Commencer à parler, en parlant de l'autre ou en reprenant ce que l'autre dit, permet, si l'écoute est centrée sur la personne, et non sur le contenu de ce qu'elle dit, par des reformulations adéquates, de l'aider à se centrer sur elle et sur son ressenti.

Il faut pour cela, cependant, que les guides acceptent de céder la place, et, fassent preuve d'ouverture d'esprit et d'attention envers ce que les participants expriment d'eux, sans plus aucun lien, au moins apparent, avec l'œuvre. Lorsque nous arrivons à articuler nos interventions ainsi, le temps passé dans une exposition atteint rapidement deux heures, alors que les participants ont, en principe, des troubles importants de l'attention et de la concentration. Pendant ce temps du GC ils font mentir tous les tableaux cliniques.

Certains guides ont été très surpris de ce que les participants pouvaient dire à partir des œuvres et ont été touchés, voire passionnés, par ce qu'une œuvre d'art pouvait provoquer en un être humain et ont demandé à assister à la deuxième partie du travail, demande que les participants ont accueillie avec enthousiasme. Cela a été le début d'une véritable collaboration avec certains Centres d'Art : le CEEAC de Strasbourg, la Halle Verrière de Meisenthal et Le Centre d'art Contemporain de Delme.

Ce sont des Centres d'Art à dimension humaine. Ce sont toujours les mêmes personnes qui nous accueillent. Cela a été leur choix, à partir de leur expérience personnelle, lors de nos venues, qui a déterminé leur proposition et demande, ou acceptation, de travail commun. Lorsque j'avais essayé d'interroger leur demande, un peu au-delà des réponses rationalisées, l'un d'eux a laissé échapper « c'est quand même autre chose que les visites de femmes de notaires !!! (pendant que leurs maris sont en congrès, elles n'attendent que la fin de la visite pour courir les boutiques). Au-delà de l'aspect humoristique du propos il montre que chaque

groupe a sans doute à se donner les moyens que soient dépassés des aprioris et des idées reçues.

5) La collaboration avec les musées :

Au départ le travail en collaboration s'est fait en deux temps distincts par séance au musée :

- un premier temps de présentation de l'exposition, par les médiateurs
- un deuxième temps centré sur la parole des patients, facilité par les soignants.

Cependant rapidement des élans spontanés des participants nous ont poussées à entrecroiser les deux temps, la séparation des temps apparaissant comme trop clivée, et ayant comme fonction essentielle de ménager les ego des professionnels du soin et de l'art, plus que de correspondre aux besoins et souhaits des participants. Les patients avaient pris l'habitude et le goût de s'exprimer spontanément devant les œuvres d'art et la séparation stricte des deux temps de travail leur est apparue comme trop stricte et trop artificielle. Ils demandaient également un retour, un commentaire, une aide pour aller au-delà de ce qu'ils pouvaient exprimer spontanément et développer à partir de leur première impression. Les guides se sont trouvés démunis devant ces personnes qui parlaient d'elles au lieu de parler d'une œuvre ou d'un artiste.

Le fait que les guides n'aient pas à porter la responsabilité d'entendre et de répondre aux participants sur ce plan les a aidés à se sentir plus à l'aise et à s'intéresser à ce qu'une personne peut exprimer d'elle.

Illustration : Mr B. est suivi depuis plusieurs années en hospitalisation de jour. Il est suivi depuis son enfance et ses difficultés vont croissant. Son rêve était de devenir acteur et une expérience désastreuse dans un ESAT « théâtre » a brisé son espoir de devenir quelqu'un de reconnu dans son talent d'artiste. Lorsqu'il intègre le GC il vit l'autre comme entièrement responsable de sa vie difficile, du fait de son manque de compréhension à son égard. Il a des difficultés majeures au niveau métacognitif (lecture des sentiments et des émotions d'autrui, difficultés relationnelles et affectives). Il est uniquement centré sur ses demandes et sur ce qu'autrui est en devoir de lui apporter. Il ne peut accéder à l'idée d'une réciprocité dans une relation.

Nous visionnons une performance filmée d'un artiste qui a décidé de vivre en pleine nature pendant une semaine en conservant uniquement ses lunettes et une bouteille d'eau. Le guide explique la démarche de retour à la nature et de protestation contre la société de

consommation lorsque Mr B. se met dans une grande colère : « on l'oblige à regarder des trucs débiles » et que « ça montre bien tout le mépris qu'on a pour lui ». La violence du ton a stupéfié l'ensemble du groupe et le guide a été désarçonné. A n'émettre aucun jugement et reformuler le sentiment présent, la colère, Mr B. a pu dérouler son fil, et a pu exprimer que ce film avait été extrêmement violent pour lui, qu'il s'était senti brutalement projeté dans sa « déchéance » inévitable et sa peur de se retrouver sans ressources, aussi bien matérielles qu'humaines, dans un avenir proche. Mr B. se dira soulagé et inquiet de ce qu'il avait exprimé. Cela sera un point de départ à aborder et préciser ses ressentis de sa tentative récente en ESAT, en entretien individuel, et de ce qu'elle avait signifié pour lui. Il envisage aujourd'hui de faire un second essai et pour cela tente de tirer des enseignements du premier.

Il est parfois difficile pour les guides d'être face à des émotions intenses et d'avoir accès à l'intimité des participants et ce sont nos compétences à les accueillir, les accepter et à aider les participants à développer un processus dont les médiateurs peuvent constater un premier aboutissement qui les rassure et leur permet de s'y intéresser. Permettre l'éclosion d'un processus thérapeutique à partir de leur passion, l'art, et de leur parole personnifiant et donnant vie à une œuvre, donne une autre dimension et ajoute une nouvelle composante à leur travail.

