**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

**Processus d’accompagnement dans la mise en place d’un GEM à Mayotte**

Kamaria M’ROIVILI

**Tutorat** : Céline LOUBIERES

**Remerciements**

**Je tiens avant tout à remercier le Docteur Jean Louis REAL, chef du service de Santé Mentale, qui a été à l’initiative de la création du premier GEM à Mayotte, qui l’a porté et défendu auprès de l’Agence Régionale de Santé (ARS) et du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).**

**Merci au Docteur Jean-Luc Roelandt, qui au travers de la mise en place de ce DIU, permet la rencontre de professionnels provenant de divers horizons (sanitaire, sociale, associatif,...) et ainsi favoriser les échanges afin que nos pratiques puissent être à l’écoute des besoins des usagers que nous accompagnons.**

**Merci à Céline Loubières pour son travail de guidance et d’accompagnement tout le long de la rédaction de ce mémoire.**

**Merci aux collègues accompagnateurs du GEM, Emeline Hussard, Julie Reynaud, ainsi qu’à tous mes collègues du service de santé mentale, avec qui j’ai pu échanger et qui m’ont permis de cheminer dans la réflexion de ce travail.**

**Enfin, merci aux usagers qui ont parfois cette fonction de nous bousculer dans nos certitudes.**

SOMMAIRE

1. **Introduction** p.2
2. **Problématique et questionnements** p.4
3. **Fondements théoriques et contextualisations** p.6

A. **De la folie à la maladie mentale** p.6

1. Du concept de folie à la psychiatrie asilaire p.6
2. De la psychiatrie à la psychothérapie institutionnelle p.10
3. Du secteur à la santé mentale dans la communauté p.12

B.  **Cheminement de la psychiatrie à Mayotte** : p.16

**de la contorsion vers une psychiatrie communautaire**

C. **De l’institution à l’usager** p.20

1. **Un exemple d’expérimentation : la création d’un GEM à Mayotte** p.23

D. **Un GEM à Mayotte où comment amener l’usager à devenir** p.23

**Sujet, acteur de sa vie**

E. **Méthodologie**  p.28

F. **Analyse thématique des données** p.29

1. **Discussion** p.33
2. **Conclusion**

**Bibliographie** p.42

**Annexes** p.44

1. **Introduction**

De la folie, nous pouvons en parler comme d’un « ailleurs » qui ne dit pas son nom. L’ailleurs est dans l’imaginaire de tout un chacun source d’attirance, de désir d’aller vers, mais il peut être très souvent source d’appréhension et d’angoisse. Nous n’irons pas jusqu’à dire que la folie nous inspire le même vécu. Mais cette double valence se retrouve aussi dans la rencontre qu’on peut avoir avec la folie. Elle est étrange elle questionne, elle intrigue, elle fait pleur. Le premier mouvement c’est de vouloir s’en éloigner, de peur sans doute qu’elle nous atteigne, qu’elle nous contamine. Le but ultime est de fuir un vécu d’angoisse qui nous semble venir de nulle part, et qu’on attribue d’emblée à l’autre dans ce qu’il nous paraît d’étrange.

Il arrive, cependant que la curiosité prenne le pas sur tout le reste et un besoin se fait sentir de s’en approcher pour comprendre quelque chose de cette folie qui nous paraît si loin et si proche à la fois. Car quoi qu’il puisse être dit au sujet de la folie, elle ne prend forme et existence que dans le regard de l’Autre. C’est donc le regard « posé sur », l’attention « porté à », qui lui donne consistance et existence. Pour pouvoir s’en approcher, ce regard va chercher dans les connaissances et les représentions emmagasinées quelques parts en soit, des repères, des mots, voir des sensations qui peuvent venir structurer cette perception qui semble n’avoir aucun sens.

C’est plus ou moins à ce vécu auquel est confronté le professionnel dans son premier contact avec la maladie mentale. Selon le niveau de connaissance et de savoir, certains comportements et attitudes vont se mette en place et être adoptés pour s’adapter. Car le plus important c’est de montrer à l’autre supposé « fou », malade, que nous savons de quoi il souffre et que nous sommes là pour lui apporter « les soins » nécessaires. A ce moment-là, nous ne prenons pas conscience que notre façon d’être présent face à cet autre, perçu comme différent de nous, conditionne toute la rencontre, ainsi que le cheminement d’une réflexion qui peut être un empêchement à voir l’autre dans ce qu’il est, et par là même enferme notre regard dans ce que nous voulons ou nous pensons qu’il est.

Heureusement que le monde de la psychiatrie au fil du temps et de l’expérience, nous confronte à des situations qui bouleversent et bousculent notre regard, notre façon de faire, notre pratique. C’est un monde qui parfois nous amène vers le doute, nous pousse aux

questionnements, et permet ce pas de côté qui ouvre la porte à la créativité et à l’envie de faire autrement.

C’est porté par le désir et le besoin de faire autrement que l’idée de la mise en place d’un GEM (Groupe d’Entraide Mutuelle) a émergé à Mayotte. En effet dans le contexte du centre de santé mentale de Mayotte, les équipes soignantes aussi bien en hospitalisation qu’au CMP, se retrouvaient régulièrement confrontées à ce que nous qualifierions « d’impasses thérapeutiques » avec certains patients pour lesquels il était constaté des hospitalisations à répétition.

En général l’hospitalisation répond à sa fonction d’apaisement des troubles, la suite par le suivi ambulatoire peut plus ou moins bien se dérouler. Puis arrive le moment où il y a rupture de traitement avec de grandes difficultés à ramener le patient vers les soins. La seule solution qui s’impose dans ce type situation est d’hospitaliser le patient, qui se trouve souvent dans un état de décompensation avancée. L’hospitalisation a alors pour objectif, non seulement d’apaiser les troubles mais surtout de retravailler l’alliance thérapeutique.

Le constat est fait que pour ces patients plus ou moins « chroniques », le temps de l’hospitalisation par sa fonction de contenance et d’étayage permet parfois une verbalisation autour d’un vécu d’isolement et d’incompréhension de leur entourage familiale. Ils arrivent à exprimer leur besoin de s’insérer dans la société au travers d’un travail, de la construction d’une famille (une femme, des enfants).

Les échanges en réunion d’équipe autour de ces préoccupations, que nous trouvions assez légitime chez ces patients, nous ont amené à nous poser la question de l’après hospitalisation et du vécu de leur quotidien en dehors des soins. C’est dans ce contexte que l’idée de travailler autour de la mise en place d’un GEM a émergé, fortement impulsé et encouragé par le chef de service qui dès sa prise de fonction, a clairement confirmé l’orientation du service dans une logique de santé communautaire.

Deux psychologues et une AMP (Aide Médico Psychologique), se sont montrés intéressés pour accompagner les patients dans la construction de ce projet. L’idée étant de ne surtout pas se substituer à eux mais de les accompagner dans la sensibilisation de ce qu’est un GEM et de progressivement les aider à s’approprier le projet. Le fil conducteur de ce travail est de surtout les laisser entreprendre toutes les démarches concernant le GEM.

Les premières rencontres ont débuté dans le premier trimestre de l’année 2016, avec un total de 10 personnes, avec en moyenne 5 personnes présentes à chaque réunion et pour finir l’année 2016 avec 3 personnes qui viennent régulièrement en réunion.

L’objectif de ces réunions était de réfléchir autour des axes suivants :

* Comment imaginer ce GEM dans le contexte de Mayotte avec ses spécificités socio-culturelles
* Quels types d’activités pourraient se faire au sein d’un GEM
* Qu’est qu’une association, comment cela se met en place, prenant comme support le statut associatif de type lois 1901

Ce travail a trouvé un aboutissement en décembre 2016 avec le dépôt es statuts en préfecture dans le courant du mois de janvier 2017.

1. **Problématiques et questionnements**

Malgré une démarche concertée et partagée par l’équipe, accompagnatrice du projet, de progresser en s’appuyant sur la « capabilité » des patients, en se calquant sur leur rythme et en avançant avec ce qu’ils étaient capables de fournir, la difficulté fût de bien cerner cette « capabilité ». On finit quand même l’année avec 3 patients, alors qu’on a débuté avec 10. Il est à noter qu’aucun des soignants accompagnateurs du projet ne sont à ce moment-là sensibiliser à ce courant de l’empowerment et ce en quoi consiste un GEM.

L’intérêt porté par les soignants au moment de leur engagement fût motivé par des préoccupations diverses, pas très clairement définit sur le moment. Il s’agissait peut être, d’une part se dire que pour une fois, pourquoi ne pas s’autoriser à sortir de cette place, plus ou moins confortable de « soignant », et d’oser voir l’autre comme un individu exprimant un besoin de prendre une place dans la cité, dans la société en visant cette idéal sociétal, de la famille et du travail. Et Par là même, se permettre d’aller au-delà de la figure du patient perçu uniquement au travers de sa pathologie, et ainsi de s’autoriser à poser un regard nouveau, tout

simplement le voir comme un individu porteur d’une souffrance et d’un handicap qui l’entravent et qui l’empêchent d’évoluer dans la vie.

D’autre part, il faut prendre en compte le contexte de Mayotte, où il y a absence totale de structure de soins pouvant faire relais à l’hospitalisation et au CMP (Centre Médico-Psychologique). Un contexte qui n’offre pas de lieu permettant de faire du lien social, pour ces usagers porteur d’une pathologie psychique. Ces derniers vivent un isolement important malgré la présence de leurs proches. Pour autant notre approche de soignants nous permet de repérer que ces usagers ont des potentialités qui sont à valoriser et à aider à se développer.

Le GEM fût un moyen comme un autre à ce moment-là de sortir d’une certaine impasse mais par la même on allait vers une autre façon de travailler avec l’usager, ou nous devions sortir de notre place de soignant et aller vers l’autre(l’usager), dans un rapport d’horizontalité qui n’est pas toujours simple à trouver pour nous soignants, afin de les aider à se percevoir autrement, les amener à la possibilité de pouvoir se vivre hors de leur maladie et hors du soin et ainsi prendre conscience de certaines compétences déjà présentes en eux et qui ne demandent qu’à s’exprimer.

En tant que psychologue accompagnatrice du projet GEM à Mayotte, la formation du DIU m’a permis d’avoir accès à des concepts et à des notions qui ont permis au groupe accompagnateur du projet, de prendre conscience du poids des mots comme « malade », « patient », et de comment ces mots pouvaient en quelque sorte contaminer, malgré nous, notre regard et notre approche. A partir de là le mot usager fait petit à petit son apparition quand il s’agira de parler de l’association GEM.

Ces différents points étant posé nous restons néanmoins préoccupés par de multiples questionnements. En effet dans le cheminement de notre accompagnement, se pose à un moment la question de qui est demandeur dans le projet GEM. Car pour mettre en route ce projet nous nous sommes appuyés sur les besoins exprimés par certains usagers de trouver leur place dans la société. Cependant le désir de mettre en place le GEM est venu de notre place de soignant.

Nous tenterons donc d’aborder les questionnements suivants dans le cadre de ce mémoire :

* Qu’est ce qui fait blocage ou qui fait entrave chez les usagers ?
* En quoi notre démarche de de la création du GEM peut être une réponse aux besoins exprimés par les usagers.
* Comment faire accéder le malade porteur d’une souffrance psychique à la place d’usager, le faire évoluer du patient objet vers le patient sujet, donc USAGER ?
* Comment amener l’usager à habiter, incarner un projet qui au départ ne vient pas de lui mais d’une volonté institutionnelle
* Dans quelle mesure Le GEM est potentiellement révélateur du processus d’autonomisation ?

Notre ambition n’est pas de trouver des réponses à toutes ces questions, mais de faire en sorte que ces questions nous servent de fil conducteur dans la démarche de notre travail de recherche et de réflexion. Nous allons d’abord tenter de cerner le concept de folie et de la place qu’il a occupé au travers les siècles. Nous essaierons de donner un aperçu de comment, selon les époques et les événements qui les traversaient, la folie a été appréhendée. Nous allons par la suite nous intéresser à la place de la folie à Mayotte. Nous finirons par nous intéresser à la place de l’usager en santé mentale et à la place donnée à la parole de l’usager.

1. **Fondements théoriques et contextualisation**
2. **De la folie à la maladie mentale**
3. **Du concept de folie à la psychiatrie asilaire[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2)**

La littérature nous montre que selon l’angle à travers lequel est abordé le concept de folie les regards et les perceptions divergent, les débats s’enflamment et le consensus est difficilement accessible. Cependant reste une certitude : le concept de folie ne laisse personne indifférent, pour la simple raison que la folie fait intrinsèquement partie de l’histoire de l’humanité. La façon dont elle a été appréhendée et traitée dépend des époques, des croyances, des codes et valeurs de chaque société.

Ainsi avant Jésus Christ, il était dit que cet étrange mal venait de forces occultes et que le corps et l’âme étaient possédés par des démons. De fait il n’y avait que les sorciers devins et chamans qui pouvaient intervenir pour faire sortir les esprits malins qui occupaient le corps. Cependant déjà dans l’Egypte et la Grèce antique, il est retrouvé une médecine basée sur la théorie des humeurs établie par Hippocrate. Une théorie qui a été l’essentiel des pratiques médicales, jusqu’à la fin du XIIIème siècle. Entre le XIIème et le XIIIème siècle se développe même une approche psychologique de la folie. Les médecins comme les théologiens parlent alors de passion de l’âme, notamment la passion amoureuse et la tristesse excessive qui peuvent rendre fou

Ce qu’il y a d’intéressant c’est que la folie n’est plus attribuée à une étiologie démoniaque, mais repérée comme un dérèglement sur le plan hormonal. Il est aussi intéressant de constater que la folie n’est pas objet de rejet ou d’exclusion, mais de soins. Plus tard, la folie va devenir objet de charité. L’église considérant le fou comme l’innocent, le pauvre d’esprit. A certaines époques il va occuper une place privilégiée auprès du roi « le fou du roi ». Le fou fait, à cette époque, partie intégrante de la société.

