



HAL
open science

Entre la ville et nous.

Alexandre Vaillant, Pascale Molinier, Christophe Munier, Julie Sabatier

► **To cite this version:**

Alexandre Vaillant, Pascale Molinier, Christophe Munier, Julie Sabatier. Entre la ville et nous. : Recherche-action autour de l'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune (Seine-Saint-Denis). [Rapport de recherche] UTRPP EA 4403 UNIVERSITÉ PARIS 13; GEM L'entre-temps Saint-Denis. 2017. hal-01561542

HAL Id: hal-01561542

<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-01561542>

Submitted on 7 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Entre la ville et nous

**Recherche-action autour de l'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance
psychique sur le territoire de Plaine Commune (Seine-Saint-Denis)**

Rapport rédigé par Alexandre Vaillant, Pascale Molinier, Christophe Mugnier et Julie Sabatier

Décembre 2016



Pour leur forte implication dans ce projet, un grand merci :

A Elizabeth Tuttle, François Gourdon, Christiane Joly, Any Davidson et Sylvie Tallot de l'association A Plaine Vie.

Aux animateurs, intervenants, stagiaires et adhérents du Groupe d'Entraide Mutuelle L'Entre-Temps

A Stephane Jung, coordinateur du Conseil Local de Santé Mentale de Saint-Denis

A la mutuelle la Mayotte

A la Maison de la Vie Associative de Saint-Denis

A la librairie Folies d'Encres et au cinéma l'Ecran

A radio Fréquence Paris Plurielle et radio Declic

Introduction	4
1 Soigner dans la cité	7
1.1 La mise en œuvre du projet	8
1.2 Le G.E.M. L'Entre-Temps : levier de l'expérimentation	13
1.3 La séparation des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux	17
2 Tissages	22
2.1 Les accompagnements individuels	24
2.2 Les actions collectives	36
2.3 La question de la recherche et de la formation	46
3 Perspectives	51
3.1 Les G.E.M. : nouveaux possibles	52
3.2 <i>L'empowerment</i> : une formule magique ?	55
3.3 L'autonomie dépend de la qualité des interdépendances	58
Conclusion	63
Ouvrages et rapports cités	67

Annexe – Le colloque François Tosquelles et le travail et les ateliers sur le travail dans les ESAT.

Introduction

« *Psychiatrie dans la cité* », « *psychiatrie dans la communauté* », « *psychiatrie citoyenne* » : Ces dernières décennies, nous avons abouti en France et dans le monde à un véritable changement de paradigme. Du modèle asilaire, nous avons progressivement basculé vers un modèle de soins et d'accompagnement des personnes en souffrance psychique « *dans la cité* ». Quelles sont les conséquences dans les faits de ce basculement ? Le soin, aujourd'hui, ne se localise plus entre les murs d'un établissement ni dans les extensions extra-muros du secteur, mais dans l'ensemble du corps social et dans la multiplication des espaces où les personnes en souffrance psychique circulent.

Dans les années 1950, l'analyse institutionnelle en France a progressivement permis d'élaborer un ensemble d'outils opérants pour améliorer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement à l'intérieur des établissements sanitaires et médico-sociaux. L'option désaliéniste, elle, imaginait déjà un projet de soin problématisant les liens des personnes en souffrance psychique avec un **territoire dans son ensemble** comprenant famille, amis, logement, élus, travail, vie associative et culturelle locale...

Entreprendre de soigner oblige aujourd'hui le travail en réseau d'une multiplicité d'intervenants qui ne se croisent pas de façon quotidienne et qui ne sont pas tous professionnels du soin ou de l'aide sociale. En France, la progressive mise en place des secteurs de psychiatrie¹ devait assurer la « *continuité des soins* » en s'appuyant sur l'environnement proche et une relative accessibilité géographique. Mais cette volonté d'une « *continuité des soins* » semble s'être confrontée à une rupture progressive entre les champs du sanitaires (urgences, unités d'hospitalisation, CMP, hôpitaux de jour, CATTP...) et les champs du médico-social et du social (MAS, FAM, SAVS, SAMSAH, services de tutelles, G.E.M., services d'aides à domicile...) qui, dans bien des endroits, produisent désormais quasiment seuls l'accompagnement extrahospitalier.

Un rapport de 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale* co-rédigé par Eric Piel et Jean Luc Roelandt², avait pour objectif d'intégrer la psychiatrie dans la ville, d'implanter fortement les

1 Secteur de psychiatrie pensé à la fois comme mode d'organisation, espace géographique et espace de concertation et de coordination des actions mises en œuvre.

2 http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roeland-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf, consulté le 17 décembre 2016

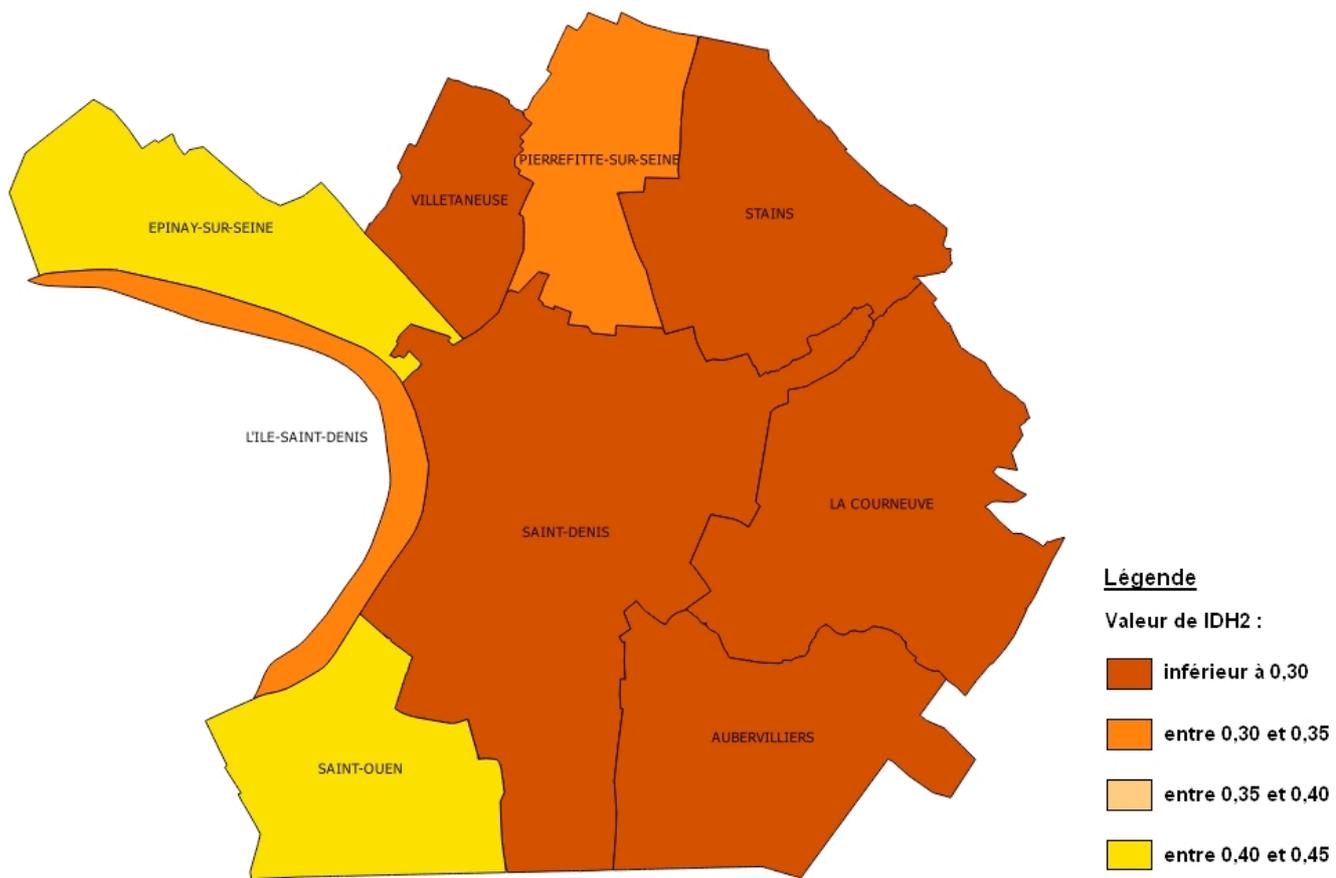
dispositifs de santé mentale dans la cité en impliquant des partenariats avec les acteurs et les élus locaux. Les principes généraux qui ont guidé ce rapport étaient que les droits de l'homme et du citoyen étaient inaliénables, les troubles psychiques ne les annulant en aucun cas. Les axes concrets de changement proposés étaient de favoriser la parole et le pouvoir des utilisateurs des services, tout citoyen pouvant en être un usager direct ou indirect. Le rapport proposait également de renoncer à la gestion du médico-social par les établissements de santé. Un second rapport, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*³, insiste sur la place des usagers en santé mentale, eu égard à la loi du 4 mars 2002 et sur le travail des partenariats nécessaires dans la cité, sous l'impulsion et la coordination des élus locaux. Le récent rapport de Michel Laforcade d'octobre 2016, confirme cette direction. On parle désormais de « *parcours de soins* » et de « *parcours de vie* » des personnes malades, de « *promouvoir leurs citoyenneté* » tout en évitant les « *ruptures de prises en charges* » en renforçant la « *collaboration des différents acteurs* » concernés.⁴

Comment ce nouveau paradigme d'accueil et d'accompagnement pour les personnes en souffrance psychique s'actualise-t-il sur un territoire comme celui de **Plaine Commune**, l'un des plus précaires du territoire français ? Celui-ci comprend les villes de Saint-Denis, l'Île Saint-Denis, Epinay sur seine, Villetaneuse, Pierrefitte, Aubervilliers, Stains, Saint-Ouen et la Courneuve, cinq secteurs de psychiatrie et une multiplicité d'acteurs du champ médico-social et social que nous avons progressivement rencontrés durant les deux années de la recherche-action.

L'enjeu de cette recherche-action était donc multiple : découvrir un territoire, ses forces et ses faiblesses ; comprendre la logique et les enjeux de ce nouveau paradigme du soin dans la cité : Qui finance et pense l'organisation du soin, de l'accueil et des accompagnements sur un territoire comme Plaine Commune ? Quelle est aujourd'hui la place du sanitaire, de la psychiatrie ? Qui produit réellement les accompagnements ? Que deviennent les personnes après leur hospitalisation ? Comment s'articulent les structures sanitaires et les établissements médico-sociaux et sociaux qui désormais travaillent directement avec ces personnes en grande souffrance psychique ?

3 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/democratie_sanitaire.pdf – consulté le 17 décembre 2016

4 http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf. Consulté le 17 décembre 2016



L'Indice de Développement Humain (IDH2) est calculé à partir de 3 composantes: l'indice "santé", l'indice "éducation" et l'indice "revenus". Ces trois indices sont ensuite agrégés pour former un nombre (IDH2) compris entre 0 (développement humain « nul ») et 1 (développement humain maximal).

