

Introduction :

Cette étude porte sur « les associations d'usagers en Santé mentale ». Elle cherche à mettre en lumière les principales relations qui peuvent exister entre la « santé mentale » et le « lien social », ses diverses formes, ainsi que l'influence des mutations de ses diverses formes.

L'éclairage ainsi porté sur les rapports sociaux dans nos sociétés occidentales dites « modernes », en ce début de 21^e siècle, doit permettre de comprendre le contexte historique et social qui a permis le « regroupement d'usagers en santé mentale » en associations, et poussé à l'émergence de ce phénomène social.

La question du « lien social », sous ces différentes formes, se situe au cœur de la problématique socio-anthropologique. C'est au travers des différentes formes de socialités que les « individus » constituent une « société » qui ne se limite pas à un « agrégat d'individus », ni à un ensemble de structures et d'institutions qui assignerait à chacun des individus qui la composent une place et un statut prédéfinis. Ainsi, d'une part, « l'Acteur » ne peut se réduire aux modèles ni aux statuts portés par le « système institutionnel », d'autre part, « l'Acteur » ne peut exister en dehors d'un univers social constitué à la fois d'un système d'institutions sociales et d'un « imaginaire social-historique ».¹

Au cours de cette étude, nous aborderons le lien social au travers des questions posées par le thème de la « santé mentale ». Plus précisément, nous nous intéresserons aux associations regroupant des « usagers en santé mentale », aux raisons qui ont poussé à ces regroupements associatifs, et à leurs conséquences sur le lien social.

Pourquoi avoir choisi le thème de la « santé mentale » pour aborder la question du lien social dans les sociétés « modernes » ? Quel peut-être l'intérêt sociologique de prendre pour « objet » ces « associations d'usagers » ?

D'abord, l'importance de la question de la « santé mentale » et de ses implications dans nos sociétés est indéniable. Ensuite, le « fait associatif » est un marqueur privilégié de l'étude du lien social dans les sociétés industrialisées.² Enfin, le regroupement « d'usagers » des services de santé mentale au sein d'associations est un phénomène social émergent.

¹ Cornélius CASTORIADIS, « *L'institution imaginaire de la société* », 1975, Point Essais, 1999.

² Emile DURKHEIM, « *Les règles de la méthode sociologique* », 1894, Flammarion, 1988. (p 195-196).

Le terme « d’usager » dans le champ de la « santé mentale ».

Parler « d’usagers » de la « santé mentale », revient à se placer dans l’optique d’une relation de service entre, d’un côté, des individus en souffrance, et de l’autre, des institutions et des professionnels chargés d’une mission de service. Cette optique, dans laquelle GOFFMAN aborde la « relation de soin »³ dans *« Asiles »* n’est pas celle que nous adopterons pour cette étude. Il semble donc nécessaire de définir ce que nous entendons par l’expression « association d’usagers en santé mentale ».

Le regroupement « d’usagers »⁴ en santé mentale au sein d’associations est-il une tentative de proposer une « alternative » sociale à l’hospitalisation ? Quelles en sont les conséquences sociales ? Quel éclairage ce phénomène peut-il apporter sur notre société ?

Nous devons noter que le terme « d’usagers » n’est pas totalement approprié. Au-delà d’une vision « consumériste » d’un service, il entend ici une volonté d’agir, de se réapproprier une maîtrise partielle de son destin, de reprendre une autonomie de vie.

Le terme « adhérent » ne semble ne pas convenir totalement, lui non plus, car, s’il se rapporte bien au phénomène associatif, il reste trop général, et ne désigne pas l’individu comme « acteur » face à un « service » assuré par une institution.

Au cours de cette étude, nous emploierons, à défaut de termes plus appropriés, d’une façon indifférente les termes « usagers » et « adhérents ». De même, nous parlerons de « santé mentale » et de « souffrance psychique » dans une relation dialectique.

Nous utiliserons également les termes de « normal » et de « pathologique », tout en gardant un certain recul vis-à-vis de cette opposition. La « maladie » a des conséquences sociales sur tout individu : Elle le met hors de la « normalité » en le privant de ses capacités de travail et de ses possibilités d’entrer en contact avec autrui, de partager pleinement les activités sociales comme il pourrait le désirer.

Cependant ne pas être « dans les normes » de la société n’implique pas d’être atteint d’une « pathologie ». La maladie a pour conséquence de se trouver en incapacité de satisfaire aux normes sociales, mais il serait réducteur de l’opposer à la normalité.

³ Erwin GOFFMAN, *« Hôpitaux psychiatrique et schéma médical type »*,
In *« Asiles »*, Edition de Minuit, 1968.

⁴ Le terme « d’Usagers » est employé ici comme la traduction du terme anglais « Users », il est donc à prendre avec précaution. Il va au-delà du simple fait de consommer un « service ». Il englobe la notion de « citoyenneté » et « d’action ».

Nous emploierons l'opposition « normal » et « malade mental » de façon restrictive, dans le sens où celui qui est atteint d'une maladie psychique n'est pas perçu comme normal par l'ensemble de la société. Nous n'adopterons pas ce regard lié à des normes sociales.

A.) Quel est l'intérêt de la question de la « santé mentale » dans les sociétés modernes ?

Aujourd'hui, la « santé mentale » est une question centrale de nos sociétés. Ainsi, entre 1999 et 2003, selon une enquête réalisée en France métropolitaine sur plus de 36 000 personnes de plus de dix-huit ans, 11 % ont connu un épisode dépressif dans les quinze jours précédant l'enquête et 12,8 % souffrent d'anxiété généralisée.⁵ Ainsi, la problématique de la « santé mentale » est l'un des enjeux majeurs de nos sociétés.

La question de la « santé mentale » demeure inséparable de celle de la « souffrance psychique ». D'un côté, parce que les nouvelles formes du travail, et leurs exigences en termes « d'adaptation », de mobilité et de flexibilité, sont la source de souffrance psychique, celle-ci favorisant l'apparition de psychopathologies.⁶ De l'autre, « être en bonne santé » est une condition nécessaire pour participer aux activités sociales, du travail aux loisirs. Être en mauvaise santé, c'est donc être exposé à un risque de marginalisation. Or, l'exclusion « hors du monde social » reste, elle-même, une source majeure de la « souffrance psychique ».

La « souffrance psychique » peut donc être considérée comme l'un des principaux révélateurs de la crise du « lien social » dans nos sociétés occidentales contemporaines. Mettre en relation la question du « lien social » avec celle de la « santé mentale » est ainsi sociologiquement pertinent.

L'importance du thème de la « santé mentale » apparaît dans l'étude à paraître « *la santé mentale en population générale : images et réalités* »⁷. Selon les premières données de cette étude, plus d'un tiers de la population française serait affecté de troubles psychiques, et un quart souffrirait de troubles anxieux. On peut aussi ajouter que près d'un tiers de la population française prennent des médicaments psychotropes.

⁵ LE MONDE, Dimanche 24 – Lundi 25 octobre 2004, p. 6.

⁶ Christophe DEJOURS, « *Travail, usure mentale* », 1980, BAYARD, 1993.

⁷ Journée d'étude professionnelle, mercredi 30 juin 2004, I.F.S.I. Cherbourg – Cotentin.

Des populations de plus en plus nombreuses et d'une diversité croissante se retrouvent en marge des institutions sociales. Ces personnes, retraitées, au chômage ou souffrant de « handicaps » se retrouvent en voie de « désaffiliation ».⁸

B.) Quel est l'intérêt d'aborder cette question sous l'angle des « associations d'usagers » ?

Le « regroupement associatif » dans le domaine de la « santé mentale » qui se déroule parallèlement au développement de la notion « d'utilisateur », est un phénomène émergent dans le domaine de la santé publique. Ce phénomène associatif peut donc être un vecteur de cette étude des relations entre le « lien social » et la « santé mentale » : modification des formes de la socialité, « disqualification sociale »⁹ et « souffrance psychique »¹⁰ ...

L'étude de la vie quotidienne des usagers en santé mentale au sein de l'Espace Convivial Citoyen permet d'avoir un regard original sur la maladie mentale. Réalisée dans une perspective « dialogique »,¹¹ elle nous permet de sortir de l'opposition entre la vision « experte » portée par les institutions sociales, médicales, ou psychiatrique, et celle « profane » que porte la société sur la « folie » symbole de la maladie mentale.

C'est ce regard différent, qui donne tout son intérêt à cette étude, centrée sur le vécu des personnes hospitalisées en dehors de l'institution médicale, leur « coupure » avec la société, et leur expérience associative comme tentative de réappropriation de soi.

Elle nous permet de comprendre certains aspects des conditions de vie d'une personne durant son hospitalisation, de l'influence de celle-ci sur son avenir social, et de son influence sur la perception que peut avoir le « patient » hospitalisé de lui-même.

Par la distanciation qu'elle apporte, elle peut aussi offrir un point de vue critique du rôle thérapeutique de l'institution psychiatrique. Si ce point de vue reste subjectif, il conserve son intérêt sociologique. En effet, la vision professionnelle de la maladie, comme sa vision profane comportent aussi une part subjective.

⁸ Robert CASTEL, « *De l'indigence à l'exclusion : la désaffiliation* »,
In Jacques DONZELOT, « *Face à l'Exclusion* »,

⁹ Serge PAUGAM, « *La disqualification sociale* », PUF, 1991.

¹⁰ Christophe DESJOURS, « *Souffrance en France* », Ed° SEUIL, 1998.

¹¹ Perspective basée sur le dialogue avec « l'objet ». Elle permet, par la relation, la confrontation qui s'établit entre le chercheur et son objet l'émergence ontologique du sujet.

Se placer du point de vue de l'utilisateur permet d'enrichir une vision de l'univers de la maladie mentale et de la psychiatrie, comme de leurs conséquences sociales et de la rendre plus globale. C'est dans cette perspective que GOFFMAN a écrit « Asiles » selon :

« *Le point de vue des internés, à partir du cadre de référence qui leur est propre, comme tout livre d'ethnologie (...) est écrit du point de vue des indigènes (...) En rompant avec l'optique généralement adoptée par les représentants officiels de l'hôpital, Asiles ne ferait pourtant, au pire, que rétablir un certain équilibre, puisque les médecins et les administrateurs de l'hôpital disposent déjà de leur propre discours justificateur* ». ¹²

Cette étude de l'Espace Convivial Citoyen nous permet donc d'étudier la question de la maladie mentale en « *redonnant la parole aux usagers* ». ¹³ Elle montre aussi une expérience, où les usagers en santé mentale, cherchent à se réapproprier leur vie. Dans cette expérience, ceux-ci sont montrés dans une dynamique collective et autonome. Elle offre ainsi un regard qui tranche avec celui de l'utilisateur en situation de dépendance, tel qu'il peut apparaître au sein de l'institution psychiatrique.

Ce projet s'inscrit ainsi dans la continuité de mon travail de maîtrise, qui portait sur un espace associatif – *l'Espace Convivial Citoyen* – géré par une association d'utilisateurs en santé mentale – *A.U.S.E.R.* ¹⁴ – et une association mixte – *Ad-Vocacy* – qui regroupe à la fois des utilisateurs et anciens utilisateurs en « santé mentale », des membres de la société civile, et des professionnels du milieu « médico-social ». ¹⁵

Au cours de mon précédent travail, réalisé sous la forme d'une monographie, j'ai cherché à comprendre les raisons qui ont pu pousser des « utilisateurs en santé mentale » à se regrouper, et à créer ce lieu de vie. J'ai procédé à une étude des rapports sociaux et de l'organisation de cet espace. Ainsi, cela m'a amené à me poser les questions suivantes : Qu'est-ce que ce lieu de vie peut apporter à ses adhérents – *membres d'A.U.S.E.R.* – et comment ceux-ci s'approprient-ils cet espace ?

¹² Robert CASTEL dans la présentation de GOFFMAN « *Asiles* » (p.8 et 9), Les Editions de Minuit, 1968.

¹³ Claude DEUTSCH et Martine DUTOIT-SOLA,

« *Usagers de la Psychiatrie : de la Disqualification à la Dignité* », ERES, 2001.

¹⁴ « Association d'Utilisateurs Solidaires et Réagissant en Santé mentale », fondée en 1995, à CAEN.

¹⁵ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* »,

Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université de CAEN, 2004.

Si cette étude antérieure n'a pas permis de montrer si ce lieu de vie permettait à ceux qui « l'habitent » de sortir de la « chronicité » ou si il ne faisait que déplacer de nouveau le problème de la « chronicité ». ¹⁶ Nous entendons ici par le terme de « chronicité » une situation de dépendance, que celle-ci soit liée à la maladie, ou à l'institution de soin.

Si l'usager de cet espace associatif se trouve placé dans une situation de dépendance vis-à-vis de cet espace, on pourrait parler d'un déplacement de la chronicité. Mais, montrer l'existence d'une telle dépendance nécessiterait de prolonger cette étude sur plusieurs années.

Cette étude permet cependant de tirer quelques conclusions sur l'intérêt social de cet espace pour ses adhérents, sa nature et son mode de fonctionnement :

1°) Cet espace « non médicalisé » – deux animateurs socioculturels employés à mi-temps par l'association Ad-Vocacy participent à l'existence de ce lieu de vie, mais leur rôle n'est pas d'apporter du soin, mais « d'assurer le cadre nécessaire à l'animation de l'espace », ¹⁷ – permet une transition plus facile d'une vie sociale « médicalisée » vers une vie sociale dite « normale ». ¹⁸

2°) Ce lieu ne constitue pas une alternative à l'hospitalisation, mais apporte une certaine complémentarité à l'hospitalisation. Ainsi, les publics présents dans les structures médicalisées comme les CMP¹⁹ – *structure accueillant les personnes sorties d'une hospitalisation en « santé mentale » et leur permettant un suivi médical, comme social* –, les CATTP²⁰ – *structures médicalisées destinées à leur proposer des activités* – ou les « hôpitaux de jour » et ceux de « l'Espace Convivial Citoyen » sont différents. ²¹

3°) Cet espace social permet à ceux qui partagent de faire des activités sportives ou culturelles ensemble, de nouer des relations sociales et de rompre avec leur solitude : solidarité, amitiés, relations amoureuses. ²²

4°) Cette possibilité de restaurer du lien social se fait sans que ceux qui souffrent de la « stigmatisation » liée aux problèmes de « santé mentale » soient exposés au « regard » que peuvent porter ceux qui entrent pleinement dans les normes de notre société. ²³

¹⁶ Marie-Hélène MALANDIN, « *Etude du lien social en psychiatrie ...* », Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université de CAEN, 2002.

¹⁷ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université de CAEN, 2004. (p.51)

¹⁸ Ibid, (p. 51-53, p. 59, p. 65)

¹⁹ Centre Médico-Psychologique.

²⁰ Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel.

²¹ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université de CAEN, 2004. (p. 51, p. 59, p. 64 -65)

²² Ibid, (p. 60-61, p.63)

²³ Ibid, (p. 26-29, p. 30)

5°) Cet espace permet aussi aux « usagers de la santé mentale » qui s’y retrouvent de se reconstruire une « identité »,²⁴ dans une société ou ceux qui ne rentrent pas dans les cadres de la normalité se trouvent « stigmatisés » et subissent une « disqualification sociale ».

Ainsi, ce lieu de vie apporte du « lien social » à ceux qui le fréquentent et leur permet de retrouver une part de vie sociale hors des institutions de soins qui habituellement s’occupent de ceux qui, du fait de « troubles psychiques » ou de difficultés passagères, se trouvent confrontés à une fragilisation dans leurs rapports sociaux, et de ce fait, en voie de « désaffiliation sociale ».²⁵

Dans ce nouveau projet de recherche, nous essayerons de comprendre les rapports entre « santé mentale » et « lien social », les raisons du développement de regroupements d’usagers en « santé mentale » en « associations » au cours des vingt dernières années, et les conséquences sociales de ce phénomène social émergent.

C.) Quels sont les « changements sociétaux » qui correspondent à ce phénomène social ?

Depuis une vingtaine d’années, des « usagers en santé mentale » se regroupent en associations de façon « autonome » et « volontariste ». Dans les démocraties modernes, ces formes associatives émergent, selon TOCQUEVILLE,²⁶ pour faire face à la bureaucratisation des institutions. Nous pouvons donc nous poser les questions suivantes :

Quelles sont les insuffisances et les défauts des institutions de soins en « santé mentale » dans le modèle de la « psychiatrie de secteur » ? A quels problèmes cherchent à répondre les associations d’usagers en santé mentale ? Quelle est leur utilité sociale ?

Au-delà de la question de « l’institution psychiatrique » de ses mutations et de ses difficultés à répondre à une demande sociale, nous nous intéresserons au rôle social du regroupement des usagers de cette institution en associations. Nous pouvons donc reformuler les questions ainsi : Pourquoi à un moment donné de l’histoire de nos sociétés occidentales modernes naît chez certains usagers des services de santé mentale la volonté de se regrouper en association ?

²⁴ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », Mémoire de Maîtrise de Sociologie, Université de CAEN, 2004. (p. 30, p. 59)

²⁵ Robert CASTEL, « *De l’indigence à l’exclusion : la désaffiliation* », In Jacques DONZELOT, « *Face à l’Exclusion* »,

²⁶ Alexis de TOCQUEVILLE, « *De la démocratie en Amérique* », 1835, Edition 10-18, 1963.

Quel est le contexte social et historique qui a permis à ce phénomène de se développer ? A quels problèmes sociaux cherche-t-il à répondre ? Comment peut-on expliquer ce phénomène émergent par d'autres faits sociaux ? Quels sont les enjeux sociaux du développement de ces regroupements d'utilisateurs en « santé mentale » ? Quels en sont les intérêts pour les différents acteurs ?

Cette étude, conduite selon une approche socio-anthropologique, s'attachera à montrer l'articulation des diverses formes de socialités, au sein des regroupements d'utilisateurs, par rapport à celle qui existe au sein de la société « moderne » dans sa forme actuelle,²⁷ ainsi que la modification de ces formes de socialités, en fonction des influences exercées par le « regard social » porté sur la maladie,²⁸ la « médicalisation » de la « souffrance psychique »,²⁹ et le « fait associatif ».

Nous adopterons une neutralité axiologique, et nous essayerons de dépasser le débat entre « individualisme méthodologique » et « holisme ». Replacer un phénomène social dans « l'imaginaire social-historique »³⁰ de l'époque qui a favorisé son émergence et son développement est donc primordial.

Le développement de ces « associations d'utilisateurs en santé mentale » sera donc replacé au cœur du contexte social et historique qui a permis l'effervescence de ces regroupements d'utilisateurs en santé mentale :

1°) Une mutation profonde de la société moderne. Celle-ci se manifeste : d'une part, par l'éclatement des systèmes de normes et de valeurs, une « atomisation » du lien social, et une perte d'identité due à l'affaiblissement de repères devenus flous et contradictoires,³¹ et d'autre part, par des exigences accrues de flexibilité et de mobilité.³² Ces mutations conduisent « l'homme moderne » à un « déracinement ».³³

²⁷ Nous parlerons de « deuxième modernité » et nous éviterons ainsi d'entrer dans le débat existant entre « post-modernité » et « sur-modernité » qui cherche à définir ce deuxième âge de la modernité dans lequel nous vivons depuis le passage à une société « post-industrielle », et laisserons de côté les multiples enjeux de ce débat.

²⁸ Erwin GOFFMAN, « *Stigmate* », Ed° de Minuit, 1975.

²⁹ Christophe DESJOURS, « *Souffrance en France* », Ed° SEUIL, 1998.

³⁰ Cornélius CASTORIADIS, « *L'institution imaginaire de la société* », Ed° SEUIL, 1975.

³¹ David RIESMAN, « *La foule solitaire* », ARTHAUD, 1964.

³² Georges FRIEDMANN, « *Le travail en miette* »,

³³ Hannah ARENDT, « *Condition de l'Homme Moderne* », Ed° AGORA-POCKET, 1994.

2°) Une évolution du paradigme médical. L'objet de la médecine n'est plus aujourd'hui la « maladie », mais la « santé ». Celle-ci se construit sur un « continuum » entre la santé et la maladie.³⁴ La santé se définissant comme un bien-être physique, psychologique et social,³⁵ s'appuie sur trois axes : la prévention, l'hygiène de vie, et la continuité des soins.³⁶

3°) La psychiatrie entre dans le champ médical. Celui-ci se rapproche du champ social, et on assiste à une « psychiatrisation » du lien social.³⁷ Le modèle d'organisation de la psychiatrie change fondamentalement : nous sommes passés du modèle de « l'Asile » à une psychiatrie de « Secteur ».³⁸

Comment se pose la question du « lien social » dans ce fait associatif ?

Au-delà de cette question se pose celle de l'utilité de ce fait social pour ceux qui ont vécu l'expérience de la psychiatrie. Pourquoi participent-ils à ce phénomène émergent ? Quels intérêts trouve-t-il dans ces associations ? Qu'apporte aux « usagers en santé mentale », en terme de socialisation, le fait de se regrouper en associations ?

Nous pouvons concevoir le regroupement des « usagers en santé mentale » au sein d'associations comme une façon de reconstruire son identité autour d'un groupe social, de reconstituer une « socialité » fragilisée et de se réapproprier une part d'autonomie. Les associations d'usagers peuvent donc être un vecteur important de lien social et de réhabilitation sociale.

Les personnes fragilisées, en voie de disqualification sociale, peuvent ainsi transformer le « stigmatisme » lié à une hospitalisation pour raison de « santé mentale » en élément de leur identité et s'entraider pour retrouver le chemin d'une vie sociale au cœur de notre société, qui par son individualisme marginalise les plus faibles de ses membres ...

Face à la difficulté de « se reconstruire » après une période de « rupture », comme le sont le chômage, la séparation, la maladie, ou le deuil, « *l'existence de sas ou de structures de transition dans lesquels des individus fragilisés ... (peuvent) ... réapprendre à vivre en société* », retrouver une identité, paraît nécessaire.³⁹

³⁴ Claudine HERZLICH, « *Santé & Maladie* », Edition de « l'E.H.E.S.S. », 1969.

³⁵ Ibid, (p. 86).

³⁶ Ibid

³⁷ Anne GOLSE, « *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé...* », Thèse de Doctorat, 2000, CAEN.

³⁸ Ibid

³⁹ Yves DUPONT, présentation de « *Psychanalyse et champ social* », cahier du LASA N°11, CAEN, 1990.

L'étude présente va donc s'attacher à montrer comment les individus souffrant d'une certaine forme de « disqualification sociale » liée à la question de la « maladie mentale » et de la « souffrance psychique » peuvent essayer de se reconstruire une « identité positive » grâce à la pratique associative et quels sont les limites de cette réappropriation de soi.

Ces « espaces associatifs » peuvent être analysés comme des « sas », ou des points de passage d'une vie « médicalement assistée » vers une vie sociale « autonome ». Ils permettent de faciliter une transition vers la « Normalité », car « *la marche peut être haute entre l'hôpital et la maison* ». ⁴⁰

D.) Définition de l'Objet.