Vers la fin du Moyen âge, le monde occidental va subir des guerres, des famines, des maladies, qui vont fortement ébranler le sentiment de sécurité de la société de l’époque. Il va s’installer un vécu persécutif pour tout ce qui est repéré comme étant différent, inconnu, étranger. Les gens se tournent alors vers l’église, qui pour objectiver cette peur, va prendre comme cible la folie, mettant en avant comme cause : la faute, le péché. On voit réapparaître avec force l’étiologie de la sorcellerie et du démon. A ce moment-là la folie n’apparaît plus comme un mal qu’on peut soigner mais comme un phénomène incurable qui doit être banni, et être condamné. La seule façon que la société aura de se débarrasser de ce qui est considéré comme un fléau est d’envoyer des milliers d’individus au bûcher et à la pendaison.

Pendant toute la période du moyen âge, le « donner » et « prendre soin » sera du domaine exclusif de l’Eglise, imprégné et guidé par des valeurs chrétiennes de charité et de salut des âmes. L’idée est alors de s’occuper aussi bien des gens démunis, vulnérables, que des gens cherchant gîte et couvert car loin de chez eux et donc d’accueillir aussi bien des pèlerins, des voyageurs, que des vagabonds, des pauvres, des malades, des orphelins et femmes isolées. Ces établissements « d’accueil »sous protectorat de l’église, préfigurent déjà les établissements de soins hospitaliers.

Le XVème siècle va voir les municipalités investirent l’administration hospitalière, et s’opère dans le même temps un changement dans les prises en charge, où les soins sont de plus en plus médicalisés. C’est ainsi qu’on va voir apparaître une catégorisation des populations accueillies et une spécialisation des établissements

A la Renaissance l’église va se voir retirer complètement le pouvoir de ces établissements au profit du pouvoir royal. Ce qui aura pour conséquence de changer radicalement le profil de ces établissements qui jusque-là avait pour fonction de prendre soin de toutes personnes étant dans le besoin. En effet on va assister à un renforcement de la médicalisation des soins et l’exclusion d’une partie de la population accueillie considérée comme étant des parasites, essentiellement les pauvres. Cette nouvelle orientation va inaugurer l’organisation hospitalière qui perdurera jusqu’à la fin du XIXème siècle.

On assiste alors à un glissement de la charité (valeur théologique) à la bienfaisance (valeur humaniste). Bien que les soins soient prodigués par des religieux, la médicalisation va instaurer une séparation des patients en fonction de leur affection. C’est à ce moment-là qu’apparaît le concept « d’hôpital asile » ayant comme caractéristique d’être ouvert - et surtout ouvert à tous - donc pas d’enfermement.

Le grand enfermement apparaît dans le courant du XVIIème siècle, et cible essentiellement les personnes souffrant de maladies mentales (Edit de 1656 dit « du grand enfermement »). Avec cet Edit on n’est plus dans le soin mais dans la mise à l’écart des personnes réputées insensées, ce qui va donner lieu à des dérapages.

Ces lieux d’enfermements vont devenir des lieux d’organisation carcérale bien plus que des lieux de soin. Dans ces établissements seront regroupés des fous, mais aussi des prostitués, des personnes atteintes de maladies vénériennes, des délinquants… toutes personnes étant considérées comme étant des rébus de la société. Le fou est alors pris comme un hors la loi, hors citoyenneté, au même titre que d’autres catégories sociales, conformément à l’image d’une société épurée qui n’assume pas une partie de son peuple qu’elle rejette.

Cependant l’hôpital est considéré comme le lieu où se concrétise et se révèle la maladie mentale permettant ainsi son observation. Le développement de la pratique autour de la maladie mentale va progressivement permettre à ce que le pouvoir médical prenne la direction de l’organisation asilaire.

Dans ce contexte où l’enfermement des aliénés est à l’origine de nombreux abus, Philippe Pinel, médecin aliéniste (1745-1826), Précurseurs de la psychiatrie institutionnelle, œuvre pour l’abolition des chaînes et des entraves des malades mentaux et travaille dans le sens d’une humanisation de leur traitement. Pinel bouleverse les regards sur les fous (ou aliénés), en affirmant qu’ils peuvent être compris et soignés. Il préconise le traitement moral, précurseur des psychothérapies modernes. Il pensait qu’on pouvait guérir les fous avec des paroles encourageantes et dans les cas de délires, un raisonnement habile devrait réduire l’idée dominante. Selon lui le médecin devrait s’appuyer sur le reste de raison demeurant chez toute aliéné.

A partir de Philippe Pinel, la folie sera concrètement considérée comme une maladie et intégrera la discipline médicale. Pinel dans son « traité médico philosophique », récuse le traitement physique du malade et place au premier plan la nécessité de s’adresser aux structures mentales du malade. Il va mettre principalement l’accent sur l’instauration du traitement moral. Pinel part de l’idée que le malade ne manifeste sa folie que par intermittence. Il y a donc chez lui une part raisonnable à laquelle le médecin peut s’adresser. Pour lui la vocation première de cette nouvelle discipline qui sera appelé la psychiatrie est de s’opposer à l’exclusion du fou hors de la communauté des humains. Dans le même mouvement, vers les années 1850-1860, certains courants théoriques amènent l’idée qu’il serait bénéfique pour les patients enfermés de pouvoir bénéficier des bienfaits thérapeutiques d’un milieu comparable à une structure familiale

A partir des années 1870, on assiste peu à peu à l’abandon du traitement moral par les médecins, poussé par un désir à l’époque d’inscrire la dimension des sciences de la nature, hors des conceptions religieuses et romantiques des troubles mentaux. Ce qui va à entraîner une dégradation des conditions de vie des internés et une dérive du lieu d’accueil initial en un lieu surencombré et destiné à l’enfermement de patients chroniques pointés comme incurables. Ainsi prend fin la prise en compte thérapeutique de la subjectivité de l’aliéné. Vers la fin du XIXème siècle l’institution asilaire se retire d’une démarche thérapeutique du traitement asilaire, se renferme sur elle-même et devient une machine à fabriquer des chroniques et des incurables.

Au début du XXème siècle les portes des institutions asilaires vont tenter de timide ouvertures avec des projets de constituer des services accueillants des patients qui fût à l’époque pensé comme une forme d’alternative à l’enfermement : placements de patients dans des foyers nourriciers dans les campagnes ; créations de colonies agricoles dans lesquelles les patients se voient attribués des tâches en adéquation avec leur pathologie. Il fût ensuite envisagé de privilégier les consultations externes et de maintenir le patient dans son milieu familial, lorsque cela était possible. Ce fût une façon de lutter contre la chronicisation entraînée par l’hospitalisation de longue durée. Pour autant les traitements de choc (bains glacés, électrochocs, la psychochirurgie…) vont continuer à être pratiquer au sein des asiles et vont fortement contribuer à l’image négative attribué à l’asile, reléguant au second plan le peu d’initiative allant dans le sens d’une ouverture sur la cité.

1. **De la psychiatrie à la psychothérapie institutionnelle[[3]](#footnote-3)**

Du début du XXème siècle à la 2ème guerre mondiale la notion de soin est depuis longtemps reléguée aux oubliettes, et l’asile devient un lieu où l’enfermement fait oublier aux soignants toutes notion d’humanisme. En 1936 ’Edouard Toulouse conseille la dénomination de psychiatrie pour les établissements asilaires, une façon sans doute de redonner la place à la notion de maladie et par conséquent redonner la place aux soins

La 2ème guerre mondiale va amener avec elle, les restrictions, la malnutrition, et bien d’autres maux d’un contexte s de guerre. Une situation qui aura pour effet de pousser les médecins à ouvrir les portes de l’hôpital afin de donner une chance aux malades de pouvoir s’en sortir. Car il n’était plus question de soins à ce moment-là mais de survie.

C’est au cours de cette période qu’un certain F. Tosquelles militant communiste, originaire d’Espagne, fuit le régime franquisme, totalitaire, pour se réfugier en France en 1940, et commence à travailler comme infirmier (son diplôme n’étant pas reconnu en France, il passera sa thèse en France en 1948) à l’hôpital psychiatrique de Saint Alban en Lozère. F. Tosquelle, révolutionnaire dans l’âme, luttant contre toute forme de totalitarisme et surtout formé à la psychanalyse, va se donner comme mission de s’attaquer à ce qui est pour lui une autre forme de totalitarisme, c’est-à-dire l’aliénation mentale des patients instauré au sein de établissements psychiatrique depuis plus d’un siècle.

C’est avec lui que prend naissance la psychothérapie institutionnelle, même si cette dénomination ne sera amenée que bien plus tard, en 1952 par G. Daumezon et Ph. Koechin. F. Tosquelles va s’atteler à aider les patients chronicisés à (re)devenir sujet. Il va mener une réflexion critique sur les détails de la vie quotidienne de ces patients administrés et totalement pris en charge. Il va s’appuyer, pour se faire, des travaux de Freud et du livre Hermann Simon « *Pour une thérapeutique plus active à l’hôpital psychiatrique* ». Cet ouvrage basé sur une expérience allemande prône la participation des patients à la gestion de la vie quotidienne. Il va commencer par la mise en place d’un « club », au sein duquel seront attribués aux patients des tâches concernant leur vie quotidienne.et surtout il sera confié à un patient, ancien comptable, la gestion de la caisse de l’association « *grâce au rôle endossé le patient redevient actif, reprend pied dans la vie sociale, dans les échanges langagiers et de circulation de marchandises et d’argent »* p.8

Ce club qui sera géré par les patients aidés du personnel soignant, sera qualifié plus tard par Tosquelles de « club Thérapeutique ». Ce club, véritable institution au sein de l’institution hospitalière, va progressivement changer les règles de la vie de l’établissement, le rendant plus démocratique, « *elle met le patient en situation de personnes vivante, active, elle lui permet défaire un réapprentissage social à travers statut et rôles ; elle le rend citoyen, participant actif de sa vie »* p.8*.* Ce modèle de club va être repris par des collègues de Tosquelles, partagent cette orientation, et va être installé dans de nombreux hôpitaux

L’expérience de Saint Alban s’appuie à la fois sur l’idéologie des échanges économiques et sur la théorie psychanalytique et si d’autres méthodes ont été utilisés, y compris tout l’arsenal médical cela s’est toujours fais *« dans un contexte de rencontre, de relation avec le patient. »* p.10

Jean Oury, fût l’un de nombreux psychiatres à être allé se former à Saint Alban, mais il fût surtout l’un des plus fervents défenseurs du courant de la psychothérapie institutionnelle, et c’est au sein de la clinique de La Borde qu’il va longuement développer cette pratique. C’est une pratique qui a profondément modifié et transformé le rapport soignant-soigné La psychothérapie institutionnelle tient au fait qu’il n’est plus simplement pris en compte le patient mais aussi le lieu dans lequel il vit. Il s’agit de lui permettre d’être actif et non pas seulement un objet de soin. Il a été également le premier à prôner que le patient soit partie prenante, activement de ses soins.

Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, a fortement contribué à développés les théories sur la psychose, les traitements des patients psychotiques, et les théories sur les phénomènes contre-transférentiels institutionnels. Elle a également contribué à penser le malade mental hors les murs et donc à réfléchir au projet de la psychiatrie de secteur.

Aujourd’hui, le mouvement de la psychothérapie institutionnelle a un peu perdu de sa force dans les établissements psychiatriques. Cependant l’esprit de la psychothérapie institutionnelle s’est incarnée sous des formes particulières : réunions cliniques, réunions institutionnelles (les groupes soignants-soignés, les séminaires théorico-cliniques…)

1. **Du secteur à La santé mentale dans la communauté [[4]](#footnote-4)**

Le contexte de l’après-guerre fût une période très riche en réflexion sur la prise en charge des malades mentaux et sur la nécessité de leur redonner leur dignité de citoyen, allant dans le sens d’une humanisation et d’une ouverture de l’hôpital psychiatrique. Déjà à l’époque la préoccupation majeure était que le malade mental reprenne sa place dans la cité et réinvestit son rôle de citoyen.

A la suite de ces réflexions menées essentiellement par un petit groupe de médecins des hôpitaux psychiatriques, pour la plupart imprégnés d’une culture psychanalytique et psychologique, que la circulaire de mars 1960 va être promulguée. Il va être acté une approche d’ouverture des hôpitaux psychiatriques sur le secteur et ainsi orienter les malades vers une réinsertion dans leur milieu socio-familial, ce qui allait notamment en faveur d’une diminution du nombre de lits d’hospitalisation en psychiatrie. L’idée de la prise en charge par le secteur est d’accompagner le malade dans une continuité se soin intra et extrahospitalier par une même équipe pluridisciplinaire.

Malheureusement cette circulaire va rencontrer des oppositions et ne trouvera que de façons isolée une application sur le terrain. Il faudra attendre 1972 pour que l’on assiste à un décollage de la sectorisation et à la création de structures extrahospitalier (dispensaires, hôpitaux de jour, le développement des visites à domicile, etc…). Des dispositifs nécessaires au maintien du malade dans la cité.

Les lois du 30 juin 1975 sur le handicap et sur les institutions médico-sociales, donneront la possibilité à des institutions autres que la psychiatrie de prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques au long cours, et ainsi avoir accès à d’autres formes d’accompagnement. Ces nouvelles ressources vont être largement mobilisés par les usagers, leurs proches, voir leurs psychiatres, pour leur permettre de vivre en dehors de l’hôpital.

La Loi du 25 juillet 1985 va donner un réel statut législatif au secteur. Ainsi le secteur psychiatrique va pouvoir se déployer dans sa double dimension intra et extra-hospitalière. Il fût juridiquement acté en tant que mode d’organisation de base de la psychiatrie publique en France, permettant d’assurer la continuité des soins en faveur d’une population résidant dans une aire géographique donnée et ce, dans le respect du libre choix du malade.