Indice de Développement Humain sur le Territoire de Plaine Commune

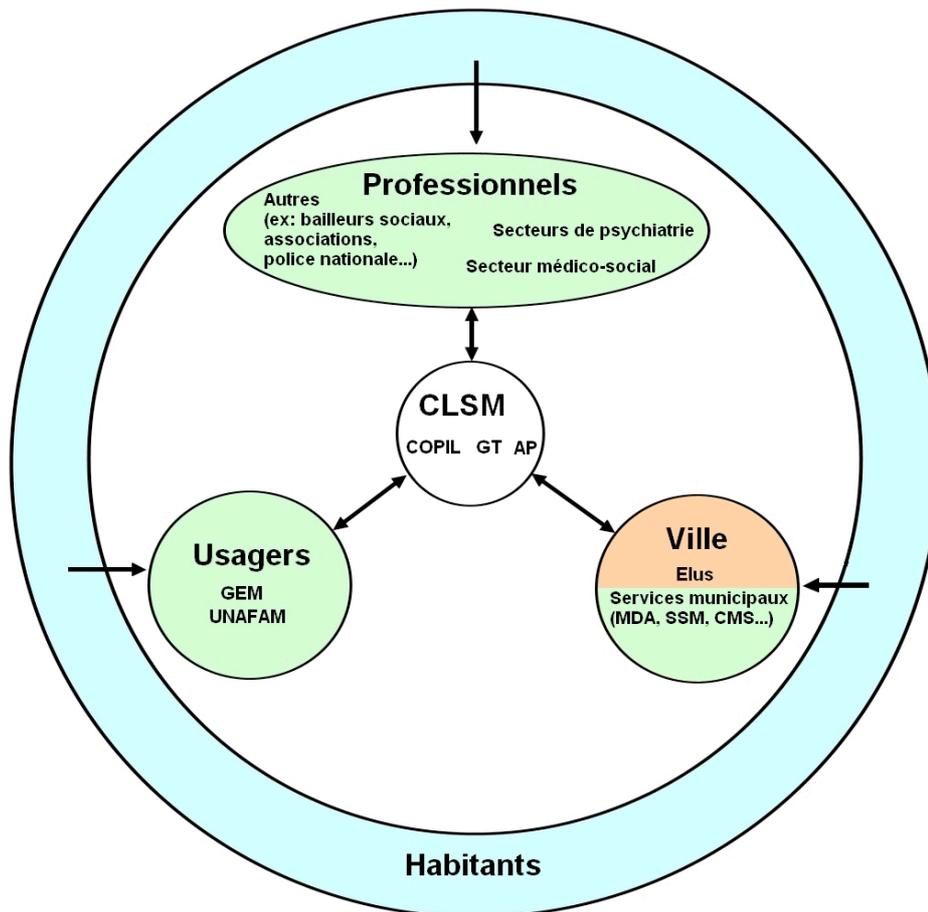
L'association A Plaine Vie, fondatrice du groupe d'entraide mutuelle « L'Entre-Temps » de Saint-Denis en 2006, constatait depuis plusieurs années que les adhérents du G.E.M. sollicitent de plus en plus cette association pour des demandes d'accompagnements individualisés concernant l'administration, les relations avec les tutelles, des problèmes juridiques, pour trouver un logement, un emploi, s'inscrire pour pratiquer un loisir.... L'impossibilité de répondre à ces demandes, ni même de prendre le temps d'orienter les personnes vers des services plus adaptés, renvoyait l'association A Plaine Vie à cette question de l'absence sur le territoire de service d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) et, de manière plus générale, à l'absence d'articulation entre les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Soigner dans la cité

Le projet “*Entre la ville et nous*” porté par l’association A Plaine Vie a eu donc pour ambition de produire un état des lieux des dispositifs d’accueil et d’accompagnement sur le territoire de Plaine commune et de participer à la réflexion autour de l’accompagnement des personnes en souffrance psychique. À partir du constat que les demandes individuelles déposées au G.E.M. L’Entre-Temps de Saint-Denis débordaient largement la mission initiale de l’association, il s’agit alors d’expérimenter une action d’accompagnement des personnes malades psychiques dans la vie sociale. Au travers d’une recherche-action, en coopération d’A Plaine Vie avec l’UTRPP, laboratoire de recherche en psychologie de l’Université Paris 13, le projet vise à mettre en œuvre des interventions articulées entre les secteurs sanitaires et sociaux, et à affiner le diagnostic partagé des besoins en s’organisant selon trois axes :

1. Proposer un accompagnement individuel, développer des actions collectives ouvertes sur la ville afin de favoriser le lien social des personnes en souffrance psychique et travailler sur les représentations du grand public autour de la maladie psychique.
2. À partir de ces accompagnements et actions, renforcer les articulations entre les différentes structures travaillant déjà ou pouvant être amenées à travailler avec ces personnes.
3. À travers ces deux premiers objectifs, formaliser une recherche-action permettant, d’une part, de dresser un état des lieux des dispositifs existants en matière d’insertion sociale des malades psychiques ; d’autre part, de mieux définir les besoins propres au territoire afin d’évaluer la pertinence de nouvelles propositions d’actions, d’interventions ou de prises en charge.

1.1 La mise en œuvre du projet



Légende

	Fait remonter les constats et besoins	CLSM: Conseil Local de Santé Mentale
	Pouvoir de convocation	COFIL : Comité de Pilotage
		GT: Groupes de Travail
		AP: Assemblée Plénière
		MDA: Maison des Associations
		SSM: Service Social Municipal
		CMS: Centres Municipaux de Santé

Fonctionnement du Conseil Local de Santé Mentale

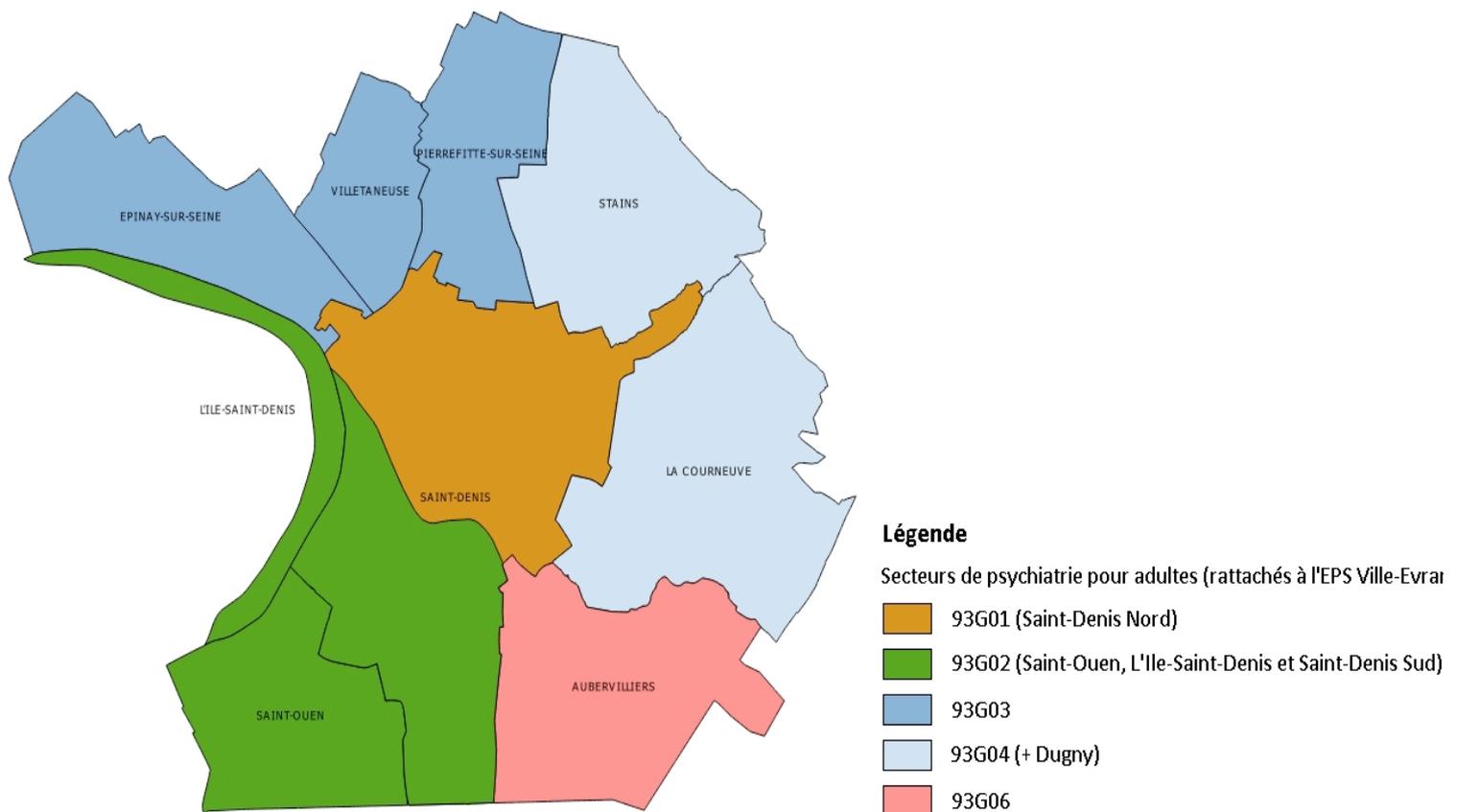
En s'appuyant sur le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de Saint-Denis, le projet a été présenté dès juin 2014 au comité de pilotage du CLSM où étaient présents :

- les secteurs G01 (Saint-Denis nord), G02 (Saint-Denis sud et Saint-Ouen) et G03, Epinay / Pierrefitte, Villetaneuse)
- l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) Estim'93,
- la Direction Municipale de la Santé (CMS, Unité Ville et Santé, Maison de la Santé) et des Solidarités (CCAS, service social)
- L'Agence Régionale de Santé (ARS)

En Septembre 2014 le projet a également été présenté :

- aux associations sociales et culturelles (Maison des Associations),
- au Groupe d'Entraide Mutuelle (G.E.M.) de l'Entre-Temps de Saint-Denis

À la suite de ces présentations, deux réunions ont eu lieu avec les secteurs de psychiatrie. La première avec l'équipe du CMP du secteur G01, partenaire prioritaire du projet, le 21 novembre 2014 pour échanger autour des situations de patients du secteur qui fréquentent également le G.E.M. l'Entre-Temps de Saint-Denis. La deuxième le 26 janvier 2015 avec l'équipe du CMP du secteur G02 pour présenter plus précisément le projet, ses actions individuelles et collectives.



Secteurs de psychiatrie de Plaine Commune

Il est ressorti de ces différentes réunions et de l'expérience du G.E.M. de Saint-Denis qu'**un grand nombre de personnes en souffrance psychique connaissent assez mal les dispositifs auxquels elles peuvent avoir accès** et venaient déposer au G.E.M. des demandes d'accompagnements individualisés (trouver un logement, un travail, une aide administrative, un lien avec les tutelles, des visites à domicile, un accompagnement vers des lieux de soins) auxquelles le G.E.M. n'a pas vocation à répondre. Parallèlement, un entretien réalisé à l'Université Paris 13 avec le docteur Laurence Stamatiadis, Cheffe de pôle du secteur G01, le 5 juin 2015 témoignait de la complexité de la situation dans laquelle se trouvait ce secteur psychiatrique de Saint-Denis et de la difficulté à produire une réelle « *continuité des soins* » :

- Difficulté de stabiliser les équipes de soins : turn-over permanent du personnel et difficulté de recrutement lié à l'absence d'attractivité du territoire
- Demande massive émanant de personnes en grande précarité sociale, liée notamment au grand nombre de domiciliations sur la ville de personnes en situations irrégulières.