Nous placerons donc l'Espace Convivial Citoyen de CAEN au centre de cette étude. C'est un espace associatif, organisé autour d'un réseau militant : usagers en « santé mentale » regroupés en associations, professionnels des milieux sanitaire et médico-social, membres de la société civile. Il est constitué d'un local d'environ 50 m² où se retrouvent une cinquantaine d'adhérents des associations « A.U.S.E.R. » et Ad-Vocacy Basse-Normandie. La plupart d'entre eux sont des « usagers » de la psychiatrie ou ont connu une expérience de la « maladie mentale » soit directement, soit dans leur proche entourage.

Cet espace social, leur permet de se retrouver, de sortir de l'isolement qui est souvent consécutif à la sortie du dispositif de santé. Il leur offre la possibilité de réapprendre à vivre ensemble, de nouer de nouveaux liens de solidarités, comme d'amitiés, et de pratiquer un certain nombre d'activités.

Ce lieu est géré par les adhérents, assistés de deux animateurs socioculturels travaillant à mi-temps. Si ceux-ci n'ont pas une mission de soin, et sont là uniquement pour accompagner les adhérents de la structure dans leur démarche vers une vie plus autonome et pour assurer la continuité du fonctionnement de l'espace associatif et de certaines activités, ils ne s'en trouvent pas moins dans une situation paradoxale.

⁴⁰ Entretien du 17-06-2005 avec Bernard THOMASSE, président de la CPAM du Calvados.

En effet, leur rôle est « indéfini » : ce sont les adhérents d'A.U.S.E.R. qui gèrent le lieu et décident en assemblée des activités proposées, de l'usage de l'Espace et de ce qu'ils désirent y faire, mais, c'est l'association « Ad-Vocacy » qui est leur employeur, et c'est au cours de réunions de « coordination » que sont évoqués le bilan de la semaine passée, les problèmes rencontrés dans le fonctionnement de l'Espace, les conflits éventuels qui ont pu se produire et certains projets qui seront proposés à l'assemblée des adhérents.

Cette cohabitation de deux associations autour d'un même projet complexifie son fonctionnement. Le partage des domaines de compétence peut donc être la source d'enjeux démocratiques et économiques. Après trois ans de fonctionnement, il a été évoqué la possibilité de « fusionner les deux associations »⁴¹ pour simplifier le fonctionnement de l'Espace et réduire les ambiguïtés dans la mise en commun du lieu.

Autour de cet espace social, nous nous sommes intéressé aux différents acteurs de son fonctionnement, ceux qui sont à l'origine du projet, et ceux qui participent au financement de cette expérience collective. Nous avons aussi essayé de garder à l'esprit l'originalité de ce lieu, car « *l'Espace Convivial Citoyen ne se décrit pas, il se vit* ». ⁴² C'est en tout cas le point de vue admiratif d'un des responsables du financement de ce projet novateur.

E.) Approche méthodologique :

Au cours de cette étude, nous établirons une position « dialogique » avec notre objet. Cette position nous place dans un rapport d'égalité avec notre objet. Elle offre la possibilité d'établir un échange avec cet objet devenu sujet. Par cet échange réciproque, nous pouvons approcher la compréhension de l'autre, accéder à son savoir, à sa sensibilité, et à son mode de raisonnement. Cette position « dialogique » nous facilite l'accès à l'expérience, à l'histoire de celui qui a vécu l'hospitalisation. Ainsi, nous utiliserons une démarche compréhensive proche de celle de Max WEBER.

Cette étude s'appuie sur un certain nombre d'entretiens qualitatifs. Ceux-ci ont été réalisés, soit en prenant la forme d'une discussion avec chacune des personnes interrogées, soit en suivant une méthodologie plus classique.

⁴¹ Assemblée des adhérents du lundi 16-05-2005.

⁴² Entretien avec Bernard THOMASSE, président de la CPAM du Calvados.

Ces entretiens, nous permettent de retracer le parcours de chacune des personnes interrogées, comme de comprendre son vécu, les raisons qui l'ont amenée à fréquenter ce lieu, ainsi que ce qu'elle vient chercher dans ce lieu et ce que cet espace de vie peut lui apporter.

Ainsi, au travers de leurs vécus hospitaliers, des relations qu'ils entretiennent au sein de « l'Espace Convivial Citoyen », de ce qu'ils recherchent dans cet espace et de ce qu'ils y trouvent, ces entretiens apporteront les éléments indispensables à la trame de l'enquête.

Notons toutefois que le cadre d'une enquête sociologique comporte toujours certaines contraintes qui lui sont spécifiques. Dans son étude menée au sein d'un service d'entrée en psychiatrie – SEP, Julien GRARD a fait le constat suivant :

« Environ un patient sur deux se sent persécuté, au sens strictement médical du terme. La majorité des infirmiers eux-mêmes n'utilisent pas de carnet pendant les entretiens, afin d'éviter de générer de l'angoisse chez les patients. »⁴³

Le terrain des associations d'usagers, choisi pour notre étude, nous permet d'attendre une parole de « l'utilisateur », libérée du carcan institutionnel. Mais, ci celle-ci passe plus facilement, et est plus naturelle, cela ne nous met pas à l'abri des réticences à « se confier » que peuvent avoir ceux qui ont vécu l'expérience d'une hospitalisation. Nous pouvons attribuer ces réticences à une difficulté de tout être humain à confier sa souffrance.

Par ailleurs, les éléments collectés sur le terrain nous permettront de répondre aux nombreuses questions que nous pouvons nous poser sur cette expérience associative, sur la vie collective dans cet espace et les formes de socialité qu'elle peut produire : Que peut apporter ce lieu à chacun de ses « usagers » ? Quels sont les rapports qui lient ces usagers à cet espace ? Quelles motivations les ont poussés à se retrouver dans ce lieu, à se réapproprier une part d'espace social et à élaborer une forme de « *vivre ensemble* »⁴⁴ conviviale ?

La fréquentation de ce lieu leur apporte-t-elle de la distance par rapport à leur expérience de la maladie et de l'hospitalisation ? Quelles ont été les conséquences de cette expérience collective, de cette construction commune d'un espace social sur leur vie ?

Définition, Contextualisation de l'Objet et Problématique Générale :

⁴³ Julien GRARD, « *Recadrer, ethnographie au sein d'une équipe soignante en psychiatrie* », Mémoire de Maîtrise d'ethnologie sous la direction de J. Andoche, université Lille3.

⁴⁴ Alain TOURAINE, « *Pourrons-nous vivre ensemble ? : Égaux et différents.* », Le Livre de Poche, 1999.

L'étude d'un phénomène social doit se replacer dans son contexte social et historique. Nous devons donc partir d'une description des traits principaux et des évolutions récentes de la société qui nous entoure. Ensuite, nous devons élargir celle-ci aux cadres sociaux qui entourent l'objet de notre étude : l'évolution du cadre médical, de la psychiatrie, et le développement des associations « d'usagers en santé mentale ».⁴⁵

Au cours des cinq dernières décennies, le nombre de personnes ayant recours à une hospitalisation dans un service psychiatrique, est en constante augmentation. Au cours de son existence, une proportion importante de la population va donc se trouver confrontée à l'expérience, sinon indésirable,⁴⁶ tout au moins très éprouvante, d'une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Si la durée moyenne de ces hospitalisations est plus courte aujourd'hui qu'en 1980, et si celles-ci sont le plus souvent volontaires, l'expérience de l'hospitalisation demeure une épreuve pour celui qui l'a vécue.

En effet, comme nous pourrions le voir sommairement au cours de cette étude, une telle expérience est loin d'être anodine. Vivre une hospitalisation au sein d'un service psychiatrique peut avoir des répercussions nombreuses sur le parcours social d'un individu : isolement, ruptures relationnelles, perte d'emploi, précarité accrue ...

Nous pouvons mettre en relation cette désaffiliation sociale, avec le regard porté par la société sur les personnes ayant un passé en psychiatrie. L'expérience psychiatrique reste stigmatisante.⁴⁷ Elle porte sur l'ancien « usager en psychiatrie » une forte « *disqualification sociale* », ⁴⁸ celui-ci reste quelqu'un dont il est préférable de se méfier, une personne aux réactions imprévisibles. Car, si le regard qui est porté sur le « malade mentale » est construit, pour une part, socialement ; il garde une part de réalité. Les réactions de celui qui vit la « maladie mentale » peuvent être imprévisibles, que la cause en soit la maladie, le traitement, ou le sentiment de révolte que peut procurer le fait d'être rejeté.

A – Concepts et définition de l'Objet :

⁴⁵ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p.51

⁴⁶ Mais, même dans le cas d'une hospitalisation souhaitée, ou plutôt consentie par le « malade », peut-on parler d'une hospitalisation « désirée » par celui-ci. Chacun d'entre nous préférerait être en « bonne santé » et éviter le recours aux soins – quels qu'ils soient. L'hospitalisation, même voulue, est toujours une contrainte.

⁴⁷ Erving GOFFMAN, « *Stigmate* », Les Editions de Minuit, 1975.

⁴⁸ Serge PAUGAM, « *La disqualification sociale* », PUF, 1991.

La souffrance psychique, la question de l'hospitalisation, la santé mentale, et leurs conséquences nous apparaissent donc comme des sujets incontournables pour la sociologie et font probablement partie des problèmes sociaux fondamentaux de notre société.

Ces problèmes sociaux se trouvent à l'intersection de plusieurs champs de la discipline sociologique : sociologie des institutions, sociologie des acteurs, sociologie du travail, sociologie de la santé, psychosociologie, ethnopsychiatrie ...

1°) Notions de Santé mentale et de Handicap :

Nous allons d'abord commencer par définir le cadre conceptuel de notre Objet : Qu'est ce que la santé ? Comment s'oppose t-elle à la maladie ? Dans quelle mesure doit-on différencier ou lier les concepts de « souffrance psychique » et de « maladie mentale » ? Quelles en sont les conséquences ? Comment s'articulent entre elles les notions de « santé mentale », de « souffrance psychique » et de « handicap » ?

Santé et Maladie : évolution d'une approche conceptuelle.

La « maladie » est en partie une construction sociale. Elle s'articule autour des notions de corps, d'esprit, et d'aptitude. Ainsi, comme le note Claudine HERZLICH, « *on est malade ou bien portant pour soi, mais aussi pour la société, et en fonction de la société* ». ⁴⁹

Celui qui est malade peut être gêné dans l'accomplissement de ses fonctions sociales, ou empêché de tenir ses rôles sociaux. Il déroge à ses obligations sociales et ne se conforme plus aux attentes de la société. Ainsi, il est malade pour la société. Toutefois, son « statut » de « malade » le dispense de se conformer aux exigences de la société, et lui permet de ne pas être considéré comme « déviant ». ⁵⁰

Cette évolution conceptuelle se fait en deux temps : d'abord avec l'émergence de la notion de « santé publique », puis avec le glissement du sanitaire vers le social et l'émergence du champ médico-social.

⁴⁹ Claudine HERZLICH, « *Santé & Maladie : analyse d'une représentation sociale* », Edition de « l'E.H.E.S.S. », 1969. ... (p 13).

⁵⁰ Même si pour GOFFMAN, la maladie peut-être considérée comme une forme spécifique de déviance.

La notion de « santé publique » insère la maladie dans le champ du social. Elle confie à la médecine une mission publique qui s'étend au-delà du soin des personnes malades, pour s'étendre à la surveillance de la santé de tous. Le bien être psychologique, physique, et social de la population est au cœur de cette nouvelle mission.

Pour Bernard THOMASSE, président de la CPAM, *« la maladie, c'est un état différent, qui entraîne une souffrance ... et pour lequel, il est nécessaire d'avoir une réponse thérapeutique qui permette de « gommer » au maximum cette souffrance ... »*.⁵¹

Au-delà de la maladie, se trouve la souffrance. C'est cette souffrance, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, qui donne une dimension humaine à la maladie. Nous ne devons pas l'oublier, car c'est elle qui relie les différents domaines – médico-social, sanitaire, social ... – entre eux.

Sanitaire, social, et médico-social : spécificités et enchevêtrement des champs.

Chaque rôle social est distinct et défini. A chacun de ses rôles correspondent des comportements et une conduite spécifique :

*« Pour le malade, comme pour le médecin, pour l'assuré social en face de l'administration, des rôles se différencient et des normes de conduite s'imposent ... »*⁵²

Ainsi, la maladie s'inscrit dans différents champs : du social au sanitaire, du juridique au médico-social ...

Il y a un partage des domaines de compétence entre le sanitaire et le social. Il dépend d'une évolution historique. En prenant l'exemple d'un accident de la route, nous pouvons illustrer ce partage : la prise en charge initiale dépend du sanitaire – réanimation, soins médicaux, rééducation ... – puis glisse vers le social avec les problèmes de réadaptation et de réinsertion. Cette complémentarité de prise en charge de l'humain apparaît fondamentale dans la perspective de « santé publique » qui cherche à protéger l'intégrité de la société et de l'humain au sein de celle-ci. Il paraît ainsi nécessaire, pour Bernard THOMASSE, de *« décloisonner et le sanitaire et le social »*.⁵³

⁵¹ Entretien avec Bernard THOMASSE – 17-06-2005

⁵² Claudine HERZLICH, *« Santé & Maladie : analyse d'une représentation sociale »*, op. Cit. p 13.

⁵³ Entretien avec Bernard THOMASSE – 17-06-2005

Le rapport entre la « santé » et le « social » est étroit. La psychiatrie de secteur illustre assez bien les liens étroits qui sont tissés entre ces deux champs, et l'émergence d'un nouveau champ : le champ « médico-social ».

La « maladie mentale » : Stigmate et Handicap.

La maladie mentale se trouve désormais rattachée en partie au champ médico-social.⁵⁴ Ce qui importe, c'est la santé de toute la population. Ainsi, se construit une mission entre plusieurs domaines de compétence : aider les personnes en « souffrance psychique » à dépasser leur inaptitudes face au travail et à la difficulté de nouer des liens sociaux.⁵⁵

C'est ainsi que la maladie s'inscrit dans le registre du social, sous la notion de handicap, comme un déficit à combler, un droit à compensation. Mais, comment peut-on définir le handicap ? Quels sont ses caractéristiques et ses liens avec la maladie ?

Pour Bernard THOMASSE, « le handicap » est d'abord une notion de « situation ».⁵⁶ Il est fonction d'un environnement – social, géographique, ou écologique. On peut « être en situation de handicap, parce qu'on aura une problématique de langage ... comme on peut avoir une différence au niveau de la corpulence, de la physionomie, des capacités ... ».⁵⁷

Or, « parler de situation permet d'emblée de dire : il y a sans doute une solution qui permette de se rapprocher de la personne qui peut marcher ... ».⁵⁸ Ainsi, il paraît possible de compenser ce déficit, par une assistance médicale, ou par une assistance sociale quelle soit économique, mécanique, ou humaine.

Pour Bernard THOMASSE, « Ce qui est important, c'est de regarder ... quelle est la souffrance de la personne ... et quels sont ses besoins ... pour avoir les mêmes droits que tout un chacun ... ». Ainsi, « L'article 2, de la loi sur le handicap parle d'une altération (diminution ou différence), durable et substantielle ... (de ses facultés dans la vie quotidienne) ».⁵⁹

⁵⁴ Anne GOLSE, « *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé...* », Op. Cit. p. 124.

⁵⁵ Anne GOLSE, « *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé...* », Op. Cit. p. 61.

⁵⁶ Entretien avec Bernard THOMASSE – 17-06-2005.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

Selon la définition donnée par l'OMS ⁶⁰ en 1988 : « *Tout trouble de nature physique, sensorielle ou psychique, susceptible de provoquer un préjudice social se voit traduit en terme social par le biais du handicap* ». ⁶¹

Le handicap entraîne en effet un isolement social. En premier lieu, par la peur de la différence qui conduit au rejet de l'autre. Il s'agit là d'un isolement par l'éviction. C'est ce rejet de l'altérité, cette peur de la différence que porte l'autre qui lie la notion de handicap à celle de stigmaté. Le « stigmaté », c'est la marque de la différence de l'autre ; marque qui l'exclut du monde social.

Ensuite, il y a l'isolement créé par la personne elle-même. Au cours d'une dépression sévère, le manque d'envie de voir qui que se soit, la perte d'envie de chercher le contact social, font que la personne est de plus en plus isolée. Ici, « *la coupure n'est pas de la société vers le malade, mais du malade vers l'autre ...* ». ⁶²

Toutefois, si le handicap peut paraître figé, « la situation de handicap » est évolutive. Ainsi, il reste l'espoir d'agir sur cette situation, soit par le médical, soit par le social.

Norme sociale et norme médicale.

Pour le Dr PIEDNOIR, du CHS de CAEN, « *Il y a des situations où on peut hésiter ... s'agit-t-il de façon d'être, de comportements particuliers, ou de maladie ... le pathologique commence dans l'excès, la perte de contact avec la réalité ... Il est important de ne pas savoir « pathologiser » toute les façons d'être ... qui sorte des normes ...* ». ⁶³

Concrètement, nous pouvons citer l'exemple des familles en situation de précarité extrême, le cas des SDF, ⁶⁴ réduit à l'états de numéros dans les files d'attentes des services sociaux, ou en pleine désaffiliation, coupés du reste de la société. Ces situations illustrent l'enracinement complexe de la santé dans le social autant que dans le médical. ⁶⁵

2°) Le Cadre du Secteur :

⁶⁰ Organisation Mondiale pour la Santé.

⁶¹ Anne GOLSE, « *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé...* », Op. Cit. p. 285.

⁶² Entretien avec Bernard THOMASSE – 17-06-2005

⁶³ Entretien avec le Dr PIEDNOIR – 25-05-2005

⁶⁴ Sans domicile fixe.

⁶⁵ Anne GOLSE, « *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé...* », Op. Cit. p. 32-35.

Depuis les années 1950, l'institution psychiatrique a subi des mutations fondamentales. Aujourd'hui, le modèle dominant est celui du « secteur ». Cependant, si la durée moyenne des hospitalisations s'est réduite, et si la continuité des soins s'effectue en dehors de l'institution, cela ne remet pas en cause pour autant la tentation de médicaliser la souffrance psychique.

La politique de sectorisation, part d'une idée centrale : développer « la psychiatrie dans la Cité ». Dans l'esprit de ses concepteurs – notamment Jacques LACAN, Henry EY, Louis LE GUILLANT, Pierre MARESCHAL, Pierre MALE ou Lucien BONNAFE – sa mission est de lutter contre les effets pervers des asiles, notamment une forte chronicisation des pathologies.⁶⁶ Pour eux, « *la psychiatrie de secteur se définit par opposition à la position traditionnelle de la psychiatrie, qui est d'être un lieu de rejet* ». ⁶⁷

Avec la sectorisation sont mises en place des équipes pluridisciplinaires : psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, orthophonistes, psychomotriciens ...

Le soin n'est plus l'affaire du seul corps médical, mais il se trouve partagé entre les domaines du social, du sanitaire, comme du médico-social. Dans ce travail d'équipe, l'important est de tenir compte de l'environnement social du malade, ceci afin de préparer au mieux sa sortie, et d'aboutir à une diminution en nombre et en durée des hospitalisations.

Si, des années soixante à nos jours la durée moyenne d'une hospitalisation diminue, pour arriver à environ cinquante jours, la volonté affichée par le « secteur » d'accompagner les « usagers en santé mentale » hors des murs de l'institution se heurte donc à la problématique de la continuité des soins, à son coût, et à un manque flagrant de moyens.

Le « Secteur » se construit sur les ruines de « l'Asile ».

Le modèle du « secteur », remplace aujourd'hui celui de « l'asile ». Il s'appuie sur les concepts de continuité des soins et de suivi médical. Il recentre l'action de l'institution psychiatrique sur son rôle sanitaire.

⁶⁶ Julien GRARD, « *Recadrer. ethnographie au sein d'une équipe soignante en psychiatrie* », op. Cit. p 11.

⁶⁷ <http://www.serpsy.org/histoire/bonnafe1.html>

La réhabilitation sociale de « l'individu en souffrance » remplace l'enfermement comme seule thérapeutique. La notion de « folie », considérée autrefois comme « l'aliénation totale d'un individu », se trouvant privé de toute volonté, dépossédé de son « libre-arbitre » par la maladie, fait place à la notion de « maladie mentale », dont le caractère évolutif laisse toujours possible la guérison.⁶⁸

Le secteur s'appuie sur des structures extrahospitalières, tels les CMP, les CATTP ou les hôpitaux de jour. Lors de la création du « Secteur », l'administration de la santé publique ne dispose pas des moyens de créer ces unités.

Dès la fin des années cinquante de nombreux psychiatres dénoncent ce manque flagrant de moyens. Ces structures dépendent donc dès leur origine de la participation de structures associatives.⁶⁹

Pourtant, le « *pouvoir psychiatrique* »⁷⁰ demeure toujours présent. Si dans le modèle asilaire, celui-ci se trouvait confiné au sein des « *murs de l'asile* »,⁷¹ accompagnant partout les internés dans leur vie de reclus, dans le modèle du Secteur, il se diffuse hors des murs de l'Institution et accompagne les « usagers » de la psychiatrie au sein même de la société. Il reste ainsi constamment présent dans le quotidien de l'individu en souffrance.

La psychiatrie garde donc en partie son rôle de contrôle social. Elle participe en effet, en relation avec les institutions juridiques, sociales, et policières, à préserver la société des éventuels débordements de ceux qui perdent le contrôle de leurs actes, et peuvent se laisser aller à des comportements déviants, voire violents.

Ce rôle de contrôle social demeure, tout au moins en partie, subjectif, car il dépend directement des normes sociales, comme de la définition de la déviance, et de la tolérance sociale à celle-ci.

⁶⁸

Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 8.

⁶⁹ Pierre SIVADON, « *Psychiatrie et socialité* », ERES, 1993.

⁷⁰ Michel FOUCAULT, « *Le Pouvoir Psychiatrique* », Ed° SEUIL-GALLIMARD, 2003.

⁷¹ Roger GENTIS, « *Les Murs de l'Asile* », Ed° MASPERO, 1975.

La politique « sectorielle » : cadre de l'action en santé mentale.

C'est la circulaire du 15 mars 1960 qui marque le début du « secteur », nouveau modèle de l'Institution psychiatrique. Selon cette circulaire :

« Il n'est pas question de remettre en cause la nécessité d'hospitaliser les malades mentaux; il faut même continuer l'effort entrepris d'augmenter le nombre de lits. La critique porte sur l'internement, ce mélange inextricable des missions de soins, d'ordre public et d'assistance, ce retranchement souvent définitif du monde social, qui ne peut que conduire à la sédimentation asilaire et au surencombrement en constante aggravation. »⁷²

Avec la circulaire de 1990 le « secteur » achève sa construction autour d'un nouveau modèle d'organisation, et d'articulation d'institutions. Il s'affirme dans sa mission de réhabilitation sociale. Celui-ci doit assurer la continuité des soins, la prévention de la maladie mentale, et l'accompagnement de « l'utilisateur ».

La loi du 27 juin 1990 repose sur le principe que le « consentement au soin » est nécessaire à l'hospitalisation d'un « patient ». Ce « consentement aux soins », comme « l'acceptation de la maladie », fait partie d'un cheminement qui doit mener le « patient » à la guérison. Ainsi, le placement libre devient une règle générale, et les hospitalisations sous contrainte des exceptions.