La collaboration professionnelle la plus étonnante est sans doute celle avec le Centre d'Art Contemporain de Delme. Nous avons fait l'une ou l'autre tentative de visite guidée et lors d'une visite nous avons été reçus par Alain, le régisseur, s'excusant d'avoir à assurer la visite au pied levé alors qu'il n'était pas guide et essentiellement technicien. Je lui ai simplement dit que tout le groupe serait ravi de découvrir une nouvelle manière de visiter une exposition et que nous serions heureux s'il voulait bien nous raconter l'exposition à sa manière, de son point de vue de régisseur,... L'étonnement d'Alain qui est allé croissant lorsque les participants se sont effectivement intéressés à la manière de disposer les œuvres, des matériaux utilisés pour les mettre en valeur... Puis à faire bénéficier Alain de l'effet sur eux de telle disposition de tel éclairage... pour en arriver à « moi ça me fait penser à la joie que je ressentais à dévaler un escalier enfant... aujourd'hui je ressens plus de joie comme ça mais là je la sens de nouveau » faisant écho chez un autre à « t'as jamais glissé sur la rampe... je voudrais de nouveau pouvoir faire des bêtises ». Un souvenir associé à un sentiment, une émotion chez l'un en déclenchant chez l'autre.... Chacun reliant un élément significatif du passé au présent.....

Depuis, Alain accueille notre groupe à chacune de nos visites. Etre centré sur la personne plutôt que d'être centré sur la tâche (sans la délaissier) est visiblement facilitateur pour chaque être humain.

A notre dernière visite Alain avait préparé un café qu'il a tenu à nous offrir après la visite et le groupe de parole s'est déroulé ainsi dans le musée.

Je me suis posé beaucoup de questions lorsque les patients ont commencé à parler de sentiments intimes dans les musées au milieu du public des visiteurs. Etait-il déontologique de laisser de tels propos se dire en public, l'intimité ne pouvant être que de l'ordre du privé et le thérapeutique possible que si l'on peut garantir la confidentialité. N'allions-nous pas également attirer tous les regards si des émotions s'exprimaient pleinement ? Dans mon esprit ces regards ne pouvaient être chaleureux. Si nous ne respectons pas les convenances implicites et une discrétion exemplaire n'allions-nous pas alimenter les préjugés et autres idées reçues et ainsi la discrimination ?

J'ai eu tendance à freiner l'expression des patients, les interrompant en disant « on continuera plus tard dans le bureau » et ainsi couper le processus. Certains participants se sont demandé ce qu'ils pouvaient dire, qui ne pouvait être entendu, d'inconvenant, alors que leur parole était sollicitée. Ainsi, par un besoin de protéger, je contribuais d'une certaine manière à la stigmatisation. Je me suis aperçue que mes patients étaient moins fragiles et moins sensibles au regard des autres, que ce que j'imaginai, lorsque que ce qu'ils étaient en train d'accomplir avait du sens pour eux.

Illustration : lors d'une visite au MAMCS (Musée d'Art Moderne et Contemporain de Strasbourg) une personne s'est mise à suivre le groupe et écouter avec attention ce qui se disait. J'ai commencé à être très mal à l'aise et à jeter de constants regards vers cette personne qui s'est introduite dans le groupe. Un participant s'est tourné vers la personne et lui a dit « bonjour c'est Mme Richter, c'est notre psychologue » et la personne a répondu « bonjour » en se plaçant parmi les participants. Elle avait pris l'intervention du participant comme une invitation à se joindre au groupe. A mon grand étonnement elle s'est mise à participer, donnant son sentiment, encouragée par les participants, devant une œuvre avant de poursuivre son chemin.

Depuis je m'interroge sur l'intérêt de la mise en place de groupes mixtes « usagers et non usagers de la psychiatrie ».

6) La place de l'art :

En effet notre travail ne s'est pas structuré à partir de la psychopathologie mais des travaux de Kant repris par Charles PEPIN⁶ qui affirme que « nous avons besoin de la beauté pour nous souvenir de ce que nous pouvons être ». Pour lui « la beauté nous redonne notre liberté, notre pouvoir, notre capacité à nous faire confiance, à nous écouter, à nous trouver », nous découvrir, nous inventer. Il pense également que l'émotion esthétique qui nous fait nous exclamer « c'est beau ! » sans retenue et sans hésitation, sans doute sur notre appréciation, « nous convoque à nous-même, nous rassemble et nous rend présents à nous-mêmes, et, présents au monde ». Pour PEPIN « le plaisir esthétique est une promesse qui nous souffle que tout n'est pas perdu, qui nous sauve de notre propre renoncement ». Le plaisir esthétique réveille également l'exigence ; « ce qu'on exige de soi-même et ce qu'on demande à la vie ». La notion de jugement esthétique, le « c'est beau ! » au sens d'Emanuel KANT n'est pas un jugement critique mais l'expression de la subjectivité. A partir de cette notion de Kant nous avons pu déterminer plusieurs points importants pour le GC.

Le premier est que dans le GC, la lumière n'est pas mise sur des critères de jugements moraux, sociaux, techniques, mais sur ce que l'effet de l'art a sur la personne. Dit autrement la question fondant le GC n'est pas « qu'est-ce qui fait que c'est beau ? » mais « qu'est-ce que la beauté nous fait ? ». Cette base de travail nous permet de nous dégager de tout jugement critique envers ce que le participant exprime et favorise une écoute empathique.

Le second c'est la confiance en nous que nous avons lorsque nous nous exclamons « c'est beau ! ». Nous ne doutons pas de notre sentiment, de ce que nous ressentons, face à une œuvre au moment même où nous l'éprouvons. Cet aspect permet au participant de ressentir la confiance qu'il peut avoir en lui à cet instant-là, et, à la reconnaître comme potentiel à développer.

Le troisième est que cette émotion est tellement forte qu'elle ne peut rester intérieure, elle a besoin de s'exprimer à voix haute, elle demande à être partagée. L'émotion esthétique favorise l'expression personnelle dans le groupe et demande le respect de la perception de chacun. Etant donné le fonctionnement de notre société dans laquelle « avoir raison » et imposer son point de vue, une vérité unique, sont souvent des objectifs majeurs, à l'opposé du célèbre « on a raison faute de mieux » de SCHOPENHAUER, exiger des participants d'écouter et de respecter le sentiment de chacun face à une œuvre n'est pas la partie du travail la plus simple.