- Plusieurs cas graves de violence physique sur le personnel ont été recensés ces dernières années sur le secteur.
- Singularité de la dimension multiculturelle du territoire : problème fréquent de compréhension (maîtrise des langues) entre soignants et soignés.
- Temps d'hospitalisations extrêmement court (13 jours en moyenne)⁵.

Cette situation n'est pas propre à ce secteur de Saint-Denis, une grande partie de la Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise, les deux départements d'où proviennent la quasi-totalité des adhérents du G.E.M. de Saint Denis semble se retrouver dans des situations similaires. Les temps d'hospitalisations extrêmement courts notamment, font que certains adhérents fréquentant le G.E.M. se retrouvent régulièrement dans **des situations de crises aiguës** et ne sont pas « *stabilisés* ». Le G.E.M. L'Entre-Temps de Saint-Denis se trouvait ainsi doublement débordé par un nombre croissant de demandes individuelles comme nous l'avons déjà précisé mais également par l'accueil de personnes en errance et en crise.

L'option choisie pour cette recherche-action d'A Plaine Vie a donc été d'ouvrir une permanence à la Maison des associations de Saint-Denis de trois demi-journées par semaine (lundi après-midi, jeudi et vendredi matin) pour :

- Répondre au nombre croissant de demandes individuelles émanant des adhérents du G.E.M. de Saint-Denis
- Éviter de doubler les prises en charge avec les services existants
- Cartographier (notamment à travers les accompagnements) l'ensemble des dispositifs sur le territoire de Plaine Commune sur lesquels pourraient s'appuyer les secteurs de psychiatrie, le G.E.M. et d'autres services médico-sociaux.

Conjointement à l'ouverture de la permanence, il a été proposé aux adhérents du G.E.M. un temps d'échange et de réflexion sous la forme d'un atelier "radio". Cet atelier est hebdomadaire et se déroule le jeudi après-midi. Il soutient la création d'une émission mensuelle ainsi que l'organisation d'évènements publics à Saint-Denis : les "Paysages de la folie". Cette pratique d'atelier avec les adhérents vise à faire évoluer les représentations concernant la maladie psychique. Nous faisons l'hypothèse que cette pratique locale pourrait modifier le milieu ainsi que les conditions de réception des demandes d'inclusion sociale des adhérents.

⁵ Entretien avec Mme Laurence Stamatiadis, cheffe de pôle du secteur G01, réalisé à l'UTRPP le 07/05/2015

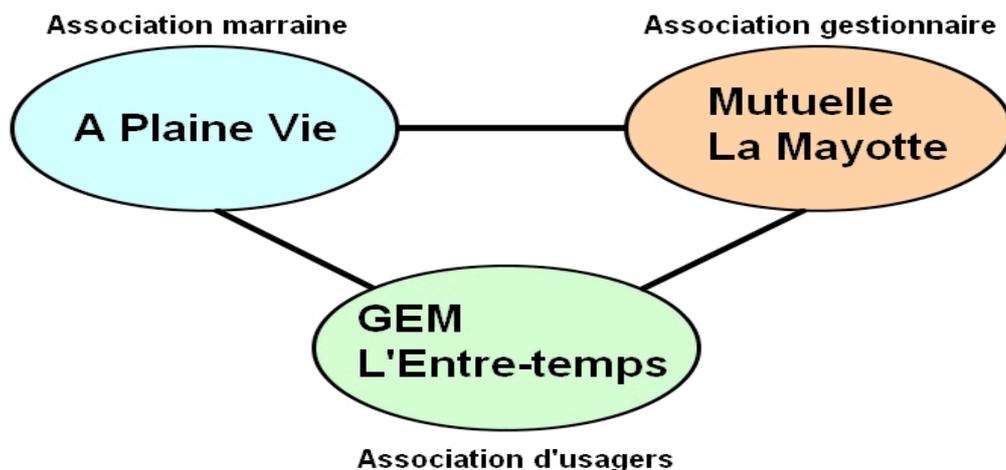
Cette recherche-action, enfin, s'est appuyé sur une série d'entretiens et de rencontres avec des partenaires de notre travail. Trois entretiens ont été réalisés par Pascale Molinier et Anne Bourgain à l'UTRPP de Paris 13, les autres sont à l'initiative de l'association A Plaine Vie

Dates	Entretiens réalisés à l'UTRPP Paris 13
7 Mai 2015	Docteur Laurence Stamatiadis. Psychiatre, praticien hospitalier, cheffe de pôle du secteur 93G01 (Saint-Denis) de l'EPS de Ville Evrard
15 Octobre 2015	Mr Stéphane Jung, coordinateur du conseil local de santé mentale de Saint-Denis
10 Décembre 2015	Mme Elizabeth Tuttle, Mme Françoise Gourdon, membres de l'UNAFAM 93 et Mme Christiane Joly, fondatrices de l'association A Plaine Vie
Dates	Entretiens et rencontres réalisés par A Plaine Vie
23 Mars 2016	Mme Christine de Coninck, inspectrice principale responsable du département médico-social à l'ARS Ile de France
30 Mars 2016	Participation à une rencontre des SAVS et SAMSAH du 93 à l'initiative de Mr Arsène Bolouvi, Chargé d'Actions, maintien à domicile et vie en institution, MDPH 93.
30 Mars 2016	Mr Turlik, directeur territoriale et Mme Chabane, directrice territoriale adjointe de l'association AEDE autour du fonctionnement du SAMSAH de l'Oranger (Le Bourget).
14 Avril 2016	Mme Garnier et Mme Labrousse, éducatrices spécialisées pour le SAVS de l'association Vivre Autrement (Saint Denis)

17 Novembre 2016	Mme Edeline Delanaud, Cheffe de service et l'équipe du SAVS des trois rivières (association Leila, Stains).
24 Novembre 2016	Mme Magalie Thibault, Vice-présidente du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis chargée de l'autonomie des personnes

1.2 Le G.E.M. L'Entre-Temps : levier de l'expérimentation

Concernant les accompagnements individuels, les demandes qui émanaient des adhérents du groupe d'entraide mutuelle L'Entre-Temps ont été le principal levier de l'expérimentation durant ces deux années. Ce G.E.M., situé dans le centre-ville de Saint-Denis, s'est développé sur des principes **d'accueil inconditionnel** (n'importe qui peut y venir), sur la **possibilité de n'y rien faire** (non obligation de participer aux ateliers) et **une liberté de circulation**. Ces principes sont un choix initial, une philosophie fondatrice, que l'on ne retrouve pas nécessairement dans tous les G.E.M. Ce G.E.M. a développé dans ses premières années d'existence tout un travail autour de productions artistiques (peinture, musique, théâtre, sculpture, chant, jeux d'écriture...) tout en s'ouvrant sur la ville de Saint-Denis par la création de liens avec les théâtres et les différents espaces d'expressions de la ville (lieux d'expositions, centre municipal de la ligne 13, fête de la vie associative...).



Fonctionnement des GEM : un partenariat entre trois associations

Au G.E.M. L'Entre-Temps la fréquentation a augmenté d'année en année pour arriver sur l'année 2015 à **une quarantaine de passages quotidiens**. Pour l'année 2015, le G.E.M. était ouvert en moyenne 40 heures par semaine, 308 sur 365 jours dans l'année. Toutes personnes confondues, 260 personnes différentes sont passées à l'association en 2015. **80 adhérents fréquentent régulièrement le lieu**, c'est à dire l'ont fréquenté plus de 20 jours dans l'année. Dont :

- 18 personnes qui sont venues plus de 50 jours dans l'année, c'est à dire qui participent régulièrement au repas, aux ateliers ou plus généralement à la vie du lieu
- 18 personnes qui sont venues plus de 100 jours et 11 personnes, plus de 200 jours, personnes pour qui le GEM devient le principal lieu de vie hors domicile.

Sur ce collectif de 80 personnes :

- **52 hommes et 27 femmes**
- **56 personnes vivent à Saint-Denis même, 14 dans les communes limitrophes** (La Courneuve, Epinay sur seine, Saint Ouen, l'île saint Denis, Aubervilliers, Stains) et 10 qui viennent d'un peu plus loin (du Val d'Oise, Gonesse, Arnouville, Sarcelles, Villiers le Bel), de Villeneuve la garenne ou Clamart).
- **59 personnes sont en lien soit avec des services de psychiatrie** (CMP, CATTP, unité d'hospitalisation du territoire), **soit avec des dispositifs sociaux ou médicaux sociaux** type (ESAT, SAMSAH et SAVS, foyer de vie ou clinique privée) ou les deux.

- 21 personnes ne sont plus ou pas en lien avec les dispositifs précités. Certains fréquentaient ces dispositifs mais ne les fréquentent plus, d'autres ont donc découvert le lieu par d'autres moyens (maison des solidarités, municipalité, centre de santé municipaux, bouche à oreille) sans avoir fréquenté des dispositifs sanitaires ou médico-sociaux.

Objet singulier dans le champ de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, les G.E.M. ont été créés pour éviter l'isolement et l'exclusion de ces personnes et servir de passerelle vers une vie sociale en dehors des dispositifs hospitaliers et médicaux-sociaux traditionnels. En s'appuyant sur l'expérience des clubs thérapeutiques qui se sont historiquement constitués à l'intérieur des hôpitaux⁶, les G.E.M. ont l'originalité d'être des outils participatifs où chaque personne devient membre d'une collectivité active qui décide elle-même du projet qui la concerne. les G.E.M. ne sont donc pas des lieux médicalisés. Ce n'est pas un professionnel qui dispense un soin, mais la qualité de l'ambiance⁷, le vivre ensemble présent dans le G.E.M., que ce soit par les ateliers ou la pertinence de l'organisation du lieu.

Un des deux coordinateurs de la recherche-action travaille également comme animateur de ce G.E.M., donc était d'une part déjà connu des personnes accompagnées par ce biais et dans une forme relationnelle avec eux proche de l'**amicalité**. Dans la mesure où les G.E.M. sont des espaces où il s'agit d'inviter les adhérents à partager les responsabilités d'une vie associative, le rôle de l'animateur au sein d'un G.E.M. se différencie des fonctions attribuées généralement aux personnels des hôpitaux et du secteur médico-social (infirmiers, psychiatres, psychologues, éducateurs, aides-soignants...). L'animation d'un G.E.M. consiste d'abord à accompagner les adhérents dans l'organisation d'une dynamique associative et d'un lieu (aider à constituer un conseil d'administration, un bureau, une charte de fonctionnement, des temps de réunions collectives, faciliter des prises d'initiatives et veiller à la qualité de l'ambiance). Il peut également, en fonction

⁶ Il existe des différences importantes entre les G.E.M. et les clubs thérapeutiques. Le club fonctionne sur les principes de déhiérarchisation de la pyramide hospitalière et de lutte contre le préjugé d'irresponsabilité des soignés : les personnes font quelque chose (un atelier, une kermesse...) avec les soignants et l'organisation de ce « quelque chose », les nombreuses réunions, la collecte de l'argent, etc., ont au moins autant d'importance que la chose même. En ce sens, c'est assez proche. Dans les clubs thérapeutiques, toutefois, le médecin joue un rôle moteur dans le processus, ainsi que l'administration qui doit l'autoriser : le club existe parce qu'il est « *thérapeutique* ». Qui plus est les soignés sont incités à participer au club et la participation aux ateliers fait souvent l'objet d'une prescription médicale. Pour un ouvrage de synthèse voir Marie-Françoise Le Roux. *Actualité des clubs thérapeutiques*. Nîmes, Champ social Editions, 2005.