La médecine s'établit donc dans un rapport de « service », de « consommation », où la personne souffrante joue le rôle de « client » face au « professionnel » de la santé.⁷³ Le prix à payer par « l'utilisateur »⁷⁴ des « services de soins » paraît donc être, le plus souvent, celui d'une certaine « dépossession de soi » : Le « patient » confie son corps – ou/et son esprit dans le cas de la psychiatrie – aux personnels soignants qui objective celui-ci comme une « matière », un objet à réparer ...⁷⁵

Le rapport médical apparaît ainsi dans sa dimension instrumentale : d'un côté, l'utilisateur, consommateur de soins, et de l'autre, le praticien, fournisseur de ces soins comme prestations de service, s'inscrivent dans une relation utilitaire.

⁷² Anne GOLSE, « *Le lien psychiatrique comme lien social généralisé ...* », op. Cit. p. 105.

⁷³ Erwin GOFFMAN, « *Asiles* », Ed° de Minuit, 1968.

⁷⁴ Ici, le terme d'utilisateur reste centré sur la relation de service.

⁷⁵ Erwin GOFFMAN, « *Hôpitaux psychiatrique et schéma médical type* », In « *Asiles* », Edition de Minuit, 1968.

La finalité de l'hospitalisation change. Elle n'est plus réduite à l'internement, à la ségrégation du « fou » hors de la société, à son isolement, sa réclusion hors du monde comme seule thérapeutique. Sa finalité est devenue avec le secteur la réinsertion du « malade mental », ou plutôt de « l'usager en santé mentale » au cœur même de la société. Elle l'accompagne dans sa réhabilitation sociale et sa réinsertion socio-professionnelle.

Elle vise la restauration de ses capacités à vivre au sein de la société grâce à un traitement médicamenteux et psychothérapeutique, un suivi médical et une continuité des soins. Ceux-ci se poursuivent hors de l'institution et accompagnent la personne en « souffrance psychique » dans son retour à une « vie normale ».

Ainsi, le « secteur » se fonde sur une vision du « normal » et du « pathologique » qui diverge fondamentalement de celle de « l'asile ». *« Ceux-ci ne sont plus vus comme opposés, séparés par une « frontière infranchissable », mais comme un « continuum ».*⁷⁶ La « folie » n'apparaît plus comme incurable, ni définitive. Elle se présente comme un désordre psychique évolutif que l'on peut guérir. Dès lors, c'est la notion de « santé mentale » qui prédomine.

Les missions du « secteur » sont tournées vers la prévention, la continuité des soins et la proximité. Le gigantisme de « l'asile » cède la place à de petites unités de soins intégrées au sein des hôpitaux et à un réseau de structures externes chargées du suivi du « patient hospitalisé » en dehors de la structure hospitalière ... Avec le « secteur », *« l'hôpital ne doit plus se substituer au milieu extérieur et doit devenir un lieu de passage et non de vie. »*⁷⁷

Généralisation du « lien psychiatrique ».

Comme nous l'avons vu, l'emprise de la médecine mentale s'étend sur tout un secteur de la politique sociale : travail social auprès des familles en difficultés, des sans domiciles, ou des mères de familles isolées. La question de la « médicalisation du lien social » soulevée par Anne GOLSE dans sa thèse au travers de « la généralisation du lien psychiatrique »⁷⁸ est centrale dans le contexte de l'émergence des « associations d'usagers en santé mentale ».

Nous pouvons nous poser la question suivante : Quelles sont les conséquences de cette « médicalisation du lien social » et quels en sont les enjeux ? La médicalisation du lien social ne participe-t-elle pas à une forme de contrôle social ?

⁷⁶ Pierre-André HEBERT, *« Une autre image de la maladie mentale »*, op. Cit. p. 21.

⁷⁷ Marie-Hélène MALANDAIN, *« Etude du lien social en psychiatrie ... »*, op. Cit. p. 13.

⁷⁸ Anne GOLSE, *« Le lien psychiatrique comme lien social généralisé ... »*, op. Cit. p. 105.

Selon Roger BASTIDE :

*« La pharmacologie (...) est venue à point pour permettre cette « timide » réinsertion des « malades mentaux » dans les circuits de la production, en faisant disparaître les formes agressives réactionnelles. La mode des « tranquillisants » ou des « camisoles chimiques » n'est pas seulement (...) une conséquence de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques, qui empêche les relations authentiques de se nouer entre le médecin et son patient ... (...) ... il s'agit d'une pression de la société globale, qui ne s'intéresse aux individus qu'en tant que producteurs : peu importe qu'ils soient guéris ou non, pourvu qu'ils soient « utiles ». ».*⁷⁹

S'il semble impossible de limiter la « médicalisation du lien social à une simple extension du contrôle social, celui-ci existe bien au travers de la diffusion du « pouvoir psychiatrique ».⁸⁰ En effet : « Si la séparation du normal et du pathologique ne s'établit plus par une « frontière » étanche qui sépare deux mondes distincts et dissemblables, placés dans une opposition irréductible, mais dans un « continuum », permettant le passage du normal vers le pathologique et inversement; cette séparation se fait toujours sur un rapport de pouvoir, s'exerçant du « professionnel de santé » vers « l'utilisateur de soins », d'une façon autoritaire et incontestable. »⁸¹

Ce rapport de pouvoir s'exerçant du « professionnel de santé » vers « l'utilisateur » semble indépassable dans le système de santé, tel qu'il est conçu dans nos sociétés, car, de l'Asile au Secteur, « c'est le savoir, délimitant le normal et le pathologique, (...) qui autorise et légalise le pouvoir sur l'autre ».⁸²

Quelle que soit la nature – rigide ou diffuse – de cette frontière entre le « normal » et le « pathologique », le « pouvoir psychiatrique » s'exerce donc de manière inexorable de l'Institution vers l'Usager.

En effet, même si l'utilisateur n'est plus reclus dans l'institution, celle-ci l'accompagne hors de ses murs. Il sort de « l'institution psychiatrique » accompagné par le « pouvoir psychiatrique ».⁸³

⁷⁹ Roger BASTIDE, « *Sociologie des maladies mentales* », Flammarion, 1965. (p. 249-250).

⁸⁰ Michel FOUCAULT, « *Le Pouvoir Psychiatrique* », Ed° SEUIL-GALLIMARD, 2003.

⁸¹ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 23.

⁸² Claude DEUTSCH, Martine DUTOIT-SOLA,

« *Usagers de la Psychiatrie : De la Disqualification à la Dignité* », ERES, 2001. (p. 137)

⁸³ Michel FOUCAULT, « *Le Pouvoir Psychiatrique* », Ed° SEUIL-GALLIMARD, 2003.

Ainsi, dans l'étude de Julien GRARD, on constate l'étendue des comportements que les membres du personnel doivent surveiller et parfois sanctionner. Car si « *l'ambulatoire est (désormais) le modèle dominant* », ⁸⁴ l'arbitraire des « placements d'office » cédant la place à des hospitalisations de plus en plus souvent consenties par les patients, le maintien de l'ordre et des cadres institutionnels reste primordial. Ainsi, il faut à tout prix « *maintenir* » ses cadres, afin d'assurer des repères stables aux patients, principalement les psychotiques, qui « *n'ont pas du tout intégré les règles et la loi* » et pour qui « *le cadre fait partie du soin* ». ⁸⁵

3°) La « santé mentale » en population générale :

Le nombre d'hospitalisations en psychiatrie est en constante augmentation. Si ces hospitalisations sont de courtes durées, elles touchent une population de plus en plus large.

⁸⁴ Anne GOLSE, ... Op. Cit. p. 183.

⁸⁵ Julien GRARD, ... Op. Cit. p. 33.

Nous pouvons régulièrement lire dans la presse que la consommation de médicaments psychotropes en France est la plus élevée d'Europe. Rien ne semble pouvoir arrêter ce mouvement qui touche tous les pays industrialisés. La « santé mentale » se trouve placée parmi les enjeux majeurs des sociétés industrialisées.

La « folie » peut toucher chacun d'entre nous. Elle est l'imprévisible manifestation de nos pulsions refoulées. L'image de quelqu'un dont les propos nous semblent incohérents, ou nous sont incompréhensibles, nous effraie. Et cela d'autant plus que chacun d'entre nous peut être touché un jour par la « folie ».⁸⁶

L'idée même de perdre le contrôle de nos propos et de nos actes, de ne plus avoir la maîtrise de notre comportement nous est inacceptable. La « folie » représente l'inconnu, une menace permanente. Sa manifestation nous expose à une forme de dépossession de nos actes. Elle symbolise la perte de contrôle de soi.

Etat des lieux : une question de société.

Le nombre des hospitalisations en psychiatrie augmente au fur et à mesure que la durée de celles-ci se réduit. Mais peut-on dire que la santé mentale de la population est meilleure pour autant, alors même que la médecine ambulatoire devient le domaine dominant. En 1999, si nous comptons toutes les personnes dépendant de services ambulatoires, et celles hospitalisées en service d'urgence, ou en médecine générale pour raison de santé mentale, nous dépassons le chiffre d'un million de personne adulte, qui sont « *pris en charge par le dispositif psychiatrique public* ».⁸⁷

En 2001, plus de 72 000 personnes ont fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation « sous contrainte ».⁸⁸ L'hospitalisation en psychiatrie, bien qu'en marge de notre « objet », est donc un fait social que nous ne pouvons pas ignorer dans cette étude.

Celle-ci est-elle l'unique réponse de nos sociétés à ceux qui sont le plus touchés par la « crise du lien social » ? Est-elle la réponse la mieux adaptée à la situation ? Constitue-t-elle une réponse suffisante ?

⁸⁶ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 26.

⁸⁷ Anne GOLSE, ... Op. Cit. p. 161.

⁸⁸ LE MONDE, Jeudi 28 octobre 2004, p. 8.

Si aujourd'hui, les patients ne se trouvent plus dans la situation de totale réclusion qui permettait à Goffman de comparer l'asile avec toute une série d'institutions – les casernes, prisons, ou couvents –⁸⁹, l'institution garde une part de son rôle disciplinaire.

Si le mouvement de désinstitutionnalisation se poursuit, dans une volonté affichée de passer d'une logique de l'internement à une logique du soin « librement consenti »,⁹⁰ la psychiatrie demeure un outil de contrôle social – contrôle des débordements, administrations de sédatifs à des personnes jugées trop agitées, surveillance par le suivi médical ...

Ainsi, malgré les grandes réformes qu'elle s'est imposée à elle-même, « *l'institution psychiatrique joue toujours son rôle de dispositif disciplinaire au sens de M. Foucault (1975, 2003). En plus de soulager et soigner les maux et souffrances psychologiques, s'opèrent à travers elle un « recadrage » des comportements et un modelage des attitudes et positions corporelles.* ».⁹¹

Analyse des représentations sociales.

Dans nos sociétés, les « représentations » de la « maladie mentale » sont marquées d'une forte connotation négative. L'image de la « maladie mentale » se trouve souvent associée à l'idée de violence, aux conduites addictives et à des comportements incohérents, parfois violents et imprévisibles.⁹² Ainsi, la personne qui se trouve qualifiée du terme de « malade mental » est considérée comme une menace pour la société, comme pour elle-même. Celle-ci se trouve donc rejetée par les autres. Elle devient alors, d'une certaine manière, la « victime » d'une disqualification sociale.

Par son caractère irrationnel et imprévisible, la « folie » a toujours fait peur. Autrefois, elle était associée à l'image du « forcené », dont la violence pouvait éclater de façon soudaine, comme le déferlement brutal de forces et de pulsions irraisonnées et incontrôlables.

La « folie » demeure, aujourd'hui encore, associée à l'idée de violence. C'est en tout cas ce qui ressort d'une étude sur les « représentations sociales » de la « folie » dans nos sociétés modernes.⁹³ Le « fou » est imprévisible, sa « logique » nous est inaccessible.

⁸⁹ Julien Gard, ... Op. Cit. p.19.

⁹⁰ Mais la pression sociale ne pousse-t-elle pas à ce consentement aux soins.

⁹¹ Julien Gard, ... Op. Cit. p.151

⁹² « *La santé mentale en population générale : images et réalités* »,
Etude en cours, Synthèse intermédiaire, Avril 2004.

⁹³ Ibid.

Celui qui est touché par la « folie » peut laisser éclater la violence qui habite chaque être humain. Cela sans qu'il nous soit possible d'en comprendre la raison. Son raisonnement nous reste impénétrable. C'est en cela que le « fou » représente la « face obscure » de l'être humain, car la « folie » fait partie de l'homme.⁹⁴ Elle est l'expression de nos pulsions, libérées de tout contrôle. Ainsi, celui qui est porteur de l'image du « fou » se trouve rejeté de la société. Il est en quelque sorte le « bouc émissaire » de notre propre folie ⁹⁵ :

*« Il s'agit, chaque fois, de sacrifier quelques individus, nommément désignés comme idiots ou fous, pour préserver la réputation du plus grand nombre ; et de marquer la distance la plus extrême des uns à l'autre. »*⁹⁶

Selon Michel FOUCAULT, « l'image » que nous renvoie la personne qui délire, dont les comportements nous sont étranges, nous renvoie à notre propre folie, à nos propres incohérences.⁹⁷ Cette image qui nous est renvoyée heurte profondément notre sensibilité dans une société où dominant les valeurs de rationalité, d'objectivité, de productivité, et de rationalité économique. Le « monde de la folie » nous est inaccessible. Les valeurs qui imprègnent nos sociétés, comme la rationalité économique et la logique scientifique nous rendent incompréhensible ce monde de l'irrationnel et de l'imprévisible.

« L'homme moderne », profondément enraciné dans une culture issue de l'idéologie des « Lumières », est heurté par tout ce qui sort de sa compréhension, ce qui lui est étranger, inexplicable : Comme la « sorcellerie », la « folie », nous effraye.

La « sorcellerie », est un monde étrange, où croyances et « pouvoirs » occultes se trouvent mêlés, où imaginaire et réalité se confondent. La « folie » représente elle aussi, d'une façon différente, le monde de l'étrange, de l'inconnu, de l'irrationnel.

Toutes les deux s'opposent, donc à la science, à la rationalité, et à la logique, valeurs dominantes de notre pensée occidentale. Or, « prétendre aujourd'hui à l'appellation de citoyen français, issu de la tradition des Lumières, c'est faire preuve que l'on sait pratiquer l'expulsion hors de soi de l'irrationnel. »⁹⁸

⁹⁴ Michel FOUCAULT, « *Histoire de la Folie à l'âge classique* », TEL-GALLIMARD, 1972.

⁹⁵ René GIRARD, « *La violence et le sacré* », GRASSET, 1972.

⁹⁶ Jeanne FAVRET-SAADA, « *Les mots, la mort, les sorts.* », GALLIMARD, 1977. (p. 70)

⁹⁷ Michel FOUCAULT, « *Histoire de la Folie à l'âge classique* », TEL-GALLIMARD, 1972.

⁹⁸ Jeanne FAVRET-SAADA, « *Les mots, la mort, les sorts.* », GALLIMARD, 1977. (p. 72)

Celui qui est touché par la « folie » se trouve donc rejeté. La « folie », comme la « sorcellerie », n'a pas sa place dans notre société. Qualifier un individu de « fou », revient à le rejeter. C'est porter sur lui une « disqualification » qui l'exclut de la catégorie des personnes que l'on peut fréquenter. Il se trouve donc marginalisé au sein de la société.

Les principales représentations sociales de la « folie » sont la différence par rapport aux autres, l'étrangeté du comportement et l'incohérence du discours. Le « fou » se reconnaît donc, selon la représentation que s'en fait notre société, au travers de son rapport aux autres, de ses interactions. Ainsi, la « folie comporte une part « subjective » issue des représentations culturelles de notre société.

Dans ces représentations, on retrouve aussi l'idée d'une contamination, d'une contagion, capable d'affecter les individus fréquentant souvent des « fous ». Cette contagion peut soit provenir de contacts « *avec des eaux souillées ou les humeurs corporelles des « fous »* (Jodelet, 1989 : 305-347), *avec l'air vicié* (Charuty, 1985 : 38 ; Foucault, 1963 : 443-457) *ou simplement due aux interactions quotidiennes avec ceux-ci.* ».⁹⁹

Regard sur le Handicap : Stigmatisation de la « folie ».

Le regard social et les images de la folie, de la santé et de la maladie divergent selon les cultures et les mutations des valeurs sociales.¹⁰⁰ De nombreuses questions se trouvent soulevées, sur la maladie mentale, la souffrance psychique, la folie, sur leurs représentations sociales au sein de la société et ses conséquences. Nous pouvons ainsi nous demander :

Quelles sont les conséquences du « regard social » sur « l'utilisateur en santé mentale » ? Quelle est l'importance de la « disqualification sociale » portée sur la personne « prise en charge » par une structure de soin en « santé mentale » ? Quelles sont les conséquences sur son « identité » et sur la force et la forme de ses liens sociaux ?

Nous ne détaillerons pas maintenant l'étendue des problèmes soulevés par ces questions. Nous pouvons résumer la question de la « disqualification sociale »¹⁰¹ dans ce qu'elle pose d'essentiel, et la formuler ainsi :

⁹⁹ Julien GRARD, ... Op. Cit. p. 65-66.

¹⁰⁰ Roger BASTIDE, « *Sociologie des maladies mentales* », Flammarion, 1965.

¹⁰¹ Serge PAUGAM, « *La disqualification sociale* », PUF, 1991.

Ce qui sort de la « normalité » et ne peut être compris rationnellement fait peur. Ainsi, la personne qui se trouve qualifiée de « malade mental » est souvent considérée comme une menace, aussi bien pour elle-même que pour la société. Celle-ci se trouve donc rejetée par les autres. Elle est victime d'une « disqualification sociale ». ¹⁰²

C'est cette disqualification sociale qui peut conduire les usagers ou les anciens usagers en santé mentale à se trouver marginalisés. Ceux-ci souffrent alors d'avantage de la dissolution partielle du lien social inhérente à nos sociétés modernes que le reste de la population. ¹⁰³ Ils font partie des groupes sociaux les plus exposés au rejet et à l'exclusion sociale, dans une société individualiste où les liens sociaux, se trouvent « instrumentalisés », et servent en partie à chercher un « profit » immédiat.

Maladie et Pauvreté : relations entre deux concepts.

Selon François SICOT : « *Stigmatisé ou non, la prise en charge – a donc, pour le patient de psychiatrie – des conséquences sur sa situation sociale, sinon sur son identité.* » En effet, « *la prise en charge – de la maladie mentale – s'explique pour l'essentiel par des processus d'orientation sélective.* » ¹⁰⁴

Ces processus d'orientation et de sélection dans le diagnostic médical tissent ainsi une relation étroite et ambiguë entre « maladie mentale » et « pauvreté » : hospitalisation en psychiatrie pour les plus défavorisés, psychanalyse pour les plus aisés.

Julien GRARD a lui aussi constaté ce processus d'orientation sélective : « la majorité des usagers des services publics de santé mentale sont issus de milieux sociaux moins favorisés, tandis que le reste de la population a recours de préférence à des cliniques psychiatriques privées ou des consultations en ville. » ¹⁰⁵

La « souffrance psychique » est ainsi la source d'un rejet hors de la société de tout individu incapable de se conformer et de s'adapter aux exigences économiques et sociales, d'une fragilisation de ses rapports sociaux, et d'un affaiblissement de son identité.

¹⁰² Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 26.

¹⁰³ Ibid, (p. 9)

¹⁰⁴ François SICOT, « *Maladie Mentale et Pauvreté* », L'HARMATTAN, 2001. (p. 101)

¹⁰⁵ Julien GRARD, ... Op. Cit. p.17.

Comme la « folie », la « maladie mentale » est une élaboration socioculturelle, construite au sein d'une société donnée, à une époque donnée de l'histoire de cette société. Elle comporte donc une part de « *réalité subjective* » construite collectivement.¹⁰⁶

Ainsi, plutôt que de prendre en considération une opposition entre la « santé mentale » et la « maladie mentale », nous parlerons de « souffrance psychique » comme d'un élément qui porte atteinte à la « santé mentale ». Cette « souffrance psychique » peut ainsi être aussi bien une conséquence de l'environnement social – famille, amitiés, voisinage, pollutions diverses, stress, conditions de travail ... – que d'une « maladie ».

François SICOT, nous pose donc la question suivante : « *si la situation sociale se dégrade, n'est-ce pas que cette prise en charge bouleverse la vie sociale antérieure, amène à la perte de l'emploi, la rupture avec la famille, la stigmatisation ... ?* »¹⁰⁷

B – Contexte Socio-historique :

Nous entrons dans le nouveau millénaire dans un contexte économique et social difficile et stressant : délitement des liens sociaux, bouleversement des repères familiaux,

¹⁰⁶ Peter BERGER et Thomas LUCKMANN, « La construction sociale de la réalité », Armand Collin, 1996.

¹⁰⁷ François SICOT, « Maladie Mentale et Pauvreté », L'HARMATTAN, 2001. (p. 69)

comportements individualistes, indifférence accrue envers la souffrance des autres,¹⁰⁸ fragmentation de la vie sociale au travers de rôles sociaux de plus en plus spécialisés, chômage massif, exclusion sociale, précarité toujours plus grande du travail ...

Nous constatons, en premier lieu, une modification de la socialité : Celle-ci se rétrécit. Elle s'oriente de plus en plus vers une socialité qualifiée de « secondaire », tournée vers l'utilité et la consommation. La socialité « primaire », caractérisée par un lien social de proximité, s'amointrit, pour progressivement laisser place à une socialité « secondaire » centrée sur le lien marchand, ainsi que sur les relations utilitaristes et bureaucratisées.

1°) Le lien social en crise :

Nous pouvons mettre cette crise de la socialité en rapport avec une précarité accrue des conditions économiques et de nouvelles contraintes sociales – en termes de mobilité et de disponibilité, comme de productivité – dues à une évolution du monde du travail.¹⁰⁹

Précarité et flexibilité : le monde du travail dans la société post-fordiste.

Le monde du travail, imprégné des valeurs de rapidité, de réactivité, de disponibilité, ou d'initiative, demande aux travailleurs une capacité d'adaptation de plus en plus grande. Le salarié des « temps modernes » doit être disponible à tout moment. Il doit pouvoir répondre aux besoins de l'entreprise : venir faire des heures supplémentaires pour répondre aux commandes de clients, se déplacer à plusieurs centaines de kilomètres pour assurer un service ou une livraison, modifier ses congés en fonction des besoins ...

De plus en plus de travailleurs vivent de contrats précaires : intérim, CDD, stages ... Pour eux, l'adaptation est le lot quotidien. Prise de décision, responsabilités, et déplacements sont à l'ordre du jour.

Entre 1977 et 1998, le taux de chômage est passé 2% à 12% de la population active, et le travail en contrat précaire – intérim, CDD, ... – est passé de 2,5% à 7%. Cette précarisation

¹⁰⁸ Hannah ARENDT, « La crise de la culture », GALLIMARD, 1989.

« Condition de l'Homme Moderne », Ed° AGORA-POCKET, 1994.

¹⁰⁹ Pierre-André HEBERT, « Une autre image de la maladie mentale », op. Cit. p. 5.

touche toutes les catégories de travailleurs. Pour tous, la précarité a augmenté. Elle s'est généralisée, et son augmentation atteint principalement les emplois les plus qualifiés.¹¹⁰

Cette précarité du travail est source d'angoisse, d'anxiété, et de sentiment d'insécurité. L'entreprise va-t-elle licencier ? Sera-t-on touché par ces licenciements ? Comment payer son loyer ou rembourser ses crédits si on ne retrouve pas de travail ?