⁶ PEPIN C. (2013) Quand la beauté nous sauve. Robert Laffont – les mardis de la philo p ; 11 à 15

Le quatrième est que c'est un phénomène que chaque être humain est amené à ressentir face à une œuvre ou une autre dans sa vie. Le GC peut ainsi s'appuyer sur une expérience humaine et non issue de la pathologie.

Ainsi conceptualisé, pour une part, en termes plutôt philosophiques, il permet d'établir une base commune entre les différents professionnels, qu'ils appartiennent au monde du soin ou au monde de l'art, sans qu'il y ait d'exclusivité de détention d'un savoir ou d'une compétence par les uns ou par les autres. Nous essayons de mettre en place et d'affiner une collaboration dans laquelle nous sommes sur un pied d'égalité, avec chacun nos spécificités.

Nous travaillons actuellement de cette manière avec Alain, régisseur de Delme, Gérald Wagner Responsable de l'accueil du public du CEEAC Strasbourg, Audrey Responsable de la Halle Verrière à Meisenthal et Tania WOLGEMUTH du musée Würth Erstein.

Ils ont tous été étonnés par tout ce qu'un public pouvait dire au-delà de propos convenus à partir d'une œuvre d'art, à quel point le spectateur pouvait être actif et s'impliquer dans une visite d'exposition... et être enrichissant pour le guide autant que ce dernier l'est pour le visiteur.

L'harmonie entre pédagogique et thérapeutique n'est pas toujours simple à obtenir et est à coconstruire à chaque séance. Je trouve encore régulièrement que les guides ont tendance à se laisser emporter dans leur élan et qu'il faut parfois intervenir fermement pour que les participants puissent s'exprimer de bout en bout même si c'est avec lenteur, avec de longs silences... Les propos des patients ne sont pas toujours facilement accessibles, pas toujours exprimés posément. Parfois l'expression des émotions est très intense et ce n'est que la confiance en notre manière de travailler dans la durée qui leur permet de ne pas interrompre les participants pour revenir dans des registres plus connus et plus confortables. Cette collaboration leur demande un véritable engagement professionnel et personnel. De même nous avons toujours tendance à réduire le travail des guides à une portion congrue et les médiateurs doivent parfois s'imposer fermement pour que cela ne devienne pas uniquement un groupe de parole dans un musée.

E. LES EFFETS

1) Travailler l'engagement des participants :

Prendre le temps de faire connaissance avec les usagers, écouter leurs craintes et leurs difficultés à rejoindre le GC, accepter leur refus, répondre à leurs interrogations, accorder de l'attention à leurs à priori, préjugés et expériences passées peut prendre plusieurs semaines,

voire plusieurs mois, pendant lesquels un fil relationnel se tisse. Cette relation dans laquelle la personne se sent entendue, reconnue, soutenue et encouragée lui permet fréquemment de franchir le premier cap et de finir par s'inscrire dans la démarche. C'est alors un véritable engagement de la personne, qui s'est réappropriée la prescription médicale, et a pu formuler en quoi elle espère et escompte que sa participation au GC lui sera bénéfique.

Lorsque la participation commence il y a déjà une véritable alliance thérapeutique. On pourrait objecter que c'est un travail préparatoire très couteux en temps et donc un vrai luxe qui ne correspond plus à l'époque actuelle. Cependant si les temps préparatoires à l'inscription sont parfois multiples ce sont souvent des moments courts, de quelques minutes chacun, et ils font partie intégrante du processus de rétablissement.

2) Participations et étapes du processus de rétablissement :

a – premières participations :

Franchir la porte de l'hôpital pour une longue journée est vécu comme une victoire ; victoire sur les angoisses, victoire sur l'hostilité supposée du monde, victoire sur l'effort physique, victoire sur l'apragmatisme... Les participants ont parfois tendance à ne parler que de la pénibilité et de ce que ça leur a coûté d'efforts lors de leurs premières participations. Cependant si les aspects pénibles et les efforts sont reconnus simplement, sans apitoiement, les participants peuvent envisager d'aborder ce que cette journée a pu avoir d'agréable et avoir envie de renouveler l'expérience. L'essentiel des efforts dont parlent les participants est le « faire comme tout le monde » et le « ne pas se faire remarquer ». Il n'y a pas, ou que peu, de spontanéité, l'accent est mis sur le contrôle du comportement et le contrôle de la parole. Les « nouveaux » essaient d'imiter le comportement des « anciens » et de quêter notre approbation. L'attitude générale lors des premières participations évoque les premiers stades du rétablissement pendant lesquels l'empowerment est essentiellement employé à contrôler les symptômes dans un but de normalisation.

Une expression verbale personnelle, en particulier des ressentis, n'a que peu de sens à ce moment-là. Insister sur la consigne « dites ce que vous ressentez face à cette œuvre, ce qu'elle évoque pour vous » est trop précoce et trop éloigné des préoccupations de la personne, et, décourageant. Par contre apprendre de l'autre, du guide et des participants, permet de se

nourrir et de reprendre confiance en ses capacités d'apprenant. Apprendre en écoutant les autres participants s'exprimer, certes en essayant de contrôler les manifestations de la pathologie, mais surtout dans l'optique de partager leur vision personnelle d'une œuvre d'art et de leur ressenti, les encourage à prendre ce même risque à leur manière.

b – Au fur et à mesure des participations :

Les « anciens » sont en général très fiers d'introduire les « nouveaux », de leur expliquer, à leur manière, le déroulement de la journée, le but du GC, de leur parler des endroits qu'ils connaissent déjà et de leurs objectifs personnels du moment.