A savoir que la psychiatrie de secteur n’a jamais réellement su se déployer, les institutions psychiatriques n’ayant pas su exploiter toutes les possibilités et ouvertures que leur donnait la circulaire de 1960 pour que le malade mental prenne pleinement sa place dans la société. Au sujet de la sectorisation voilà ce que disait un certain H. Mignot (cité par Audisio, 1980)[[5]](#footnote-5) «*la politique de secteur n’est pas seulement une forme originale d’organisation sanitaire, elle implique une modification profonde de l’attitude de la société à l’égard des malades mentaux […], l’esprit du secteur, c’est d’abord le refus de la ségrégation du malade mental, le refus de son exclusion ; l’objectif c’est d’aider le malade mental à garder sa place dans la communauté des hommes et lui permettre dans toute la mesure du possible, d’y instaurer son autonomie*. » p.2

Le projet de retour des malades dans la communauté a bien eu lieu. Cependant là où la sectorisation semble avoir échoué, c’est dans sa mission de lutter contre l’exclusion de la maladie mentale. En effet dans la logique de sectorisation psychiatrique et du paramètre communautaire, tout semble avoir été accès sur les soins et essentiellement les soins. L’objectif étant de stabiliser les troubles, éviter des hospitalisations trop longues, et surtout faire en sorte que le patient soit maintenu à domicile. La politique de sectorisation n’a pas su aller jusqu’au bout de ses prérogatives et est restée inachevée, et inégale selon les territoires. Le regard porté sur la maladie reste marqué par des représentations négatives et stigmatisantes, et l’attitude portée par un agir d’exclusion. La place du fou, du malade est à l’hôpital.

Force est de constater, qu’en chemin le désir forcené « de prendre soin »et d’être dans la continuité du soin a fait totalement oublier le désir du sujet et de ce qu’il veut. En étant essentiellement axé sur ce que la société estime que le malade a besoin, elle est restée aveugle à ce que les soins peuvent avoir de violent parfois, et même… très souvent. C’est pour sortir de cette contradiction éthique (soin versus violence), que le Dr Patrick Chaltiel (chef du pôle de psychiatrie publique de Bondy en Seine Saint Denis) a préféré substituer le concept de « continuité des soins » à celui de « continuité d’attention ». Il défend ainsi l’idée « *d’une continuité dynamique, d’une temporalité en mouvement, d’un franchissement d’étapes de vie, par opposition à une continuité mortifère du registre de l’a-chronie (souvent baptisée, à tort chronicité) où l’éternelle répétition du même, du rituel, de la routine, fait violence et ne laisse place qu’à la pulsion de mort* »[[6]](#footnote-6)

En effet, tout laisse à penser que les représentations et les stigmates qui entourent la maladie mentale dans de la société, semblent avoir contaminés pour partie la pratique des professionnels, qui semblent rester enfermer dans un système paternaliste et protecteur. Ce qui sur le long terme contribue à inscrire le malade dans une routine mortifère ou le désir, la volonté peinent à émerger. La conséquence est que le malade ne s’identifie qu’au travers de sa maladie « je suis schizophrène » « je suis bipolaire ».

C’est là où le concept de « continuité d’attention » prend toute sa place, car il vient inscrire le professionnel dans un autre paradigme, où l’attention n’est plus centrée que sur le soin, mais aussi sur les moments de rupture, qualifiés souvent dans le langage psychiatrique comme une « rupture de soin », et où le seul objectif à ce moment là, reste le « retour aux soins ». Mais peut être qu’une autre lecture pourrait être portée à ces « incidents » dans le parcours de soins. On pourrait y voir là, une tentative pour le malade d’investir une place de sujet criant son désir d’exister, une tentative d’être en mouvement ailleurs que dans les soins. Il se peut que l’écoute et le regard porté à cet événement, donne accès à une autre parole de l’usager porteur d’une maladie mentale, permettant ainsi de le considérer comme un « partenaire de soin » et non plus comme un « objet de soin »

Cette démarche d’accompagnement ou le malade devient partenaire de soin, est une démarche déjà bien implantée en Amérique du Nord depuis les années 70. Et bien au-delà d’un

partenariat dans les soins, ce qui est progressivement attendu de l’usager c’est une « participation ». Cette notion de « participation » touche le champ de la santé et pose comme postulat une nécessaire collaboration des usagers. La psychiatrie française va s’inspirer de cette vision participative, au début des années 90, en s’appuyant t sur des concepts, issues de l’expérience anglo-saxon comme : empowerment. (« pouvoir d’agir » ou « capacité d’agir »), capabilité ou encore rétablissement.

Ainsi se développe le courant de *la santé mentale dans la communauté*. Un courant qui s’inscrit dans une ambition clinique et intégrative et qui se donne comme objectif de trouver un équilibre entre sectorisation, psychiatrie communautaire et territoire. L’idée étant de s’appuyer sur les ressources du territoire et du milieu de vie afin de mieux accompagner la personne. Pour ce faire, aller dans le sens d’un travail de partenariat avec le secteur médico-social, les organismes d’hébergement, le secteur d’aide à l’emploi. Et aussi travailler avec le secteur libéral de soins. Encourager la mise en place de dispositifs permettant à l’usager de prendre sa place dans les réflexions concernant le sujet porteur d’une pathologie psychiatrique et de son insertion dans la cité (conseil local de santé mental – CLSM), et surtout donner la possibilité aux usagers de se créer des espaces de rencontres et d’échanges qui soit totalement en dehors du soin (Groupe d’Entraide Mutuelle – GEM)).

Dans cette optique une loi sur la modernisation de notre système de santé (LMMS) a été promulguée en date du 26 janvier 2016, et l’Art 69 donne la possibilité législative d’une nouvelle organisation territoriale de la politique de santé mentale. Une loi qui cherche à repositionner les différents acteurs du sanitaire et du sociale autour de la maladie mentale, et surtout clarifier les missions de chacun. Cette loi donne un peu plus de place et officialise la place de l’usager dans le système de soins. Une loi qui permet à la psychiatrie de se recentrer sur les soins, et ainsi laisser les missions de prévention et de réinsertion aux autres secteurs. Une loi qui donne une nouvelle force à la santé mentale communautaire où la maladie mentale est l’affaire de tous et non plus à la seule charge de la psychiatrie.

1. **Cheminement de la psychiatrie à Mayotte : de la contorsion vers une psychiatrie communautaire**

Mayotte, l’autre île française au sein de l’océan indien, après l’île de la Réunion, accède au statut de 101ème département français en 2011. C’est une île qui a traversé une histoire sociopolitique tumultueuse avant d’obtenir ce statut. C’est surtout une île qui du fait d’un contexte socio-culturel particulier et d’un statut politiquement flou pendant des années, a su en faire des avantages, dans l’installation et le déploiement de la santé mentale.

Jusqu’en 1975 l’île de Mayotte est rattachée géographiquement et politiquement à l’archipel des Comores, qui fait partie de l’ensemble des possessions coloniales françaises de l’époque. Situé au milieu du canal de Mozambique, au cœur de l’océan indien (ANNEXE I). Le vent d’indépendance qui a soufflé sur les possessions coloniales, dans les années 60 à 70, n’a pas épargné l’archipel des Comores. Suite à un premier référendum du 22 septembre 1974 organisé dans l’archipel, l’Organisation des Nations Unies (ONU), proclamera l’Union des Comores indépendant, incluant Mayotte.

Mais certains élus politiques de Mayotte ne l’entendent pas de cette oreille, et s’appuyant sur les décomptes îles par îles, où les mahorais avaient votés contre l’indépendance à 63%, les leaders politiques de l’île aidés de membres du gouvernement français vont pousser à un deuxième référendum en 1976, où les mahorais réaffirment leur désir de rester français à 99.4%.

Le résultat de ce référendum, considéré comme allant à l’encontre du principe d’intangibilité des frontières régissant les processus de décolonisation, ne sera jamais validé par l’ONU.

Pendant plus de trois décennies l’île de Mayotte va bénéficier d’un avatar de statut de collectivité territoriale. La précarité et les aléas politiques de la zone vont avoir une grande incidence sur la façon dont l’Etat français va investir ce bout de territoire. En effet l’introduction d’infrastructures, vont se faire de façon prudente, et on peut assurément dire que Mayotte sera longtemps épargné du plaquage systématique des modèles français où on ne tient très rarement compte du territoire et du contexte.

La société mahoraise où le groupe transcende l’individu a comme socle une culture traditionnelle dont l’islam a unifié les deux héritages africains et malgache. C’est de la volonté de Dieu que dépend l’existence du monde visible (les hommes, la nature, les animaux) et invisible (esprits, anges, diables, morts). C’est pourquoi le mahorais s’autorise à se servir de l’islam dans ses rituels magiques.

Ainsi pour tout événement survenant dans l’existence d’un individu, d’une famille, d’une communauté, mais aussi pour faire face à la douleur, à la souffrance, à tout ce qui vient troubler, l’organisation du monde, la première attitude consiste à consulter un tradipraticien.

Toute intervention qu’elle soit préventive ou thérapeutique relève initialement des compétences des tradipraticiens qui font la jonction entre les deux mondes : visible et invisible. Pour le mahorais, seul le tradipraticien peut voir ce qui perturbe l’ordre des choses et savoir comment y remédier en utilisant des techniques de guérissages.

C’est dans ce contexte culturel qu’arrive une équipe de Mission provenant de la Réunion diligenté par les affaires sanitaires de l’époque, à la demande de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) de Mayotte. L’objectif de la mission est d’évaluer les problèmes et les besoins en santé mentale. Cette équipe est composée de deux psychiatres et d’une psychologue. Cette mission donnera lieu à un rapport[[7]](#footnote-7) qui fera état d’un dispositif de soin général déjà bien amorcé, installé et s’articulant autour du sanitaire et du sociale.

Les équipements de santé comportent trois grands domaines : les hôpitaux, les secteurs et leur centre de soins, l’administration centrale et des équipes mobiles. Les demandes d’aide à la souffrance psychique viennent s’inscrire dans ce dispositif et est généralement traité par un médecin généraliste (consultations, renouvellement d’ordonnance, hospitalisations) qui se fait de façon assez brève, la barrière de la lange nécessitant un interprète limite grandement la prise en charge des patients souffrants de pathologie mentale, et les capacités d’accueil en hospitalisation étant limité et surtout pas spécialisé donne lieu à des évacuation sanitaires vers l’île de la Réunion pour les cas les plus lourds.

Lors de son enquête de terrain l’équipe mandatée par la DDASS va découvrir que l’attitude spontanée des familles mahoraise confrontées au problème de la maladie mentale, est de recourir aux pratiques traditionnelles. Emmener le malade souffrant d’une pathologie mentale, dans un dispensaire, n’est absolument pas inscrit dans les mœurs. Le circuit habituel est d’emmener le malade chez un fundi[[8]](#footnote-8). Au bout d’un certain temps face aux échecs à répétition et à l’épuisement des finances, la famille abandonne tout espoir de changement. En général c’est ce qui donnera accès aux soins pour les patients souffrants de troubles mentaux, quand cela déborde la famille qui n’a plus d’autres que de l’amener à l’hôpital. C’est ce passage à l’hôpital qui permettra un accès aux soins psychiatriques.

Dans certains cas, généralement les plus graves, et après l’échec des soins traditionnels la famille peut avoir recourt à l’enchaînement et à l’enfermement.

Cette démarche systématique privilégiant les soins traditionnels vient de la croyance inébranlable que la maladie vient de Dieu, ou d’une malveillance par transgression, duperie ou action de sorcellerie.

L’équipe de la Réunion va faire l’expérience d’un monde, ou le dedans et le dehors, le naturel et le surnaturel, le visible et l’invisible, se distribuent sur un autre modèle autre que le modèle occidental. Ils font alors une très nette différence avec le somatique, où il est pour eux évident que des solutions doivent être apportées pour lutter contre les pathologies qui rongent à ce moment-là l’île (lèpre, paludisme, …). Cependant en ce qui concerne les soins psychiques, ils préconisent «*la création d’un dispositif de santé mentale publique qui anticipe l’avenir en évitant les erreurs des traditions occidentales et coloniales. Donc une pratique conçue avec les logiques étiologiques et thérapeutiques de la culture mahoraise, communautaire, pluridisciplinaire, en articulation cohérente avec les tradipraticiens* ».

Suite à ce rapport, les deux psychiatres de la mission vont venir en alternance, à raison d’une semais tous les 6 mois, pour conseiller les médecins de la DASS et du CHM.

C’est en septembre 2001 que sera créé le 1er secteur de Santé Mentale à Mayotte. Le médecin psychiatre chef de ce premier service de psychiatrie va s’appuyer sur le dispositif, déjà présent, et qui pour lui était organisé de manière pertinent, autour des dispensaires et des maternités de secteur et du Centre Hospitalier de Mayotte (ANNEXE II). Il va aussi prendre appuie sur le rapport Piel-Roeland paru en 2001[[9]](#footnote-9) pour développer sa politique de secteur renforcée d’une logique communautaire et transculturelle.

Ce rapport prône : la fermeture des asiles dans les 10 ans ; le maintien des patients dans la cité (au sein de leur famille, ou dans des familles d’accueil) ; la prévention et la tolérance de la population et des soignants vis-à-vis de la souffrance psychique qui ne doit plus être stigmatisée ; l’attention apportée lors des moments charnière comme l’adolescence et la maternité

Pour ce psychiatre, c’est une politique qui devait être facilement applicable à Mayotte compte tenu d’un territoire encore vierge de toutes structures psychiatriques, et donc loin des pratiques asilaires auxquelles la Métropole est confronté.