Pour ceux qui ne travaillent plus, le sentiment d'insécurité se fait lourdement sentir. Comment assurer la survie de sa famille ? Comment trouver un travail avant de perdre ses droits aux ASSEDIC ? Peut-on accepter de demander l'assistance des services sociaux. Le chômeur, comme celui qui touche des minima sociaux est regardé comme un paresseux ou un incapable. Il est rejeté par ceux qui sont « intégrés » au monde du travail.

Selon François SICOT, nous pouvons ajouter que « *l'attitude face au travail* » dans notre société, constituerait même un facteur essentiel « *pour reconnaître l'existence de troubles mentaux* ». ¹¹¹ Nous pouvons donc penser que l'hospitalisation psychiatrique dépasse largement le cadre de la « maladie mentale » et s'étend à de multiples « pathologies » qui concernent autant le domaine du social que les domaines du psychologique et du médical.

Ceux qui se révèlent « inaptes » au monde du travail ou incapables de se conformer à ses exigences, sont « stigmatisés ». Ce sont des fainéants, des alcooliques ou des débiles. Cette stigmatisation est la source d'une souffrance psychique. La souffrance psychique, l'isolement, et le rejet favorisent l'apparition de maladies mentales.

Être atteint d'une « maladie mentale » c'est souvent se voir contraint de renoncer à travailler. Ainsi, le sentiment d'insécurité – les allocations ne remplacent pas un salaire – se voit doublé d'un sentiment d'exclusion.

Ainsi, à la souffrance psychique liée à la maladie, se rajoute celle liée à l'exclusion, à l'isolement, à l'affaiblissement des liens sociaux – anciens collègues de travail, voisinage, amis, famille ... Cette souffrance renforce la maladie et fragilise les relations sociales.

L'institution familiale en crise.

¹¹⁰ Jacqueline PALMADE, « *L'incertitude comme norme* », (p. 11)

¹¹¹ François SICOT, « *Maladie mentale et Pauvreté* », L'HARMATTAN, 2001.

Au cours du siècle précédent, la relation de couple a évolué. Le mariage de raison s'est effacé au profit des sentiments partagés. Le caractère « sacré » du mariage s'est affaibli et le modèle dominant est aujourd'hui l'union libre. La longévité et la stabilité des couples se sont trouvées affaiblies avec la valorisation du « parcours amoureux ». ¹¹²

L'exigence de plus en plus généralisée de mobilité professionnelle a des conséquences sur la famille. Mobilité et précarité ne peuvent pas rester sans produire des tensions dans les relations familiales. Nous pouvons penser qu'elles participent, dans une certaine mesure, au délitement des liens familiaux et à l'affaiblissement de la socialité « primaire ».

Le noyau familial se trouve plus exposé à l'éclatement. Il peut se trouver réduit au minimum – famille monoparentale, couple TGV ... – et conduire à un certain déracinement. Ce déracinement peut conduire à une perte partielle du rapport avec la réalité des normes et des valeurs sociales, et intensifier la souffrance psychique.

Pour Jaqueline PALMADE, « *l'incertitude de la famille protégerait d'autant moins que l'on est soi même dans l'incertitude de l'emploi* ». ¹¹³ Être en dehors du monde du travail, c'est s'exposer à une perte de confiance en soi et se trouver fragilisé dans ses liens familiaux.

Les conséquences du déracinement : solitude et isolement.

Dans nos sociétés où la mobilité géographique et sociale est une nécessité, les individus se trouvent coupés de leurs racines. Les plus fragiles d'entre eux se trouvent dépossédés de leur identité. Ils cherchent en vain à se donner une identité. Cette quête peut passer par la drogue, la délinquance, ou aboutir à la dépression. Dans tous ces cas, les individus concernés se trouvent exclus de la société du fait de leurs déviances, ou de leur incapacité à s'adapter et à nouer des liens sociaux. Ils sont isolés et exposés à la solitude.

Sans développer les conséquences de cet arrachement des individus à leurs racines familiales et géographiques, nous pouvons revenir sur cette relation entre « maladie mentale » et « pauvreté ». Ce sont toujours les couches sociales les plus défavorisées – populations soumises à la précarité de l'emploi, bénéficiaires de l'assistance sociale ... – qui se retrouvent isolées et exposées à être « coupées du monde ». Cet isolement a de multiples causes : rejet

¹¹² Jacqueline PALMADE, « *L'incertitude comme norme* », op. Cit. p. 52.

¹¹³ Jacqueline PALMADE, « *L'incertitude comme norme* », (p. 83)

familial – « tu es un assisté, un cas social ... » –, intérim ou délocalisation – qui conduisent à déménager fréquemment et empêchent de construire des liens sociaux dans la durée.

Toutes ces situations conduisent ces personnes à l'isolement. Leurs liens sociaux se trouvent fragmentés. Ils sont exposés à une perte de sens : Quel est l'intérêt de se battre, lorsqu'il faut faire face à l'impossibilité de se construire sa vie ? Comment préserver son identité, si se projeter dans « l'avenir » n'est pas envisageable.

2°) Comment faire face à l'incertitude ? :

Incertain et crise identitaire.

L'individualisme et « l'atomisation » sociale augmentent depuis plusieurs décennies et les relations sociales prennent une forme plus fonctionnelle et intéressée.¹¹⁴ Nous nous trouvons ainsi face à un paradoxe : Dans une société où les techniques de communication sont en plein développement, l'individu se trouve de plus en plus isolé. Privé des relations sociales nécessaires à son épanouissement, l'individu se trouve fragilisé psychiquement. Son identité devient incertaine.¹¹⁵

Le lien social « fragilisé ».

Ce contexte économique et social est donc une source importante du développement de la « souffrance psychique » dans une population arrachée à ses racines par les exigences du monde du travail en termes de mobilité et d'adaptation. Pour preuve, l'augmentation constante du nombre des personnes « en souffrance psychique » hospitalisées en psychiatrie que nous avons déjà souligné.

Que celle-ci soit volontaire ou non, l'expérience de l'hospitalisation psychiatrique touche une proportion croissante de la population. Si aujourd'hui, ces hospitalisations sont le plus souvent de courte durée, nous devons cependant insister sur le fait que celles-ci sont souvent répétitives et que leur fréquence tend à s'accroître.¹¹⁶

Normes sociales et Exclusion.

Nous pouvons mettre cette crise de la socialité en rapport avec une précarité économique accrue et de nouvelles contraintes sociales en termes de mobilité, de disponibilité, comme de productivité.

Ces nouvelles contraintes sont dues à une mutation profonde du monde du travail : celui-ci est de plus en plus fragmenté ; ses exigences en termes de mobilité et d'adaptation aux conditions de travail croissent sans cesse.

La précarisation économique généralisée des conditions de travail qui en résulte est la cause de nombreuses pathologies psychosomatiques et d'une détresse psychologique grandissante. Les risques de licenciement et les conditions de travail de plus en plus précaires accentuent encore cette détresse psychologique. Pour ceux qui ne travaillent pas, le sentiment d'exclusion se fait aussi lourdement sentir dans une société où le travail reste une valeur

¹¹⁴ Christopher LASCH, « *La Culture du Narcissisme* », Ed° CLIMATS, 2000.

¹¹⁵ Alain EHRENBURG, « *L'individu incertain* »,

¹¹⁶ LE MONDE, Jeudi 28 octobre 2004, p. 8.

centrale et un des principaux vecteurs du lien social.¹¹⁷ Ainsi, le fait d'être exclu du monde du travail, peut être un facteur d'exclusion, renforçant le délitement des liens sociaux.

C – Problématique générale :

1°) Institution sanitaire & Identité sociale :

¹¹⁷ Christophe DEJOURS, « Travail, Usure Mentale », Ed° BAYARD, 1993.
« Souffrance en France », Ed° SEUIL, 1998.

Si l'hospitalisation n'est plus « définitive » et « sans appel », elle laisse toujours, des traces indélébiles qui subsisteront tout ou long de la vie de celui qui vit cette expérience. Ces traces, « marquées dans la chair », ¹¹⁸ accompagneront désormais celui qui a été « étiqueté » comme « malade mental » tout au long de son « Ad-venir » ou de sa « carrière morale » ¹¹⁹ pour reprendre les termes de GOFFMAN.

Le regard social est un fait incontestable. Établi selon les normes et les valeurs d'une société donnée, il se porte sur l'individu en société et se pose sur ses actes, son statut, et ses comportements. Il participe à la construction des images de la « Réalité Objectivée ». ¹²⁰

Ainsi, si les troubles psychiques ont une réalité incontestable, ils n'en dépendent pas moins d'une « construction sociale », car « *le normal et le pathologique ne sont pas des personnes, mais des points de vue* ». ¹²¹ Les « troubles psychiques s'inscrivent donc, à la fois, dans le domaine médical et dans le domaine social.

Nous allons essayer de voir comment les institutions sanitaires décernent le pathologique du normal. Selon Julien GRARD, le premier critère permettant d'affirmer qu'un patient « *dans le soin* » est le fait qu'il se reconnaisse lui-même comme malade. Car, il est impossible de soigner un individu qui n'accepte pas son statut de malade. Or, pour être considéré comme étant « *dans le soin* », le patient doit également « *respecter et reconnaître le cadre dans lequel il évolue comme « un lieu de soin », et ce en se conformant à celui-ci à différents niveaux : temporel, réglementaire et interactionnel.* ». ¹²²

La référence à la pathologie qui a entraîné l'hospitalisation du patient fait appel au savoir psychiatrique, et donc au jugement du médecin qui « *fait autorité* ». Elle rappelle ainsi au patient la relation de pouvoir dans laquelle il est inséré. ¹²³

La « maladie mentale » comme source de « stigmatisation ».

¹¹⁸ Michel FOUCAULT, « *Le Pouvoir Psychiatrique* », Ed° SEUIL-GALLIMARD, 2003.

¹¹⁹ Erving GOFFMAN, « *Les rites d'interaction* », Les Editions de Minuit, 1974.

¹²⁰ Peter BERGER, Thomas LUCKMANN, « *La Construction Sociale de la Réalité* », ARMAND COLIN, 1996, PARIS.

¹²¹ Erving GOFFMAN, « *Stigmates* », Les Editions de Minuit, 1975, PARIS. (p. 161).

¹²² Julien GRARD, ... Op. Cit. p. 118-119.

¹²³ Ibid. (p. 131)

Nous développons quotidiennement des interactions avec les autres. Durant celles-ci, nous essayons de nous conformer à leurs « attentes normatives ». Ces attentes répondent à des « standards », qui s'élaborent tacitement au sein de chaque société selon des normes et des valeurs communes.

Ainsi, d'une part, celui qui a vécu une hospitalisation en psychiatrie, ou qui a été confronté à l'expérience de la « folie », se trouve ainsi marqué, selon GOFFMANN, par « *un stigmaté, du simple fait de son hospitalisation* ». ¹²⁴ Même si ce terme de stigmaté peut nous paraître excessif, il porte une réalité sociale : « *aujourd'hui encore, la maladie mentale fait peur* ». ¹²⁵ D'autre part, la prise en charge de la « maladie mentale » a des conséquences indéniables sur le devenir social d'un individu. Celles-ci peuvent soit être dues à un rejet du sujet, à une exclusion sociale et professionnelle, soit à une rupture avec l'entourage social du « malade mental ». ¹²⁶

Son incapacité à se conformer aux normes du travail, comme la différence de ses comportements, de ses attitudes, ou de son apparence, peuvent suffire à l'exclure du reste de la société. Ses difficultés à établir des relations avec les autres, de se comporter selon les attentes sociales, signes de sa « maladie », de sa différence, se trouvent alors renforcées par le rejet qu'il subit du reste de la société.

S'il veut sortir de son isolement, participer à la vie sociale, alors, il doit cacher aux autres sa différence, et dissimuler les stigmates « cachés » de sa maladie, ceux-là mêmes qui peuvent le menacer de « discrédit » aux yeux des autres membres de la communauté. ¹²⁷ Nous pouvons classer l'hospitalisation parmi ses « stigmates cachés ». Pour l'ancien « usager » des services de psychiatrie, parler trop librement de soi, de son vécu hospitalier, comporte un risque social. C'est se trouver exposé au regard de l'autre, à son jugement, prendre le risque d'être rejeté, exclu de l'interaction, marginalisé dans la société.

Le « diagnostic » et ses conséquences sociales : une identité à reconstruire.

¹²⁴ Erving GOFFMAN, « *Stigmaté* », Les Editions de Minuit, 1975.

¹²⁵ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 27.

¹²⁶ François SICOT, « *Maladie Mentale et Pauvreté* », L'HARMATTAN, 2001. (p. 101 et p. 195)

¹²⁷ Erving GOFFMAN, op. Cit. p. 14-15.

Dès l'instant où un individu a été examiné par un psychiatre, et que celui-ci a décidé son hospitalisation nécessaire, il sait – bien qu'il ignore parfois le diagnostic posé – qu'il est diagnostiqué comme « *malade mental* » ou « *personne souffrant de troubles mentaux* ».

Le Dr PIEDNOIR souligne l'importance de ce passage « *du moment où on se sent bien portant au moment où l'on doit s'accepter comme malade* ». ¹²⁸ Pour elle, « *Le projet de soin, de prise en charge, d'insertion et d'évolution ne peut-être qu'individuel* ».

A quoi sert donc le diagnostic ? Quelles peuvent en être les conséquences indésirables ? « *Faire un diagnostic n'a pas d'intérêt en soi, cela n'a d'intérêt que pour permettre de bien soigner la personne qui est en face ...* » ¹²⁹

De plus, « *le diagnostic ne suffit pas pour soigner et accompagner quelqu'un qui à un problème psychiatrique ... si je donne à un patient le bon traitement médicamenteux, ... mais que je ne fait pas attention aux difficultés qu'il a dans sa vie, que je n'établit pas une relation thérapeutique avec lui ... le risque, c'est que je lui ai peut-être donné un bon traitement, mais que je n'ai pas été forcément thérapeute ...* ». ¹³⁰ Le Dr PIEDNOIR souligne donc ici l'importance d'inscrire la question de la « maladie mentale » aussi bien dans le social que dans le médical – fait qui accompagne cette étude dans son parcours.

La prise en charge de la maladie mentale pose sur la personne hospitalisée un signe négatif de distinction. Ce signe la dévalorise par rapport au reste de la société. Il met en valeur son incapacité, sa déficience. Il place la personne dans cette déficience, cette incapacité qui l'empêche de tenir un rôle social « normal », comme de se conformer pleinement aux normes, aux valeurs, et aux exigences de la société. Il la dévalorise. Son « stigmaté » est mis en relation avec son rôle social. Et cette personne se trouve socialement définie par ce stigmaté.

De plus, « *l'individu stigmatisé tend à avoir les mêmes idées que nous sur (son) identité* » ¹³¹ Il se sent donc discrédité par rapport au reste de la société. Il semble donc normal qu'il cherche à dissimuler tout ce qui peut dénoter une différence avec les « normaux », et le placer en situation d'infériorité. Pour lui, il est préférable de cacher à autrui, lorsque cela est possible, toute hospitalisation en milieu psychiatrique.

Pour toutes ces raisons, « *en France, se reconnaître ex-malade, patient, ou bien usager de psychiatrie représente un stigmaté qu'il est difficile d'assumer.* » ¹³² Les « usagers

¹²⁸ Entretien avec le Dr PIEDNOIR – 25-05-2005.

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Ibid.

¹³¹ Erving GOFFMAN, « Stigmaté », Les Editions de Minuit, 1975. (p. 17)

¹³² Martine DUTOIT-SOLA, Présidente d'Ad-Vocacy France,
« Des Stigmatés aux Pratiques Innovantes: L'Ad-Vocacy d'un JE », DEA Formation d'Adulte,

en santé mentale » ont ainsi tendance à s'isoler du reste de la société pour éviter de se faire identifier comme tels, et ressentir le discrédit et le rejet dans le regard que posent les autres membres de la société sur eux.

Comment vivre avec son identité de « malade » ?

Dans ces conditions, « *oser se regrouper en associations* » peut se révéler une épreuve difficile,¹³³ mais c'est par cette épreuve, qui oblige à assumer sa différence, que se forge une identité sociale « collective », plus positive des « usagers en santé mentale ».

C'est, aux yeux des militants d'Ad-Vocacy, le prix à payer pour changer les « représentations sociales » de la « maladie mentale ». Ad-Vocacy, association en santé mentale, que nous étudierons plus loin dans cet exposé, est l'un des acteurs qui a permis l'émergence de notre terrain.

Les usagers des services de santé mentale, au travers de leur regroupement en association cherchent donc à assumer leur vécu, à accepter et à faire accepter ce qui les différencie des autres, à faire disparaître le caractère stigmatisant de leur différence.

« *Ils intègrent ainsi ce qui était un **stigmat** à leur **identité*** ». ¹³⁴ Au sein d'un groupe solidaire, intégré à l'identité sociale du groupe, le stigmat perd de son caractère disqualifiant. Il devient une partie de l'Identité de l'Individu. Partie qui est affichée aux yeux de tous.

S'extraire de son rôle de personne « stigmatisée », consiste ici à refuser d'assumer la discrimination qui en résulte. Mais, il semble contradictoire de parler de son « stigmat », voire de le revendiquer, alors que par définition, celui-ci est un « attribut » social négatif que l'individu « stigmatisé » est sensé dissimuler au reste de la société.

Soins et dépendances : comment envisager sa réinsertion ?

CNAM, 1999, PARIS. (p. 14)

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Claude DEUTSCH et Martine DUTOIT-SOLA,
« Usagers de la Psychiatrie : de la Disqualification à la Dignité », ERES, 2001.

Une certaine dépendance s'installe entre les personnes en « souffrance psychique » et les institutions de soins. Ces hospitalisations, souvent en « milieu psychiatrique », sont loin d'être anodines.

Les conséquences de telles hospitalisations peuvent se révéler néfastes sur la vie sociale et l'avenir de l'individu en « souffrance psychique qui les a vécues au cours de son existence : isolement social, ruptures relationnelles, perte d'emploi, précarité ...

2°) Intérêt d'un espace associatif :

Le milieu associatif créateur de lien social.

Se regrouper en association d'usagers en santé mentale, c'est aussi faire passer sa maladie sur le plan du social. La maladie perd une part de son caractère stigmatisant, car elle se trouve « collectivisée » au sein de l'association. Elle sert à construire l'identité du groupe, sa cohésion sur des liens de solidarité et d'appartenance, comme ses revendications et son action collective.

Au sein d'un groupe identitaire, les liens sociaux se construisent plus facilement. Ceux qui sont en souffrance psychique peuvent surmonter plus facilement leur handicap en terme de socialisation et de capacité d'action.

Sortir de la « médicalisation ».

Le regard social et les images de la folie, de la santé et de la maladie divergent selon les cultures et les mutations des valeurs sociales. De nombreuses questions se trouvent soulevées, sur la maladie mentale, la souffrance psychique, la folie, sur leurs représentations sociales au sein de la société et ses conséquences.

Comme nous l'avons vu, l'institution psychiatrique peut-être une source d'aliénation et de stigmatisation supplémentaire. Elle ajoute aux difficultés causées par la maladie, celles liées au fait d'apparaître socialement comme « malade ». Elle provoque une stigmatisation. Celle-ci renforce l'exclusion sociale de l'individu fragilisé par la maladie.

Se posent alors les questions suivantes : dans quelle mesure, l'individu en souffrance psychique ou le « malade mental » doit-il être considéré comme un « usager » des services psychiatriques, ou comme « individu aliéné », privé de raison ? Ainsi, quelle est la part de la mise à l'écart de la société et de l'aide à la réadaptation sociale qu'apporte l'enfermement psychiatrique ?

Bien que l'hospitalisation puisse être un facteur d'autonomisation pour la personne en souffrance psychique, il est aussi possible qu'elle change le regard porté sur la personne hospitalisée par l'entourage.

A partir de ces questionnements se sont développées les associations d'usagers en santé mentale. La vision sociale de la maladie mentale est porteuse d'une « *disqualification sociale* » qui peut conduire les usagers ou les anciens usagers en santé mentale à se trouver

marginalisés. Ceux-ci souffrent alors d'avantage de la dissolution partielle du lien social dans nos sociétés modernes que le reste de la population.

Certains usagers, regroupés en associations, cherchent ainsi à retrouver une certaine autonomie face à l'institution médicale et à lutter contre la solitude ou l'exclusion. Par le biais associatif, ils cherchent à faire évoluer la vision de la maladie mentale. D'ailleurs, le terme « d'usagers en santé mentale », fait partie de l'évolution que ses associations ont apportée au regard social sur la maladie mentale.

Une Association ne peut se développer qu'autour de sens commun et d'un lieu de vie. Ainsi, « *l'Espace Convivial Citoyen* », objet central de cette étude, est né de la volonté de certains usagers des services de santé mentale, regroupés en associations, de se réappropriier le contrôle de leurs propres existences par « *l'action collective* »¹³⁵ et de lutter contre l'isolement social et l'ennui.

Comment se reconstruire une identité sociale ?

Partager un but commun, s'entraider, se regrouper autour d'une association, c'est non seulement s'offrir les moyens de nouer des liens sociaux, mais aussi se retrouver autour d'un projet, d'une idée commune, et retrouver une part d'identité.

Pourtant, au sein des associations d'usagers subsiste une ambivalence. D'un côté, ceux-ci, regroupés en associations, forment une communauté au sein de laquelle l'expérience psychiatrique fait partie de l'identité sociale du groupe. Mais, de l'autre, le fait d'être adhérent dans une association d'usagers de la psychiatrie révèle au grand jour un stigmate dissimulé au reste de la société.

Terrain et Méthode :

Le terrain sur lequel s'appuie notre étude est un espace associatif qui sert de lieu de vie à une trentaine de personnes ayant connu pour la plupart une expérience de la psychiatrie.

¹³⁵ Claude DEUTSCH et Martine DUTOIT-SOLA,
« Usagers de la Psychiatrie : de la Disqualification à la Dignité », ERES, 2001.

Ceux-ci, fragilisés par l'expérience de la maladie, marqués par l'hospitalisation et le regard porté par notre société sur la maladie mentale, se retrouvent dans cet espace associatif où ils peuvent recréer une part de lien social.

Quel est pour eux l'intérêt de ce lieu ? Comment se l'approprient-ils ? Quelles sont les conséquences de cet espace sur leur façon de vivre ensemble ? Comment s'organise cet espace social ? Quelles sont les formes que prend le lien social dans ce lieu de vie ?

Toutes ces questions forment la base de cette partie de notre étude. Avant d'y répondre, nous exposerons l'approche méthodologique de ce terrain, après en avoir préalablement exposé sommairement les principales caractéristiques.

L'Espace Convivial Citoyen, terrain de notre étude, est né de la rencontre entre deux associations : AUSER et Ad-Vocacy. C'est un lieu géré principalement par ses adhérents. Ceux-ci ont pour la plupart été confrontés à l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation, soit directement, soit indirectement dans leur entourage. Chacune de ces associations est porteuse de valeurs et d'un regard spécifique sur la santé mentale.