Ils sont attentionnés, donnent de petits conseils sur la manière dont ils s'y prennent pour surmonter les difficultés qui se présentent, qu'elles soient d'ordre matériel (« si tu manges avant de partir tu n'auras pas mal au ventre dans le bus... ») ou psychologique (« respire et parle avec nous ; tu feras pas de crise d'angoisse »). Les participants découvrent qu'ils peuvent être utiles, apprécient de constater leurs « progrès » et de les transmettre à d'autres et ils tentent petit à petit de se rendre utiles au-delà du GC dans leur vie quotidienne. Ce sentiment aide à sortir de la passivité, participe à redonner un sens à sa vie et à s'accorder une valeur. Certains ne travailleront jamais, et n'auront pas plus d'activité bénévole officielle, mais feront quotidiennement de petites actions dans l'esprit de rendre service à autrui et à la communauté, et en l'occurrence à celle de l'hôpital, qui est la leur à ce moment-là. C'est, par exemple, pousser un fauteuil roulant dans une montée, faire des courses au village pour celui qui est immobilisé... L'aspect quantitatif de la définition du rétablissement clinique (1 mi-temps d'activité professionnelle ou bénévole) me paraît bien sévère et exclusif d'une population qui fait au mieux de ses capacités réelles d'action, avec beaucoup d'efforts au quotidien, et a déjà tendance à se sentir coupable de ne pas en faire assez, se poussant à prendre des risques pour sa reconstruction et sa croissance en allant au-delà de ses limites. Je rejoins Charles GARDOU lorsqu'il dit « *il n'y a ni vie minuscule, ni vie majuscule* »⁷

Les participants peuvent également être très patients et très bienveillants lorsqu'ils sentent qu'il se passe quelque chose d'important pour l'un d'entre eux, lui accorder du temps, l'encourager, ou supporter des manifestations pathologiques difficiles (par exemple un participant en phase hypomane qui ne pouvait s'empêcher de parler et d'interrompre les autres incessamment).

⁷ GARDOU, C. (2012) la société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule. France ERES p. 84

Les plus « anciens » deviennent ainsi aidants de différentes manières envers les « nouveaux » et c'est souvent souligné par la personne ayant reçu une aide. Cela initie l'envie consciente de se rendre utile et confirme que c'est possible à partir de son expérience personnelle.

Les participants peuvent être d'une grande indulgence face au mal être d'un participant et exiger des professionnels qu'ils le soient également. Ils peuvent également être d'une grande sévérité lorsqu'ils estiment que quelqu'un ne vient que pour recevoir des autres et ne rien donner de lui. Le groupe fixe petit à petit ses propres règles de fonctionnement et trouve ses propres repères. Lorsque de nouveaux modes de fonctionnement émergent ils sont discutés et adoptés de manière consensuelle.

Alors qu'au départ ils demandaient à ce que nous organisions tout, ils se sont mis à émettre des suggestions, puis à suivre, pour certains, les informations régionales et à repérer les reportages sur les expositions et à demander à aller en voir certaines. Ils s'ouvrent ainsi à nouveau sur la vie régionale. Le summum de valeur du GC est atteint lorsqu'ils voient un reportage sur une des expositions qu'ils ont vue, ou vont voir, au journal télévisé national ou mieux encore à « Télématin ». Ils ne manquent jamais d'en faire part à l'ensemble du groupe. Pour ce qui les concerne individuellement ils gèrent maintenant seuls. Pour ceux qui ne sont pas hospitalisés ils réservent eux-mêmes leur VSL pour rejoindre le point de rendez-vous. Chacun gère également son budget, évalue la somme qu'il va consacrer à cette journée et sa prise de traitement, ce qui est une responsabilité importante et une marque de confiance majeure pour les patients hospitalisés à qui, en principe, on distribue et fait prendre chaque prise sous surveillance.

Lorsque, au travers de ces expériences leur redonnant confiance en elles, et la reconnaissance de compétences mises en œuvre, les personnes réapprennent à avoir une parole plus personnelle, à parler avec leurs mots de ce qui se passe pour elles, et, de ce qui se passe en elles, elles peuvent elles-mêmes ressentir la valeur positive de leur ressenti et l'approfondir. Les participants peuvent aussi commencer à distinguer ce qui est de l'ordre de la pathologie de ce qu'ils sont. Ils peuvent alors également s'autoriser à exprimer et « examiner » ce qui est de l'ordre de la pathologie, sans honte et sans jugement de valeur de leur part. Il ne s'agit plus de donner « matière à » aux professionnels mais de commencer à apprendre, à comprendre et à se débrouiller soi-même avec.

Face à une œuvre la personne peut se laisser porter par elle, commencer à donner une impression, laisser un fil se dérouler et se laisser surprendre par ce qu'elle en vient à dire, les souvenirs qui surgissent de manière vivace, avec une certaine alacrité pour certains.

Dans le même temps les personnes commencent à développer de petits projets personnels, à développer leur réseau relationnel en dehors du GC et à accepter d'autres prises en charge qui ont lieu en dehors de l'enceinte de l'hôpital. Certains commencent à envisager, dans un futur lointain, de manière un peu floue, comme un rêve, leur vie en dehors de l'hôpital. Par contre pas sans l'hôpital. Il y a besoin à ce stade-là, pour oser envisager de manière plus concrète, de vivre à l'extérieur, de maintenir un lien avec l'hôpital sinon l'insécurité est trop grande et la personne serait plongée dans une trop grande solitude. Ces liens ne pourront se dénouer qu'avec le temps et la construction progressive de liens affectifs et sociaux, et avec les structures extrahospitalières, et dans leur vie privée. Le fait que la participation au GC puisse se poursuivre après l'hospitalisation temps-plein, puisse faire partie d'une continuité des soins, aide à franchir le pas vers une hospitalisation à temps partiel et à avoir d'autres relations qu'avec le monde psychiatrique (associations ...).

Au fur et à mesure des participations apparaissent ainsi les différents critères du rétablissement expérientiel chez les participants : la redécouverte d'une valeur personnelle, de sa partie saine, de sa confiance en soi et non seulement de son potentiel mais au travers de compétences mises en œuvre, de petits objectifs de vie personnelle, de définition de repères et de solution personnelles, d'un espoir réaliste... La maladie est mieux acceptée car elle n'est plus vécue comme un empêchement à être accepté par autrui, et, apprécié en particulier par les non-professionnels de la santé qu'ils rencontrent (guides, visiteurs, serveurs...).