Le bilan quinquennal d’activité de ce premier service de Santé Mentale sera intitulé « *La santé mentale à Mayotte : 30 ans de retard ou 30 ans d’avance* »[[10]](#footnote-10). Ce bilan met en avant les avantages de la modernité et de la tradition non pas comme un retard mais comme une opportunité de ne pas recommencer les erreurs du passé. Ainsi de donner la possibilité d’accueillir les ressources et les potentialités de chaque culture face à la folie pour mettre en place une politique de santé mentale moderne.

Il va se développer au fil des années une pratique qui va s’articuler autour des secteurs et qui va être le pivot de la prise en charge. Un travail en amont avec les médecins de dispensaire permet d’éviter l’encombrement des urgences. Un travail de prévention dans le cadre du travail en réseau sera mené, en allant à la rencontre des partenaires (Education Nationale, PMI, etc…) mais surtout par une politique de sensibilisation de la population à la psychiatrie à l’aide de conférences, d’émissions de radio, et d’écrits.

Ce travail en amont de réseaux et de sensibilisation a permis de fortifier les soins de proximité et a permis de maintenir les patients dans leur famille avec un suivi régulier aussi bien sur les dispensaires de secteur qu’au travers des VAD (Visite à Domicile). L’acceptation et la tolérance des soins traditionnels dans le parcours du patient a grandement favorisé une adhésion aux soins classiques.

Jusqu’en 2009, le secteur de santé mentale a fonctionné sans lit d’hospitalisation psychiatrique, les cas les plus lourds étant admis dans les services de médecine de l’hôpital général. Pour ce qui était à l’époque des Ho et des HDT, elles étaient évacuées à la Réunion. Ce qui a amené un certains questionnements sur la nécessité d’ouvrir un hôpital psychiatrique à Mayotte. Mais c’était compter sans l’évolution de la société mahoraise, qui tend progressivement à se calquer sur des modèles familiaux occidentale, et une montée de l’individualisme.

Depuis 2009 le centre de santé mentale fonctionne avec une unité d’hospitalisation de courte durée au sein de l’hôpital général, où on compte actuellement 10 lits. La santé mentale reste inscrite dans une logique de secteur. Depuis 2016 le centre de santé mentale s’est doté d’une Equipe Mobile Péri Crise (EMPC). Ce nouveau dispositif est venu renforcer la politique de secteur et de maintien du malade dans la communauté, en évitant au maximum les hospitalisations, privilégiant un travail autour de la crise, et en s’appuyant fortement sur les ressources familiales. Les familles continuent à être dans un aller-retour entre soins traditionnels et soins classiques. Pour une grande majorité, le soin psychiatrique est une étape dans l’itinéraire thérapeutique du malade, ils lui reconnaissent une efficacité dans la suppression des symptômes qui dérangent. En ce qui concerne la cause, ils choisissent en général de se tourner vers les soins traditionnels. Cette tolérance, qui prend parfois la forme d’une collaboration implicite, nous amène à faire le constat que les familles se sentent reconnus et légitimés. En effet Les soins traditionnels tiennent une place importante dans la culture et la croyance du mahorais, la possibilité de continuer à avoir recours à ces soins, est une façon de donner une place à leur compétence et leur permettent de continuer à être active dans l’accompagnement du patient.

1. **De l’institution à l’usager[[11]](#footnote-11)**

La parole de l’usager en santé mentale a longtemps été portée par des mouvements et des courants de pensées qui s’élevaient pour dénoncer des pratiques qui pour eux ne tenaientt pas compte de la dignité humaine. La deuxième guerre mondiale fût un moment clé et un tournant dans la prise en compte du sujet malade. On a d’ailleurs vu que c’est F. Tosquelle qui va être précurseur dans ce mouvement en France, porté par les concepts de ce qui deviendra plus tard la psychothérapie institutionnelle. En effet il a permis au malade prendre une place au sein de l’institution, en lui donnant la possibilité de participer à l’organisation de la vie quotidienne, et par la suite créé une association de malade basée sur la loi de 1901. Une association qui fût une instance reconnue et intégré à la vie institutionnelle de l’hôpital de Saint Alban. Une expérience qui sera reproduit dans plusieurs institutions psychiatriques en France

Cependant cette vie associative des malades au sein des institutions bien qu’ayant permis une reconnaissance du sujet avec sa folie, ce qui sera le plus visible et repéré c’est le courant qui en est à l’origine, la psychothérapie institutionnelle. Ce courant va être le cadre au sein duquel, la clinique institutionnelle va se développer, où les pratiques professionnelles vont pouvoir évoluer en prenant comme support de réflexion la psychanalyse. Il sera question de la clinique du sujet dans un lieu, l’asile, considéré comme aliénant, et ainsi pensé le sujet hors les murs dans une pratique désenclavée, ce qui va contribuer progressivement au projet de loi sur la politique de secteur

Dans le courant des années 60, le monde psychiatrique est traversé par des voix de contestations, portés par des professionnels de la santé mentale et certains malades qui pour beaucoup à l’époque, vont se reconnaître sous le mouvement, dit, de l’antipsychiatrie. Guidés par une logique militantisme, sont dénoncés ce qu’ils pointent comme « *des dysfonctionnements sociaux dits de domination, d’aliénation ou encore d’exploitation » (Rhizome)[[12]](#footnote-12),* au sein des établissements psychiatriques. On y dénonce le supposer savoir et pouvoir psychiatrique qui pour eux cautionnent des traitements inhumains et humiliants. Dans les revendications exprimées, on voit apparaître le terme de communauté. Mais ce terme à l’époque semble avoir été un mot flottant ayant du mal à se rattacher à un signifiant claire et concret, car noyé dans d’autres revendications bien plus politiques et sociales.

Le mouvement de l’antipsychiatrie[[13]](#footnote-13) prend véritablement son envol vers la fin des années 60, une période marquée par des contestations diverses et variées. Le début des années 70 voit ce mouvement s’organiser autour de divers collectifs dont le plus connu est le GIA (Groupe Information Asile). Ces collectifs remettent en cause le fonctionnement des asiles et de la société qui, pour eux, les produit et les soutient. Ils se donnent comme objectif de chercher des moyens juridiques ou médicaux pour défendre ceux que l’antipsychiatrie a appelé les « psychiatrisés », et surtout tenter de briser leur isolement et leur donner la parole.

A la même époque les familles d’usager, vont profiter de ce contexte favorable à leur cause, c’est-à-dire sortir le malade de son isolement et créer des structures d’accueil favorables à son insertion dans la société. Les familles, soutenues par des professionnels de la psychiatrie, dont l’une des plus grandes figures est le docteur Edouard Toulouse, vont commencer à mieux s’organiser et se réunir au sein d’une association sous l’appellation d’UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)[[14]](#footnote-14). Cette association sera reconnue d’utilité publique en 1968 et va progressivement prendre part à toutes les politiques de santé publique concernant le malade psychique. L’UNAFAM va être au fil du temps un acteur incontournable, et un partenaire privilégié, pour toutes les actions allant dans le sens d’une meilleure prise en compte du malade et de sa famille au sein de la société.

Cependant toutes ces initiatives associatives en faveur d’une meilleure prise en charge du sujet souffrant de troubles psychiques, laissent peu ou pas de place à une parole directe du malade. En effet la parole de l’usager reste inaudible, car souvent soutenue et portée par les professionnels ou les familles. Dans ce paysage les mouvements d’usager à proprement parler peinent à émerger et à être visible. Il faut attendre les années 80 pour que des associations d’usagers s’organisent autour de la notion d’entraide. L’objectif de ces associations étant simplement de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques de se retrouver de se soutenir et de sortir de leur isolement. Ces associations vont fortement s’inspirer du modèle associatif de lutte contre le sida pour se structurer, et se veulent en dehors de toutes postures de contestations ou de revendications. Ils se positionnent comme des interlocuteurs avec les professionnels travaillant dans le domaine de la santé mentale. En 1992 ces associations vont se fédérer sous l’appellation FNAPsy (Fédération Nationale des usagers de la psychiatrie)[[15]](#footnote-15). La loi de 2005 permet la participation et la citoyenneté les usagers porteurs d’un handicap et notamment d’un handicap psychique, et surtout vient encadrer et donner un support législatif aux associations d’usagers au travers de l’intitulé GEM (Groupe d’entraide Mutuelle).

1. **Un exemple d’expérimentation : la création d’un GEM à Mayotte**
2. **Un GEM à Mayotte ou comment amener l’usager à devenir sujet, acteur de sa vie**

Le professionnel habitué à l’accompagnement thérapeutique, où les places sont clairement définies, et ou la relation soignant-soigné est de facto inscrit dans un axe vertical allant de celui qui donne vers celui qui reçoit un soin, se trouve bousculé dans ses repères quand il a à faire à l’usager dans un autre contexte et espace où la rencontre dans une co-construction est nécessaire. En effet pour le professionnel du soin psychique s’engager auprès de l’usager dans l’accompagnement de la mise en place d’un dispositif tel que le GEM, est une expérience hautement singulière. Pour le professionnel cela consiste à un changement de posture, s’autoriser à voir l’autre en tant qu’usager hors du soin, et donc sortir soi-même de sa place de professionnel du soin, et permettre qu’une rencontre puisse avoir lieu dans une logique partenariale et collaboratrice. C’est sous cet angle là que se sont déroulés les premiers échanges autour du projet GEM.

Avant d’aller à la rencontre des usagers, le chef de service a voulu s’assurer du soutient de l’ARS et une réunion a eu lieu en ce sens. Le projet de la mise en place d’un GEM à Mayotte a été très bien accueilli par l’ARS. Lors de cette rencontre, nous avons insisté sur la nécessité de prendre le temps de faire un travail de sensibilisation auprès des usagers autour du dispositif GEM, avant d’entreprendre des démarches administratives.

La proposition du projet a été faite de façon individuelle aux usagers, dans le cadre de leur accompagnement thérapeutique au CMP. L’énoncé mettait en avant l’idée de se regrouper entre usager afin qu’ils puissent s’entraider à dépasser leur maladie en dehors du soin. On a longuement insisté sur le fait qu’ils avaient un potentiel et des compétences qui devaient être mis en valeur. Il a été également évoqué l’idée de mettre en place une association de type GEM. Il leur a été expliqué que l’ARS (Agence Régionale de Santé) allouait une subvention qui était spécifique au GEM, mais que cette démarche de demande de subvention ne sera entreprise qu’une fois que le groupe sera officiellement déclaré en association. Bien sûr, à ce moment-là, le GEM, est un dispositif qui ne rencontrait chez eux aucune représentation, mais ils ont été d’emblée très sensible au mot « entraide » et à son signifiant. Il a été dit que même si l’idée venait de nous, soignants, la volonté de s’engager dans ce projet devait venir d’eux et nous allions nous positionner en tant qu’accompagnateur et soutient. Une grande majorité des usagers auxquels nous nous sommes adressés ont manifesté un grand enthousiasme pour le projet.

La première rencontre avec les volontaires du projet s’est déroulée au CMP. L’objet de la rencontre était de parler du lieu. Nous leur avons expliqué que le groupe devait se voir ailleurs, car le CMP est un lieu marqué par les soins. Nous leur avons clairement dit que nous comptions sur eux pour trouver un lieu neutre. Nous les avons sollicités dans leur capacité d’agir et d’être réactif face à un problème. Cela a été un succès, dans la semaine qui a suivi, un des membres du groupe est entré en contact avec nous pour nous dire, qu’il avait sollicité le président de « La Ligue Mahoraise de Football », et que ce dernier sensible à notre action était d’accord pour mettre à disposition une salle pour nos rencontres. Ainsi débuta véritablement l’aventure, et l’initiative de ce membre du groupe nous donna la certitude, non seulement que l’essence même du projet avait été saisit, c’est-à-dire, que c’est à eux d’agir, mais aussi que le projet avait des chances d’aboutir. Depuis, toutes nos rencontres se déroulent dans une salle de « La Ligue Mahoraise de Football », où le président se montre disponible et attentif à nos besoins.

En tant qu’accompagnateur du projet, nous pensons, que le fait que les rencontres du groupe se soient déroulés hors des murs du CMP, a donné un véritable souffle au projet. Ce lieu associatif a eu dès le départ un effet dans notre démarche et nous a plus ou moins placés sur un plan d’égalité dans les échanges. Il faut aussi préciser que même si les supports d’échanges (documents sur le GEM, statut d’association, logos, etc.…) étaient fournis par les accompagnateurs du projet, nous étions presque sur le même plan en ce qui concerne la découverte de ce dispositif. Cet état de fait a permis qu’usagers et accompagnateurs soient parfois dans des mêmes questionnements et interrogations. Et surtout pour nous, accompagnateurs, d’être dans un état d’éveil constant à ce que l’usager pouvait exprimer de sa compréhension du monde, de la société, et de comment ce dispositif pouvait prendre place et forme dans le contexte socio-culturel de Mayotte. Ensuite il a fallu prendre le temps de se mettre d’accord de ce que voulait dire se mettre en association. Ce fût des espaces-temps riches d’échanges et de partages et qui dura toute l’année 2016.

Effectivement il a fallu toute une année pour que les usagers se saisissent du projet. Les rencontres se sont tenues, régulièrement, une fois par mois sur la base du volontariat, donc sans aucune obligation d’être présent. La tâche des accompagnateurs a consisté à avoir un contact téléphonique une semaine avant pour un rappel de la rencontre. Un essoufflement s’est fait sentir vers la fin de l’année 2016, avec de moins en moins d’usagers présents, ce qui décida le groupe à se déclarer en association. Les usagers présents se sont véritablement saisi des démarches de déclaration en préfecture. Il a bien sûr fallu quelques interventions et réajustements des accompagnateurs, mais dans l’ensemble le processus de déclaration s’est passé au mieux.