L'Espace Convivial Citoyen est un local d'une cinquantaine de mètres carrés situés au centre de CAEN. Deux associations cogèrent la vie de ce lieu : Ad-Vocacy Basse-normandie et AUSER. Une trentaine de personnes le fréquente assez régulièrement. L'organisation et l'entretien de cet espace sont assurés par les adhérents des deux associations impliquées dans sa création. Deux animateurs à mi-temps assistaient, jusqu'en juin 2005, ceux-ci dans l'organisation de la vie sociale de l'Espace et assuraient la continuité de l'ouverture du local et la pérennité des activités associatives.

Si ces deux animateurs ont un rôle important dans la stabilité du lieu et sa pérennité, leur rôle se limite à l'animation et ne s'apparente ni un contrôle social, ni une autorité de tutelle. Comme nous le verrons ultérieurement, ce sont les usagers de cet espace qui sont eux-mêmes les principaux acteurs de la vie du lieu et de son organisation. Le rôle des animateurs se limite à pallier les défaillances de ceux qui assument des responsabilités au sein de cet espace, comme tenir des permanences ou organiser des activités.

Cependant, si ce rôle est limité, et si les animateurs demeurent en retrait, il représente un travail conséquent. Leur présence permet aussi de multiplier les activités et de tenir une partie d'entre elles hors du local.

Ad-Vocacy est une association nationale qui regroupe des usagers en santé mentale, des professionnels des domaines médical, social et médicosocial, ainsi que des proches d'usagers de la psychiatrie – familles, amis ... L'ambition de cette association est d'améliorer les conditions de vie des usagers en santé mentale et de les soutenir dans leurs démarches et leurs revendications. Ad-Vocacy cherche à changer le regard porté sur la « maladie mentale ».

AUSER est une association locale d'usagers en santé mentale. Elle s'est formée autour de Claude DEUTSCH, directeur du foyer Léone RICHEL à CAEN et d'un noyau d'usagers des services de santé mentale. Son action est multiple : faire évoluer la place de la personne en souffrance psychique au sein de la société, se soutenir mutuellement, créer des solidarités et du lien social, défendre les droits des usagers en santé mentale.

C'est la rencontre de ces deux associations qui a débouché sur le projet d'Espace Convivial Citoyen à CAEN. La mise en commun des idées et des volontés a permis de mettre ce projet sur pied et d'en chercher les financements ...

A – Terrain :

Le choix de l'Espace Convivial Citoyen de CAEN comme terrain pour cette étude permet de poser la question du lien social à la fois dans le champ associatif, et dans celui de la

santé mentale. Cet espace présente une forte originalité : Il pose, comme nous l'avons déjà souligné, la question de la santé mentale en dehors du champ médical. Ainsi, nous pouvons nous placer du point de vue de l'utilisateur des services de santé mentale, et avoir un regard différent sur la question de la santé mentale, ses conséquences sur le lien social, et proposer une vision critique sur l'évolution du lien social dans nos sociétés occidentales.

Il nous permet aussi d'entrevoir le rôle que peut jouer le tissu associatif face aux problèmes soulevés par la question de la santé mentale. Il nous pose des questions centrales : Quel est l'intérêt des usagers en santé mentale de se regrouper ? Quelles sont les raisons qui les poussent à se regrouper ? Comment le « fait associatif » peut-il contribuer à résoudre les questions posées par la « santé mentale » dans nos sociétés ?

1°) L'exemple de l'Espace Convivial Citoyen de CAEN :

L'Espace Convivial Citoyen est le lieu autour duquel se déroule pour l'essentiel l'enquête de terrain. Ce local associatif est un lieu de passage où de nombreux usagers en santé mentale passent de façon plus ou moins régulière. Ils s'y retrouvent pour pratiquer des activités collectives diverses, pour discuter autour d'un café, ou simplement pour sortir de leurs solitudes. Après une fréquentation suffisante de cet espace, on peut noter que « *l'esprit du lieu et les personnalités de chacun s'y trouvent entremêlées* »¹³⁶

L'importance de ce lieu de vie pour les « usagers » qui s'y retrouvent semble être indéniable. Ceux-ci, usagers ou anciens usagers en santé mentale ont repris, pour nombre d'entre eux, leur vie en main et une certaine autonomie vis-à-vis de l'institution psychiatrique.

Avant d'exposer un bref historique des associations d'usagers, puis de la création de cet espace associatif par ces deux associations, il semble utile de voir quels sont les buts et les idées défendues par les fondateurs de l'association Ad-Vocacy.

2°) Le concept d'Ad-Vocacy.

¹³⁶ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 16.

L'association Ad-Vocacy s'est développée en France sur une idée forte : Accompagner les « usagers en santé mentale » dans leur démarche, défendre leurs intérêts, et leur redonner la parole. Permettre aux « usagers en santé mentale de se réapproprier leur santé et leur parole est au cœur du concept de « l'Ad-Vocacy ».

Le concept d'Ad-Vocacy, s'est développé dans les années 1980 en Europe du Nord, dans les pays scandinaves et anglo-saxons. Il désigne une médiation sociale, bénévole, visant à apporter une « aide à l'expression, par l'intermédiaire d'un tiers, à une personne s'estimant victime ou ignorée » d'une autre.¹³⁷

Ainsi, l'association Ad-Vocacy se donne pour objectif de soutenir les « usagers » des services de « santé mentale » dans leur quotidien, dans leurs relations avec les institutions, et se proposer une médiation dans les conflits qui peuvent les opposer à ces institutions. Elle a un rôle d'accompagnement. Elle cherche à soutenir leur parole, à la porter.

La parole de l'utilisateur en santé mentale a longtemps été ignorée par les professionnels de santé, ceux-ci opposant leur « savoir médical » à la parole de « l'individu aliéné » par sa maladie.¹³⁸ C'est en partant de ce constat qu'Ad-Vocacy s'est donné pour but de « rendre l'autonomie de parole aux usagers en psychiatrie ».¹³⁹

Ad-Vocacy s'implique dans la construction d'« un réseau de membres actifs ».¹⁴⁰ C'est en prenant appui sur ce réseau qu'elle veut redonner la parole à « l'utilisateur » et changer le regard social porté sur la « maladie mentale ».

Pour les militants de l'association Ad-Vocacy, aujourd'hui encore, être entendu quand on est « diagnostiqué » comme souffrant d'une pathologie « mentale » n'est pas toujours facile. Cependant, si ce constat semble indéniable – quel serait l'intérêt de l'institution médicale de placer la parole de l'utilisateur au cœur du dispositif sanitaire ? – quelques questions demeurent :

Ne passe-t-on pas d'une forme de représentation à une autre ? La parole de l'utilisateur ne risque-t-elle pas d'être interprétée par ceux qui veulent la soutenir autant que par des professionnels de santé ? L'utilisateur sait-il toujours ce qu'il veut ? Peut-on répondre à toutes ses attentes ? Ces attentes sont-elles toujours cohérentes ?

¹³⁷ Martine DUTOIT-SOLA, op. Cit. p. 10.

¹³⁸ Pierre-André HEBERT, « Une autre image de la maladie mentale », op. Cit. p. 32.

¹³⁹ Site Internet d'Ad-Vocacy France.

¹⁴⁰ Site Internet d'Ad-Vocacy France.

C'est au travers de toutes ces questions que l'ambition contenue dans le concept « d'Ad-Vocacy » nous apparaît. Même s'il semble impossible de porter fidèlement la parole de l'utilisateur, l'association Ad-Vocacy et les associations d'utilisateurs en santé mentale n'en demeurent pas moins, selon Claude DEUTSCH et Martine DUTOIT-SOLA, des « *tiers médiateurs* »¹⁴¹ importants. Propos qui me semblent justifiés.

En effet, le milieu associatif a toujours été source d'une réappropriation de soi, d'engagements citoyens,¹⁴² et un contre pouvoir aux institutions étatiques souvent trop bureaucratisées. Ces associations constituent donc un « contre poids » qui s'il reste porté par des idéaux qui lui donnent une certaine subjectivité, reste essentiel face au pouvoir d'une institution psychiatrique qui demeure centralisée et porte la légitimité d'un certain savoir.

De plus, l'existence de structures « médiatrices » peut permettre de régler, comme de désamorcer de nombreux conflits.

Quels principes différencient « l'Ad-Vocacy » dans sa pratique de défense des droits de l'utilisateur de celle d'autres associations comme celle, telle l'UNAFAM, des familles d'utilisateurs de la psychiatrie ?

Bien qu'aucune intention de déposséder l'utilisateur de ses droits, ni même d'exercer une autorité sur lui, n'émane d'une volonté de l'institution psychiatrique – celle-ci ne cherche pas à exercer un quelconque pouvoir arbitraire sur celui-ci – « l'utilisateur en santé mentale » se trouve en partie dépossédé de ses droits. Il se trouve objectivé par le regard médical.

Pour exercer son rôle thérapeutique, l'institution psychiatrique prive le « malade » d'une part de liberté dans ses actes. Celui-ci subit une perte de contrôle sur ses actes, ses désirs, et son « Ad-venir » qu'il remet entre les mains de l'institution sanitaire chargée de prendre en main sa santé.

Dépossédé de ce qui fait son identité, – de sa liberté, du contrôle de sa propre vie – « l'utilisateur » des services de santé mentale est soumis à une dépersonnalisation, à une aliénation sociale qui s'ajoute à son aliénation mentale.

¹⁴¹ Claude DEUTSCH, Martine DUTOIT-SOLA,

« Usagers de la Psychiatrie : de la Disqualification à la Dignité », ERES, 2001.

¹⁴² Alexis de TOCQUEVILLE, « De la démocratie en Amérique », 1835, Edition 10-18, 1963

En effet, l'institution psychiatrique se trouve dépositaire d'un savoir. Or, selon Claude DEUTSCH et Martine DUTOIT-SOLA, « *le Savoir, c'est l'imposition d'un point de vue validé par une Société !* ». ¹⁴³ Ce savoir se place donc dans l'enjeu d'un rapport de force. Il est même, pour Michel FOUCAULT, la source d'un pouvoir : Le « pouvoir disciplinaire ».

Celui-ci, légitimé par un savoir, ¹⁴⁴ et diffusé au travers du « regard médical », est exercé par le psychiatre sur le malade. Il ne s'impose pas par la force, mais par une pression continue et diffuse, exercée de l'institution vers le sujet. Celui-ci se trouve dépossédé de sa parole, comme de son corps, au travers du « Diagnostic ». C'est cet acte qui définit le malade en même temps qu'il définit sa maladie. ¹⁴⁵

Ainsi, pour les défenseurs du concept d'Ad-Vocacy, au travers d'échanges d'idées et d'expériences, portées par le vécu d'usagers, et par les opérations de médiations menées entre des usagers et des institutions, un constat semble s'imposer :

« *Dans une situation de toute puissance des uns sur les autres, puisqu'ils forment un système clos, il faut introduire un tiers* ». ¹⁴⁶

Pour les membres d'Ad-Vocacy, le « *dépassement d'une relation soignants/soignés* » apparaît comme une nécessité. Cela leur semble possible, par la recherche d'une implication du « malade mental » dans les soins qui lui sont offerts. La démarche de l'Ad-Vocacy consiste donc à « *substituer l'Entraide à l'Assistance* ». ¹⁴⁷

En effet, en agissant en ses lieu et place, l'assistance déresponsabilise l'individu. Elle le prive de sa parole, et elle l'infantilise. L'assistance est génératrice d'une dépendance : En effet, « *à vouloir aider la personne dans une démarche individuelle d'insertion, on recrée de l'isolement et de la Dépendance ...* ». ¹⁴⁸

Dans la démarche d'Ad-Vocacy, il ne s'agit pas de construire, « *une Assistance qui viserait à une insertion individuelle* » ¹⁴⁹, mais au contraire, de mettre en œuvre « *un dispositif collectif de vie sociale* ». ¹⁵⁰

¹⁴³ Claude DEUTSCH, Martine DUTOIT-SOLA, « Usagers de la Psychiatrie : de la Disqualification à la Dignité », ERES, 2001. (p. 15)

¹⁴⁴ Michel FOUCAULT, « Le Pouvoir Psychiatrique », Ed° SEUIL-GALLIMARD, 2003.

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Claude DEUTSCH, Martine DUTOIT-SOLA, op. Cit. p. 15.

¹⁴⁷ Entretien avec Claude DEUTSCH.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Ibid.

Ce dispositif doit permettre à la personne d'agir, de trouver sa place dans la société, et de créer son propre chemin d'elle-même. Ce chemin, c'est au travers d'une réappropriation de « *sa propre capacité à être et à agir* »¹⁵¹ qu'elle doit pouvoir le trouver.

Il ne s'agit pas de se substituer à la parole de « l'utilisateur en santé mentale », mais plutôt de soutenir sa Parole, « *de porter sa parole* » vers l'Institution, et d'en renforcer la légitimité : « *C'est donc – ici – la parole de l'utilisateur qui doit être restituée dans sa totalité et son originalité* ». ¹⁵²

L'association Ad-Vocacy cherche à « *se positionner dans le Champ de la Santé Mentale et du Handicap* » pour faire admettre la nécessité du « *respect et de l'échange* » entre tous les individus d'une société, quels que soit leur statut et leurs rôles sociaux. Ce respect mutuel, qui doit se placer à la base de tout « *contrat social* »¹⁵³ au sens de ROUSSEAU, paraît indispensable au bon fonctionnement de toute société.¹⁵⁴

Pour Claude DEUTSCH, il est possible de considérer l'association Ad-Vocacy France comme une association d'utilisateurs, dans la mesure où ceux-ci sont devenus majoritaires dans la structure et y occupent des responsabilités.¹⁵⁵ En effet, le bureau d'Ad-Vocacy compte désormais une forte part d'utilisateurs ou d'ex-utilisateurs en psychiatrie qui y jouent un rôle actif, et la majorité des adhérents de l'association sont ou ont été utilisateurs en santé mentale.

Toutefois, nous ne pouvons pas considérer cette association comme une association d'utilisateurs au sens strict du terme, car nous devons tenir compte du rôle prépondérant que certains professionnels de la santé jouent dans cette structure, notamment dans sa gestion et pour l'obtention de subventions.

3°) Histoire d'un lieu associatif.

Le projet de l'Espace Convivial Citoyen est né d'une volonté commune, autour de l'idée d'entraide entre « utilisateurs » en santé mentale, partant d'un constat : de nombreuses

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Martine DUTOIT-SOLA, op. Cit. p. 19.

¹⁵³ Jean-Jacques ROUSSEAU, « *Du contrat social* »,

¹⁵⁴ Martine DUTOIT-SOLA, op. Cit. p. 12.

¹⁵⁵ Claude DEUTSCH, « *Les Associations en Santé Mentale à travers l'Histoire* », CAEN. (p. 22)

personnes restent ou se trouvent placées dans des établissements de soins en psychiatrie. Pour ces personnes qui n'ont pas forcément encore besoin de soins, un placement en institution reste la seule façon d'avoir une vie sociale.

La formule de l'Espace Convivial Citoyen, peut nous apparaître comme un moyen de substituer l'Entraide à l'Assistance.¹⁵⁶ Ce projet vise à développer l'entraide et à créer du lien social entre les usagers en santé mentale. Il est porté par la rencontre de deux associations : AUSER et Ad-Vocacy France. C'est de cette rencontre, de cette mise en commun d'idées et de volontés qu'est issue l'Espace Convivial Citoyen.

D'un côté, une association locale – AUSER. – s'est constituée, au cours des années 1990, dans la mouvance du « Réseau Européen des Usagers Survivants de la Psychiatrie », en parallèle à la création de la « FNAP-PSY ».¹⁵⁷ Elle est constituée d'usagers et d'anciens usagers de la psychiatrie qui cherchent à reprendre leur vie en main. Ils cherchent à se réapproprier leur propre parole sur la santé mentale. Ils veulent faire entendre leur voix directement, sans que celle-ci ne soit portée par d'autres, comme les associations de familles d'usagers – tel l'UNAFAM, – ou les experts du milieu médico-social.

De l'autre, « Ad-Vocacy » association nationale qui cherche à défendre la parole des usagers en santé mentale. Localement représenté par l'Association « Ad-Vocacy » CAEN Basse-Normandie. Celle-ci est constituée majoritairement d'usagers ou d'anciens usagers de psychiatrie, bénévoles, qui veulent assumer activement leur rôle de citoyens.

Des professionnels des milieux médical et social, comme Claude DEUTSCH,¹⁵⁸ participent au fonctionnement de cette association. Ceux-ci se sont mis un peu en retrait de cette structure, qui gagne en maturité. Nous rappellerons que certains adhérents, usagers ou ex-usagers en santé mentale, prennent une part active à son fonctionnement.

Ces associations se sont retrouvées dans l'action collective, autour de la défense des droits de l'utilisateur en psychiatrie, de la création de réseaux d'échanges de savoirs et d'expériences, et d'une volonté commune : faire évoluer la vision de la maladie mentale dans nos sociétés modernes.

¹⁵⁶ Entretien avec Claude DEUTSCH

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Claude DEUTSCH est, depuis 2005, président de « Santé Mentale Europe ».

Né de ces interactions, le projet a dû trouver des financements. Des contacts ont été pris auprès de responsables de la Commission des Affaires Sociales, et du conseil général, pour parler de ce projet.¹⁵⁹ Dans un premier temps un financement par la Fondation de France a été obtenu. Ce financement a entraîné les autres, permettant au projet d'Espace Convivial Citoyen de voir le jour. Ce financement est basé sur un contrat trisannuel entre les différents partenaires – associations et financeurs.

Le défi de ce projet est de perdurer, d'impulser d'autres expériences et d'assurer son développement et son autonomie. Le troisième anniversaire de cet Espace, a été l'occasion de festivités. Une table ronde avec différents acteurs de ce projet, les usagers et différents invités : l'occasion de faire le point.

En décembre 2004, le plan de financement s'est achevé. 2005 s'annonce comme une année de transition. Et la quête de financement est de nouveau à l'ordre du jour. Bernard THOMASSE m'exposait ce problème en juin 2005. Tels sont ces propos :

*« Nous sommes en recherche avec le conseil général, l'URCAM et la DDASS de financement pérenne ... avec la difficulté que c'est un espace « intermédiaire » ... qui refuse d'être un espace de soin au sens thérapeutique du terme ... ceci fait que l'on doit trouver d'autres sources ... une solution est la dotation régionale des réseaux ... qui permet d'avoir un financement sur trois ans plus trois ans ... ».*¹⁶⁰

Pourtant, si ce projet a émergé, c'est aussi grâce à sa spécificité. C'est un espace non médicalisé. Et Bernard THOMASSE explique son intérêt :

*« C'est aussi pour cela qu'elle nous a intéressé ... c'est parce que ça sort du cadre qu'on a voulu accompagner ce projet ... c'est pas parce qu'on a eu du mal à trouver les financements qu'on a baissé les bras ... chaque année on se retrouve pour chercher des solutions ... ».*¹⁶¹

Une convention a été signée entre les différentes associations initiatrices du projet. C'est Ad-Vocacy France, représenté par sa présidente, Martine DUTOIT-SOLA, qui réunit les différents partenaires associatifs et financiers du projet, et le supervise.

¹⁵⁹ Entretien avec Claude DEUTSCH

¹⁶⁰ Entretien avec Bernard THOMASSE – 17-06-2005

¹⁶¹ Ibid.

Ad-Vocacy Basse-Normandie, représentée par Philippe GUERARD, assure la gestion financière et en garantit le cadre de ce projet. C'est elle qui emploie les salariés : animateurs, stagiaire et coordinateur. AUSER, représentée par Joseph PARODZAI est l'acteur du projet. Elle se charge de dynamiser la vie du lieu, d'en assurer le fonctionnement quotidien, et décide des activités de l'Espace.¹⁶²

Cantonné dans un rôle d'animation et de gestion du quotidien, rôle constitutif de l'essentiel de la vie associative, AUSER se trouve écarté des décisions financières, du choix du personnel. Cette convention, si elle laisse à AUSER, un rôle décisionnaire dans l'image de l'Espace, la dépossède des moyens financiers nécessaires à la gestion économique du lieu.

Nous devons nous poser certaines questions, sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement : Les usagers de l'Espace ont-ils réellement leur mot à dire sur l'organisation et la vie du lieu au quotidien ? L'association AUSER n'est-elle pas dépossédée du projet ? Est-elle « autonome » ou placée sous la « tutelle » d'Ad-Vocacy ?

Ces questions resteront en suspens dans la présente étude. Toutefois, je me permettrai de noter que la complexité de cette structure se répercute aussi sur la perception qu'en ont ces « usagers ». Ainsi, l'une d'entre elles m'a confié qu'elle ne voyait pas toujours la différence avec un CATTP – structure d'accompagnement et d'accueil à temps partiel.

Mais, si ces propos existent aussi, la plupart des « adhérents » de l'Espace sont satisfaits de ce lieu qui leur donne une certaine liberté dans le choix des activités, une plus grande capacité d'autonomie, et la possibilité de nouer des liens sociaux.

De plus, cette dépendance d'une association face à l'autre est complexe. Peut-on dire qu'elle est voulue dans une logique de contrôle social ? Dépend-elle de l'histoire du lieu ? Est-elle fortuite ? Toutes ces questions nécessitent une enquête plus approfondie.

B – Méthode :

Le lien social sous ses différentes formes, ses mutations, l'adaptation de ses formes aux problèmes d'une population donnée et à un environnement social particulier, est au centre de notre questionnement socio-anthropologique.

¹⁶² Source : Convention de partenariat pour « l'Espace Convivial Citoyen de CAEN, 16 Avril 2001, annexé.

Comprendre l'intérêt social d'un lieu de vie, la façon dont celui-ci agit sur les relations sociales de la population qui s'y retrouve, les dynamiques collectives qui s'y construisent, et l'institutionnalisation de règles de vie, nécessite un travail dans la durée, qui s'appuie sur une approche qualitative des modes de vie et des rapports interindividuels sans négliger un regard plus global, plus quantitatif ...

Cette étude, complétant un précédent travail commencé il y a deux ans, s'appuie donc principalement sur une approche qualitative de l'objet, à savoir, l'espace associatif constitué du lieu et de la population qui l'occupe. Trois axes principaux forment les piliers de l'approche méthodologique : des entretiens basés sur des grilles de questions, une observation ethnographique du terrain, et l'immersion au cœur de ce milieu associatif.

1°) Questionnaires & entretiens.

Au cours des deux ans passés sur le terrain, deux grilles d'entretiens ont été élaborées : l'une sur le vécu psychiatrique des adhérents de l'association – maladie, hospitalisation, parcours médical vers la réinsertion, découverte de l'espace associatif, ... – et l'autre s'intéressant plus particulièrement aux rapports qu'entretiennent les adhérents de cet espace avec ce lieu de vie associatif – intérêt pour le lieu, rapport aux autres et à l'espace, activités pratiquées, apport humain et développement personnel, relations développées entre les adhérents de l'espace et avec les animateurs, ouverture vers l'extérieur ...

Ces grilles d'entretiens se révélèrent assez vite d'un intérêt limité. Car, si l'usage de grilles d'entretiens permet de concentrer le discours sur un sujet précis, celles-ci s'avèrent être un obstacle à la spontanéité des personnes interrogées. C'est après quelques mois sur le terrain qu'il m'est parvenu de percevoir que le discours des personnes divergeait légèrement entre l'entretien et des discussions plus informelles.