⁷ Avec les concepts d'accueil, de présence et de vie quotidienne, le concept d'ambiance a été théorisé par Jean Oury. L'ambiance n'est pas pour ainsi dire « une qualité de l'air » naturelle, mais l'objet d'un travail collectif à reprendre indéfiniment avec les soignants et les soignés. Voir par exemple Jean Oury, *La décision*, séminaire 1985-1986. La boîte à outil. 2013.

de son désir et de son savoir-faire, être porteur de projets ou d'ateliers qui animent justement les relations et la vie du lieu.

Même s'ils ne sont pas des lieux de soin, il reste que les G.E.M. ne peuvent faire l'économie d'une réflexion autour du **quotidien de la psychose** qui, sous les différentes formes qu'elle peut prendre, vient souvent complexifier la vie du lieu et nécessite de problématiser en permanence les dynamiques relationnelles qui s'y jouent. Faire l'impasse sur ce qui fait aussi la singularité de ces lieux au nom d'une absence d'étiquetage et d'une présence seulement « citoyenne » serait dénier les problèmes rencontrés dans de nombreux G.E.M. et les multiples enjeux autour du travail de l'animateur. L'animateur d'un G.E.M. va souvent cumuler des fonctions éducatives, psychologiques, d'assistance sociale pour ne pas dire psychiatriques ou infirmières quand il s'agit de prendre contact avec les secteurs de psychiatrie ou d'accompagner un adhérent aux urgences de l'hôpital. L'animateur d'un G.E.M. incarne, pour conclure, une forme de **travail social total** qui, s'il n'est pas dénué d'intérêt, nécessite d'être pensé en profondeur. Il est à noter que ce nouveau métier d'animateur de G.E.M. peut s'appuyer sur les acquis de la psychothérapie institutionnelle, qui n'existe pas disait Jean Oury, et sur la réflexion qu'elle a produite autour des « rôles », des « statuts » et des « fonctions » définissant le travail.

Pour faire un détour par l'histoire, la potentialité soignante de la qualité du vivre ensemble et du fait d'être partie prenante de projets collectifs a été problématisée en France par différents mouvements d'après-guerre, allant du courant désaliéniste (Bonnafé, Daumézon, Le Guillant, Sivadon...) à la psychothérapie institutionnelle (Tosquelles, Oury, Torrubia, Gentis...), en passant par la sociothérapie et ses multiples déclinaisons (art-thérapie, musicothérapie, danse-thérapie...). À partir des années 1950, notamment dans le cadre du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, une réflexion intense émerge autour des soins en psychiatrie, des relations entre soignants et soignés et du rôle des infirmiers... L'hôpital de Saint-Alban verra naître le premier **club thérapeutique**, il permet de solliciter en permanence leur responsabilisation progressive. En région parisienne, on recense également après la Libération un certain nombre d'expériences innovantes menées par Philippe Paumelle dans le treizième arrondissement de Paris (ASM 13), Paul Sivadon à Ville-Evrard qui crée un centre de traitement et de réinsertion sociale, Le Guillant à Villejuif, Henri Ey à Bonneval... Si toutes ces expériences sont dans les années 1950 minoritaires, elles vont directement influencer la mise en place de la psychiatrie de secteur qui traduisait bien une volonté plus générale d'ouvrir les hôpitaux psychiatriques sur le monde extérieur et d'en finir avec « les murs de l'asile ».

1.3 La séparation des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Le “secteur” est officialisé le 15 mars 1960, dans une circulaire qui a pour option fondamentale de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, à l’exact opposé de la logique asilaire. *“L’hôpital doit être intégré dans un ensemble extra hospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de post-cure.”* C’est donc la fin théorique de l’hospitalo-centrisme. La France est divisée en “secteurs” de population d’environ soixante-sept mille habitants : chacun doit être doté d’une équipe pluridisciplinaire assurant les soins, la post-cure et la prévention de toute la population de ce secteur, quelles que soient les pathologies mentales concernées. Ses principes essentiels sont la continuité des soins, la proximité et l’appui sur l’environnement du patient. Pour les soignants, il s’agit ainsi *“d’aller sur la place publique”*, ce qui constitue un véritable bouleversement dans les pratiques et l’organisation de la psychiatrie. La prise en charge des malades psychiques “hors les murs” nécessite de passer d’une logique asilaire verticale et hermétique à la mise en place d’un système en réseau ouvert et horizontal, ancré dans le social.

À partir des années 1960, la mise en place de la psychiatrie de secteur a entraîné la création d’une multitude de structures sociales très diverses gérées au départ par l’intermédiaire d’associations. En effet, en fermant des lits, il fallait trouver des solutions alternatives de logement pour les personnes. Pour mettre de l’ordre dans ce développement et parer à certaines gestions aléatoires, l’Etat a décidé par la loi du 31 décembre 1970 “portant réforme hospitalière” de **séparer le champ social du champ sanitaire**, en demandant à l’hôpital de se recentrer sur ses fonctions sanitaires. Cette loi coupe de fait le champ psychiatrique en deux : le social d’un côté, le sanitaire de l’autre. Les lois jumelles du 30 juillet 1975, l’une relative aux institutions sociales et médico-sociales, et l’autre sur l’orientation en faveur des personnes handicapées vont consacrer cette autonomie et permettre la cohérence du secteur social et médico-social.

À partir de 1975 les structures associatives du champ social et médico-social travaillant avec des usagers de la psychiatrie vont se multiplier, en concurrence avec les associations créées par les établissements gérant les secteurs de psychiatrie. Le secteur social et médico-social comprend aujourd’hui en France trente-six mille établissements et services qui ont pour mission d’apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits “fragiles” (personnes en situation de précarité, d’exclusion, de handicap ou de dépendance)⁸. Aujourd’hui, les dispositifs principaux sont :

8 Le secteur social dépend essentiellement du Conseil Départemental (CD), le secteur médico-social dépend à la fois du CD et de l’Agence Régionale de Santé (ARS).

- Les organismes délégués aux tutelles publiques ou privées
- Les foyers de vie ou Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Les Maisons d'accueil spécialisé (MAS),
- Les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD),
- Les Centres d'Aide au Travail (CAT) devenu Etablissements spécialisé d'aide par le travail (ESAT).

La loi du 11 février 2005 va donner un cadre juridique à de nouvelles structures d'accompagnement :

- Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
- Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).
- Les Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M.)

Dans un entretien du 23 mars 2016, Mme Christine de Coninck⁹, inspectrice principale responsable du département médico-social à l'ARS Ile de France, précise :

Au moment de la création des ARS, ce qui s'est mis en place c'est le Projet Régional de Santé (PRS) qui comportait un plan stratégique, trois schémas et quatre programmes :

- *Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)*
- *Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROSMS)*
- *Le schéma de Prévention.*

Les programmes de l'ARS et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées du conseil départemental doivent s'articuler. Le SROSMS se décline dans le PRIAC, PProgramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, qui est la déclinaison financière de ses orientations et actions. Le premier PRS s'achèvera en 2017. Les premiers travaux pour son renouvellement commencent par l'élaboration d'un cadre d'orientation stratégique d'une durée de 10 ans dans lequel un seul schéma sera élaboré pour permettre une meilleure coordination entre le sanitaire, le médico-social et la prévention.

⁹ Entretien avec Mme Christine de Coninck, inspectrice principale responsable du département médico-social à l'ARS Ile de France. Réalisé le 23 Mars 2016.

L'idée maintenant, c'est de travailler sur les parcours des usagers, afin de prévenir les ruptures de parcours. Il y a des structures qui font de la coordination autour d'une personne, d'autres essaient de faire de la coordination entre structures mais il n'en existe pas beaucoup et seule une partie du travail de coordination effectif est à l'heure actuelle reconnue et financée.

Les MAIA qui sont une Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie sont en voie de déploiement sur le territoire dans le secteur des personnes âgées. Elles sont financées par la CNSA via les ARS. Cette méthode s'articule sur trois mécanismes :

- la concertation qui comporte une table tactique au niveau d'un territoire qui permet aux acteurs locaux de se connaître, de travailler ensemble et d'élaborer des outils communs, et une table stratégique qui réunit les financeurs et décideurs

- Le guichet intégré, qui vise à permettre une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers à tout endroit du territoire.

- le gestionnaire de cas, qui fera le suivi des situations les plus complexes. Sa mission est de suivre 30 à 40 situations à vie en s'occupant de tous les besoins de la personne

Cette méthode MAIA comporte également la mise en place d'outils communs comme le formulaire d'analyse multidimensionnelle qui permet le repérage des besoins en fonction de cinq thématiques (santé, logement, précarité financière...) et qui sert de fiche de liaison entre les acteurs. D'autres outils sont mis en place comme un annuaire des ressources qui précisent et différencient les missions de chacun.

Cette méthode pourrait se déployer en faveur d'autres publics que les personnes âgées.

Les rencontres et les partenariats que nous avons effectués avec les équipes des secteurs de psychiatrie G01, G02 et G03 ont ressorti que de nombreux membres des équipes ignorent l'existence des dispositifs sociaux et médico-sociaux sur le territoire de Plaine Commune. Par ailleurs les échanges et les réflexions que nous avons eues avec des praticiens historiques du secteur de psychiatrie comme Jacques Tosquellas (Marseille) ou Jean-Michel De Chaisemartin (Landerneau) lors du colloque « François Tosquelles et le travail¹⁰ » ont permis de faire ressortir trois grands axes critiques – et à problématiser – concernant cette coupure entre les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux :

- Malgré la récente séparation entre « **handicap psychique** » et « **handicap mental** », les habitudes de travail de nombreuses associations du champ social et médico-social ont souvent été construites à partir de leur fonctionnement avec les personnes en situation de handicap mental. Ces associations doivent repenser leurs pratiques avec l'augmentation

¹⁰ Voir notre partie « L'UTRPP : un laboratoire de psychologie dans la toile ».

d'une population qui, venant de la psychiatrie, les oblige à repenser leurs activités et nécessite une réflexion et un accompagnement autrement complexe.