F. LES DERNIERES INNOVATIONS :

1) Le restaurant :

Depuis fin 2015 le GC a eu l'autorisation de se dérouler sur la journée (9h-18h).

Malgré la difficulté liée à ce travail demandant des efforts sur une durée longue, 9 heures d'affilée, et qui pourrait en faire un critère exclusif, décourageant, cela n'a été que peu le cas. En général les participants, même si ça leur paraît difficile et fastidieux ont envie de produire l'effort nécessaire.

Ils sont souvent fiers d'eux, au retour, d'avoir pu participer de bout en bout car, pour l'essentiel, ils n'ont pas plus d'une heure à une heure et demie d'activité par demi-journée. Ils sont également étonnés de ne pas revenir épuisés après une aussi longue et dense journée.

L'idée était d'en faire un vrai moment de vie, et, de l'inscrire au mieux dans une vie sociale malgré l'aspect marathonnien que la journée pouvait prendre. A partir des réflexions faites par les participants sur les musées nous avons cherché à ce que le musée ne soit pas un « ilot »

isolé, hors du temps et de l'espace social mais qu'il s'inscrive dans un tout plus vaste que le seul musée.

Les visites d'expositions ont toujours lieu en début d'après-midi mais nous partons dès 9h 30 après une présentation de la journée. Lorsque nous arrivons dans la ville choisie nous explorons les alentours du musée, quartier, environnement urbain, architecture... puis nous déjeunons au restaurant. Les participants sont considérés comme hospitalisés de jour pendant le GC. De ce fait le repas devrait être pris en charge par l'hôpital. Cependant il a été convenu que la participation de l'hôpital serait de 7€ par personne. Il nous paraissait important que le GC reste accessible aux plus démunis, mais aussi, de ne pas favoriser un assistanat assez délétère.

Pour certains le fait que tout ne soit pas gratuit, à la charge de l'hôpital a favorisé une véritable prise de conscience, assez pénible, qu'on puisse considérer que tout ne leur était pas dû, du fait de leur handicap, et a obligé chacun à évaluer la valeur attribuée à l'activité aussi au travers de ce qu'il était prêt à y investir budgétairement.

Pour certains, le choix d'un menu lorsqu'on est habitué à manger ce que l'hôpital sert sans avoir le choix depuis des années, a été une épreuve titanesque. Avoir à choisir, et, accepter de payer le juste prix de son choix, est toujours un apprentissage laborieux.

Aujourd'hui les participants participent au choix du restaurant. Les participants qui avaient tendance à demander à déjeuner dans des cafeterias de zones commerciales, apprécient « les vrais restaurants », commencent à être sensibles à la cuisine, aux prix, aux ambiances... Ils envisagent de s'offrir un repas dans un restaurant de gamme supérieure et pour cela d'économiser de petites sommes sur leur argent de poche sur plusieurs mois.

L'été dernier nous avons choisi une jolie terrasse, en grande partie ombragée, pour déjeuner. La serveuse qui nous a accueillis nous a installés à la seule table ne bénéficiant pas d'ombre, en pente, à l'écart, alors qu'une seule table était occupée. Elle a adopté une attitude assez hautaine... J'ai dit aux participants que cela ne me convenait pas et que nous allions s'ils étaient d'accord, changer de restaurant. Ils ont suivi, puis installés ailleurs, ils ont demandé si vraiment on avait le droit, si eux aussi avaient le droit de changer, s'ils considéraient qu'ils n'étaient pas traités correctement, de la même manière que les autres clients. En fait, à ma stupéfaction, le sujet a occupé toute la conversation du déjeuner, chacun ayant une anecdote de ce type à relater et tous de croire qu'ils avaient à subir, du fait de leur handicap, comme s'il était naturel que du fait de leur handicap il leur soit attribué les moins bonnes tables, un moins

bon service, des manifestations d'humeur... Ne pas accepter, sans esclandre, juste refuser (et refuser de payer pour être maltraité) et s'en aller peut être une manière de faire face.

Par contre le musée Würth à Erstein, musée privé, construit par des industriels, collectionneurs d'art, sur le site de l'entreprise encourage notre démarche. Tania WOLGEMUTH, responsable de l'accueil du public, nous réserve toujours un accueil bienveillant et nous offre tout son soutien. La cafétéria est ouverte au personnel et aux visiteurs, ce qui nous permet une immersion dans encore un autre univers. Les participants apprécient beaucoup Nadine la responsable de la cafétéria, d'une patience souriante infinie, avec laquelle ils ont établi des relations cordiales. Nous y avons statut d'habitues.

2) Le programme :

Compte tenu des disponibilités des musées et des contraintes administratives de l'hôpital nous établissons le programme des expositions des mois à l'avance. En principe nous établissons des programmes semestriels voire à plus long terme. Pendant longtemps nous les avons gardés et uniquement donnés aux participants oralement d'un mois à l'autre. Un jour, un participant a posé plus de questions sur l'organisation générale des visites et je leur ai remis un exemplaire du programme tel que nous l'avions établi pour les professionnels. La démarche a été si appréciée que maintenant le programme des visites est remis à chaque participant dès sa première inscription. Là aussi l'effet est allé bien au-delà de ce que nous avons imaginé. Cette simple feuille de papier est prise presque comme « une carte de membre » du groupe. Elles sont conservées précieusement, les participants mémorisent souvent le programme des visites sur plusieurs mois, et en informent et les nouveaux inscrits, et, qui veut bien y être sensible. Les participants aiment beaucoup parler de ces journées à leur entourage, aux soignants qu'ils croisent, à leur médecin, et à toute personne prête à y accorder un minimum d'intérêt.