Je remarquai dans mon précédent travail la difficulté spécifique de mon terrain pour réaliser des entretiens :

« Le caractère éprouvant de la « maladie mentale » et des expériences qui y sont liées, ainsi que la souffrance psychique qui peut avoir conduit à une hospitalisation constituent des mauvais souvenirs. Ainsi, les « usagers en santé mentale » sont peu

enclins à parler de leur vécu. Certaines personnes sont toujours en souffrance et cherchent à parler, mais sont stressées par le simple fait d'être enregistrées, de voir prendre des notes, ou parfois, le seul fait de subir des questions sur leur expérience et de devoir y répondre peut provoquer un malaise chez les personnes interrogées.

Ainsi, certaines personnes veulent spontanément participer à un entretien, mais se trouvent incapables de poursuivre l'entretien au-delà de quelques minutes et ont des crises d'angoisses. D'autres ne se souviennent plus des rendez-vous qu'elles ont acceptés ; elles peuvent se tromper de dates ou retomber malades. »¹⁶³

J'ai donc dû renoncer à exploiter certains entretiens trop incohérents – plutôt que trop contradictoires – dans leur propos, lorsque ceux-ci étaient trop hors du sujet de mon étude et ne permettaient pas de mettre en lumière une contradiction des attentes et des attitudes.

De même, j'ai dû écarter quelques personnes de l'échantillon, lorsque j'ai estimé que leur faire subir un entretien trop poussé sur leur expérience pouvait nuire à leur équilibre, ou que trop de proximité aurait affecté la validité de l'entretien.

Sur une quarantaine d'adhérents à l'Espace, seule une vingtaine le fréquente régulièrement et s'investit dans la vie du lieu de façon plus ou moins importante. Si la situation des autres – plus « consommateurs » de la structure qu'adhérents « actifs » – et ce qu'ils recherchent dans ce lieu ne peuvent être totalement négligées, c'est au sein de la première catégorie que les entretiens seront les plus faciles à réaliser.

Parmi ceux que je peux rencontrer facilement, qui acceptent de participer à un entretien, et avec lesquels n'apparaissent pas de risques – tant pour leur santé que pour leurs intérêts et leur place dans l'espace – dans l'implication pour un entretien, je peux retenir, au maximum, entre quinze et vingt personnes avec lesquelles je peux établir la distance nécessaire à une étude objective.

J'ai essayé, dans les derniers entretiens, de laisser la parole à ceux qui arrivaient à discuter plus librement, quitte à prendre le risque de s'éloigner un peu du sujet. Ainsi, certains des entretiens ont pris la forme de discussions avec un ou plusieurs adhérents des associations présentes dans l'Espace. Au cours de ces entretiens, la parole était plus libre et certains points, qui n'auraient pas eu de place dans une grille, ont été abordés.

¹⁶³ Pierre-André HEBERT, *op. Cit.* p. 17.

D'autres entretiens, réalisés avec des responsables des deux associations à l'origine de cet espace associatif et avec les deux animateurs, m'ont permis d'avoir un point de vue élargi sur ce lieu, son organisation, et ceux qui le fréquentent. Ceux-ci m'ont aussi permis de mettre à jour le fonctionnement des structures associatives et de percevoir les rapports entre celles-ci. Ils ont éclairé les rapports de pouvoir au sein de l'espace associatif, et les réseaux qui ont permis à ce projet de naître et d'aboutir à sa création.

En juin 2005, une quinzaine d'entretiens ont été réalisés, totalisant environ dix heures d'enregistrement. Ces entretiens touchent une dizaine de personnes fréquentant le lieu, ainsi que les deux animateurs et des responsables des associations gérant la vie de l'Espace.

Compte tenu des personnes qui ne pouvaient pas participer à des entretiens, pour des raisons de santé ou de proximité, nous pouvons considérer que l'échantillon est suffisamment représentatif dans le cadre de cette étude.

Au-delà de ces entretiens qualitatifs, il me fallait une vision quantitative de la population fréquentant le lieu. En février et mars 2004, une enquête évaluative portant sur l'Espace et ses usagers, a été réalisée par le CREAI ¹⁶⁴ en collaboration avec les adhérents des deux associations à l'origine du projet. Cette étude, commandée par les différents partenaires financiers en vue du renouvellement des financements de l'Espace, m'a permis de m'impliquer dans le milieu associatif, et d'obtenir des données structurelles sur la population fréquentant ce lieu, sur les activités qu'ils y pratiquent et sur ce qu'il leur procure en termes de lien social, d'occupation ou de capacité d'insertion sociale comme professionnelle ...

Ces éléments, collectés sur le terrain, devraient permettre de répondre aux nombreuses questions que nous pouvons nous poser sur cette expérience collective innovante : Quels rapports lient entre eux les usagers de cet espace ? Quelles motivations les ont poussés à se retrouver dans ce lieu ?

Comment ont-ils réussi à construire une forme de « *vivre ensemble* »¹⁶⁵, à se réapproprier une part d'espace social ? Que leur apporte la fréquentation de ce lieu ? Leur permet-il d'établir une certaine distance par rapport à leur expérience de la maladie et de l'hospitalisation ? Quelles conséquences cette expérience collective, cette élaboration d'un espace social en commun ont-elles eu sur leur vie ?

¹⁶⁴ Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour l'Insertion.

¹⁶⁵ Alain TOURAINÉ, « Pourrons-nous vivre ensemble ? : Égaux et différents. », Le Livre de Poche, 1999.

2°) Observation ethnographique.

Parallèlement à ces entretiens, le travail d'observation s'est révélé d'un grand intérêt. Des éléments complémentaires comme la façon dont les adhérents s'approprient l'Espace au quotidien, ou la manière dont ils s'organisent et se partagent l'espace, les relations qu'ils développent au sein de ce lieu, l'investissement personnel qu'ils y apportent, ou les affinités qu'ils développent durant les activités pratiquées, se sont matérialisés.

Ces données plus fines, plus personnalisées, nous offrent une vision privilégiée des formes sociales existant au sein de l'Espace, de la façon dont elles évoluent, se structurent, et construisent un lieu de vie, de socialisation et un espace commun ...

L'observation ethnographique est un travail qui se construit dans la durée. Elle nécessite de construire une proximité avec son terrain, de gagner la confiance de la population étudiée, d'élaborer des liens privilégiés et d'être intégré dans la « vie communautaire ».

Pour cela, il faut du temps : le temps de se faire connaître, le temps de faire oublier les différences, le temps de se faire accepter, de s'intégrer à son terrain. Mais surtout, pour être accepté dans le groupe social qu'il étudie, le sociologue se doit, dans son rôle d'observateur, de respecter les silences de chacun.

C'est une tâche complexe, où s'entremêlent distance et proximité. Il faut d'abord savoir s'insérer dans le groupe, participer à sa vie quotidienne, partager ses projets, son mode de vie, et le « sens commun » de ce groupe social. Il faut ensuite pouvoir se détacher de celui-ci, s'en différencier, prendre la distance nécessaire pour objectiver cette micro-société et pour en extraire les principaux traits de caractère, le quotidien, le mode d'organisation ...

Dans son rôle d'observateur, le sociologue se trouve placé dans une situation ambivalente : Il doit nouer des liens de proximité avec ceux dont il partage une part de quotidien, des moments privilégiés, et une part d'existence. Mais il doit aussi conserver une certaine distance pour observer son terrain et garder un œil critique sur ce qu'il entrevoit. Il doit rétablir la distance de l'écrivain ...¹⁶⁶

Pour Robert JAULIN, « *L'ethnologue peut ainsi se trouver situé, plus qu'il ne le voudrait dans l'histoire du groupe et particulièrement des relations entre les sociétés qu'il met implicitement en cause ...* ».¹⁶⁷

Il ne s'agit pas, ici, de rapport entre sociétés « communautaires » et sociétés modernes, mais des relations entre un groupe « communautaire » – entendu comme « *communauté d'affects* »¹⁶⁸ – au sein de la société occidentale moderne et celle-ci.

¹⁶⁶ Robert JAULIN, « *La Mort Sara* », Terre Humaine Poche, 1967.

¹⁶⁷ Ibid. (p. 20)

¹⁶⁸ Michel MAFFESOLI, « *Le temps des tribus* », La Table Ronde, 1988. (2000 pour la présente édition).

Bien que celle-ci s'exerce différemment, la différence des points de vue, des idées et des modes de vie existe pourtant bien dans notre étude. Nos sociétés marginalisent les groupes communautaires qui marquent trop de différence avec leurs normes et leurs valeurs, comme ceux qui ne peuvent pas s'adapter suffisamment aux exigences de son mode de vie. Ainsi, les individus qui font partie de ses groupes « marginalisés » se trouvent rejetés.

3°) Une approche en « immersion ».

L'immersion au sein du groupe social étudié permet de se familiariser avec son quotidien, de gagner sa confiance, de comprendre son fonctionnement, son mode de vie au quotidien, ses spécificités. Elle passe par la fréquentation régulière de celui-ci, par la participation aux activités communes, par le partage des tâches quotidiennes ...

C'est par cette assiduité, cette insertion au sein du groupe que se développe la parole et le partage, éléments essentiels pour une analyse compréhensive d'une population. C'est grâce à l'immersion dans le terrain que s'obtiennent de nombreux entretiens ...

L'observation ethnographique d'une population restreinte et spécifique, regroupée autour d'un lieu précis, me semble indissociable d'une approche en immersion. Elle constitue, pour l'étude du lien social et de ses formes, et pour une approche compréhensive de la vie quotidienne, du fonctionnement, et de l'organisation d'un espace social, le complément essentiel à un travail basé principalement sur des entretiens qualitatifs.

Durant ces deux ans et demi passés sur ce terrain, de janvier 2003 jusqu'en juillet 2005, le groupe m'est devenu plus familier, son identité m'est apparue plus nettement, son mode de vie m'a paru plus clair, son ambiance et son esprit se sont donc naturellement dévoilés. Cette fréquentation d'une population inscrite dans la durée, sans jamais perdre totalement le contact et risquer de s'en couper, peut se décomposer en périodes d'observation intensive – janvier 2003, avril et mai 2003, décembre 2003 à février 2004, juillet 2004, septembre et octobre 2004, février et mars 2005, mai à juillet 2005 – et de retrait – février 2003, été et automne 2003, mars à juin 2004, août 2004, janvier 2005, avril 2005 ...

Une nouvelle période d'isolement m'est alors nécessaire pour mettre en ordre mes notes, sélectionner les éléments essentiels, retrouver un regard critique, retrouver une netteté suffisante sur les spécificités de cet espace pour passer au travail d'écriture.

C – L'Espace Convivial Citoyen :

Ouvert en juillet 2001, à l'initiative des associations AUSER, et Ad-Vocacy Basse-Normandie, cet espace constitué d'un local d'environ 50 m², rue Singer, permet à une trentaine de personnes en détresse psychique de prendre un café ensemble et de discuter, mais aussi de concevoir et de partager des activités collectives. Celles-ci fréquentent librement cet espace, selon leurs besoins et leurs envies, de façon plus ou moins régulière.

Dans cette partie, je reprendrai souvent des descriptions « empruntées » à mon travail de maîtrise, tout en essayant de les affiner, et de faire apparaître la vision d'un espace social

vivant. J'essayerai, en m'appuyant sur ces descriptions, de faire ressortir les différentes formes du lien social dans cet espace, d'en montrer les articulations, d'explorer les rapports existants entre les individus comme ceux qu'ils établissent avec le lieu.

1°) L'Espace et ses adhérents : description de l'objet.

Cet espace social leur permet de sortir de leur isolement, d'élaborer de nouveaux liens sociaux et de créer des solidarités entre eux. Ils peuvent participer à des activités collectives, ou juste partager un café et trouver un peu de chaleur humaine. Ces personnes, qui se trouvent marginalisées au sein de notre société, peuvent ainsi retrouver la possibilité de se reconstruire un réseau de liens sociaux et de renouer avec la capacité de partager des moments de vie en commun.¹⁶⁹

L'Espace : un lieu de vie et de rencontre.

Situé à proximité du centre ville, l'Espace Convivial Citoyen reste néanmoins un peu à l'écart des lieux de passage, des grands axes routiers et des commerces. Sa situation centrale, mais en retrait est un atout pour ceux qui le fréquentent. Il leur permet un accès facile, tout en les mettant à l'abri de la curiosité éventuelle des passants.

Sa façade est accueillante. Formée d'une baie vitrée et repeinte dans des couleurs chaudes et contrastées par les usagers de l'Espace eux-mêmes, elle présente l'aspect convivial et vivant d'un café de quartier. Au début de l'été, on peut y voir des tables et des chaises, « en terrasse », sorties par les « adhérents » de l'Espace, pour profiter du soleil ...

Cette façade dont les teintes vont du orange au vert fait effectivement penser à celle d'un café. Elle semble inviter celui qui passe devant elle à s'arrêter pour venir discuter ou partager une boisson à l'intérieur. Ses couleurs créent une atmosphère apaisante, propice aux échanges et à la détente. Devant la baie vitrée, un rideau rouge protège la salle des regards extérieurs. Il forme comme un écran entre le monde extérieur et l'intimité du lieu.

¹⁶⁹ Pierre-André HEBERT, « *Une autre image de la maladie mentale* », op. Cit. p. 43.

La salle est partagée en deux niveaux, séparés par un escalier étroit. Celui-ci n'est pas très pratique, et se révèle inadapté pour des personnes souffrant d'un handicap physique ou ayant des difficultés à se déplacer, d'autant plus que les toilettes sont situées à l'étage.

Son aménagement fait partie des sujets de discussion collective. Récemment, quelques changements y ont été apportés, afin d'optimiser l'espace, et de mieux le partager entre les différents « temps » et activités.

La partie basse de la salle sert de lieu d'accueil. Il est possible d'y écouter de la musique, de regarder la télévision ou de discuter. Elle sert aussi pour les réunions collectives du lundi après-midi. De nombreuses chaises pliantes permettent de partager un repas « collectif » organisé lors de grandes occasions, et de tenir des réunions.

Ce sont les « usagers » eux-mêmes qui ont décoré la salle. Peinte dans des couleurs vives, des teintes chaudes et agrémentée de photos, de peintures des « usagers », et de quelques plantes vertes, elle a un aspect chaleureux et propice aux échanges.

La partie supérieure de la salle, sert de bureau – ordinateur, imprimante, armoire ... –, d'annexe à la cuisine, et pour partager un café ou un repas. Des chaises hautes, ressemblant à celles que l'on peut trouver au comptoir d'un Café ont été disposées autour de petites tables rondes et hautes, autour desquelles peuvent s'installer trois ou quatre personnes pour discuter ensemble autour d'une boisson chaude – tisane, thé ou café – ou d'un jus de fruits et de quelques petits gâteaux. L'ensemble offre un aspect convivial, et donne une petite ambiance, qui telle celle d'un Café, appelle à la discussion.

Un accès Internet est mis à la disposition des usagers de l'Espace. Ceux-ci peuvent librement l'utiliser pour envoyer des courriers électroniques, discuter sur des forums, ou effectuer des recherches – emplois, stages, vacances. Cet espace sert aussi pour le travail de bureau, et l'élaboration du journal de l'association. Le partage du « temps » et de « l'espace » est ainsi un point crucial qui a donné lieu à trois réunions-débat entre février et mai 2005.

A coté de la salle, juste en haut de l'escalier, une cuisine très exiguë permet d'organiser les événements festifs de l'espace. Etroite, elle implique un débordement de son activité dans la salle, et des « contacts » qui peuvent être source de tensions.

Deux animateurs à mi-temps participaient, jusqu'en juin 2005, à la vie de ce lieu. Mais la vie de cet espace, et son ouverture tout au long de la semaine, dépendent aussi fortement des permanences assurées par les « usagers/adhérents », de façon bénévole. Ceux-ci, sont

nombreux à s'investir plus ou moins activement, selon leur disponibilité et leur état de santé, dans l'organisation et la vie de l'Espace.

Déchargés de la responsabilité de tenir le lieu ouvert, les animateurs peuvent y participer à « l'encadrement » d'activités collectives. Des activités socioculturelles ou sportives, ont ainsi pu être mises en place, en collaboration avec certaines M.J.C.

Chaque lundi matin, des réunions de coordination ont lieu, à la maison des associations d'Hérouville, entre les animateurs, les présidents des deux associations, et le coordinateur. Ces réunions servent à faire un bilan de la semaine, à soulever d'éventuels conflits, ou des problèmes rencontrés par les animateurs au cours de la semaine passée.

L'après-midi est consacrée à une réunion avec les adhérents. Animateurs et adhérents s'y retrouvent pour discuter, fixer l'emploi du temps de la semaine, débattre des projets communs, des activités collectives de la semaine, et de la vie quotidienne. Contrairement aux CATTP, les animateurs y restent en retrait. Ils animent la discussion, mais ne prennent pas les décisions.

2°) Les adhérents : étude d'un groupe social.

Pour cette présentation, je m'appuierai, en partie, sur un questionnaire d'évaluation du C.R.E.A.I. de mars 2004.¹⁷⁰ Celui-ci, destiné aux administrations, dans le cadre du projet et de son financement, offre une vision quantitative, statistique, de la population fréquentant l'Espace, de leurs situations sociales, et de leur intérêt pour le lieu. Toutefois, je prends aujourd'hui du recul par rapport à un questionnaire dont la visée est précise et entre dans un contexte particulier, le financement d'un projet.

Selon cette enquête, le nombre d'usagers de l'Espace est de 58. Ce chiffre correspond à peu près à la base d'adhésion cumulée pour 2003 et 2004. Toutefois, le nombre d'usagers

¹⁷⁰ Questionnaire d'Evaluation Participative du C.R.E.A.I. sur l'Espace Convivial Citoyen, Mars 2004.

réguliers me paraît plus restreint. Ainsi, l'Association A.U.S.E.R. comptait lors de son dernier conseil d'administration une bonne trentaine d'adhérents.

Une part d'entre eux participe activement à la gestion et à la vie quotidienne du lieu, faisant de celui-ci un espace partiellement « autogéré ». Ceux-ci se partagent les tâches quotidiennes : ménage, courses, permanences ... Certains d'entre eux organisent aussi des activités. L'atelier d'écriture est ainsi organisé par un adhérent de l'association, qui est « usager en santé mentale ».¹⁷¹

Parmi la cinquantaine d'usagers de l'Espace Convivial Citoyen, dénombrée lors de l'enquête, on dénote une forte majorité d'hommes – environ 70 % – et de personnes situées dans la tranche d'âge des 30-49 ans – 61 %. La plupart des usagers – 83 % – étant âgés de 30 à 60 ans.¹⁷² Une majorité des adhérents se situe donc dans la classe d'âge où faire partie des « actifs » est la norme. Or, la plupart d'entre eux n'exercent pas d'activité professionnelle, soit qu'ils en soient jugés incapables, soit qu'ils en soient exclus.

Ils se trouvent, ainsi, exclus du monde du travail. Pour eux cet espace peut représenter un moyen de ne pas se trouver entièrement isolés dans une société basée sur la valeur travail. Il leur permet une autre forme de socialisation.

Près de 80% des usagers de l'Espace sont domiciliés à CAEN même, principalement dans les quartiers dits « populaires » – Calvaire St-Pierre, Pierre-Heuzé, Folie Couvre-Chef, La Guérinière, Grâce de Dieu, La Maladrerie, ou Vaucelles – et 10% d'entre eux vivent à Hérouville.¹⁷³ Le fait que l'association AUSER se soit constituée autour d'un groupe affinitaire, et en collaboration avec le CMP¹⁷⁴ de CAEN Est, à la Pierre-Heuzé, peut expliquer en partie ce constat.

Pourtant, il paraît nécessaire de souligner l'importance des liens existant entre maladie mentale et pauvreté :

En premier lieu, du fait de la représentation sociale, liée à leur statut, que les médecins se font de la « Normalité ». Selon François SICOT :

¹⁷¹ Cet atelier permet d'écrire et de lire des textes en groupe, sur des thèmes proposés par l'usager qui anime l'atelier, ou choisi collectivement.

¹⁷² Questionnaire du C.R.E.A.I.

¹⁷³ Questionnaire du C.R.E.A.I.

¹⁷⁴ Centre Médico-Psychologique.

*« Les individus des classes sociales inférieures seraient ainsi plus fréquemment diagnostiqués malades mentaux, parce qu'ils ne partagent pas le mode de vie des classes moyennes ou des médecins ».*¹⁷⁵

En second lieu, du fait des conséquences que la maladie peut avoir sur l'évolution sociale de ceux qu'elle touche. François SICOT, remarque que la situation sociale des personnes touchées par la « maladie mentale » a tendance à se dégrader. Celles-ci perdent contact avec le monde du travail et de la famille. Nous pouvons nous rappeler que la prise en charge de la maladie « bouleverse la vie sociale antérieure » de la personne hospitalisée ou atteinte de troubles psychiques et qu'elle conduise à « la perte de l'emploi », et à « la rupture des liens familiaux ».¹⁷⁶ La prise en charge de la maladie mentale peut ainsi ajouter à la stigmatisation du « malade » un surplus de stigmatisation.¹⁷⁷

Deux caractéristiques majeures distinguent les usagers de l'Espace Convivial Citoyen de la population générale : une forte précarité et un grand isolement.

Les Usagers de l'Espace se trouvent en grande majorité en situation de précarité :

- 75% d'entre eux n'exercent pas d'activité professionnelle.
- près de 75% d'entre eux vivent d'une pension ou de l'A.A.H. et 20% d'entre eux du R.M.I. ou des ASSÉDIC.
- Seuls 16% d'entre eux exercent une activité professionnelle.¹⁷⁸

Ainsi, la population fréquentant l'Espace est déconnectée du monde du travail.¹⁷⁹ Dans une société dont les valeurs dominantes restent le travail et la réussite socio-professionnelle, cette population se trouve marginalisée, exposée à des situations pouvant conduire à une désaffiliation sociale.¹⁸⁰

¹⁷⁵ François SICOT, « Maladie Mentale et Pauvreté », L'HARMATTAN, 2001. (p. 40)

¹⁷⁶ Ibid. (p. 69)

¹⁷⁷ Ibid. (p. 101)

¹⁷⁸ Questionnaire du C.R.E.A.I.

¹⁷⁹ Ibid.

¹⁸⁰ Pierre-André HEBERT, « Une autre image de la maladie mentale », op. Cit. p. 47.

Les Usagers de l'espace vivent majoritairement seuls, la plupart dans un appartement – souvent des H.L.M. – dont ils sont locataires :

- 62% sont célibataires.
- environ 20% sont divorcés.
- Près de 80% d'entre eux n'ont pas d'enfants à charge.¹⁸¹

Si nous relient les faits suivants – seuls 10% des usagers de l'Espace ont moins de trente ans et moins de 20% d'entre eux vivent en couple – nous pouvons affirmer que ceux-ci vivent un fort isolement familial. La faiblesse du lien familial vient ainsi renforcer l'isolement social découlant de la « déconnection » du monde du travail.