- Ces dernières années, dans le champ sanitaire, les **suppressions de lits, la réduction des budgets et des temps d'hospitalisations** (un tiers de lits en moins entre 1975 et 2010) n'offrent plus la possibilité d'un accueil sérieux des situations de crises et d'accompagnement après les crises, moments pourtant décisifs dans le parcours de nombreuses personnes en souffrance psychique.
- Le danger d'une sorte de **triage** enfin, entre les personnes susceptibles de pouvoir circuler dans les champs sociaux et médico-sociaux, « *citoyens souffrant mais responsables qui vont être capables de prendre en main leur traitement (...) d'avoir un projet de vie* »¹¹ et les personnes en très grande souffrance, prises dans une forme de chronicité, connaissant des rétablissements difficiles et que le champ sanitaire, la psychiatrie ne pourront bientôt plus ni accueillir, ni accompagner.

En 1952, des figures comme Louis Le Guillant et François Tosquelles se sont opposés déjà, autour de ces différentes questions lors des rencontres de Bonneval. Le Guillant considérait que « *l'hôpital psychiatrique n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leur institution* »¹² faisant du « *retour à la cité* » la principale solution aux problèmes de la maladie psychique. Tosquelles et le courant de la psychothérapie institutionnelle considérait eux qu'il fallait problématiser l'organisation du soin à l'intérieur et autour des établissements psychiatriques pour y créer les conditions d'un accueil et d'une ambiance respirable notamment pour les grands exclus, les situations les plus complexes. Hélène Chaigneau parle de « *fonction refuge* » pour cet hôpital où la personne peut rester le temps qu'il faut : « *longtemps si nécessaire, il sort lorsque c'est souhaitable et possible, mais la fonction refuge est là, disponible* »¹³

Une telle opposition entre *l'intra et l'extra hospitalier* ne devrait être à priori qu'un faux problème. **Pour tous, sans triage, sans exclusion, un accueil de qualité devrait pouvoir s'établir à tous les étages de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique**, des urgences de l'hôpital général aux unités spécialisées de la psychiatrie, du centre médico psychologique à l'ESAT, au SAVS en passant par un FAM ou un service de tutelles. Dans les faits, et nous allons l'illustrer à

¹¹ P.Coupechoux, « *Un homme comme vous* », seuil, 2014, p.302.

¹² Cité par Jean Ayme, dans *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*, www.euro-psy.org/sote/La_Borde.html.

¹³ Hélène Chaigneau, *Soigner la folie, une vie au service de la clinique*, Paris, Campagne première, 2010.

travers différents parcours dans la deuxième partie de notre recherche-action, les personnes les plus en difficulté que nous avons rencontrés ne sont plus abandonnés à l'hôpital mais vivent dans leurs familles, dans un hôtel, dans la rue ou seul dans un logement dont ils ne sortent quasiment plus.

C'est dans ce paysage que nous avons mis en œuvre notre recherche-action sur le territoire de Plaine Commune à partir du G.E.M. L'Entre-Temps de Saint-Denis, entre des secteurs de psychiatrie en difficulté et un territoire sous doté en dispositifs d'accueil sociaux et médico-sociaux pour les personnes en souffrance psychique. Il s'agissait pour nous de tisser un ensemble de relations et, sur le modèle arachnéen tel que proposé par Fernand Deligny, de construire une toile, de créer de nouveaux fils, d'en consolider d'autres. Construire ce possible réseau « *qui nous attend à tous les virages* »¹⁴ comme disait Deligny.

14 Fernand Deligny, *L'arachnéen et autres textes*, Éditions L'Arachnéen, 2008.

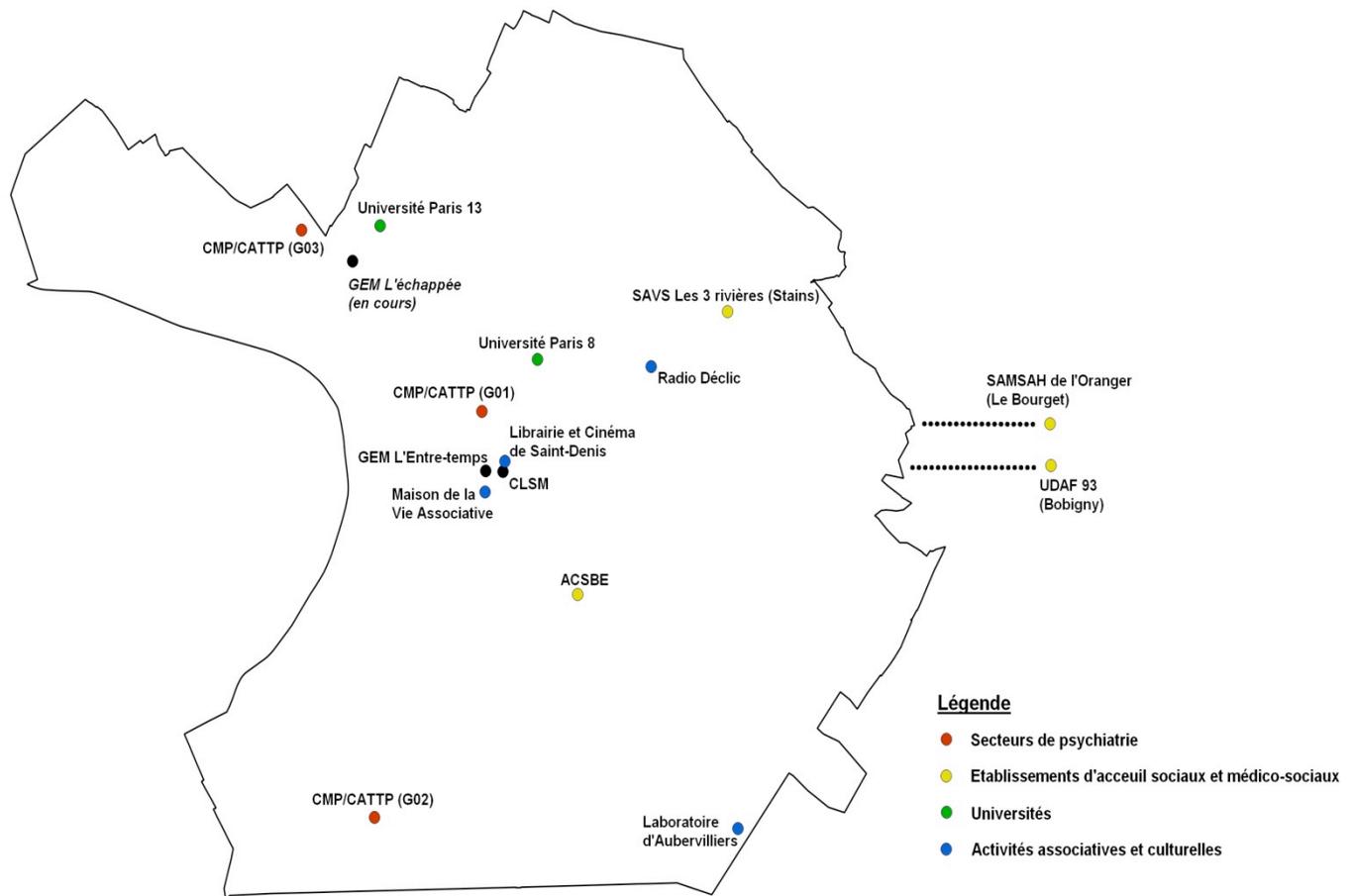
Tissages

Pour Lucien Bonnafé, la psychiatrie ne saurait être une question d'expert et se limiter au lieu de l'hôpital. Il faut qu'elle devienne l'affaire de tous, l'affaire de l'ensemble du corps social, médecins, famille, amis, associations, usagers, bailleurs, élus, voisins... Mais *Soigner dans la cité* recouvre de multiples enjeux que notre recherche-action a tenté d'appréhender pendant deux ans:

Créer des liens. Cette « *prévalence du lien sur le lieu* »¹⁵ dans ce paradigme du *soin dans la cité* nécessite que des contacts, des partenariats se tissent entre l'ensemble des acteurs concernés et particulièrement entre les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Nous allons voir dans cette partie comment, à partir des accompagnements individuels et des actions collectives que nous avons réalisés, une sorte de toile s'est mise en place sur le territoire de Plaine Commune comprenant :

- le CLSM de Saint Denis
- les secteurs de psychiatrie du territoire
- les SAVS et les SAMSAH du territoire situés sur Stains et le Bourget
- La Maison de la vie associative de la ville de Saint-Denis, le CCAS, l'association Coopérence porteuse d'un projet de centre social coopératif sur la ville, le centre social autogéré de l'Attieket l'association Even'tag créatrice d'évènements culturels sur la ville
- l'Unafam 93, le G.E.M. l'Entre-Temps
- la librairie Folies d'Encre et le cinéma l'Ecran de Saint-Denis
- le studio Radio Declic situé dans la cité des courtilles,
- les Universités Paris 13 et Paris 8 situées sur Villetaneuse et Saint-Denis
- le centre de santé communautaire du quartier Franc Moisin, ACSBE – place santé
- les séminaires « pratiques de soins et collectif » organisés aux laboratoires d'Aubervilliers
- L'UDAF 93

15 Lucien Bonnafé, *Qui est aliéné ?*, Information Psychiatrique, 1984.



Partenaires principaux de la recherche-action

Sensibiliser le public

Des événements trimestriels organisés en partenariat avec la librairie Folies d'Encre et le cinéma l'Ecran de Saint-Denis, des rencontres avec l'UNAFAM 93, l'association ACSBE et les femmes du quartier Franc Moisin et une émission de radio mensuelle créée par les adhérents du G.E.M. de Saint-Denis auront été les principales actions en direction du grand public.

Au-delà de leurs effets sur le grand public, nous allons montrer comment ces actions ont également participé à cette *clinique du lien* évoquée plus haut en créant des rencontres et des projets voués à se poursuivre à l'intérieur mais également en dehors du territoire de Plaine Commune. Nous aurons dans le cadre de ces actions créé des liens avec Radio Colifata en Argentine et Radio Sans Nom à

Asnières, le Collectif « Encore Heureux... » basé à la Fonderie au Mans, l'association « Humapsy » basée à Reims ou encore la revue « *Les Nouveaux Cahiers pour la folie* » sur Paris.