Une fois cette étape de déclaration en préfecture fait, la parole se libérait de plus en plus autour d’actions à mettre en place. Il fût évoqué des campagnes de sensibilisations auprès de la population, et de leur besoin de parler de leur maladie ; d’avoir une place en tant qu’associations dans les événements culturels qui se déroulent tout le long de l’année afin de mettre en avant leur savoir-faire (culinaire, artistique, etc…). Ce fût comme si une prise de conscience se faisait jour, et qu’il y avait quelque chose de l’ordre du possible. Comme si, le temps consacré à la parole, aux dires, aux échanges, aurait permis la maturation d’un travail psychique, et qu’au bout quelque chose de l’ordre de l’agir puisse aboutir. Ils manifestaient un besoin et un désir d’habiter, d’incarner et de faire vivre cette association au travers d’une action.

Il a fallu alors échanger et réfléchir autour d’une action qui ne nécessitait pas forcément de moyens financier, l’association n’ayant aucun fond personnel et les usagers étant sans emplois. Au fil des échanges prend forme l’idée d’un café-rencontre avec comme thème « l’isolement ». Il est d’abord laissé libre court à leur imagination, pour mettre en place cet événement. Puis progressivement il n’a été gardé que les idées qui ne nécessitaient pas de financement. Lors de la mise en place de cette action, nous avons pu voir à l’œuvre et être impressionnées par leur motivation, leur capacité d’adaptation. Ils ont pu négocier avec un restaurateur, qui n’ouvrait pas le samedi après-midi, l’espace du restaurant moyennant consommation. Il a fallu une petite intervention des accompagnateurs auprès du restaurateur pour donner une caution morale solide à l’action mais dans l’ensemble l’essentiel des démarches a été entrepris par les usagers.

Nous pouvons dire que cette action a libéré le potentiel et les compétences des membres de l’association et que leur niveau d’empowerment a été grandement renforcé. Ils sont sortis de cette expérience avec la motivation d’aller de l’avant et la volonté de mettre en place d’autres actions. Cependant il a fallu faire face à une certaine réalité, c’est-à-dire la situation financière de l’association. Il est décidé alors, d’une rencontre avec l’ARS, afin d’entreprendre les démarches de demande de subvention.

Un rendez-vous est pris avec l’ARS, deux membres accompagnateurs et deux membres de l’association participent à la rencontre. Le jour dit, face à quatre représentants de l’ARS, les usagers vont défendre le projet associatif en étant claire et précis sur les objectifs d’un GEM. Nous, les accompagnateurs, sommes restés dans notre fonction de soutient, au travers de l’étayage de notre regard et répondant à leurs sollicitations, quand ils se sentaient en difficulté. A la sortie de cette réunion, ils ont pu exprimer l’appréhension qui les habitait avant cette rencontre, et le soulagement qui était la leur d’avoir pu prendre la parole face à des représentants de l’Etat.

A partir de cette rencontre avec l’ARS, il a fallu à nouveau plusieurs réunions pour leur expliquer le cadre législatif et spécifique du GEM, qui est différent des autres structures associatives. Pour ce faire nous nous sommes appuyés sur l’instruction du 9 septembre 2016[[16]](#footnote-16) émanant de l’arrêté du 18 mars 2016[[17]](#footnote-17). Lors de nos échanges avec les usagers il a fallu insister sur la spécificité associative du GEM, qui est l’obligation d’être parrainé par une association compétente et reconnue, ou par un organisme reconnu comme en capacité d’apporter un soutien au GEM. Nous leur avons également fait part de la possibilité de se gérer eux-mêmes, les subventions qui leur seraient alloués, ou de faire le choix de s’appuyer sur un organisme gestionnaire selon deux modalités : de convention de gestion ou de prestations de services. Il leur a été explicité les différentes missions du parrain, et de l’organisme gestionnaire ou de prestataire de services. Il a été précisé que les deux activités ne pouvaient pas être portées par le même organisme. Nous avons insisté sur le fait que le choix leur appartenait, et que c’est la raison pour laquelle, il était important de leur fournir tous les éléments leur permettant de comprendre au mieux la mise en place du dispositif sur le plan législatif afin qu’ils puissent prendre une décision.

En ce qui concerne le parrain, le choix était pour eux évident, cela ne pouvait être que ceux qui avaient été à l’initiative de ce projet, les accompagnateurs. Il a fallu leur expliquer qu’en nous désignant, c’est l’hôpital qu’il prenait comme parrain, donc le CHM (Centre Hospitalier de Mayotte). Ils ont confirmé leur choix en ce sens.

En ce qui concerne l’organisme gestionnaire, ce fût plus compliqué pour eux, il a fallu un peu les aiguiller. Quelques semaines auparavant une association bien en place à Mayotte, intitulé TAMA[[18]](#footnote-18) avait pris contact avec nous par l’intermédiaire de leur chargé de développement. Ce fût l’occasion pour nous de leur parler de cette association et de proposer aux adhérents de rencontrer cette personne, et qu’à l’issue de cette rencontre ils pourraient prendre une décision. Cette rencontre a pu se mettre en place assez rapidement et a permis que le choix se porte sur cette association en tant que prestataire de service. Avant la signature des conventions, cette association a été rebaptisée sous le nom de MLEZI MAORE[[19]](#footnote-19) .

Depuis les deux conventions, avec le CHM et MLEZI MAORE, ont été signés, la demande de subvention a été déposée à l’ARS et l’association GEM est en attente d’une réponse. L’association compte aujourd’hui environ 20 membres dont en moyenne une dizaine présente à chaque réunion, qui se déroule en ce moment tous les quinze jours. En attente de moyens financiers qui pourraient aider l’association à louer un local et à mettre en place des actions qui leur tient à cœur (campagne de sensibilisation de la population à la maladie mentale ; participation à des activités culturelles ; etc…), les usagers continuent régulièrement à se rencontrer et ont décidé malgré le manque de moyens de réitérer l’action du « café rencontre »

Nous venons de vous décrire le déroulé de cette expérience collective de la mise en place du GEM et comment progressivement les usagers ont pu s’inscrire dans ce projet et se l’approprier. Mais cela ne reste que notre point de vue et notre regard. Il est important d’avoir accès, dans ce processus, à la parole de l’usager. Nous avons trouvé pertinent de leur donner la possibilité de s’exprimer sur ce que la maladie leur a enlevé, en quoi la maladie devient un empêchement à « être », et comment le projet GEM a été une porte d’entrée dans la possibilité pour eux d’être sujet et donner un sens à leur vie.

1. **Méthodologie**
2. Echantillon

Nous avons fait le choix de rencontrer quatre usagers ayant eu un contact avec le GEM et/ou ayant participé à la mise en place du GEM.

Sur les quatre sujets de l’échantillon, trois participent activement à la mise en place du GEM et un sujet n’est venu qu’une fois à nos rencontres. Ce dernier dit ne pas avoir été recontacté et c’est la raison pour laquelle, il ne serait plus revenu.

1. La prise de contact

Ayant le numéro de téléphone des membres de l’association, la prise de contact s’est fait par voie téléphonique. Nous n’avons perçu aucune réticence lors des échanges téléphoniques et n’avons obtenu aucun refus.

1. Recueil des données

Nous avons utilisé l’entretien semi-directif en nous appuyant sur un guide d’entretien (ANNEXE III). Tous les entretiens ont été enregistrés. Ce type de cadre d’entretien donne la possibilité au sujet de s’exprimer selon une logique qui lui convient. Ce qui suppose une certaine adaptation de la part de celui qui mène l’entretien, mais aussi la possibilité de revenir, voir reformuler certaines questions si nous pensions que le sujet ne répondait pas vraiment à la question. Les thèmes qui ont été abordés sont les suivants :

* La maladie, la souffrance psychique
* Premiers contacts avec des professionnels de la santé mentale
* Vécu de la prise en charge
* Comment s’est fait le contact avec le GEM
* Qu’est-ce que leur apporte le GEM

En ce qui concerne les lieux où se sont déroulés les entretiens, le choix du CMP fût le seul compromis possible, car seul lieu permettant une certaine confidentialité ainsi que les conditions nécessaires à un enregistrement réussi. De ce fait, nous prenons, évidemment en compte, le manque de neutralité du lieu et le biais que cela peut introduire dans la réponse des usagers interrogés. D’autre part, nous tenons à préciser que nous n’avons pas eu directement en soin les personnes interrogées, mais faisant partie de l’institution qui leur a prodigué ce soin, il est possible que les réponses apportées puissent comporter des biais.

1. L’analyse des données

Partant du discours recueilli auprès des usagers, nous avons procédé à une analyse thématique et qualitative des données. L’objectif étant de donner accès au discours des usagers à propos de leur vécu de la maladie et de leur vécu du GEM.

Pour procéder à cette analyse nous sommes partis des thèmes abordés lors des entretiens et avons dû en définir d’autres afin de parvenir à une exploitation maximale du matériel apporté par les usagers interrogés.

1. **Analyse thématique des entretiens**
2. Le quotidien de la maladie, la souffrance psychique

C’est un moment vécu par les usagers comme un empêchement à faire, à vivre « *je voulais arriver à quelque chose mais je n’y arrivais pas* » ; « *des fois, quand il y a des choses dans ma tête, je n’arrive pas à faire, je reste toute seule…je n’arrive plus à rien faire… je reste là, je ne parle à personne, je reste comme çà…* », *je n’ai plus envie de vivre, si on me dit de mourir, je serais d’accord, au lieu de continuer à vivre comme ça »* , Une situation qui les rends vulnérables sur le plan des relations sociales, les amenant petit à petit vers une forme d’isolement, et instaure progressivement une dévalorisation narcissique, «  *j’ai commencé à m’enfermer à ne plus parler avec les autres …je me sentais comme un moins que rien, je ne servais à rien…je me sentais inutile…je ne voyais plus mes amis…j’ai perdu tous les gens que je voyais et qui tentais de m’aider ».* La maladie c’est l’empêchement à prendre sa place dans la société, à se construire au travers des études, et s’accomplir dans une vie professionnelle. Elle leur enlève toute capacité d’agir et leur laisse un sentiment d’inutilité, où un désert affectif et social prend silencieusement place, dans quelque chose de l’ordre de l’atemporalité « *la maladie m’empêchait d’avancer dans ma vie professionnelle…aller de l’avant, faire des études… je ne pouvais pas être comme les autres, cela m’a empêché de faire le brevet des collèges…la famille ne me comprenait plus »*

*« je reste à la maison, si j’ai un RDV, je viens à l’hôpital, mais après, je ne fais rien, c’est comme çà »*

« *il n’y a pas de journée, c’est regarder les autres aller travailler et moi je reste à la maison.*

1. Vécu de la prise en charge

Les usagers interrogés expriment, à peu près tous, quelque chose de l’ordre de l’ambivalence par rapport aux soins, ils en perçoivent l’aspect bénéfique, tout en pointant, l’incompréhension des familles face à la maladie et la difficulté qu’ont ces derniers à les soutenir « *à la première hospitalisation, j’ai compris que ma famille ne voulait pas…ils disaient que la psychiatrie ce n’était pas ma place, mais moi, j’ai compris que le CMP me permettait de m’exprimer* *et j’ai senti que ces traitements m’aidaient* ». Cette difficulté pour les familles d’accepter la maladie, semble être atténuée par la mobilisation des soignants à intégrer la famille dans la prise en charge et ainsi être d’une grande aide pour l’usager et la famille « *avec ma famille, je ne raconte pas trop mes hospitalisations, les médicaments et tout ça…maintenant, ils ont compris, il y a beaucoup de changement, leur comportement et mon comportement envers eux…et moi je trouve que c’est les réunions qui font qu’ils ont accepté, et d’ailleurs arrivé un moment, c’est eux qui demandaient à ce que je sois hospitalisée* ». Ils disent aussi leur difficulté à vivre leur différence, la nécessité pour eux de se taire sur une partie de leur vie, de peur, sans doute de vivre la stigmatisation « *c’était un peu difficile, d’aller en cours, en stage, puis avoir des RDV au CMP…comment demander à la directrice de me laisser aller au CMP sans entrer dans les détails » ; « en ce moment dans mon travail, je fais en sorte de ne pas trop entrer dans les détails …pas trop étaler ma vie…c’est comme si je mens…mentir au patron* ».. Ils peuvent dire en quoi le cadre étayant des soins a été suffisamment structurant pour faire l’expérience subjective d’une re-prise sur la scène extérieure et ainsi permettre quelque chose de l’ordre d’un agir

«J*e n’ai pas tout à fait confiance en moi …grâce au CMP, j’ai pu avancer dans mes démarches, dans mes projets…certaines choses ne se sont pas tout à fait débloquer mais je dirais que je suis sur le bon chemin* ».