L'Espace Convivial Citoyen peut ainsi se présenter comme un lieu qui permet à ses usagers de se reconstituer un réseau d'amis et donc de sortir de l'isolement. Car, si la plupart de ceux qui fréquentent ce lieu disent avoir des amis en dehors – pour environ 80% d'entre eux¹⁸² – ; ils considèrent, pour les deux tiers d'entre eux – 65%¹⁸³ –, que ce lieu leur offre l'occasion de nouer des relations sociales et amicales.¹⁸⁴

Ce lieu peut donc contribuer à préserver des individus, fragilisés par les stigmates de la maladie et de l'hospitalisation, des risques de désaffiliation sociale et à renforcer leurs liens sociaux.

Nous pouvons diviser la population de cet espace, en suivant la méthode employée par Max WEBER dans « *l'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* », selon un schéma « d'idéal type ». Cette population peut ainsi se diviser en trois groupes :

Les « *Adhérents Actifs* », au nombre d'une vingtaine de personnes qui prennent régulièrement part à la gestion collective du local et de l'association, participent aux réunions du lundi, et s'impliquent dans les décisions importantes concernant les relations avec

¹⁸¹ Questionnaire du C.R.E.A.I.

¹⁸² Ibid.

¹⁸³ Ce paradoxe, que montrent les chiffres du questionnaire du C.R.E.A.I. est intéressant.

Il semble en effet que les usagers de l'Espace soient partagés entre deux envies contradictoires : quitter le lieu et vivre au dehors, pour se trouver des amis parmi les gens « normaux », et se retrouver dans ce lieu que nous pourrions qualifier de « communautaire », pour lier des amitiés et se sentir compris ...

¹⁸⁴ Questionnaire du C.R.E.A.I.

l'extérieur, ainsi que les conséquences de cette expérience sur la représentation sociale de la maladie mentale.

Les « *Usagers Réguliers* », qui participent à des activités collectives, prennent des responsabilités dans la pérennité de ces activités et de leur organisation, et participent également à la gestion collective de l'espace et aux réunions du lundi, mais d'une façon un peu moins régulière.

Les « *Consommateurs* », catégorie disparate, qui passent plus ou moins occasionnellement, viennent prendre un café de temps en temps, ou participent à une activité sans pour autant s'investir d'avantage dans la vie collective du lieu.

3°) Les activités : s'occuper, retrouver une identité, construire des projets ensemble ...

L'Espace Convivial Citoyen permet à ses usagers de pratiquer de nombreuses activités, que celles-ci soient socioculturelles ou sportives. Une grande part de celles-ci se pratique hors du local associatif. Mais celles-ci font partie des activités de l'Espace car celui-ci ne doit pas être compris uniquement comme un lieu de vie, mais comme un espace social. Il s'étend ainsi en dehors de ses limites géographiques.

Les relations qui se construisent au sein de l'Espace peuvent donc se prolonger hors de celui-ci. Ainsi, l'un des adhérents qui exerce des responsabilités en tant qu'administrateur

bénévole au sein de l'association, souligne que « ... *des gens peuvent se retrouver le soir ... entre eux ...* »¹⁸⁵

Les adhérents ont aussi créé un tissu social important autour de l'Espace : relations de voisinage, réseau d'amis, mais aussi, réseaux associatifs et liens avec des institutions et des acteurs de la vie sociale et sanitaire – CPAM,¹⁸⁶ DDASS,¹⁸⁷ CMP,¹⁸⁸ MJC,¹⁸⁹ et autres associations.

Activités régulières : le quotidien d'un espace associatif.

Grâce aux liens construits vers l'extérieur, de nombreuses activités hebdomadaires ont pu voir le jour. Elles se déroulent en collaboration avec certaines M.J.C. – hors de l'espace associatif. Parmi ses activités « délocalisées » :

- Un atelier « Cuisine », a lieu au centre Socio-Culturel du Chemin Vert. Il a permis une fois par mois, à une quinzaine d'usagers d'enrichir leurs connaissances culinaires et de partager un repas ensemble. Chaque participant de cet atelier peut inviter une personne de son choix à partager ce repas.
- Un atelier « Arts Plastique », se déroule à la M.J.C. du Calvaire Saint-Pierre. Une dizaine de participants a pu s'exercer ou se perfectionner dans la pratique artistique – dessin, peinture, collage, pastel, et d'autres techniques.¹⁹⁰ Les oeuvres produites ont fait l'objet d'expositions, au Méli-Mélo – café lié au C.H.S. – et dans certaines M.J.C.
- Un atelier « Percussions » se déroule à la M.J.C. de la Pierre-Heuzé. Les participants ont pu animer des rencontres, lors de fêtes organisées à l'Espace avec d'autres associations ou de moments festifs.

Ces animations et ces expositions contribuent à faire connaître l'association A.U.S.E.R. et l'Espace associatif. Ils offrent une vision différente de la « maladie mentale » – moins passive, moins dépendante – et montrent que celle-ci n'empêche pas complètement de vivre, de faire la fête, de prendre des initiatives ...

¹⁸⁵ Entretien N°8, fait sous forme de discussion avec un adhérent et une adhérente.

¹⁸⁶ Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

¹⁸⁷ Direction Départementale d'Administration des Services Sociaux.

¹⁸⁸ Centre Médico-Psychologique.

¹⁸⁹ Maison de la Jeunesse et de la Culture.

¹⁹⁰ Rapport d'Activité de l'Association A.U.S.E.R. pour l'année 2003-2004

D'autres activités sont proposées : modelage, danse, photographie, écriture, santé, sophrologie, initiations à l'informatique et à Internet. Certains usagers de l'espace participent à des émissions de radio à « TSF, 666 ». ¹⁹¹

L'élaboration d'un journal relatant la vie de l'espace, par les « RéActeurs de l'Espace », porté par AUSER, donne aussi la possibilité de s'exprimer et de s'investir. La cohésion entre les adhérents s'en trouve renforcée.

Lorsque le temps est propice, des randonnées hebdomadaires sont organisées dans les environs de CAEN. Ces randonnées sont l'occasion pour les adhérents de l'Espace de se maintenir en forme, de découvrir la nature et de sortir de leur quotidien. Elles permettent de mieux se connaître, « *de rencontrer d'autres personnes ...* », ¹⁹² et de pouvoir « *... se faire des amis ...* ». ¹⁹³

Un atelier « Santé » a été organisé avec une animatrice de la C.P.A.M. Cinq séances se sont déroulées à la Maison Polyvalente d'HEROUVILLE. ¹⁹⁴ Au cours de celles-ci, les « usagers » de l'Espace ont pu débattre et se renseigner sur les thèmes de la santé, des droits sociaux des usagers, du sommeil, de l'alimentation, de la sexualité, de l'hygiène de vie, des problèmes de dépendances et d'addictions, des rapports aux autres et de la Communication.

Cet atelier a reçu un bon accueil des adhérents de l'E.C.C., qui ont pu librement discuter de la santé, de la maladie, comme de son dépassement, et obtenir des informations pratiques sur des problèmes sociaux ou médicaux précis.

La santé replacée sous l'angle du « bien-être social, physique et psychique », remet le « rapport à l'autre » au centre de la souffrance psychique. Il insère cette relation à l'autre dans la pratique thérapeutique. Le rapport avec les institutions sociales et les problèmes de communication qu'il peut engendrer ont aussi été abordés. Ces difficultés de communication et de compréhension entre les usagers en santé mentale et les différentes administrations sont soulignées par Martine DUTOIT-SOLA, présidente d'Ad-Vocacy France.

¹⁹¹ Une table ronde sur les « politiques en santé mentale » et sur « l'image sociale de la maladie mentale » a d'ailleurs été réalisée dans le local de l'E.C.C.

Elle a été diffusée durant l'automne 2004 sur les ondes de radio 666.

¹⁹² Entretien N°7.

¹⁹³ Entretiens N°1, N°3 et N°8.

¹⁹⁴ Rapport d'Activité de l'Association A.U.S.E.R. pour l'année 2003-2004

Celle-ci fait en effet valoir la richesse de l'expérience des usagers sur la maladie et les institutions médico-sociales. S'appuyant sur les expériences associatives d'Espace Convivial Citoyen à PARIS et à CAEN, elle souligne que les usagers, avec leur expérience ne reçoivent pas « *quelqu'un qui a la même expérience et qui a des difficultés (...) de la même manière que l'administration ...* »¹⁹⁵

Pour elle, « *si on valorisait cet accueil (...) dans les endroits où on reçoit des gens en situation de Handicap, où les gens ayant des problèmes psy ou toutes sortes de problèmes d'ailleurs ...* », alors, l'expérience et la compétence, des « usagers en santé mentale », qui constituent un Savoir permettraient d'améliorer l'accueil des personnes en difficulté.¹⁹⁶

Ouverture sur l'Extérieur.

Lors des réunions du lundi après-midi, lors de festivités, et quelquefois, le Jeudi, des personnes extérieures aux associations, qui ne se trouvent pas directement concernées par les problèmes de « santé mentale », peuvent être invitées. Ainsi, le directeur de la CPAM, des acteurs du monde médico-social, et des journalistes ont visité ce lieu. La directrice de la maison du handicap doit y passer fin 2005.

L'Espace se situe, à la fois en retrait, « hors du monde » et en relation avec l'extérieur, « au milieu du monde ». Il vit au rythme impulsé par ses adhérents.

Lors d'événements importants pour le groupe et dans la vie collective du lieu – anniversaires de l'Association AUSER ou de l'ouverture de l'Espace, rencontres d'autres groupes associatifs, mise en place de nouveaux projets, repas de Noël, galette des rois – les usagers se retrouvent pour partager des moments de joie et d'amitié. Ces fêtes permettent à ceux qui restent seuls durant les fêtes de fin d'années de se sentir moins isolés.

Les festivités sont aussi l'occasion de rencontrer d'autres associations et des personnes extérieures invitées à cette l'occasion. Ainsi, le 03 juillet 2003, une association de L'AIGLE, « Relais-Sourire »¹⁹⁷, a été conviée à partager un repas à l'Espace.

¹⁹⁵ Martine DUTOIT-SOLA. Table Ronde organisée lors du troisième anniversaire de l'E.C.C. , dont la diffusion sur T.S.F. 98 est prévue pour le début de l'automne 2004.

¹⁹⁶ Ibid.

¹⁹⁷ L'association « Relais Sourire » est adhérente de l'UNAFAM. Elle cherche à améliorer la vie des personnes hospitalisées en Santé Mentale, et leur propose de nombreuses activités dont un groupe de théâtre. Son local est situé au quartier de la Madelaine à l'Aigle. Elle envisage de créer un service de visite à domicile pour

La « troupe » théâtrale de cette association « Relais-Sourire » est formée d'Usagers en Santé Mentale et de deux bénévoles amateurs de théâtre. Celle-ci a présenté au local de l'E.C.C. une pièce de théâtre, « Permis de Conduire », jouée par ses adhérents, en grande partie usagers en santé mentale. Ceux-ci ont d'ailleurs eu l'occasion de revenir, le 13 mai 2004, pour jouer leur nouvelle pièce de théâtre, « Les Cancres », et partager un repas convivial où s'est retrouvée une trentaine de personnes, usagers de l'Espace et invités. ¹⁹⁸

Les adhérents de l'Espace Convivial Citoyen de PARIS ¹⁹⁹ ont également été reçus au cours du mois de juillet 2003. Une journée à la plage avec un barbecue a été organisée pour cette occasion. Ceux-ci ont également participé à la table ronde organisée pour le troisième anniversaire de l'Espace Convivial Citoyen de CAEN.

Ces fêtes permettent aussi de se faire connaître, de constituer des réseaux avec les institutions sociales – CAF, CPAM – et d'autres groupes « d'usagers » en santé mentale. Ces festivités sont aussi l'occasion de faire le point sur le projet, et sur le développement et les perspectives de l'Espace avec les partenaires financiers, et de garantir la pérennité de cette expérience. Mais les festivités ne sont pas la seule façon de s'ouvrir sur l'extérieur et de changer le regard sur le « handicap » et la « santé mentale ».

Dix-huit personnes, adhérentes des associations A.U.S.E.R. et Ad-Vocacy sont allées porter la parole des Usagers en Santé Mentale, auprès des responsables de l'Etat et des Administrations Médico-Sociales, dans un forum européen qui s'est déroulé à PARIS, dans le cadre de « l'Année Européenne des Personnes Handicapées ». ²⁰⁰ « De la personne accompagnée à l'accompagnement des professionnels », thème de ce forum, posait la question du Handicap, et du rapport « soignant/soignés ».

A CAEN, une soirée sur le thème de la Santé Mentale – organisée au Cinéma « LUX » par les Associations Ad-Vocacy, PRISME et l'UNAFAM du Calvados – a réuni environ 200 personnes. Un film a été projeté. Il était suivi d'un documentaire sur la Maladie Mentale : « Ces Citoyens qu'on dit Fous », réalisé au cours du Forum de PARIS sur le Handicap.

aider les personnes en souffrance psychique à sortir de leur isolement ...

¹⁹⁸ Rapport d'Activité de l'Association A.U.S.E.R. pour l'année 2003-2004

¹⁹⁹ Une structure basée sur le même modèle a effectivement été créée à PARIS

²⁰⁰ Rapport d'Activité de l'Association A.U.S.E.R. pour l'année 2003-2004

Ce documentaire suivi d'un débat sur les problèmes de la Santé Mentale et du Handicap, a permis à des usagers, adhérents de l'Espace de s'exprimer. Le but de cette soirée était de « dédramatiser la Maladie Mentale ».²⁰¹

Au travers de ces échanges et de ces participations à des forums, les adhérents des associations A.U.S.E.R. et Ad-Vocacy, veulent faire évoluer les représentations sociales de la « maladie mentale », et portent ainsi une autre image de la personne Handicapée – moins dépendante et plus engagée dans leur propre vie et celle de la société.

4°) Organisation du temps et de l'espace.

Les adhérents de l'Espace viennent et partent quand ils le désirent. Ils ne sont pas liés à l'espace par un « contrat thérapeutique ». L'Espace est un lieu dont la population varie. Nombre de personnes « tournent » autour de ce lieu : personnes en souffrances psychiques, professionnels du médico-social en quête d'information sur une expérience originale, étudiants stagiaires ou en formation.

Un espace partagé.

A Paris, un espace du même type existe. L'Espace Convivial Citoyen de PARIS s'est implanté dans un local collectif. Ce local est partagé entre quatre associations regroupées dans

²⁰¹ Rapport d'Activité de l'Association A.U.S.E.R. pour l'année 2003-2004

un collectif – Urbanités. Se regrouper en collectif d’associations permet d’obtenir plus facilement des locaux. L’E.C.C. de PARIS dispose en propre d’une partie des locaux, une salle est partagée entre les associations pour des réunions.

Au sein de l’Espace de PARIS, s’est créé un « club des femmes » pour leur permettre de parler de problèmes spécifiques – relations H/F – et pour favoriser leur « *participation aux activités de l’Espace ... à partir d’une reprise de confiance en elle* ». ²⁰² C’est « *un lieu et un moment réservé aux femmes ...* » où il est possible de parler des histoires d’amour, de l’amitié, des problèmes de respect ... ²⁰³

A l’Espace de CAEN, le local ne permet pas un tel partage du temps et de l’espace. C’est d’ailleurs, probablement, une des raisons pour lesquelles il s’est avéré nécessaire de prendre un homme et une femme pour animer l’espace.

Cette affirmation peut s’appuyer sur les propos de l’ancienne animatrice :

« *Si ils ont choisit une femme, c’est à la suite d’une remarque d’une stagiaire qui a remarqué qu’il manquait cruellement d’une femme* » ²⁰⁴ en tant que professionnelle pour animer l’Espace.

En effet, les femmes se confient plus facilement à une animatrice. Cela semble d’ailleurs une évidence pour certains sujets intimes.

Ce partage du temps et de l’espace s’inscrit bien au-delà de ces rapports entre hommes et femmes : Comment partager espace d’activité et espace de détente, cuisine et réunions, ateliers culturels ou artistiques et espace de discussion ... ?

Pour l’animatrice, « *Ce sont les personnes, les adhérents ... (au même titre que les animateurs) ... qui font les permanences ...* ». ²⁰⁵ Leur démarche doit être de s’approprier le lieu et ainsi de retrouver une part d’autonomie.

Le partage du temps et de l’espace est facilité par l’externalisation de la plupart des activités hors du local associatif – dans les MJC principalement. Pourtant, cette question a suscité des débats importants.

²⁰² Entretien avec Martine DUTOIT-SOLA – le 21-07-2005 à PARIS.

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Entretien du 8 juin 2005 avec l’animatrice.

²⁰⁵ Entretien du 08-06-2005.

Au cours du printemps 2005, trois réunions se sont déroulées sur la question dont deux dans une salle du CEMEA.²⁰⁶ Durant ces débats, ont été abordés les questions suivantes :

- Le partage de l'ordinateur entre les « adhérents » et entre les tâches collectives et individuelles.
- Le respect du lieu et des autres.
- Les permanences, notamment le partage et la circulation des clefs du local, ainsi que l'autorité lié à la responsabilité de tenir une permanence.
- Certaines attitudes trop « consommatrices » du lieu – voire « utilitaristes ».
- Le respect de la vie privée.

Ces questions, partiellement régies par la chartre de l'Espace sont conséquentes. Mais, vivre ensemble n'est pas toujours facile. En tout cas, j'ai pu remarquer que la prise de parole et l'autonomie des adhérents vis-à-vis de l'Espace se trouvaient facilitées par le simple fait d'organiser le débat hors de l'Espace. Ce constat est important. Il pose la question de l'autonomie et de la dépendance au lieu. Cette dernière a d'ailleurs été posée par l'une des adhérentes durant ces débats : Comment sortir de l'espace associatif et trouver sa capacité à s'engager dans la vie active ?²⁰⁷

Les questions du vivre ensemble, de l'autonomie et de la « chronicité » comme dépendance sont très complexes et nécessitent un approfondissement qui dépasse le cadre de cette étude. Je reprendrais la définition de Bernard THOMASSE de la chronicité. Pour lui, dans toute société, « *chacun doit trouver sa place* ». ²⁰⁸ Il est nécessaire de construire sa place pour « *exister* » et non « *subir sa vie* ». La chronicité se définirait comme une situation où quelqu'un « *s'installerait quelque part « par défaut » sans volonté d'y être ...* » et non par choix. La chronicité, c'est « *quand on renonce à chercher plus loin sans se sentir bien ...* ». ²⁰⁹

Si nous appuyons notre argumentation sur cette définition, il semble complexe de parler en terme d'autonomie et de dépendance. Toute personne se trouve plus ou moins dans la chronicité au sein de nos sociétés, et le rapport dépendance/autonomie se place dans un continuum. Développer ces perspectives peut être le sujet d'une thèse.

²⁰⁶ Le CEMEA est un centre de documentation et de formation où se déroulent des débats. Il se trouve rue des rosiers à CAEN.

²⁰⁷ Ces propos, tenu hors entretiens, resteront anonymes.

²⁰⁸ Entretien du 17-06-2005.

²⁰⁹ Ibid.

Un lieu de vie « autogéré » ?

Le quotidien de l'Espace est pris en charge collectivement par ses usagers. Les réunions du lundi après-midi sont l'occasion de répartir les permanences et les différentes tâches. Ainsi l'Espace peut être ouvert tout au long de la semaine, et l'accueil de nouveaux venus assuré.²¹⁰ Ces permanences ne sont pas une obligation. Certains adhérents peuvent se tenir plus en retrait et participer aux diverses activités proposées.

Les rapports de l'Espace et de ses adhérents avec l'extérieur montrent la capacité d'ouverture de la structure sur l'extérieur, mais aussi les limites posées à l'autogestion d'un espace, au sein de nos sociétés technoscientifiques et marchandes.

Comment faire vivre une structure associative sans demander des subventions ? Cela paraît impossible au regard de la flambée des prix de l'immobilier et la situation de précarité qui affecte la plupart de ceux qui sont en « souffrance psychique ».

Autres questions : quelle est l'autonomie des adhérents au sein de la structure ? Les décisions dépendent-elles réellement d'eux ? Ad-Vocacy ne place-t-elle pas les usagers sous sa responsabilité, les privant alors d'autonomie réelle ? Ad-Vocacy a-t-elle une marge suffisante d'autonomie face à ces financeurs pour ne pas répercuter un rapport d'autorité ?

Les usagers sont autonomes dans la gestion du quotidien de l'Espace. Les achats de denrées alimentaires et l'entretien du local sont en grande partie assurés par les bénévoles, usagers de cet espace. Les deux animateurs « socioculturels » trouvent donc plus de disponibilités pour l'animation des activités sportives, artistiques et les sorties qui sont organisées dans le cadre de l'Espace associatif.

En général, la répartition des tâches et des permanences se fait dans une bonne ambiance, chacun s'investissant activement dans la vie de l'Espace. Une sorte d'émulation collective pousse les usagers à s'investir dans la vie d'un lieu qui leur apporte du lien social et une certaine autonomie. Cette prise de responsabilité les pousse vers plus d'autonomie. Ainsi, une adhérente souligne que son investissement progressif la distancie de sa maladie.²¹¹

²¹⁰ Rapport d'Activité de l'Association A.U.S.E.R. pour l'année 2003-2004

²¹¹ Entretien N°7.

L'investissement dans les activités collectives de l'Espace et l'organisation de festivités, outre les bons moments en perspective, peut être la source de gratifications personnelles symboliques. Ceux qui s'investissent dans des activités collectives, et la vie de l'Espace Communautaire, se trouvent occupés, intégrés dans la vie de l'Espace Collectif et s'en trouvent d'autant plus distanciés de leur maladie et de leur handicap.

Nous avons pu remarquer, durant les congés de l'un des animateurs, que des adhérents, ont eu l'occasion de prendre des responsabilités. L'un d'entre eux a pris des contacts avec une autre association, au Sénégal et organisé une rencontre entre différentes associations.

A travers ces prises de responsabilités, « *les gens peuvent reprendre confiance en eux...* », ²¹² revenir doucement, à leur rythme, vers une vie sociale « normale ». Pour une adhérente, « *c'est une transition ... vers la vie extérieur ...* ». ²¹³

Pour un adhérent, « *... la prise de responsabilité est fondamentale...* ». ²¹⁴ Dans les CATTP, les CMP, « *... le public n'est pas le même ... il y a un but thérapeutique ...* ». ²¹⁵ Cette possibilité de prendre des responsabilités, propre à l'Espace, permet ainsi de « se révéler », de faire un pas vers la réinsertion sociale.

Le journal, géré par l'association AUSER, est pour les adhérents qui le souhaitent l'occasion de parler du quotidien de l'Espace, d'expériences personnelles, ou produire des écrits divers – poésie, réflexions sur l'art, la maladie ... Ce journal renforce ainsi l'identité du groupe et les liens affinitaires au sein de l'Espace.

Si nous suivons nos définitions des termes de chronicité, comme de dépendance et d'autonomie, l'Espace associatif s'inscrit, entre une structure médicalisée ambulatoire et la société. Il se trouve d'ailleurs, en terme d'autonomie, proche de la société et du milieu associatif conventionnel.

Réapprendre à « vivre ensemble ».

²¹² Entretien N°8.

²¹³ Entretien N°8.

²¹⁴ Entretien N°9.

²¹⁵ Entretien N°9.