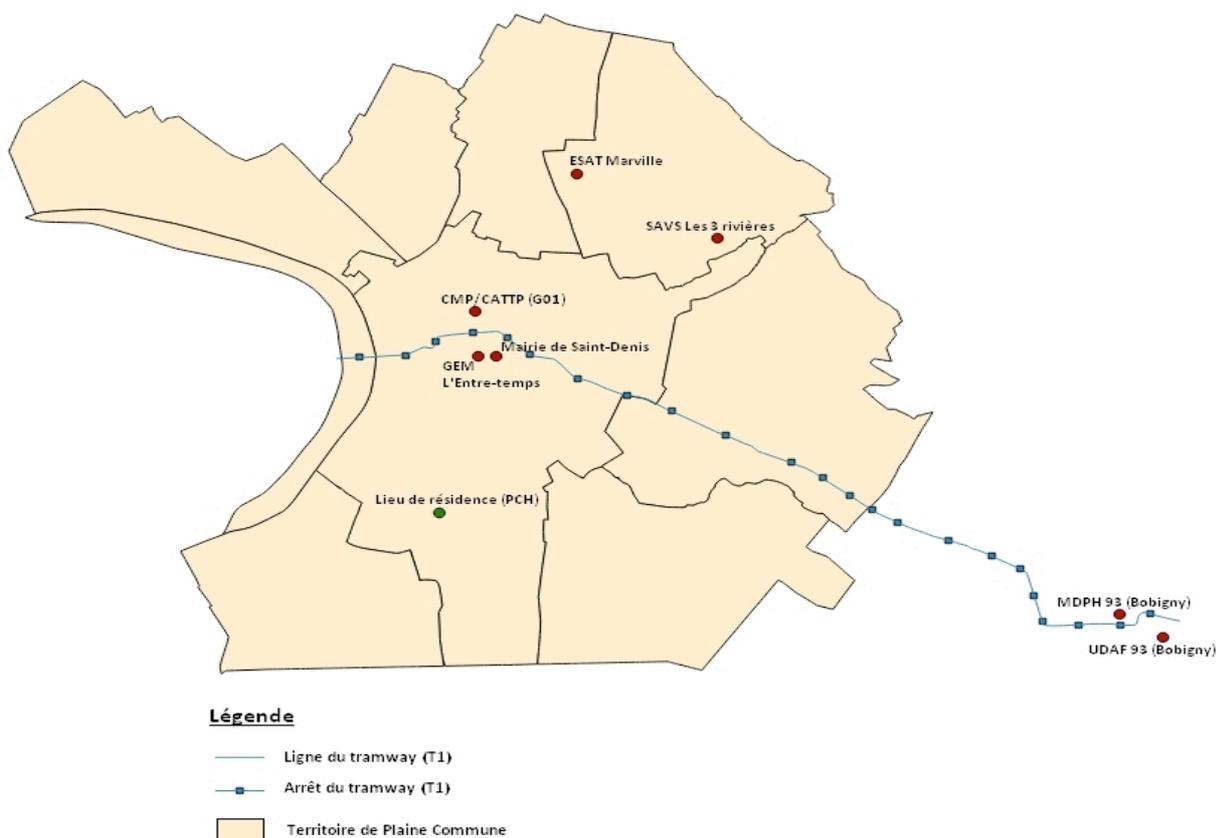
La question de la recherche et de la formation

Dernière dimension de notre travail, les liens qui ont pu s'établir ces deux années avec l'université, insérant directement l'UTRPP de Paris 13 dans le dispositif que nous avons pu mettre en place. L'un des temps forts de cette collaboration aura été en 2015 la participation du G.E.M. l'Entre-Temps à l'organisation du colloque « François Tosquelles et le travail ». Dans cette même dynamique, il faut souligner également la multiplication des interventions et des publications des adhérents du G.E.M. et des deux principaux animateurs de cette recherche-action dans les universités Paris 13 et Paris 8, au Ministère de la santé, à l'IRTS Parmentier, dans « *Les Nouveaux Cahiers pour la folie* » ou encore la revue « *Pratique en santé mentale* ». L'écriture et le travail de communication autour de cette recherche-action sont en soi un soutien concret à la recherche. Ces différentes interventions et publications ouvrent une réflexion nouvelle sur la manière dont les usagers de la psychiatrie peuvent transmettre un savoir qui leur est propre dans ces lieux que sont l'université, les écoles et les instituts de formations.

2.1 Les accompagnements individuels

Les accompagnements individuels ont démarré en janvier 2015 à partir des permanences effectuées les lundis après-midi, jeudis et vendredis matin à la Maison de la vie associative de Saint-Denis. A partir de la présentation de cinq accompagnements effectués sur le territoire de Plaine Commune, nous allons tenter d'illustrer un ensemble de problématiques, de besoins et de demandes auxquelles peut se confronter aujourd'hui toute tentative de soin dans la communauté.

Mylène a 51 ans et fréquente le G.E.M. depuis son ouverture en 2006. Elle a été orientée vers l'association par le CMP de Saint-Denis qu'elle fréquente de façon hebdomadaire. Reconnue travailleuse handicapée par les services de la MDPH du 93, elle bénéficie d'un accompagnement assez complet : ancienne résidente d'un foyer pour travailleurs handicapés de l'association « Leila », elle vit en autonomie depuis 6 ans dans un appartement du principal bailleur social local « Plaine Commune Habitat ». Mylène travaille à l' E.S.A.T Marville (géré par l'association « La résidence sociale » située à Stains) et est sous la tutelle de l'UDAF 93 située sur la ville de Bobigny. Elle a également été pendant plusieurs années suivie par le service d'accueil de jour de l'association « Vivre autrement » située à Saint-Denis.



Le parcours de Mylène

Mylène fréquente le G.E.M. quotidiennement et quand elle apprend l'ouverture de nos permanences elle prend immédiatement rendez-vous. Elle veut changer de tutelle, changer de travail et déménager. Elle témoigne d'un sentiment d'isolement et nous sollicite également pour des visites à domicile. Son insatisfaction contraste avec les échanges plutôt positifs que nous aurons avec une tutelle et un ESAT plutôt compréhensif à son endroit et sa faculté à mobiliser du monde autour de sa situation.

Mylène multiplie les appels téléphoniques aux différents dispositifs qui l'accompagnent. CMP, ESAT, tutelle et notre dispositif d'accompagnement sont contactés entre trois à dix fois par jour et souvent sollicités par elle pour justement se mettre en relation : « Appelle ma tutelle s'il te plait ! Peux-tu appeler mon ESAT, moi ils vont m'engueuler ! ». La relation à son travail et la gestion de son argent sont les deux problèmes qui reviennent de façon plus régulière.

Aujourd'hui une personne en souffrance psychique, qu'elle soit reconnue ou non par les services de la MDPH, peut être amenée à fréquenter de multiples structures et à rencontrer un ensemble d'acteurs professionnels ou non-professionnels. Sa circulation et ses liens peuvent se distribuer entre sa famille, ses amis, son lieu de vie, les secteurs de psychiatrie, une association comme le

G.E.M., les dispositifs de tutelles, des dispositifs médicaux, sociaux ou les deux (Foyer, SAVS, SAMSAH, ESAT, clinique privée), un travail en milieu ordinaire...

Avril 2015. Pierre, 52 ans, bénéficiaire de l'AAH et sous tutelle privée arrive à l'association avec une demande simple : Etre DJ, trouver des espaces où faire le DJ et sortir ses platines. Il a chez lui tout le matériel. Tout ce qu'il faut. A cette époque on travaille à la mise en place de l'émission de radio «Bruits de couloir » sur F.P.P, peut-être pourrait-il proposer de passer des titres qu'il affectionne sur les plages musicales de l'émission. Peut-être pourrait-il animer certaines fêtes du groupe d'entraide (anniversaire, premier de l'an....). En activant ces différentes possibilités Pierre commence à venir régulièrement au G.E.M. L'Entre-Temps.

Un mois plus tard, la direction du quartier centre ville de Saint Denis demande à notre association si nous sommes intéressés pour participer à l'animation de la fête du quartier. On propose à Pierre d'aller rencontrer Natalia Castro Alvaro, de la direction « vie des quartiers » de la ville de Saint-Denis, qui coordonne l'animation de la fête de quartier, puis dans un second temps on participe avec deux ou trois autres adhérents de l'association aux préparations de la fête ou une multitude d'autres associations sont présentes. Pierre se présente assez longuement, les personnes ont l'air perplexe mais plutôt accueillantes et intéressées par sa proposition de prendre la responsabilité de l'animation sur scène entre les différentes prestations des autres associations de la ville. La fête du quartier approche, les affiches et les flyers annonce Dj Pierre à l'animation et le jour J il a besoin du coup de main pour transporter tout son matériel (cd, platine, câble...).

Durant cet accompagnement nous découvrons que Pierre réside dans une maison d'hôtes sur Saint Denis, dont ni les dispositifs municipaux (CLSM, CCAS) ni le secteur de psychiatrie local ne connaissent l'existence. Cette maison héberge pourtant 5 personnes en situation de handicap, dans son grand rez-de-chaussée, la bénévoles à l'initiative du dispositif vivant à l'étage. Elle travaille directement avec les tutelles (UDAF ou tutelle privée). 560 euros/mois moins les APL ça fait un loyer à moins de 300 euros, avec le caractère collectif de la maison d'hôtes, des lieux propres et une vigilance quasi-permanente à l'étage. On prend rendez-vous dans le mois avec le coordinateur du CLSM et le secteur de psychiatrie G01 (Saint Denis) pour leur présenter cette maison d'hôtes. Pierre quant à lui animera une, puis deux, puis trois fêtes de quartier de Saint-Denis.

Septembre 2015, Ali, adhérent du G.E.M. depuis deux ans, orienté par le CMP du secteur G01, arrive en crise à l'association. Alcoolisé, il a passé la nuit dehors, renvoyé de son hôtel après avoir endommagé sa chambre. Il demande à ce qu'on l'accompagne aux urgences de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis) pour se faire hospitaliser en psychiatrie. Ali à 43 ans. Il possède un diplôme d'ingénieur informaticien, était marié et a deux enfants. Il a travaillé pendant plusieurs

années comme informaticien gagnait bien sa vie mais a perdu son travail, a divorcé et n'a pas obtenu la garde de ses enfants après plusieurs épisodes maniaco-dépressifs.

Après avoir accompagné Ali aux urgences avec l'aide des pompiers, nous décidons à sa sortie d'hospitalisation et après la stabilisation de son état de prendre rendez-vous pour mieux comprendre sa situation. Ali est en attente des premiers versements de son AAH, dans une relation de défiance avec le secteur de psychiatrie qui l'accompagne, il demande à retrouver un logement et un travail en milieu ordinaire. Il semble intéressé par la maison d'hôtes dont Pierre lui a parlé au GEM. Une place est justement disponible, mais le soir même de son installation, il s'alcoolise fortement et devant son agressivité les bénévoles de la maison d'hôtes lui demande de quitter les lieux. Ali appelle dès le lendemain pour reprendre rendez-vous, à nouveau en crise, et demande à ce que l'on prenne contact avec sa sœur et son beau-frère qui l'accueillent et l'hébergent par intermittence depuis le début de sa maladie. Sa sœur qui n'était ni en contact avec le G.E.M., ni avec le secteur de psychiatrie de référence d'Ali, témoigne de son propre épuisement et de l'absence de solution face à la maladie de son frère. Le psychiatre de secteur référent de la situation nous rapportera également de son côté la complexité du travail mené avec lui et la mise en échec depuis plusieurs années de plusieurs tentatives d'accompagnement. Nous proposons à Ali et sa famille de prendre un premier rendez-vous et de les accompagner au SAVS des trois Rivières, récemment installé sur la commune de Stains, en leur expliquant qu'un SAVS a justement pour mission d'accompagner les personnes dans les différents domaines de leur vie sociale (logement, travail, loisirs, famille, soins...). Après ce premier rendez-vous et plusieurs échanges avec le service de psychiatrie référent d'Ali, un partenariat et l'organisation de réunions tripartites entre le G.E.M., le secteur de psychiatrie et le SAVS s'est mis en place autour notamment de cette situation.