Pour d’autres la souffrance fait fonction de blocage où semble s’installer une forme de répétition symptomatique, mais un potentiel dans le processus thérapeutique est toujours à l’ordre d’un possible  *« le fait d’être suivi m’aide un peu…des fois quand je prends les médicaments ça m’aide un peu…je prends, je prends, et puis un certain moment, c’est comme si je prends pas le médicament… c’est comme si rien ne change, c’est un peu compliqué »*; Cependant l’expérience subjective du temps thérapeutique permet des levés de barrière même si cela reste précaire « ‘*je ne vois pas vraiment de changement, des fois ça change un peu, tu peux commencer à t’en sortir, tu peux commencer à rire… et puis à un autre moment, c’est comme si tu ne prends même pas le médicament »*

1. La perception du GEM chez les usagers

Le discours des usagers nous donne à voir quelque chose de l’ordre d’une confusion dans la représentation qu’ils ont du GEM. En effet le GEM semble être perçu comme une entité qui reste collé aux soins, bien que la mobilisation à s’y engager montre qu’ils ont conscience d’expérimenter quelque chose de différent, mais les mots pour parler de ce vécu peine encore à émerger, car l’expérience n’est pas encore suffisamment subjectivé et est encore au stade de « l’object présenting[[20]](#footnote-20)» tel que défini par Winnicott «*j’ai un peu compris que ça aide à sortir de cet enfermement, d’être ouvert, d’aller vers, se permettre d’éliminer tout ce qui est négatif…des idées, des questions qu’on se pose*»; «*c’est un groupe d’entraide mutuelle…qui aidait les gens qui avait besoin d’aide psychique… qui se sentaient isolés, qui n’avaient pas beaucoup de soutien moral…c’est surtout pour aider les gens à s’ouvrir aux autres»*. Cependant la notion d’aide paraît être un signifié suffisamment porteur de sens et qui rencontre un écho chez eux pour être un vecteur à leur envie d’y prendre part « *c’était quelque chose dont on avait tous besoin, car on a besoin d’avoir une oreille .... que quelqu’un qui nous aide » ; venir passer du temps avec les autres, qu’on apprenne à connaître les autres….se familiariser avec les autres* ». Ils parviennent, à pointer cet aspect «d’être ensemble », avec des semblables, où la proximité est possible, et où la relation peut se vivre dans une horizontalité que le soin ne permet pas « *c’est surtout le mot mutuelle…c’est comme l’amitié, et ce de ça dont on a besoin, afin qu’on puisse avoir un peu de courage car parfois on en trouve pas* » ; « *j’ai pensé que ça allait être comme les groupes qu’on fait ici, comme le groupe écriture, relaxation, qu’on allait se trouver ensemble »*; « *c’est pour des gens qui traversent un moment difficile…aider à mieux comprendre les autres* » ; Un vécu au quotidien marqué par l’isolement et la solitude et l’envie de « lutter contre » en « en allant vers », car c’est dans ce va et vient , ce dedans-dehors que le trouvé-créé prend véritablement forme et place, et donne la possibilité à l’objet d’exister «  *c’est comme quand on vient au CMP pour les médicaments, ça peut nous faire du bien…qu’il ne faut pas rester tout le temps à la maison, quand tu sors, ça peut te faire du bien… ça peut aider à rencontrer des gens»*; «*pour moi, c’était une très bonne opportunité, au moins, cela va me faire sortir de la cage où je suis*» ; *« une* *lutte contre les personnes qui se sentent isolées, idée que c’était ouvert à tout le monde, que toute personne pouvait venir » ;* L’objet GEM va, en effet, pouvoir advenir et exister autrement que dans la pensée.

1. Le GEM, un espace du possible dans le devenir sujet

Ici on voit apparaître quelque chose de l’ordre de la vie, du mouvement, les éléments du discours sortent de la passivité pour entrer véritablement dans l’action, le « Je » prend force, place, et s’anime. « *la première fois qu’on a eu une réunion et que j’ai pris des notes pour faire le compte rendu, et envoyer le CR par mail…et là je me voyais dans cette association GEM apportant de l’aide concernant l’accueil, le secrétariat »* ; On voit apparaître au travers des actes posés , ce que René Roussillon[[21]](#footnote-21) décrit comme, une forme d’exploration des situations subjectives, une nouvelle forme de relation ou de rapport à soi-même ou à l’autre, une interprétation renouvelé de soi ou du monde «*j’ai ramené la collation, j’ai participe pour les CR, j’ai envoyé des mails, j’ai été à la préfecture pour me renseigner pour la création de l’association, j’ai été prendre les documents à la préfecture, j’ai pris contacts avec le président de l’association des étudiants à Dembéni…qui est venu par la suite à des réunions de notre association, on est venu à l’hôpital pour faire un Skype avec un GEM de la Réunion*». Cette expérience de soi dans l’action devient une source de satisfaction et appelle au renforcement « *ça me fait du bien d’aller dans l’association GEM, je suis dans le mouv, dans l’action et ça m’a motivé* » ; Le « soi » semble s’affirmer dans ce que l’autre, en tant que pair et semblable, renvoi en miroir, de suffisamment rassurant d’une expérience dans l’intersubjectivité « *au GEM, on est entre nous, entre un public atteint d’un handicap, on entend chacun parler de soi… on partage, c’est rassurant* »; Cette fonction miroir est suffisamment intériorisée pour qu’une autre étape du «trouvé-créé » puisse se déployer et mettre en scène l’expérience subjective. le « lâcher » dans le faire permet le vécu d’une expérience enrichissante et gratifiante, permet l’éprouvé subjectif d’une forme de liberté et que la représentation du GEM, jusque-là objet de sublimation, prenne place et se matérialise « *on a des réunions, des rencontres pour faire des démarches administratives, on a fait aussi un café rencontre, qui nous a permis de nous réunir et inviter certaines personnes afin qu’ils puissent voir ce que c’était le groupe GEM…on peut dire que ça été un succès, ça nous a donné le courage d’avancer, et je dirais que ça nous a poussé à faire autre chose afin que le GEM puisse exister »* ; Le GEM devient alors une réalité et un lieu où peut se projeter quelque chose de soi, un lieu qui prend valeur d’un espace transitionnel, où se met à l’œuvre un processus dans la superposition d’une réalité interne et réalité externe, afin que puisse émerger progressivement une réalité subjective qui vient s’affirmer dans un engagement « *pour moi le GEM, c’est le courage, mais aussi prendre le temps de réflexion, mais maintenant comme je suis engagée, alors me mettre au sérieux à mon engagement, c’est ce que j’essaie de faire*» ; La place de sujet ainsi approprié et investie, permet la mise en œuvre d’un processus dynamique qui gagne en souplesse dans un cadre suffisamment sécurisant et ainsi faire émerger une forme d’assurance dans la créativité, qui ne laisse que très peu de place au doute dans ce qui est visé : la réussite « *à l’époque je voulais être membre de l’association mais pas membre du bureau…mais maintenant je participe, je contribue à l’association, et maintenant de voir que les choses avancent et que cela n’a pas stagné, c’est encourageant*» *« depuis le début on avance, si on avait échoué quelque part, j’aurais considéré que cela aurait pu être une difficulté, mais là jusqu’à maintenant on avance* ». Le cadre du GEM vécu comme sécurisant et rassurant laisse place au déploiement d’une confiance en soi et ainsi s’autoriser dans le jeu de la relation intersubjective de se différencier de l’autre « *le GEM m’apporte un apaisement, de nouvelles rencontre…je vois mon état et celui des autres, je me dis que je suis mieux que certaines personnes et que je dois avancer…sincèrement, ça me permet de comprendre beaucoup de choses, je me dis que je peux avancer, aller un peu plus loin par rapport à ce que je pensais*». Pour autant l’autre reste un semblable qui permet d’évoluer « *aller au CMP, il y a une mauvaise connotation, par contre aller au GEM c’est aller voir des gens avec qui on peut parler sans aucun problème » « le GEM quand on part là-bas, tu peux être joyeux, quand tu sors…ça fait aussi du bien* ». L’expérience subjective acquis au travers de l’espace transitionnel qui est le GEM, est suffisamment appropriée et intériorisée pour se jouer sur d’autres scènes.

1. **Discussion**

Le fil suivi et qui fût à la base de la construction de notre propos tout au long de ce travail de recherche était de cerner le concept de folie, de maladie mentale dans ce qu’elle a d’enfermant et de stigmatisant pour la personne. Cette place de patient et de malade porteur d’une pathologie mentale qui lui est attribué et à laquelle il est assigné, devient sa marque, son stigmate ; dans les soins et en dehors des soins. D’ailleurs au fil du temps l’individu finit totalement par l’intégré, s’identifier à la pathologie et se vivre en tant que malade.

Afin de mieux comprendre comment ce processus s’inscrit dans la « conscience collectif »[[22]](#footnote-22), et qui amène à penser que le porteur d’une pathologie mentale, ne peut être que malade et rien d’autre, il nous a fallu aller chercher des réponses ailleurs que dans le champ de la psychiatrie. Nous nous sommes intéressés à la façon dont la société s’est évertuée au fil des siècles à faire de la folie, de la maladie mentale un domaine complètement à part. Cependant, de façon paradoxal, la folie occupe et préoccupe tout un chacun, en suscitant des controverses aussi bien dans le champ de la santé que sur la scène politique.

L’histoire montre, qu’à travers les siècles, et en fonction des événements et des époques, la maladie psychique au travers de folie a fait l’objet de toutes formes de projection. La difficulté à être dans la construction d’une représentation qui soit suffisamment structurée pour entrer dans une catégorisation claire et précise, en fait un objet d’angoisse et de peur. Au fil des siècles, et en fonction des disciplines qui s’en emparent (Philosophie, religion, justice) elle va être objet de curiosité, de rejet, d’exclusion, d’enfermement et d’internement. Bien que la notion de maladie ait toujours flottée autour du concept de folie, il faut attendre le XIXème siècle pour que la science s’en empare et en face un véritable objet de recherche, d’exploration, voir même d’expérimentation. La société peut enfin être rassurée, ce mal étrange est une maladie qui est catégorisable sous le terme de maladie mentale. Pour autant on n’en connaît toujours pas l’origine. C’est ce que la science va s’évertuer à trouver en étant dans une pratique complètement déshumanisante.

En effet tout est fait pour circonscrire cette maladie, l’individu est nié dans sa subjectivité. La période qui va du XIXème siècle jusqu’à la 2ème guerre mondiale signe l’avènement des traités nosographiques. Cependant les échecs à répétition face aux thérapeutiques utilisées, vont faire naître le doute et la déception. Cet état de fait ne signera pas, pour autant, l’arrêt de ces traitements. On pourrait se poser la question de ce qui fait blocage chez ces individus ayant la faculté de penser et de réfléchir et qui restent figés dans des comportements et attitudes qui les empêchent d’avoir accès à cet autre, considéré comme fou, insensé, aliéné autrement qu’en se centrant sur sa maladie. En le prenant sous cet angle, c’est ignorer l’influence de la société et des idéologies qui la traversent. C’est aussi ignorer une époque où la folie ne pouvait se vivre que dans l’enfermement de l’asile.

Dans ce dictat de la société, où comme dit E. Zarifian[[23]](#footnote-23) « *à force d’obscurantisme, de prétention scientifique, d’égoïsmes, de conservatisme, d’intolérance, a obturé petit à petit, inexorablement, toute ouverture vers l’extérieur, toute réversibilité, condamnant la folie à se répéter, indéfiniment, victime de son étiquette »p. 211 ; c*e qui questionne, en lisant ces mots, est que E. Zarifian parle d’une époque actuelle, donc de nos contemporains, et nous sommes obligés de nous rendre au triste constat, que finalement rien n’a changé. Ce qui nous laisse à penser que plus d’un siècle plus tard, malgré les progrès de la science face à la maladie mentale, malgré les progrès et les avancés sur les pratiques et techniques thérapeutiques, malgré les mouvements qui ont traversés le XXème siècle pour sensibiliser les populations à la maladie mentale, perdurent et persistent face à la maladie mentale une peur, une incompréhension, qui nous amène inexorablement vers les mêmes comportements ; le rejet, l’exclusion.

Cet état de fait nous amène vers le constat qu’il y a bien là, quelque chose qui reste inhérente à l’être humain, et qui ne fait que nourrir au fil des siècles les agissements de la société. Cela voudrait dire que persiste dans l’inconscient collectif quelque chose de l’ordre d’un inconnu, d’une étrangeté, d’un vécu voir d’un éprouvé suffisamment angoissant et obscur, pour que le seul mouvement possible, soit de mettre l’objet à distance. Il nous paraît ici intéressant de convoquer le concept « d’inquiétante étrangeté » développé par Freud (cité par Martine Menés). Ce concept est définit comme « *un sentiment qui fait appel à l’intime mais qui surgit comme étranger, inconnu, au point d’en être effrayant (…) C’est un phénomène rattaché au connu, qui n’apparaît qu’à propos de choses familières, habituelles depuis longtemps, mais qui ont un caractère d’intimité et de secret (…) Autrement dit le refoulement a transformé quelque chose de familier qui aurait dû demeurer caché, secret , en autre chose »*[[24]](#footnote-24). C’est cette « autre chose », qui pousse l’individu à vouloir s’en éloigner, cette autre chose proche mais indéfinissable qui pousse à l’exclusion de l’autre perçu comme étranger, comme différent.

Le professionnel de la santé, malgré sa formation et sa sensibilisation à la maladie mentale, n’est qu’un produit de la société, et donc porte en lui les mêmes représentations, les mêmes peurs, les mêmes angoisses. Cependant l’objet de sa pratique le met dans une position où il se doit d’y faire face. Ce qui lui permet d’y faire face c’est sa posture de professionnel, de soignant. L’objectif est d’apporter à l’autre un soin, tout est donc centré et concentré sur la démarche de soin. Au fil du temps, il est perdu de vu que le professionnel du soin participe d’une façon ou d’une autre à l’exclusion du sujet porteur de d’une pathologie mentale. Pour expliquer ce processus E. Zarifian [[25]](#footnote-25)dit « *la folie est par essence une dialectique de l’exclusion, mais à ce jeu, c’est toujours le malade qui perd. Ce qu’on lui offre sous le nom de –soins-, c’est un retour au système de communication antérieur, celui qui est partagé par le plus grand l’ombre. Probablement, est ce en soi un objectif louable, mais ce sont les moyens mis en œuvre pour y parvenir qui sont parfois discutables »* p. 212

Notre problématique de départ est entre autre point, de voir dans quelle mesure le fait d’accompagner certains patients dans la mise en place d’un GEM, peut être un moyen facilitateur dans leur processus d’autonomisation, et par là même accéder à une place de sujet-usager. Pour les soignants inscrits dans cette démarche au côté des patients, ce fût une façon de sortir de cet objectif louable qui est le soin, et s’autoriser le pas de côté qui donne accès à une part de subjectivité de l’usager que le soin empêche, parfois et malgré nous, de voir.