3) Les gardiens de salle :

Au départ notre groupe a suscité un intérêt assez anxieux chez les gardiens de musées qui nous suivaient en manifestant bien leur présence austère. Puis elle s'est faite plus discrète et plus bienveillante, nous saluant à notre arrivée et à notre départ des salles. Puis ils se sont mis à nous saluer et à échanger quelques mots. Et petit à petit ils se sont approchés du groupe, à écouter discrètement ce qui se disait, puis à manifester leur intérêt jusqu'à rejoindre le groupe et s'y mêler, hochant de la tête, cependant sans parler. Et un jour l'un d'eux m'a directement interpellée en disant « est-ce que vous êtes prof ? » Je lui ai répondu que j'étais psychologue et il s'est exclamé « ah c'est pour ça, vous ne parlez pas beaucoup mais vous écoutez

longtemps »... « J'aime bien quand vous venez c'est pas chiant comme les écoles, et je m'étais jamais rendu compte avant qu'on avait tous envie de parler devant les tableaux et comme les gens ils aiment bien parler ».

4) Les infirmières :

Les infirmières ont écrit leur propre projet concernant leur rôle dans ce groupe. Il est plus centré sur l'autonomie du quotidien concret. Elles estiment, cependant, que le GC transforme leur relation avec l'utilisateur.

5) L'art-thérapeute :

L'art-thérapeute est plus centrée sur la dimension artistique. Cependant il ne s'agit pas de cliver d'une profession à l'autre mais de définir en fonction des référentiels théoriques et des formations de chacun.

Elle réfléchit actuellement à la création d'ateliers communs entre le GC et les musées, au musée. Ces ateliers seraient en lien avec l'exposition et une autre manière d'exprimer ce qu'ils ressentent dans l'exposition. Les participants l'y encouragent. Sauf à transformer le marathon qu'est déjà le GC en iron-triathlon il y aura peut-être création d'une nouvelle activité, ou des variations dans la manière de structurer les séances du GC.

IV DISCUSSION

1) GC, patients hospitalisés au long cours et processus de rétablissement

En examinant les différents aspects du GC et leur évolution, dans l'analyse de pratique, nous avons pu constater que le GC non seulement facilite les différentes étapes du rétablissement, mais peut permettre qu'il débute.

Certains participants du GC ne correspondent même plus, au moment de leur inscription au GC, au stade moratoire. En effet ils sont en-deca du désespoir, il n'y a plus de mouvement, ils sont dans un état immuable, il n'y a plus de temps, plus d'espace au de-là de l'unité de soin, il n'y a plus d'espoir, il n'y a plus de désespoir, il n'y a plus ni avenir ni passé. Projet est un mot qui n'a pas de sens. Et pourtant ces mêmes personnes, aujourd'hui, envisagent de construire leur vie.

Ce sont les entretiens préalables au GC et la qualité de la relation qui se construit de manière informelle au sein de l'unité de soin, qui permettent de construire une relation de confiance suffisante pour que les usagers acceptent l'expérience.

Le cadre très structuré et l'absence d'objectifs précis à atteindre fixés par les soignants participent également à la création d'un climat de sécurité permettant d'oser un mouvement.

La première participation, entourée de la bienveillance du groupe, suffit pour qu'un désir de faire face, pas encore à la maladie, mais déjà à cette situation émerge et que le désir de poursuivre et de ressentir à nouveau le même sentiment de réussite s'affirme. La confiance en soi renaît, non grâce à nos encouragements, mais à partir de ce que la personne elle-même ressent, comme un bien-être ou un progrès. D'une certaine manière elle redécouvre au travers de toutes petites choses, qui peuvent nous paraître insignifiantes, des parties saines, une capacité à faire un choix, ne serait-ce que d'un plat au restaurant, ou d'un tableau dont elle peut dire quelque chose, même si ce n'est qu'une phrase ou deux.

La personne, même si elle sait qu'elle peut faire appel à nous en cas de difficulté, s'emploie petit à petit à chercher ses propres solutions. A pouvoir les expérimenter dans la sécurité chaleureuse du groupe elle peut s'enhardir et laisser la confiance en soi se développer en dehors du groupe.

2) Le GC comme facilitateur de changement :

Souvent les personnes constatent leurs premiers changements en termes d'actions, puis petit à petit s'aperçoivent qu'elles ne passent plus par nous pour agir. Par exemple, lorsqu'elles ont besoin d'un renseignement dans le musée (où sont les toilettes ?) elles s'adressent directement au personnel du musée plutôt qu'à nous. De réussite en écueils, considérés avec une égale bienveillance, il va y avoir un véritable plaisir à essayer, évaluer, rectifier, innover...

Pourtant le GC se fonde, aujourd'hui, essentiellement sur la parole. C'est paradoxalement ce à quoi les participants vont avoir le plus de difficultés à accorder de la valeur. Autant la nôtre va compter, autant la leur ne compte pas, ou peu, à leurs yeux au départ. Une grande partie de notre travail va être de subtilement rendre la personne attentive à sa propre parole et à lui accorder de la valeur et en particulier à ce qu'elle dit d'elle. Ce n'est qu'au travers de sa traduction en action, qui satisfasse la personne, que la parole va trouver son sens pour elle. Ce n'est qu'au travers du développement d'une parole personnelle, reconnue comme telle, que l'action va pouvoir s'initier et se développer. C'est tout le paradoxe du GC, qui allie action et parole, pédagogique et thérapeutique, et c'est de ce paradoxe que va émerger le processus de rétablissement.

3) La parole :

Le GC facilite incontestablement une expression verbale et une envie de communiquer, de partager.... Il suscite également une parole plus personnelle, plus reliée à son histoire.

C'est l'étonnement devant l'importance de « se laisser aller à dire » des autres participants et la qualité de notre écoute, qui vont surprendre et donner l'envie de tenter soi-même une parole ; une parole à partir de l'instant présent, de ce qui vient comme ça vient, sans savoir où elle va et qui mène inmanquablement au surgissement de récentes et plus anciennes « tranches de vie » significatives, toujours actives, mais tombées dans l'oubli ou considérées comme insignifiantes jusque-là. C'est toujours un moment fort, qui, s'il est accompagné pendant la séance et conforté pendant le groupe de parole devient une véritable base pour la reconstruction identitaire. Le GC participe par petites touches à la reconstruction identitaire, marque l'importance de la construction de son histoire de vie par la personne. Ce travail en lui-même ne pourra s'effectuer que dans le cadre d'une autre démarche individuelle psychothérapeutique. Le GC permet de l'initier et d'en découvrir l'importance mais ne saurait s'y substituer.