Un des objectifs de cette recherche-action consistait pour nous à comprendre la manière dont ces lieux, les professionnels et l'entourage de la personne communiquent ou ne communiquent pas. Un modèle cohérent d'accueil et d'accompagnement nous semblerait être que les différents espaces concernés se rencontrent et puissent échanger collectivement sur la situation de la personne, organiser son accompagnement et éviter une cacophonie institutionnelle qui peut porter préjudice aux personnes accompagnées et dont le coût économique réel pourrait être interrogé.

En nous saisissant des demandes individuelles d'une quarantaine d'adhérents dans le cadre de ce projet, nous avons été amenés à rencontrer différents acteurs du champ social, médico-social et sanitaire, l'entourage direct des personnes accompagnées mais aussi des acteurs de la sphère associative, politique et culturelle. Cela a permis d'échanger autour de situations concrètes et de penser collectivement les actions à mener.

Octobre 2015. Nidal, 32 ans, est arrivé au G.E.M. par le bouche à oreille avec deux énormes sacs toutes ses affaires dedans et une demande : « Aidez-moi à trouver un logement ! ». Nidal est à la rue depuis six mois avec un procès en attente pour une agression sur une infirmière aux Urgences Delafontaine de Saint-Denis. Paradoxalement il dispose de l'AAH, est sous la tutelle de l'UDAF 93 et est suivi par le CMP de Saint Denis. Nous rentrons en contact avec l'infirmière qui le suit. La relation entre le CMP et Nidal est agressive et se limite depuis plusieurs mois à des rendez-vous pour ses injections. Les assistantes sociales du CMP lui avaient trouvé par le passé un ou deux hôtels sur Saint-Denis mais il s'est systématiquement fait renvoyer.

Nous nous rendons le lendemain avec Nidal au CCAS pour imprimer la liste des hôtels avec qui la mairie travaille régulièrement. La grande majorité d'entre eux sont complets. Une place est disponible dans un hôtel, payable uniquement à la journée sans possibilité de mettre en place l'aide au logement. Solution forcément temporaire. On appelle l'UDAF, Nidal a de quoi payer. On accompagne Nidal à l'hôtel le jour même. Bonnet, capuche sur la tête, écouteur sur les oreilles, il répond par de timides « oui » et de timides « non » aux questions que l'hôtelier lui pose. J'explique que la situation sera temporaire, donne à l'hôtelier mon contact et celui de l'UDAF pour le règlement, monte avec Nidal dans la chambre et prends rendez-vous pour rencontrer d'un côté sa tutrice et de l'autre le CMP pour évoquer la situation.

Je reçois dans la même semaine plusieurs messages de l'hôtel où il s'est installé : les hôteliers se plaignent de lui, il dérange les autres résidents, vole tout le papier toilette et sa chambre est dans un état lamentable. On doit venir le chercher immédiatement. Je me rends à l'hôtel pour l'aider à nettoyer sa chambre et négocie avec les hôteliers de le garder jusqu'au vendredi soir le temps de trouver une solution plus adaptée.

On trouve dans la semaine un hôtel, toujours à Saint-Denis, payable au mois avec possibilité de mettre en place les APL. On s'y rend avec Nidal, ils ont un petit studio séparé de l'hôtel qui est libre pour 800 euros par mois et 450 euros avec les APL. Nabil s'installe. Il faut l'équiper, il n'y a rien le studio est vide hormis le lit, une table, une chaise et une armoire. Une matinée pour faire les courses puis en coordination avec le CMP de Saint Denis, nous décidons de lui rendre visite une fois par semaine. L'hôtelier, assez sensible aux personnes en situation de handicap du fait de son histoire personnelle, est désormais en contact avec le CMP et loge depuis trois personnes en lien avec le CMP.

Les situations que nous venons d'évoquer sont nombreuses sur le territoire de Plaine Commune, et la multiplicité des demandes qui arrivent au G.E.M. de Saint-Denis traduit la difficulté, l'isolement et la précarité économique, sociale, et affective dans laquelle se trouve un grand nombre d'habitants

de ce territoire. Voici ci-dessous répertorié l'ensemble des demandes individuelles auxquelles nous avons répondu sur ces années 2015 et 2016 :

Types de demandes	Nombres de personnes concernés
<p>Orientations et accompagnements vers des dispositifs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux (premier rendez-vous avec un CMP, réorganiser une prise en charge avec l'hôpital de jour de Saint-Denis, orientations et accompagnements au S.A.V.S Les 3 Rivières de Stains, à la MDPH du 93, dans une maison d'hôte, au CCAS de Saint-Denis, au CMP de Saint Ouen, aux Urgences de l'hôpital général de Saint-Denis...).</p>	<p>14</p>
<p>Recherche de travail (C.V, lettres de motivations, accompagnement, repérage des dispositifs existants, accompagnement à Cap Emploi, dépôts d'annonce sur sites internet spécialisés)</p>	<p>5</p>
<p>Recherche de logement (Demande de logement social, mise en place du DALO et du 1% Patronal, accompagnement vers un foyer d'accueil médicalisé)</p>	<p>6</p>
<p>Aides juridiques (en partenariat avec la clinique juridique de l'université Paris 8 de Saint-Denis : situation de divorce, arnaque téléphonique, recours à un décision de justice) ou aides administratives (Demande de mise en place de l'Aide Médicale d'Etat et de la carte Solidarité transports, réactivation de l'AAH) et enfin liens avec les tutelles (UDAF 93, ATR, Tutelles privées)</p>	<p>12</p>
<p>Services domestiques (Nettoyer des meubles, les mettre en ventes, acheter et aller chercher une machine à laver avec un faible budget)</p>	<p>4</p>

Visites à domiciles	3
Loisirs (Trouver un dispositif permettant de partir en vacances avec un encadrement soignant tout en ayant un faible budget, Participer aux fêtes de quartier de la ville de Saint-Denis en faisant l'animation musicale sur scène, demande de réservation sur internet de billets d'avions pour un projet de voyage, Trouver un éditeur pour publier des textes et trouver sur internet un groupe de musique)	5

Il nous semble que l'on pourrait classer ces différentes demandes en trois catégories :

- 1) Les demandes d'aide ponctuelle d'abord correspondant aux catégories « aides juridiques et administratives » (accès au droit, rédaction de courrier), « loisirs », et « services domestiques » qui ne demande pas un travail sur le long cours et pouvait trouver réponse en un nombre limité de rendez-vous (exemple : trouver et installer une machine à laver prend deux demi-journée (aller sur internet, contacter la tutelle pour se mettre d'accord, aller chercher l'objet et l'installer au domicile).
- 2) Les demandes concernant « le travail » et le « logement » et les demandes de « visites à domicile » ensuite qui nécessitent un suivi plus régulier, qui ont pu s'étaler sur plusieurs mois voire sur les deux années de notre recherche-action. Trouver une place en foyer, avoir une réponse favorable pour une demande de logement social ou retourner vers un emploi adapté en milieu ordinaire. Le suivi de ces accompagnements a demandé une articulation plus avancée avec d'autres dispositifs (secteur de psychiatrie, hôtels, CCAS, Cap Emploi, familles, foyer, maison d'hôtes, maison des solidarités...).
- 3) Enfin, ce qui a été répertorié dans la première catégorie « Orientations et accompagnements vers des dispositifs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux ». Dans cette recherche-action, il s'agissait en effet d'orienter et de prendre contact avec les dispositifs adaptés existant sur le territoire plutôt que de répondre directement aux demandes déposées à la permanence. Si une demande nous semblait ressortir du domaine d'une rupture ou d'une absence de prise en charge, le travail consistait à renouer des liens avec les dispositifs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux.

Ilan à 34 ans. Il vient au G.E.M. un soir de Janvier 2016 accompagné de sa mère et de sa grande sœur. C'est sa grande sœur qui nous explique la situation dans laquelle ils se trouvent et c'est elle qui formule une demande d'aide. Nous les recevons à la permanence la semaine suivante. Depuis plusieurs années Ilan, qui vit avec sa mère, ne sort plus de chez lui. Envahi de « voix » et

d'obsessions », tenu dans un discours très stéréotypé, Ilan s'est progressivement isolé du monde qui l'entoure. Lors d'une première visite à domicile, il nous parle beaucoup de son père mort il y a une dizaine d'années et de l'Algérie, d'où il vient. Il semble manifester une envie de retravailler mais sa mère n'y croit pas. D'ailleurs Ilan ne sort pas sans sa mère qui est pétrie d'angoisse à son endroit. Elle l'accompagne dans ces moindres déplacements hors de la maison « de peur qu'il lui arrive quelque chose ». Durant le temps des visites, nous ne verrons jamais Ilan seul, mais toujours avec sa mère.

Devant la méfiance de la famille d'Ilan à l'endroit du CMP de Saint-Denis et l'absence d'accompagnement médico-social, nous décidons de prendre un premier rendez-vous avec le SAVS des Trois Rivières. J'accompagne Ilan, sa grande sœur et sa mère à ce premier rendez-vous où l'équipe du SAVS présente le dispositif et l'ensemble de ces champs d'interventions. Ilan et sa famille semblent intéressés par la proposition d'accompagnement du SAVS et Ilan aura l'occasion de témoigner de cette sensation « d'étouffement » qu'il éprouve chez lui et d'un besoin de faire des choses seul et à l'extérieur. Les liens noués entre le SAVS et le G.E.M. permettront par la suite à Ilan de participer aux activités du G.E.M. régulièrement accompagné d'une éducatrice du SAVS qui souvent sort seule avec lui.

Pour analyser et comprendre les réponses que nous avons pu produire face à ces demandes, il nous faut maintenant distinguer clairement trois types de publics :

- **Les personnes hors de toute prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale**, qui ont généralement découvert le G.E.M. par le bouche à oreille, par la rue. Elles ne sont ni suivies, ni accompagnées par personne, elles ont pour une grande partie des problèmes d'alphabétisation et une méconnaissance partielle ou totale d'un outil informatique aujourd'hui presque incontournable. Ces personnes « hors circuit » viennent assez logiquement déposer dans un des rares endroits qu'elles fréquentent des demandes d'aides administratives ou autre. Nos permanences pouvaient répondre à certaines de leurs attentes, deux d'entre elles ont néanmoins été orientées et accompagnées vers des services sanitaires (CMP de Saint Ouen et de Bondy) ou sociaux (CCAS de la ville de Saint-Denis, Maison des solidarités).
- **Les personnes en rupture de prise en charge**, sanitaire, sociale ou médico-sociale, comme les cas de *Nidal*, d'*Ilanet* d'*Ali* évoqués plus haut. Ces personnes, largement majoritaires dans notre dispositif d'accompagnement, sont souvent en rupture de lien avec ces services et ne connaissent pas encore l'ensemble des dispositifs auquel elles peuvent avoir accès, malgré le fait qu'elles aient une reconnaissance de handicap de la part de la

MDPH. Elles nécessitent donc **un travail d'orientation et d'accompagnement**. C'est dans ces situations que nous avons pu constater **un manque d'articulation entre les dispositifs qui connaissent ces personnes** (tutelles, G.E.M, secteurs de psychiatrie, services municipaux, établissements médico-sociaux, bailleurs sociaux...) et la nécessité de mettre en lien les dispositifs entre eux (un CMP et un SAVS par exemple). Les raisons de ces ruptures de prises en charge sont multiples, par exemple la singularité, pour ne pas dire la précarité, du territoire de Plaine Commune que nous avons évoqué plus haut (débordement des dispositifs sanitaires et sociaux, sous équipement en établissements de type SAMSAH, SAVS). Mais au-delà de cette spécificité territoriale, nous avons également à faire à une forme d'abandon, ou des situations complexes comme celle de *Nidal*, *Ilan* ou *Ali* qui ne peuvent pas trouver de réponse avec des dispositifs qui ne proposent pas un accompagnement sinon quotidien au moins bi-hebdomadaire. Les secteurs de psychiatrie ne pouvant pas assurer régulièrement et systématiquement ce travail d'accueil et d'accompagnement. La question de la présence et du fonctionnement des FAM, MAS, SAVS et des SAMSAH sur le territoire devient primordial.