Ce qui est cependant important de noter, c’est que dans cette expérience collective, usagers et professionnels avons dû apprendre à se rencontrer autrement que dans le cadre du soin. Nous pensons que c’est une expérience qui fût déstabilisante, tant du côté, du professionnel que de l’usager. Cela s’est notamment manifesté autour de la pratique du «vous» et/ou du «tu». Nous avons constaté qu’avec certains le « tu » venais de façon spontanée, alors qu’avec d’autres persistait une utilisation du « vous ». Bien que cet élément soit important à prendre en compte dans le processus de la rencontre dans un ailleurs autre que le soin, nous resterons qu’au stade du constat. Il nous semble plus intéressant compte tenu du cadre de la recherche et de la problématique avancée de nous centrer sur ce que les usagers ont pu exprimer lors des entretiens et de l’articuler à ce que les accompagnateurs ont pu vivre et percevoir dans ce processus de la mise place du GEM.

Ce qui est marquant dans cette « aller vers » l’usager dans un cadre qui n’est pas le soin, c’est faire l’expérience d’une autre forme d de temporalité, qui n’est ni dans le soin, ni véritablement hors du soin. C’est un entre deux qui doit amener usager et accompagnateur à créer un autre espace. C’est faire l’expérience d’un lâcher prise, car il s’agit de faire confiance à l’usager. C’est donc faire l’expérience de l’attente, de la patience, du laisser venir. Faire aussi l’expérience de l’incompréhension, de la frustration. C’est faire l’expérience d’un « aller vers » qui soit différent, car le cadre est différent, le cadre rassurant du soin doit être mis de côté. C’est tout simplement faire l’expérience d’une autre forme d’engagement qui ne soit pas guidé et orienté par la clinique.

La rencontre et la relation restent néanmoins dans quelque chose de l’ordre de l’asymétrie. Pour l’usager nous restons ceux qui possédons le savoir et qui devons les amener vers un dispositif qui a pour objectif de faire émerger le potentiel qui est en eux, valoriser leur compétence et les faire accéder à une forme d’autonomie. C’est un engagement qui suppose de toujours se situer dans une limite qui soit acceptable aussi bien pour les usagers que pour les accompagnateurs du projet.

Pour ce faire il a fallu composer avec leur rythme, être dans un réajustement perpétuel de nos attentes, être à l’écoute de leur limite et ne pas trop s’attarder sur leur souffrance. Il faut être dans un état d’éveil et de vigilance, qui puisse faire advenir un potentiel et laisser leur souffrance dans un ailleurs qui est l’espace du soin. Favoriser une verticalité balbutiante afin de faire vivre une collaboration dans la co-construction du projet.

C’est une expérience qui a dans un premier temps pris forme dans un espace de parole. Il a fallu laisser libre court à la circularité de la parole. Cette parole a pu dans le jeu de la rencontre permettre une réflexivité. Des paroles qui se sont laissées intercepter capturer par les uns, modeler par les autres, afin de trouver un chemin vers une forme d’objectivation.

Cependant ce temps donné à la parole et aux échanges bien que nécessaire dans ce processus, semble au fil du temps avoir laissé place à la frustration. Cela s’est manifesté par une désertion des réunions. Du côté des accompagnateurs il a fallu faire une lecture de ce qui était signifié, de façon latente, par cet acte. Cet acte ne venait pas s’inscrire dans cet espace de rencontre à n’importe quel moment. Cela faisait déjà plusieurs mois que les échanges se déroulaient. Fallait-il y voir là une forme de frustration, de n’être que dans la parole et pas dans l’agir ? et que la seule façon qui semble avoir été suffisamment opérant pour eux c’est de « briller par leur absence»?. Quoi qu’il en soit, cette désertion a fait fonction d’alerte, et les accompagnateurs l’ont entendu, comme quelque chose de l’ordre du manque qui se jouait sur la scène psychique, et que la seule façon que certains usagers ont eu de le signifié, c’est au travers de leur absence. Cette fonction d’alerte a donné place à un agir par le dépôt du statut à la préfecture. Le regard extérieur des accompagnateurs a permis la mise en lien passivité/activité et ainsi faire émerger une forme de compréhension mutuelle. On est là dans le « trouvé/crée » du concept développé par Winnicott, déjà explicité un peu plus haut, et qui est pour lui l’organisation de base du transitionnel. Pour lui le transitionnel (cité par Roussillon)[[26]](#footnote-26) est « *espace de repos, il est fondateur d’une illusion primordial, absolument nécessaire à la psyché (…) elle introduit l’idée de l’autre et d’un affranchissement à son égard, extrêmement trophique pour le narcissisme* ». Le GEM est un lieu qui doit se mettre place par eux, autour de leurs désirs, leurs envies, leurs représentations, leurs idées, car c’est un lieu qui est pour eux. In fine l’objectif visé par les accompagnateurs est que les usagers puissent s’affranchir de notre étayage, et signé ainsi leur inscription dans une place de sujet acteur de leur vie.

1. **Conclusion**

Cette expérience dans la compréhension mutuelle entre usagers et accompagnateurs a été fondatrice d’une étape franchit, et des prémices chez l’usager d’une activité psychique propice à l’émergence d’un besoin qui s’est manifesté dans le faire et l’agir. Après cet épisode les usagers ont pu exprimer clairement leur désir de voir le GEM exister au travers d’une action spécifique. Ce fût l’occasion de faire vivre la première action du Gem au travers d’un café-rencontre qui a eu pour thème « l’isolement ». Par la suite semble apparaître quelque chose de l’ordre d’une libre représentation psychique, qui pousse de plus en plus à la créativité et qui pourrait être résumé par ces quelques mots de Roussillon « *l’expérience ainsi –domptée-va devoir être ressaisie et représentée, elle va devoir être appropriée, mais pour être présentée à la psyché […], la psyché va devoir se donner l’expérience subjective à nouveau, et pour cela la –lâcher- et la reprendre, la ressaisir autrement […] Ce temps de ressaisie est nécessairement précédé d’un –lâcher prise- dans lequel la fonction de maintenance première doit céder la place à d’autres formes de saisie de l’expérience, aux formes –symboliques- d’inscription et d’intégration de celle-ci* ».

En effet les usagers nous montrent chaque jour à quel point ils se sont suffisamment approprié l’objet GEM, à quel point ils ont hâte de voir les projets se mettre en place. L’association est toujours en attente de la subvention qui doit être allouée par l’ARS. De ce fait les usagers se voient être limités dans leur désir de mettre en place des actions, par le manque de financement. Pour autant ils restent motivés et confiant. Ils ont décidé de mettre en place une nouvelle action, tout en continuant à se projeter dans des actions à venir. Ils ont acquis une véritable confiance en eux, mais restent rassurés par notre présence.

Nos questionnements de départ, guidés il est vrais, par une certaine inquiétude de voir les usagers se désinvestir du projet, ont trouvés pour la plupart des réponses au cours de ces derniers mois par leur investissement, et aussi au travers des entretiens qui ont été menés avec certains des usagers dans le cadre de ce mémoire. Les usagers ont pu nous montrer un degré de motivation qui nous devons le dire, dépasse nos attentes. Nous avons pu surtout constater qu’usagers et accompagnateurs évoluons dans des temporalités différentes. Cette différence de temporalité nous a laissé penser à un moment qu’il y avait blocage, quand se manifestait des temps de digestion, de maturation et d’appropriation du projet. Cette association est maintenant incarnée par eux et ils ne demandent qu’à l’habiter psychiquement et concrètement au travers d’un local, dans laquelle ils se projettent déjà. Nous sommes chaque jour surpris par leur besoin d’agir, prouvant ainsi que l’empowerment est complètement à leur porté. Cette expérience nous montre qu’il suffit seulement d’être dans une « continuité d’attention » afin de pouvoir être à l’écoute de ce qu’ils ne cessent de nous « crier » : leur désir d’être un citoyen comme les autres.

Il nous semble important, de ramener cette expérience au contexte de Mayotte et de revenir sur ce qui était à la base d’une réflexion autour de la mise en place d’un GEM. Pour nous lancer dans cette démarche, nous nous sommes saisis de la parole des usagers qui exprimaient leur besoin de s’insérer dans la société au travers d’un travail et de la construction d’une famille.

A Mayotte la première unité d’appartenance est le groupe famille élargie, vient ensuite le quartier et enfin le village. Comme beaucoup de société traditionnelle, à Mayotte l’appartenance au groupe est le fondement et l’inscription de l’individu au sein de la société, et toute mis à l’écart est vécu comme une sanction. L’individu n’a d’existence et de droit que par rapport à sa fonction au sein du groupe. Ce qui va être l’entité social fondamental, c’est l’acte de se marier et de créer une famille, donc un foyer. C’est le foyer qui va être le médiateur de l’intégration de l’individu dans la communauté.

Notre propos n’est pas de dire que le GEM vient prendre lieu et place face à ces exigences communautaires et sociétales. Mais le GEM, permet à l’usager de se vivre autrement qu’au travers de sa maladie, le sort de son isolement, lui permet de re-vivre un sentiment d’appartenance à un groupe. A partir de là, il est permis de penser, que le processus du « trouvé-créé » soit suffisamment active sur le plan psychique, pour que l’usager puisse progressivement accéder à cet idéal sociétal, qui est la création d’une famille, et ainsi accéder à une intégration au sein de la communauté.

Cependant, force est de constater, que cette expérience du vécu et de l’éprouvé de l’empowerment, les amène finalement à accéder et à désirer se construire ailleurs que dans cet idéal sociétal traditionnel, qui semble puiser sa force dans « l’inconscient groupal »[[27]](#footnote-27). En effet, cet espace groupal du GEM, dans le processus de subjectivation qui est à l’œuvre, semble avoir aussi pour effet de relativement les dégager des alliances qui le maintiennent assujetti aux effets de « l’inconscient groupal », et les faire s’exprimer sur des choses qui sont du registre d’un accomplissement personnel et surtout qui correspond et répond à un contexte d’une société mahoraise en évolution. Ce qu’ils expriment sont de de l’ordre d’une reconnaissance autour d’un savoir faire (culinaire, artistique, logistique : campagne de sensibilisation, organisation de journées culturelles). De façon manifeste besoin d’individualisation et d’affirmation de soi, va plus se révéler dans la quête de formation et d’insertion par le travail. C’est sans doute ce qui est le plus à leur porté à ce moment là de leur parcours et qui est la base nécessaire à la création d’un foyer. .

Nous ne pouvons conclure ce mémoire, sans parler de la pertinence des concepts qui ont alimenté ce travail et étayé notre réflexion. En effet la théorie psychanalytique au travers de ses concepts, est une source d’inspiration, et d’étayage dans notre pratique au quotidien. Se situer hors du soin, dans l’accompagnement qui est la notre auprès des usagers, met perpétuellement en questionnement notre posture de clinicien très clairement inscrite dans une pratique d’orientation psychanalytique. C’est une situation qui nous projette dans un dedans-dehors qui vient très vite faire appel à notre statut de citoyen face au citoyen qu’est l’usager en santé mentale. Pour autant ce sont bien les concepts psychanalytique qui nous accompagnent tout le long de cette démarche et qui permettent par moment de trouver les limites acceptables et pour l’usager et pour nous-mêmes. Cela nous amène à penser qu’une articulation entre psychanalyse et santé communautaire est de l’ordre du possible et qu’un dialogue est à trouver entre ces deux courants tout en respectant les valeurs d’empowerment, de capabilité et de rétablissement. Tout au long de cette expérience nous vivons au quotidien la pertinence de la complémentarité de ces deux courants.

**Bibliographie**

**Livres**

COLLE M. et QUETEL C., Que sais-je ? *Histoire des maladies mentales*, PUF Paris, 1995

FOUCAULT M., *Histoire de la folie à l’âge classique,* Gallimard Paris, 1972

FRREUD S*., L’inquiétante étrangeté*, Gallimard Paris, 1985

ZARIFIAND E., *Les jardiniers de la folie*, Odile Jacob, 1988

WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Gallimard Paris, 1971

**Articles**

FEYS JL., « les fondements constructivistes de l’antipsychiatrie », in *L’Information Psychiatrique*, Vol. 93 n°6, Juin-Juillet 2017, p. 457-463

MADIONI F., « le psychothérapeute à l’école de phénoménologie », in *L’Esprit du Temps*, 2004/3 – N°88, p. 173-183

SINGAÏNY E. JD, «A propos d’une approche psychothérapique d’inspiration psychanalytique et phénoménologique en situation transculturelle», in *Psychopathologie africaine*, VOL. XXXII – N°3 – 2003-2004, p. 291-304

VAN DAMNE P., «LUDWIG BISWANGER un fondateur méconnu », *in Revue Gesltat*, N° 37 – Juin 2010, p. 175-184

WOLF-FEDIDA M., « De la phénoménologie à la psychopathologie psychanalytique », in *Recherche en psychanalyse*, 2005 – 3, p. 145-157

**Référence électronique**

[**https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychoth%C3%A9rapie\_institutionnelle**](https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychoth%C3%A9rapie_institutionnelle)

[**http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-110.htm**](http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-3-page-110.htm)

[**https://www.psychisme.org/Therapeutique/Thinstitutionnel.html**](https://www.psychisme.org/Therapeutique/Thinstitutionnel.html)

[**https://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/la-psychotherapie-institutionnelle-de-jean-oury\_sh\_32472**](https://le-cercle-psy.scienceshumaines.com/la-psychotherapie-institutionnelle-de-jean-oury_sh_32472)

[**http://www.lien-social.com/Comprendre-la-psychiatrie-communautaire**](http://www.lien-social.com/Comprendre-la-psychiatrie-communautaire)

[**http://www.revue-institutions.com/Jean\_Ayme-44.pdf**](http://www.revue-institutions.com/Jean_Ayme-44.pdf)

**http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique\_de\_l\_enfermement.pdf**

[**https://fr.wikipedia.org/wiki/UNAFAM-Union\_nationale\_de\_familles\_et\_amis\_de\_personnes\_malades\_et/ou\_handicap%C3%A9es\_psychiques**](https://fr.wikipedia.org/wiki/UNAFAM-Union_nationale_de_familles_et_amis_de_personnes_malades_et/ou_handicap%C3%A9es_psychiques)