4) L'évolution de la place des participants et des soignants dans le GC

Au fur et à mesure que les « anciens » trouvent leurs solutions par rapport à la maladie, leur envie de se rendre utiles et d'aider les « nouveaux » les contraint à élaborer leur expérience « brute » afin de pouvoir la leur transmettre, les poussant à un véritable travail d'élaboration de leur expérience. Les mêmes remarques, ou conseils... émis par un pair n'ont pas la même incidence et ne sont pas perçues de la même manière que la nôtre. Ce qui est souvent perçu comme un reproche ou comme peu pertinent de notre part, est perçu comme pertinent et encouragement, lorsque c'est dit par un pair. La manière dont certains participants ont de s'approprier une partie de l'aide, de s'occuper des « nouveaux », nous a amenées à renoncer à nous précipiter pour proposer notre aide, et, à nous interroger sur notre réelle confiance en les compétences expérientielles des participants, ainsi qu'à la place que nous étions prêtes à accorder à la mise en œuvre de ces compétences dans le GC. La stigmatisation n'est pas l'apanage du grand public et le travail d'analyse de pratique me pousse à m'interroger plus avant sur la manière dont nous pouvons stigmatiser les patients, par devers nous, dans le GC. Est également en réflexion la manière dont les participants pourraient intégrer plus officiellement la programmation et l'organisation du GC.

5) Apprendre

Le désir et le plaisir d'apprendre, dans le domaine de l'histoire de l'art, s'est rapidement manifesté chez les participants et j'ai eu tendance à le sous-estimer. La lecture de TIM GREACEN m'a fait reconsidérer mes positions, et a facilité le fait de laisser une place à part entière aux apports des guides. En effet on pourrait considérer que les connaissances en histoire de l'art ne sont, ni les premières connaissances à acquérir, ni les plus utiles au rétablissement. Rapidement les participants ont manifesté un véritable plaisir à mémoriser, à comprendre, à apprendre de l'histoire de l'art alors que d'autres apprentissages, à priori plus directement utiles à leur projet de vie suscitaient beaucoup de réticences. L'absence de pression quant à un résultat attendu a facilité l'émergence du plaisir d'apprendre. La découverte ou la redécouverte du plaisir d'apprendre, même si tout apprentissage comporte inévitablement une part d'effort et de pénibilité, va faciliter une démarche d'apprenant, indispensable à la reconquête d'une vie nouvelle au-delà de la maladie. Cibler les apprentissages moins plaisants et les entreprendre deviennent plus facile pour la personne.

6) Les perspectives d'avenir

a) Les groupes mixtes

L'idée d'un GC mixte, mêlant usagers et non-usagers de la santé mentale ne me quitte pas, même si je n'ai pas pu l'approfondir jusqu'à maintenant. L'idée de visites d'expositions laissant une part à la compréhension de l'exposition et des artistes exposés et une part à l'expression du ressenti des visiteurs me paraît digne d'intérêt et reste à réfléchir, quant à son sens et à la manière dont elle pourrait se mettre en place à l'avenir. Cette idée a germé après la visite de « FrontièreS » à Helemmes, lors du DIU.

b) Le conventionnement des partenariats

Quels pourraient en être les enjeux ? Les musées se montrent intéressés par cette démarche, par contre c'est loin des préoccupations de l'hôpital, en pleine fusion avec un autre hôpital. La question reste cependant entière et le travail de clarification effectué dans ce mémoire peut être une base de réflexion pour répondre à cette question.

c) L'évaluation des résultats :

Le GC dans sa formule actuelle me paraît assez abouti. Trop peu de participants ont pu en bénéficier pendant une durée suffisante pour pouvoir évaluer plus précisément les résultats. Nous commençons à réfléchir à une méthode qui pourrait permettre de recueillir, séance par séance, le vécu expérientiel de chaque participant et le bilan de son déroulement global à la fin de la participation au GC. En ce sens ce mémoire est la base d'une nouvelle réflexion.

CONCLUSION

Depuis sa création le GC a beaucoup évolué à tous les niveaux : structure, méthodologie, objectif. Il est en constante interrogation et en constante évolution, il est comme ses participants et ses facilitateurs, dans un processus de croissance.

D'une activité à visée de socialisation et de travail sur la métacognition il s'est insensiblement orienté vers une activité thérapeutique centrée sur le rétablissement de manière plus globale. D'une activité strictement soignante, simplement « déplacée » hors les murs de l'hôpital, elle est devenue une activité intégrée dans la vie des musées. Puis le GC et les musées ont créé de véritables liens, qui se sont étoffés et précisés, montrant qu'une articulation entre le soin et le pédagogique au sein de la cité et de la communauté est possible. La collaboration avec les musées nous a permis, à nous soignants de nous centrer sur le thérapeutique, la part pédagogique étant réservée aux médiateurs et guides des musées. Il a permis au personnel des musées de s'ouvrir sur une dimension relationnelle avec le public, dont le nôtre se veut une illustration plus qu'une exception. Plus qu'une activité il s'agit aujourd'hui d'un véritable travail de groupe procédant d'une alliance tripartite : usagers, musées et soignants. Chacun y apporte sa part de connaissances, expérientielle pour les participants, psychologique et éducative pour les soignants, et pédagogique pour les guides.

Cette alliance peut favoriser un processus de rétablissement même pour les usagers hospitalisés au très long cours. Il peut aussi accompagner une personne à chaque étape du rétablissement.