Ce qui est important, c'est cet apprentissage du « vivre ensemble » au sein de la structure que nous avons pu percevoir au cours de notre exposé. Il semble propice au développement de l'autonomie personnelle et de la capacité à prendre des responsabilités.

Pour l'animatrice, « *L'originalité de ce lieu est qu'il est anti-institutionnel* ». ²¹⁶ Ainsi, « *ils ne pouvait mettre ni d'éducateur, ni d'infirmier, ni de toubib, comme animateur ...* », son rôle se limitait à « *faire de l'animation et garder une « ambiance » dans le lieu ...* ». ²¹⁷

5°) Spécificité et limites d'un espace social.

Des animateurs en « retrait ».

A l'Espace, « *personne n'est indispensable* », souligne une adhérente. Les animateurs sont là pour pallier l'indisponibilité de certains, s'ils ont des problèmes de santé. ²¹⁸ Ils sont là pour permettre une ouverture continue de l'Espace. ²¹⁹ Le local et sa vie quotidienne sont partiellement autogérés par ses usagers. Le temps des animateurs se trouve, ainsi, dégagé et peut être consacré à animer des activités collectives.

²¹⁶ Entretien du 08-06-2005.

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ Entretien N°8.

²¹⁹ Entretien avec une adhérente qui n'a pas connu directement la psychiatrie.

Pour Claude DEUTSCH, les animateurs ne sont pas là pour éduquer, ni pour apporter des soins, mais juste pour « *fournir le cadre nécessaire à l'animation sociale ...* », à la construction « *d'une vie sociale collective et partagée ...* ». ²²⁰

L'Espace Convivial Citoyen n'est pas un « *lieu médicalisé* ». ²²¹ Il n'y a pas la présence d'infirmiers. Pour l'un des adhérents, les choses sont claires : « *Les animateurs ne sont pas là pour faire le gendarme, ils animent les activités.* » ²²² Au sein de l'Espace, leur rôle est davantage celui d'une pacification des rapports sociaux, lors d'éventuelles tensions, qu'un rôle d'encadrement.

L'un des adhérents m'explique que, « *si un infirmier ou un médecin se présente au local, c'est sans sa casquette professionnelle* » ²²³, d'égal à égal avec les usagers de l'Espace. A la différence des CMP ou des CATTP, on ne trouve pas à l'Espace de personnel soignant.

Une adhérente de l'Espace qui a aussi fréquenté les CATTP et les CMP, ajoute que les différences sont flagrantes : les usagers de l'Espace n'ont pas de comptes à rendre sur d'éventuelles absences, on ne leur pose pas de questions ... A l'Espace, « *... on peut demander une aide ... au CATTP, on impose une aide.* » ²²⁴ Elle voit, l'Espace comme une transition vers la vie « normale », une étape vers une réintégration dans la vie sociale ... ²²⁵

L'un des animateurs m'explique son rôle : « *Moi, en tant qu'animateur, je n'ai pas fonction de soignant ... j'ai fonction d'accompagner les gens ... de les mettre à l'aise dans le lieu ... de leur permettre d'avoir des contacts avec les gens qui viennent ...* ». ²²⁶

Construction d'une « communauté de vie ».

Peut-on parler de groupe communautaire dans le cas de l'Espace et de ses adhérents ? Comment définir un groupe communautaire ? Quels sont les aspects communautaires de ce groupe associatif ?

Bien que constitué en forte majorité de personnes ayant une expérience commune de la maladie et de l'hôpital, le groupe formé par les adhérents de l'E.C.C. reste disparate. Certains

²²⁰ Entretien avec Claude DEUTSCH.

²²¹ Entretiens N°3, N°7 et N°8.

²²² Entretien N°8.

²²³ Courrier E-Mail d'un adhérent de l'espace.

²²⁴ Entretien N°8.

²²⁵ Entretien N°7.

²²⁶ Entretien N°9, avec un animateur et un usager de l'espace.

sont là en tant que consommateurs d'un espace social, de son identité et de ses activités, comme autant de « services ». D'autres s'intéressent, s'investissent plus ou moins activement dans le lieu, et vivent le bénévolat comme une forme de socialisation. Quelques uns n'ont plus de réelle attache dans cet espace, mais y restent attachés en raison des liens sociaux et des amitiés qu'ils ont pu y développer.

Pourtant, une vie communautaire semble bien présente dans cet espace. Les liens tissés sont forts, parfois source de conflits. Des groupes d'amis se sont formés, et des amitiés continuent hors de l'Espace. Au moins trois couples se sont formés durant ses trois premières années d'existence. Il suffit simplement de fréquenter quelques mois ce lieu pour percevoir les solidarités, les rapports d'amitiés et de cohabitation qui s'y sont développées.

Cet espace permet à de nombreuses formes de socialité primaire de se construire. Nous pouvons y voir, ce retour des groupes communautaires, au sein d'une société dominée par l'individualisme et la rationalisation, qui sont analysées dans *« le temps des tribus »*, par Michel MAFFESOLI.²²⁷

La gestion collective du lieu, l'attachement au lieu, les liens affinitaires qui s'y sont développés, s'y trouvent présents comme autant d'éléments marquants du développement de ces nouvelles formes communautaires.

Cette vie « communautaire », ou tout du moins, ces moments partagés, répondent à une nécessité d'établir des liens non thérapeutiques, basés sur des rapports affectifs et affinitaires. Ce besoin de partager ses joies, ses angoisses, ou sa souffrance ressort dans plusieurs entretiens.

Ces liens « non médicalisés » peuvent permettre de se distancier de la maladie et contribuer à s'extraire de la maladie. Un adhérent explique ce rôle important de l'Espace : *« Grâce à l'association, je ne vais pas me faire hospitaliser ... »*.²²⁸

L'Espace « ne remplace pas » les structures médicalisées, mais il a plutôt un rôle « complémentaire » de celles-ci. Il est ouvert vers l'extérieur. Il accueille « sans jugement »²²⁹ les personnes en détresse psychique. Il est porteur d'une socialité primaire particulariste.

²²⁷ Michel MAFFESOLI, *« Le temps des tribus »*, La Table Ronde, 1988. (2000 pour la présente édition).

²²⁸ Entretien N°3.

²²⁹ Entretien avec une adhérente qui n'a pas connu directement la psychiatrie et questionnaire du CREAI.

L'Espace offre une possibilité pour « l'individu en souffrance » de retrouver du lien social, sans recourir à ce « lien psychiatrique » qui tente de combler un manque apparu lors de la « rupture » sociale qui peut accompagner les expériences douloureuses de la vie : échec professionnel ou sentimental, maladie de longue durée, deuil ...

Toutefois, nous devons relativiser l'aspect « communautaire » de cet espace. Si de l'avis de ses adhérents, tout le monde se trouve sur un « pied » d'égalité, les statuts et le degré d'investissement dans la structure ne sont pas tous les mêmes : adhérents bénévoles, consommateurs ou administrateurs, et animateurs salariés.

Retour à l'autonomie ou déplacement de l'assistance ?

L'espace Convivial Citoyen est un lieu de vie et de rencontre où les adhérents – très majoritairement usagers de la psychiatrie – se retrouvent pour partager de bons moments, sortir de l'isolement, ou se soutenir mutuellement.

Ses « usagers » peuvent se rencontrer, nouer des liens de solidarité et d'amitié, mais aussi prendre conscience que la vie existe au-delà de la maladie. Ils y trouvent du lien social et arrivent à rompre avec un certain isolement social – pour 18 d'entre eux, il permet de se « *faire des amis* » et de « *rompre avec la solitude* ». ²³⁰

Pour nombre de ses adhérents, l'Espace apporte « *la joie de pouvoir partager des moments d'échange, de pouvoir écouter ceux et celles qui en ont besoin ...* ». ²³¹ C'est « *un petit coin de proximité* » qui apporte « *de la chaleur* » humaine. ²³²

Il apporte un soutien, un « *support moral* » ²³³, au travers de l'écoute apportée par les animateurs et de la solidarité qu'il permet de développer entre ses adhérents. Il permet de « *prendre des responsabilités, de se sentir mieux avec sa maladie ...* » ²³⁴

Il apporte « *le bien-être et l'autonomie ...* », ²³⁵ même si cette autonomie reste partielle ou ponctuelle. Cela parce qu'il porte « *un regard sans racisme, un cœur qui bat un esprit*

230

Questionnaire remis au CREAL. (données brutes)

²³¹ Ibid.

²³² Ibid.

²³³ Ibid.

²³⁴ Ibid.

²³⁵ Ibid.

battant ... », ²³⁶ où le dialogue « *ne juge, ni ne condamne a priori ...* » ²³⁷ C'est cette absence de jugement, de médicalisation, qui donne aux usagers la possibilité de retrouver progressivement une part d'autonomie, et de prendre des responsabilités.

Nous devons cependant noter qu'une certaine ambiguïté subsiste dans les rapports que les adhérents ont avec l'Espace Convivial Citoyen. Si ceux-ci apprécient de façon quasiment unanime le côté non médicalisé de ce lieu, ils regrettent pourtant l'absence d'une petite salle qui permette de s'isoler, ou de discuter de ses problèmes avec un adhérent particulièrement proche ou avec l'un des animateurs. ²³⁸

Si cet espace permet de se distancier de la maladie, de la chronicité portée par toute structure « médicalisée », peut-on dire qu'il ne crée pas – lui aussi – une autre forme de dépendance, de « *chronicisation* » de la souffrance psychique ?

Après trois ans d'existence, je n'ai pas pu trouver d'exemple d'une dépendance des « usagers » à cet espace. Pourtant il semble probable que nous assistions, pour une partie de ses usagers au moins, à un nouveau « déplacement de la chronicité » ²³⁹.

Si l'E.C.C. peut jouer un grand rôle dans la « réhabilitation sociale » des « usagers en santé mentale », celui-ci n'est pas valable pour tous les usagers de la psychiatrie. Le rôle tenu par l'Espace n'est pas le même que celui des structures médicalisées. Le public présent et la « gravité » des pathologies y diffèrent. Certains « malades », accompagnés par les infirmiers de leur CMP ou de leur CATTP, lors d'une journée « porte ouverte » n'ont pas éprouvé d'intérêt pour cet espace de vie collective, et la part d'autonomie qu'il peut apporter.

Un adhérent de l'Espace souligne l'existence de personnes qui souffrent et qui «... *recherchent autre chose qu'un rapport médicalisé ... ils recherchent tout simplement des rapports d'amitié ... qui peuvent être plus bénéfiques ... qu'avec un psychiatre ...* ». ²⁴⁰

Là, réside sans doute la différence majeure de l'E.C.C. – même si des rapports amicaux sont concevables dans une structure médicalisée – l'approche, les populations, et leurs attentes sont différentes.

²³⁶ Ibid.

²³⁷ Questionnaire remis au CREAI. (données brutes)

²³⁸ Entretien N°3 et questionnaires remis au CREAI.

²³⁹ Marie-Hélène MALANDAIN, « *Etude du lien social en psychiatrie ...* », op. Cit. p. 13.

²⁴⁰ Entretien N°9.

Les raisons de l'émergence d'un espace associatif.

Lors de la sortie de l'hôpital, l'ancien « malade » doit faire face à une situation de « désocialisation » liée à la rupture qui l'a conduit à sortir de son cadre social ordinaire, et à être coupé de ses rôles sociaux antérieurs. Un des adhérents de l'Espace, « usager » de la psychiatrie, qui a accepté de répondre à un entretien, estime qu'aucune aide efficace n'est offerte, pour se réinsérer. L'hospitalisation est souvent vécue comme « *un handicap* »²⁴¹, une « *exclusion* »²⁴², ou un « *obstacle à la réinsertion* »²⁴³.

Pour l'un d'entre eux, « ... *plus on (...) passe de temps (à l'hôpital) ... plus on a de mal à s'en sortir ... et plus on a de mal à avoir des repères dans la vie active à la sortie ...* ». ²⁴⁴ Même dans le cadre du secteur, l'hospitalisation loin de permettre de s'en sortir, constituerait une forme d'handicap, de par la stigmatisation qu'elle porte sur celui qui la vit.

La réinsertion sociale peut nécessiter l'accord du psychiatre, seul juge de la capacité à trouver du travail et se réinsérer socialement.²⁴⁵ Mais, l'insertion peut aussi passer par le bénévolat. Celui-ci semble constituer une alternative sérieuse. En effet, dans le monde du travail, plus encore que dans le reste de la société, lorsque « ... *quelqu'un a quelque chose dans la tête, on s'écarte, on l'évite* ». ²⁴⁶

Pour certains, quand on sort de l'hôpital, on est « ... *aussi inadapté que (lorsque) l'on est rentré ... peut-être physiquement en meilleure forme ... (mais) il faut se débrouiller par soi-même ...* »²⁴⁷ Ainsi, accéder à l'emploi est rendu encore plus difficile. Le monde associatif et la pratique du bénévolat peuvent constituer un autre moyen, plus accessible, pour pouvoir se resocialiser, reprendre goût à la vie et reconstruire son identité.

Nous pouvons considérer, avec une certaine réserve, que l'Espace Convivial Citoyen peut constituer une étape vers la réinsertion sociale, ou une forme de socialisation alternative. L'une des adhérentes de l'Espace y a ainsi rencontré « ... *des gens qui l'ont aidé à accrocher avec la vie ...* ». ²⁴⁸ C'est l'Espace qui lui a permis de se « *réinsérer à la vie sociale* ». ²⁴⁹

²⁴¹ Entretien N°2.

²⁴² Entretien N°4.

²⁴³ Entretien N°3.

²⁴⁴ Entretien N°2.

²⁴⁵ Entretien N°3.

²⁴⁶ Entretien N°4.

²⁴⁷ Entretien N°2.

²⁴⁸ Entretien N°7.

²⁴⁹ Entretien N°7.

Toutefois, nous nous réserverons le droit d'envisager, dans un travail ultérieur, une critique de la logique d'insertion, que nous ne développons pas ici. L'insertion à tout prix nous pose des questions : Doit-on s'insérer à tout prix dans les cadres productivistes de nos sociétés industrialisées ? Doit-on sacrifier son identité à l'une de celles, préconstruites, que nous propose le cadre sociétal ? L'insertion passe t-elle forcément par le « Travail-Emploi » ? Cette insertion ne se fait-elle pas uniquement sur la base d'une élaboration de « *simulacres de socialité primaire* »²⁵⁰ rendue artificielle par les processus de bureaucratisation et d'instrumentalisation des relations sociales ?

Autant de questions que nous laissons en suspens.

Toujours est-il que ces « espaces associatifs » viennent combler, ou plutôt tentent de combler, un déficit en matière de socialisation,²⁵¹ ainsi qu'un désir de « vivre-ensemble » et d'élaboration collective qui n'arrivent plus à s'exprimer dans nos sociétés.

Conclusions et Perspectives :

A – Premières Conclusions :

Intérêt de l'Espace associatif : un « sas » vers la réhabilitation sociale.

Cet espace associatif permet-il vraiment d'améliorer le passage vers une vie plus autonome ou constitue t-il une autre forme de contrôle social visant à écarter de la société des individus ne correspondant pas aux normes en vigueur ?

Un « sas » doit-il être considéré comme un espace de transition, permettant d'accéder plus facilement à une réhabilitation sociale, ou une forme de sélection des individus désignés comme les plus aptes, ou les plus méritants, à une réinsertion sociale ?

Ces questions semblent plus ouvrir le débat que répondre à notre problématique. Nous pouvons déjà poser un état des lieux de notre étude. Après trois ans d'existences, cet espace associatif a joué un grand rôle dans la vie de ceux qui l'ont fréquentés. Ceux-ci ont pu trouver dans ce lieu les moyens d'établir de nouveaux liens sociaux, de pratiquer des activités et de reprendre confiance en eux.

²⁵⁰ Yves DUPONT, présentation de « *Psychanalyse et champ social* », cahier du LASA N°11, CAEN, 1990.

²⁵¹ Ibid.

Parler de « sas » vers la vie en société nécessite une démonstration minutieuse. Si il est vrai que l'Espace offre à ses « adhérents » une part d'autonomie et leur permet de nouer des relations et de sortir de l'isolement, peut-on dire pour autant qu'il leur permet de passer de la vie « médicalisée » à une vie « autonome » ?

Après deux années passées à fréquenter ce lieu et ses adhérents, nous pouvons affirmer que l'Espace leur permet de s'affirmer, de prendre des responsabilités et de prendre de la distance avec le milieu médical – tant en terme de handicap et de maladie, que d'assistance.

Cet espace leur permet de trouver une part d'autonomie, une place dans la société, ou tout au moins en marge de celle-ci. Ils peuvent ainsi se reconstruire une identité au travers de la pratique associative et des liens de solidarité mécanique.²⁵² Cet espace permet donc de recréer des formes de socialités primaires et participe à restaurer des identités fragilisées, devenues incertaines. Chacun y trouve une aide pour reprendre sa vie en main.

Toutefois, cette réappropriation de soi reste inégale selon les individus.²⁵³ Certains vivent l'Espace comme un tremplin vers la réinsertion, d'autres comme une solution pour sortir de la médicalisation, ou comme une forme atténuée de la médicalisation.

De plus, cet espace ne convient pas à toutes les populations. Certaines personnes en souffrance ont été présentés à l'espace, mais n'ont pas pu franchir le pas. Ceux-là restent donc dans la médicalisation.

Spécificités et limites d'un lieu thérapeutique « non médicalisé ».

Cet espace permet-il d'éviter des hospitalisations ? Constitue t-il un support pour « l'assiette morale » d'individus « fragilisés » par un vécu difficile ? Doit-on le considérer comme complémentaire du système médical ou comme une alternative à celui-ci ?

Il existe une différence entre l'image et la réalité, comme entre la théorie et la pratique. La parole et l'autonomie ne se donnent pas, elles se prennent. Si l'idéal de « soutenir la parole de l'usager » est appréciable, il n'en demeure pas moins, sans que celle-ci soit voulue, qu'une certaine « substitution » existe. Celle-ci semble liée à la responsabilité de la gestion du lieu et

²⁵² Emile DURKHEIM, « De la division du travail social »

²⁵³ D'après la comparaison des entretiens et l'observation des parcours individuels.

des subventions face aux financeurs, comme à l'exigence d'une certaine crédibilité, conforme aux normes du système institutionnel.

Cet espace associatif n'est pas une alternative à l'hospitalisation. Il se présente plutôt comme une solution complémentaire. Si ceux qui le fréquentent y trouvent leur compte, c'est aussi le cas des institutions sanitaires et médico-sociales.

Le fonctionnement d'un tel espace est coûteux – environ 100 000 euros par ans – mais, il permet aux instances qui gèrent le sanitaire de désencombrer les hôpitaux et de faire des économies. L'hospitalisation répétitive d'une quinzaine de personnes est sensiblement plus onéreuse que les subventions accordées pour le fonctionnement du lieu.²⁵⁴

B – Perspectives :

Le cadre des « Clubs d'Usagers ».

En 2005, cet espace associatif, subventionné pour une période de trois ans, se trouve mis en difficulté par la sortie du cadre d'un dispositif triennal visant à permettre l'émergence d'espaces associatifs. Une demande a été faite pour entrer dans le cadre législatif permettant le financement des « clubs d'usagers ».

De plus, Ad-Vocacy France s'est engagé avec les associations « Le Nouveau Monde », l'A.F.T.O.C.²⁵⁵, et « France Dépression Normandie » pour demander les subventions nécessaires à la mise en place sur ROUEN d'un lieu de socialisation similaire à l'Espace Convivial Citoyen de CAEN. Cette logique de regroupement d'associations autour de projets semble une nécessité pour faire face à la complexité de la gestion et des demandes de subventions d'un projet associatif.

Pourtant, si le projet porté par Ad-Vocacy cherche à se différencier des « clubs d'usagers » défendu par le projet de loi, il ne semble pas très différent. Si les « usagers » de l'espace en sont les adhérents, le pouvoir psychiatrique semble y être remplacé par le contrôle

²⁵⁴ Entretien avec Bernard THOMASSE.

²⁵⁵ Association Française des personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs.

économique de la structure, et par conséquent par le contrôle bureaucratique de la structure sur ses « adhérents ». N'assiste-t-on pas à un nouveau glissement du contrôle social et à une généralisation du « lien psychiatrique »²⁵⁶ ? La médicalisation du social ne subit-elle pas une nouvelle mutation ? Est-il possible de créer des espaces d'autonomie sans remettre en cause le mode de fonctionnement de nos sociétés ?

S'adapter aux conséquences de la modernité ?

Durant cette étude, nous avons abordé les questions de la désaffiliation sociale, des exigences du monde moderne en terme d'adaptation, du regard social porté sur la maladie et le handicap. Mais est-on dans l'essence même de la question de la modernité ?

Doit-on s'adapter à tout prix aux normes sociales ? L'autonomie ne passe-t-elle pas par une distanciation à la société ? Doit-on considérer l'insertion sociale comme unique façon de forger son identité ?

Ces questions semblent fondamentales pour appréhender la « *condition de l'homme moderne* » dans nos sociétés. Elles sont au cœur du questionnement socio-anthropologique. Une étude ultérieure pourrait s'appliquer à explorer ces problématiques.

Il semble, bien que l'intérêt d'un tel espace associatif soit indéniable, que la question de la « souffrance psychique » n'y trouve pas de réponse adéquate. Le regard sur ce que nous nommons « maladie mentale » ne peut changer que par une modification de nos mentalités et des normes et exigences sociales de nos sociétés.

Répondre aux questions posées par la « maladie mentale » dans nos sociétés n'est pas répondre aux causes de celle-ci. La psychiatrie est passée de « l'asile » au « secteur » avec la sortie du « malade » hors des murs, mais aussi l'accompagnement médical de celui-ci au cœur de la société. Elle semble aujourd'hui amorcer une nouvelle étape de son externalisation.

Pourtant, nous avons vu que la « maladie mentale » était liée aux conditions de vie, aux exigences sociales et à la « souffrance psychique » engendrée par la difficulté à s'adapter à une société humaine où l'homme est de plus en plus absent. Or l'expérience associative, si elle recrée une socialité primaire, ne s'attaque pas plus que le « secteur » aux causes de cette souffrance, de cette incapacité de l'homme à trouver sa place dans une société qui s'emballe.

²⁵⁶ Anne GOLSE ... op. Cit.

Si je me refuse à parler de « post-humanité » et à envisager comme advenir de nos sociétés une dépendance totale de l'homme à la technique, une bureaucratisation qui confine l'être humain dans des « cases », et une « obsolescence de l'homme », je pense nécessaire de nous poser certaines questions : La création perpétuelle de « sas » pour accompagner les individus en difficultés dans leur adaptation n'est-elle pas vaine ?

Les sociétés technoscientifiques peuvent-elles accélérer sans cesse dans la voie de la croissance économique sans provoquer de désastres sociaux et environnementaux ? Peut-on sacrifier une frange sans cesse croissante de la société au développement économique ?

Progrès social progrès économique sont-ils compatibles ? La technique est-elle l'avenir de l'homme ? Comment éviter de « laisser pour compte » les plus fragiles dans une société qui valorise la réussite personnelle et la capacité à s'adapter ? Est-il même possible de concevoir que des « sas » suffisent à aider les plus faibles à s'adapter aux exigences sociales ? Ne les force-t-on pas à s'adapter ? La société ne doit-elle pas s'adapter à eux ?