[**http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n58-la-participation-des-usagers-en-sante-mentale-1235.html**](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n58-la-participation-des-usagers-en-sante-mentale-1235.html)

[**https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-9-page-799.htm**](https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-9-page-799.htm)

[**https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2004-1-page-7.htm**](https://www.cairn.info/revue-psychologie-clinique-et-projective-2004-1-page-7.htm)

**https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2004-1-page-79.htm**

[**https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire\_des\_conceptions\_de\_la\_folie**](https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_des_conceptions_de_la_folie)

[**https://www.psycho-ressources.com/bibli/psycha-groupe.html**](https://www.psycho-ressources.com/bibli/psycha-groupe.html)

**Autres sources**

«*Psychiatrie et santé mentale à Mayotte* », bilan quinquennal, septembre 2001-sptembre 2006, Dr Régis AIRAULT

**«***Secteur et santé mentale communautaire. Propos sur la –continuité-»*, cours du Dr Patrick CHALTIEL du 27 janvier 2017

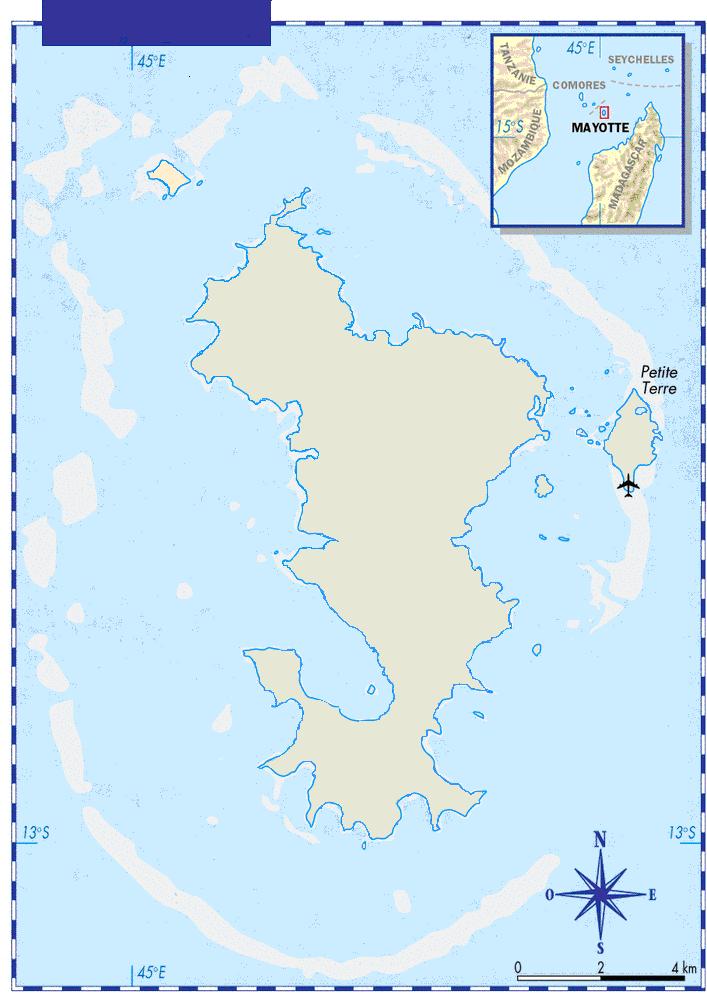
«*Rapport de mission psychiatrique à Mayotte*» ; Dr Frédérique MAUVISSEAU, Dr Jean-François REVERZY, Madame Geneviève PAYET ; 1993

**ANNEXES**

**ANNEXE I**



**ANNEXE II**



ACOUA

7h à 14h

SF mardi 11h 18h

SADA

7h à 17 h

(24/24)

COMBANI

7h à 17h

(24/24)

KOUNGOU

7h à 17h

(24/24)

BANDRABOUA

7h à 17h

(24/24)

M’TSAMBORO

7h à 17h

(24/24)

BOUENI

7h à 14h

KANI-KELI

7h à 14h

CHIRONGUI

7h à 17h

(24/24)

BANDRELE

7h à 14h

OUANGANI

7h à 17h

DEMBENI

7h à 17h

KAHANI

CHICONI

7h à 17h

PASSAMAINTY

7h à 14h

M’TSAPERE

7h à 17h

PAMANDZI

7h à 14h

LABATTOIR

7h à 17h

DZAOUDZI

MAMOUDZOU

7h à 17h

DZOUMONGNE

M’TSANGAMOUJI

7h à 14 h

Hôpitaux de référence

Dispensaires

SECTEURS

1 : Zone Nord (DZOUMONGNE)

2 : Zone Centre (KAHANI)

3 : Zone Sud (CHIRONGUI)

4 : Zone grand MAMOUDZOU

5 : Petite Terre (DZAOUDZI)

**MAYOTTE**

**ZONES DE DESSERTE HOSPITALIERE**

1

5

4

3

2

**ANNEXE III**

## Entretien semi directif avec des sujets ayant participé à la mise en place du GEM

**Consigne**

**Dans le cadre d’une formation que j’effectue cette année, dont l’intitulé est « Santé mentale dans la communauté », il nous est demandé de rédiger un mémoire qui consiste en un travail de recherche et de réflexion sur un thème qu’on a choisi et qui soit en lien avec notre formation.**

**J’ai choisi de parler de l’usager en santé mentale et de son cheminement vers un GEM. Vous faites partie depuis le début, de cette expérience de la mise en place d’un GEM à Mayotte. Dans le cadre de cet entretien, je vais vous poser quelques questions. Vous êtes libre d’y répondre comme vous le sentez, prenez votre temps, s’il y a des questions que vous ne comprenez n’hésitez pas à le dire.**

Questions autour de la maladie

* Est-ce que vous souvenez de de ce que vous avez ressenti quand vous avez compris que vous Souffriez d’une maladie ?
* Est-ce que vous aviez des projets d’étude, professionnels ou autre ? En quoi la maladie est venue bouleverser votre projet
* Pouvez-vous me dire ce que c’est pour vous dans votre quotidien qu’être usager de la santé mentale
* Qu’est-ce que la maladie a changé dans votre vie de tous les jours : à la maison ; avec les amis

Questions autour du GEM

* Cela fait un peu plus d’un an maintenant qu’il vous a été proposé de participer à la mise en place du GEM : A l’époque vous ne saviez pas ce que c’était
  + Essayer de vous souvenir de ce que vous avez pensé ou ressentit quand on vous a parlé du GEM,
  + Essayez de vous souvenir de ce qui vous a poussé à accepter de participer à ce projet
  + Est-ce que cela a été au facile au départ pour vous de vous engager dans ce projet
    - Si oui qu’est-ce qui vous a plu dans ce projet du GEM
    - Si non, essayez de m’expliquer qu’elle a été pour vous la difficulté
* Aujourd’hui, pour vous qu’est-ce que c’est le GEM
* A quoi le GEM peut-il servir
* Qu’est-ce que la participation au GEM vous apporte ?
* Quelle différence faites-vous entre venir au GEM et aller au CMP
* A noté que ces questions peuvent subir une reformulation en fonction du contexte et du déroulé de l’entretien.
* Possibilité que le déroulé de l’entretien amène à d’autres questions

**Résumé**

La pratique en psychiatrie confronte le professionnel, occupé et préoccupé par le « soin », à des situations qui peuvent parfois mener à des impasses thérapeutiques. Il est alors à ce moment là nécessaire de pouvoir faire ce pas de côté qui pousse et ouvre la porte à la créativité. Sortir de notre zone de confort et de notre « supposé savoir », pour aller à la rencontre de cet autre, « objet de soin », autrement qu’au travers les soins n’est pas toujours chose aisée. Mais c’est peut être la seule façon de sortir d’une routine professionnelle qui peut très vite devenir chronophage pour le professionnel et mortifère pour l’usager de la santé mentale. C’est guidé par le besoin de faire autrement et de sortir de cette « chronicité » qui est souvent attribuée à celui qui est porteur de la maladie mentale, mais que nous professionnel, avons du mal à repérer dans notre pratique, que le service de santé mentale de Mayotte, a décidé de la création d’un GEM. Dans le cadre de la rédaction du mémoire de DUI, il nous a paru pertinent de prendre comme sujet la mise en place du GEM. En effet, c’est un dispositif qui mobilise tous les concepts et les valeurs défendus par le courant de la santé mentale dans la communauté. Dans le processus d’accompagnement des usagers, nous avons pu voir à l’œuvre leur capabilité, leur capacité d’agir (empowerment). Pour comprendre en quoi le GEM peut être un atout dans le processus de rétablissements des usagers en santé mentale, nous avons fait un détour par l’histoire afin de montrer à quel point la perception et la représentation de la maladie mentale en population générale évolue dans la stigmatisation et en est venue à enfermer la pratique du professionnel de la santé mentale dans quelque chose de l’ordre du paternalisme et du protectionnisme où la parole de l’usager a du mal à être audible. Le Gem est un espace qui se situe hors du soin et qui donne toute sa place à la parole de l’usager.

**Mots-clés :** Folie ; Santé Mentale **;** Usager ; Empowerment, rétablissement

1. *Un bref historique de la notion d’enfermement en psychiatrie*, Comité éthique , Centre psychothérapique de Nancy [↑](#footnote-ref-1)
2. *Histoire des conceptions de la folie*, Wikipédia [↑](#footnote-ref-2)
3. *Une « Utopie » à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle* [*https://www.cairn.info/revue-topique-2004-3-page-95.htm*](https://www.cairn.info/revue-topique-2004-3-page-95.htm) [↑](#footnote-ref-3)
4. *La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir* ? Nicolas Henckes,

   <https://www.cairn.info/revue-esprit-2015-3-page-28.htm> [↑](#footnote-ref-4)
5. *Le secteur psychiatrique : une innovation instituante ?* Benoît Eyraud et Livia Velpry, p.2

   <https://socio-logos.revues.org/2651> [↑](#footnote-ref-5)
6. *Secteur et santé mentale communautaire. Propos sur la « continuité »,* cours du Dr Patrick Chaltiel du 27 janvier 2017 [↑](#footnote-ref-6)
7. Rapport de mission psychiatrique à Mayotte - 1993 [↑](#footnote-ref-7)
8. **Le fundi :** terme générique pour toute personne possédant et maitrisant un savoir. Ici le fundi est celui qui possède le savoir du monde invisible. [↑](#footnote-ref-8)
9. Rapport Piel-Roeland <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000522.pdf> [↑](#footnote-ref-9)
10. Psychiatrie et santé mentale à Mayotte, Bilan quinquennal, septembre 2001-septembre 2006, Dr Régis Airault [↑](#footnote-ref-10)
11. Les associations en santé mentale <http://www.advocacy.fr/upload/C.Deutsch_interv_PRISME_Caen_Histoire_des_associations_en_sante_mentale_au_cours_du_XXeme_siecle.pdf> [↑](#footnote-ref-11)
12. *La participation des usagers en santé mentale, Rhizome* N° 58 [↑](#footnote-ref-12)
13. *L’antipsychiatrie ou les antipsychiatries, retour sur l’histoire d’un mouvement*

    <http://www.zinzinzine.net/2016/09/l-antipsychiatrie-ou-les-antipsychiatries-retour-sur-l-histoire-d-un-mouvement-proteiforme.html> [↑](#footnote-ref-13)
14. [↑](#footnote-ref-14)
15. *La FNAPsy, son histoire, ses actions*, in l’information psychiatrique 2009/9 (volume 85) [↑](#footnote-ref-15)
16. INSTRUCTION **N° DGCS/SD3B/2016/277** du 9 septembre 2016 [↑](#footnote-ref-16)
17. Arrêté du 18 mars 2016 **Art. L. 14-10-5** [↑](#footnote-ref-17)
18. **TAMA** signifie espoir en shimaoré [↑](#footnote-ref-18)
19. **MlEZI MAORE** signifie « prendre soin de Mayotte » en shimaoré : c’est une association qui œuvre dans le social et le médico-social, elle intervient dans le champ du handicap de la jeunesse et de la solidarité. Elle fait partie du groupe SOS. [↑](#footnote-ref-19)
20. « Object-présenting » : concept développé par D. Winicott qui pointe l’idée d’un processus en cours sur le plan psychique et de ce qu’il décrit comme la découverte-création de l’objet, le « trouvé-créé », comme il dit, et du rôle que joue l’environnement [↑](#footnote-ref-20)
21. *Le jeu et le potentiel*, René Roussillon, in Revue française de psychanalyse ; 2004/1(Vol.68)

    Cet article est le support sur lequel nous nous somme appuyés pour l’analyse des données [↑](#footnote-ref-21)
22. Ici, nous nous permettons une petite liberté avec le concept « d’inconscient collectif », l’idée étant de dire que ce qui ce qui est porté et véhiculé par la société, c’est la pensée qui nous semble conscient que celui qui est porteur d’une pathologie mentale ne peut être que malade et rien d’autre [↑](#footnote-ref-22)
23. Edouard Zarifian; «les jardiniers de la folie» [↑](#footnote-ref-23)
24. « Inquiétante étrangeté » par Martine Menés

    <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2004-2-page-21.htm> [↑](#footnote-ref-24)
25. «Les jardiniers de la folie» ; Edouard Zarifian [↑](#footnote-ref-25)
26. *le jeu et le potentiel* ; article de René Roussillon [↑](#footnote-ref-26)
27. Concept développé par les psychanalystes britanniques, notamment W. R. Bion : idée que l’appartenance d’un individu à un groupe déforme la perception de son expression personnelle : cette expression passe, sans qu’il le sache, à travers le filtre de ce qui est dicible dans le groupe et recevable par ses membres.

    <https://www.psycho-ressources.com/bibli/psycha-groupe.html> [↑](#footnote-ref-27)