Un ancien participant après une vingtaine d'années d'hospitalisation a aujourd'hui son appartement et des contacts réguliers avec sa famille. Un second, après une dizaine d'années d'hospitalisation a intégré un foyer de travailleurs dans lequel il se sent plus libre et mieux qu'à l'hôpital, et a des contacts réguliers avec sa mère, son frère et son oncle. La visite d'exposition fait partie de ses loisirs et il propose à d'autres travailleurs de l'accompagner. Il a également demandé qu'il en soit organisé par le foyer, et, il s'est inscrit à une activité artistique. Parfois ils viennent me demander des nouvelles du GC, en gardent un souvenir marquant et sont soucieux de savoir si d'autres personnes peuvent également toujours en bénéficier.

Le GC donne l'envie d'appartenir à un groupe, d'y participer et d'y créer des liens durables. Il facilite en cela l'envie d'intégrer d'autres groupes comme les GEM ou autres associations.

J'espère qu'un jour le GC ne concernera plus de patients hospitalisés au long cours car le processus de rétablissement aura été pris en compte dès le début des soins.

Le GC s'inscrit dans une démarche de santé mentale actuelle et d'avenir qui lui demande de renoncer à l'hégémonie du soin, et de co-construire des partenariats permettant un accompagnement pluriel dans la communauté, et par la communauté, des usagers en santé mentale. Loin de présenter un danger, ou une perte, cette évolution peut permettre une meilleure approche et une meilleure connaissance par des professionnels d'autres horizons et par le grand public, de la santé mentale et de ses usagers, et une meilleure reconnaissance de la spécificité de l'accompagnement soignant. Il peut permettre aux professionnels des musées, à partir de leurs références, de s'interroger sur ce qu'ils peuvent apporter, et comment, à leurs publics, et en particulier aux personnes souffrant d'un handicap psychique.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

FAVROD, J. & MAIRE, Agnès (2012). Se rétablir de la schizophrénie. Guide pratique pour les professionnels. Issy les Moulineaux. France. ELESEVIER MASSON

GARDOU, C. (2013). Fragments sur le handicap et la vulnérabilité. Pour une révolution de la pensée et de l'action. Toulouse. France ERES.

GARDOU, C. (2012) La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule. France ERES coll. connaissance de la diversité

GOFFMAN, E. (1968). Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris Editions de Minuit

GREACEN, T. & Jouet, E (2012). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Mercurus. France ERES

KOENIG, M. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie. Un parcours de reconnaissance Clamecy. France PUF partage du savoir.

PEPIN, C. (2013). Quand la beauté nous sauve. Mesnil-sur-l'Estrée. France Robert Laffont-les mardis de la philo.

ROGERS C. R. (1980) La relation d'aide et la psychothérapie. Tome 1. France ESF

ROGERS C. R. (1979) La relation d'aide et la psychothérapie. Tome 2. France ESF

ROGERS C. R. (1988) Le développement de la personne. France DUNOD

ROGERS C. R. (2002) Les groupes de rencontre : France DUNOD

ROGERS C. R. (1999) Liberté pour apprendre. Paris. France DUNOD

ROGERS C. R. & KINGET M. (1976) Psychothérapie et Relations Humaines. Vol 1.
Belgique. Presses Universitaires de Louvain & Editions Béatrice-Nauwelaerts Paris

ROGERS C. R. & KINGET M. (1977) Psychothérapie et Relations Humaines Vol 2
Belgique. Presses Universitaires de Louvain et Editions Béatrice-Nauwelaerts Paris

ARTICLES REVUES :

CARIA A., ARFEUILLERE S., LOUVIERES C., & JOSEPH C. (2015) Passer de l'aliéné
au citoyen : un défi collectif. Destigmatisation et environnement politique. Pratiques
en santé mentale.1(9), 22- 31

ELLINGHAM, I. (2014). Le mouvement du rétablissement : un développement significatif
pour le champ du counselling et de la psychothérapie. ACP Pratique et recherche
n°20 (9) 27-35

HALPERN, C. (2011) La culture franchit les murs des hôpitaux psychiatriques. TDC n°1016
(2) 24-25

MARTY L., FRANK, N. & MARTIN B. Comment comprendre le processus de rétablissement
de pathologies psychiatriques sévères ? L'intérêt de « l'analyse de récit », Pratiques en
santé mentale 2014/2 p.57-63

WOOD, J. (2015) Apprendre sur les modalités d'apprendre. L'ACP appliquée à l'éducation.
ACP Pratique et recherche n°21 (18) 65-82.

INTERNET :

DEEGAN P. (2001) le rétablissement entant que processus autogéré de guérison et de
transformation. Socrate Réhabilitation R www.espace-socrate.com

www.apurquebec.org/_domaines/apurquebec.or/files/R%C3%A9tablissement_processus_autog%C3%A9r%C3%A9_gu%C3%A9rison_transformation.pdf

R%C3%A9tablissement [http //www ;psycom.org/](http://www.psycom.org/)

RESUME :

Le « Groupe Culturel » est un groupe transversal, accueillant des usagers de deux services de soins du CMA Réhabilitation du C. H. LORQUIN. Son encadrement est pluridisciplinaire : IDE, art-thérapeute et psychologue clinicienne. Il se base sur la visite d'expositions en collaboration avec les personnels des musées et Centre d'Art.

Ce mémoire tente de montrer comment l'élaboration d'un travail conjoint entre professionnels de l'art et soignants peut faciliter un processus de rétablissement d'usagers de la psychiatrie, souffrant de troubles psychiques graves et hospitalisés au long cours.

Dans un premier temps la notion de rétablissement sera envisagée sous différents angles : historique, clinique et enfin en tant que processus expérientiel.

Dans un second temps seront évoqués les liens entre art et psychiatrie du XIXème siècle à nos jours afin de situer le Groupe Culturel dans le contexte dont il est issu.

Dans un troisième temps l'analyse de pratique du Groupe Culturel explicite l'évolution du GC, et comment, la manière particulière dont le GC s'est construit au fil de son expérience, a abouti aujourd'hui à une alliance entre Art et Santé Mentale, éducatif et thérapeutique, au sein même de la communauté, pour faciliter le processus de rétablissement.

Mots-clefs : Rétablissement, Groupe, Musée, ACP (Aide Centrée sur la Personne),
Hospitalisation au long cours