- **Les personnes bénéficiant d'un accompagnement assez complet**, qui correspondrait plus au cas de *Mylène* et de *Pierre*. Qu'elles fréquentent un CMP, un CATTP, un ESAT, une maison d'hôtes, un foyer ou qu'elles soient sous tutelles, ces personnes peuvent parfois se sentir malgré tout isolées. C'est entre autre pour cette raison que les G.E.M ont été créés. Toutefois malgré le fait qu'elles bénéficient d'un accompagnement assez complet, ces personnes rencontrent parfois des difficultés avec un ou plusieurs de ces dispositifs de prise en charge et c'est à ce titre qu'elles viennent demander de l'aide. Il s'agit alors de prendre contact, souvent avec les tutelles, parfois avec les CMP pour essayer de renouer des liens facilement distendus.

Les accompagnements effectués le long de ces deux années auront permis de rencontrer et de créer des liens avec un ensemble de partenaires situés majoritairement sur le territoire de Plaine Commune.

Partenariat ponctuel (concernant une situation d'accompagnement)	Partenariat permanent (concernant plusieurs situations ou pouvant faire l'objet d'un conventionnement)
Foyer la clé de Fa en Belgique	Maison des solidarités de Saint Denis

CMP de Bondy	Centre Social auto-organisé de l'Attiéké (Saint-Denis)
Centre d'hébergement d'urgence de Saint-Denis	Hôtel de la Plaine (Saint-Denis)
Secteur de psychiatrie de l'hôpital général de Gonesse	La maison d'hôtes (Association MPA / Saint-Denis)
Urgences de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis)	CMP de Saint-Denis Secteur GO1
Mission citoyenneté de la Ville de Saint-Denis (Information et aide aux démarches) / Coordination 93 (soutien aux sans papiers)	CMP de Saint-Ouen Secteur GO2
Coordination 93 (soutien aux sans papiers)	SAMSAH de l'Oranger (Le Bourget)
ESAT Marsoulan (Montreuil) / ESAT Pleyel (Saint-Denis)	SAVS des trois rivières (Stains)
Samu Social (Les pavillons-sous-bois)	UDAF 93
Centre de santé du cygne (Saint-Denis)	Direction du quartier centre ville de Saint-Denis
115	La communauté thérapeutique (Aubervilliers)
L'hôtel des cinq silences (Saint-Denis)	Maison des Parents (Saint-Denis)
L'amicale du nid 93 (Saint-Denis)	
Foyer de vie « Hevea » (Val d'Oise)	

La présence dans cette liste de dispositifs d'accueil d'urgence souligne la complexité des situations psychologiques et sociales dans laquelle peuvent se trouver les personnes s'appuyant sur la permanence mise en place. Le constat déjà dressé par la cheffe de service du secteur G01 de la forte présence sur le territoire de Plaine Commune de **personnes en très grande précarité**, nous conduit également à faire face à des situations d'urgences et de crise (personnes se retrouvant à la rue en crise, sans logement ni entourage pouvant les accueillir). Quatre personnes ont produit sur ces deux

années des demandes de ce type **sans que l'on puisse systématiquement trouver de solutions durables.**

Les accompagnements individuels permettent de problématiser la nécessaire articulation entre la MDPH, les services de tutelles, ces nouveaux dispositifs que sont les SAMSAH et les SAVS et les secteurs de psychiatrie. **La création de trois SAVS** sur le territoire de Plaine Commune au 01 janvier 2016 **nous aura permis de trouver des solutions durables** pour sept accompagnements engagés dans le cadre de notre recherche-action. Un fort partenariat s'est notamment mis en place avec le SAVS Les Trois Rivières particulièrement ouvert à l'accueil de personnes en souffrance psychique. Ce partenariat c'est conclu par la mise en place, fin 2016, d'une convention entre le G.E.M. L'Entre-Temps et le SAVS Les Trois Rivières de l'association Leila.

Un entretien avec l'équipe de ce SAVS, daté du 17 Novembre 2016, nous a permis de mieux comprendre la logique du conseil départemental et de la MDPH du 93 concernant l'organisation de l'accompagnement social et médico-social des personnes en souffrance psychique sur le territoire de Plaine Commune. Edeline Delanaud, cheffe de service du SAVS nous expliquait que le département, sans appel à projet et à moyens constants, avait transformé en SAVS *« des services de suite rattaché à des services d'hébergement pour travailleur handicapé qui ne correspondait à aucun cadre législatif concret »*. Les trois associations concernées sont l'AFDAEIM (Stains), LEILA (Stains) et Vivre Autrement (Saint-Denis). Ces trois associations précises Edeline Delanaud *« sont plutôt parties d'une histoire autour de l'accompagnement des personnes avec une déficience intellectuelle, un handicap mental »*.

Concernant le positionnement de la MDPH du 93 autour de la question du handicap psychique l'équipe du SAVS a pu préciser que **la MDPH ne raisonne pas en termes de « nature du handicap », mais en terme de « besoins identifiés en matière d'accompagnement pour des personnes qui n'ont rien, qui n'ont aucun accompagnement (...)** Mais on sait que la déficience intellectuelle est repéré très tôt et les personnes concernées sont souvent accompagnées depuis l'enfance, donc les personnes qui ont le moins d'accompagnement sont souvent des personnes plutôt en situation de handicap psychique (...) des personnes qui parfois peuvent avoir leurs rendez-vous une fois par mois au CMP et qui à côté de ça n'ont rien d'autre. On essaye de faire remonter les besoins à la MDPH qui fait elle-même remonter les besoins au département. La MDPH a conscience qu'il y a plein de besoins non identifiés et il va y a voir une augmentation croissante des besoins au niveau du handicap psychique. Cela va changer les pratiques pour les institutions avec des équipes qui ne se sentent pas former à cela. Le handicap psychique vient modifier les pratiques de toutes ses structures là. Une personne avec un handicap mental a souvent un accompagnement à l'ESAT est occupée en journée, un tuteur avec en général des relations qui fonctionnent plutôt bien

et côté handicap psychique des personnes très isolées, par moment en rupture de soins, qui n'ont personne, qui vont au CMP ou qui n'y vont plus et pour qui une ou deux visites par semaine c'est très court et encore insuffisant ».

2.2 Les actions collectives

Les représentations négatives de la maladie psychique sont encore très présentes dans la population et parler de psychiatrie et de souffrance psychique dans la cité n'est pas toujours évident. Pourtant modifier le regard de la population reste un enjeu primordial pour toute entreprise de soin et d'accompagnement dans la cité.

Pendant toute la période du "Grand renfermement" et de l'aliénisme, les fous, les insensés, puis les malades mentaux n'avaient pas le droit à la parole. Ou plutôt leur parole n'était pas écoutée, considérée comme non-valide. Ils n'étaient donc bien sûr pas reconnus comme des citoyens à part entière¹⁶.

En 1963 se constitue l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades mentaux (UNAFAM) pour que les familles puissent faire entendre leurs voix et réaliser des structures plus accueillantes pour leurs proches. À la fin des années 1980, ce sont les patients eux-mêmes, les "usagers de la santé mentale" qui ont commencé à s'organiser en associations militantes. Ils se fédèrent en 1992 avec la création de la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY). Elle regroupe aujourd'hui soixante-cinq associations, soit sept mille personnes environ.

En travaillant ensemble à partir de 1998, l'UNAFAM et la FNAPSY parviennent à se faire entendre et à être reconnues comme des partenaires incontournables, tant des pouvoirs publics que des professionnels des champs psychiatriques et sociaux. Elles réussissent par leur action à faire intégrer dans la loi de 2005 la dimension "psychique" des causes possibles de handicap. La loi concerne les personnes dont les troubles psychiques sont "graves" et dont les conséquences sur leur vie sociale sont négatives : il s'agit des psychoses, des dépressions et des névroses graves. Elles contribuent également à la création des SAVS dédiés à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, des SAMSAH et des Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M.). Les lois de 2002 et 2005 accordent une place centrale aux usagers/patients dans l'élaboration des dispositifs de soin et d'accompagnement, seule condition de la possibilité d'une réelle "égalité des chances."

16 La loi de 1838 les déresponsabilise d'ailleurs juridiquement et sur le plan civil, et leur accorde un statut d'incapacité. Leurs biens sont gérés par un "administrateur provisoire" et le tribunal peut également nommer un "curateur à la personne". Sur le plan législatif, en janvier 1968, la loi de 1838 va subir une première modification avec la réforme des droits des "incapables majeurs", qui instaure la sauvegarde de justice et la création des systèmes de tutelle et de curatelle permettant de protéger le malade dans et hors de l'hôpital. La loi du 30 juin 1975 définit trois droits fondamentaux pour les personnes handicapées : le droit au travail, le droit à l'intégration sociale et le droit à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) va ainsi permettre à certains patients de se loger hors de l'hôpital.

Une nouvelle conception globale, portée par les lois 2002-2 et 2005-102, au service d'une personne considérée dans sa subjectivité et sa singularité, invite donc aujourd'hui à construire une meilleure articulation entre action sociale et psychiatrie. Les différents acteurs se doivent d'apprendre à communiquer, à croiser leurs compétences, pour accompagner au mieux la personne, et prendre en compte ses besoins de santé et sociaux intrinsèquement liés. **C'est bien dans ce cadre législatif, dans cet effort d'articuler le champ sanitaire au champ social et dans cette reconnaissance progressive de la valeur de la parole des familles et des usagers eux-mêmes que se situe notre travail** et notamment les actions de communication organisées durant les années 2015 et 2016 sur le territoire de Plaine Commune. Il s'agissait pour nous d'organiser la rencontre de la population avec la question de la souffrance psychique grâce à différentes médiations.

Bruits de couloir : émission de radio créée par les adhérents du G.E.M.

Janvier 2015, nous évoquons avec des membres du conseil d'administration de « Fréquence Paris Plurielle » (F.P.P), notre envie de créer une émission interrogeant la psychiatrie, son histoire, ses pratiques et son actualité. L'idée générale est que cette émission soit pensée, préparée et animée par des adhérents du G.E.M. l'Entre-Temps de Saint-Denis. L'initiative s'inspire des différentes expériences radiophoniques en psychiatrie dont nous avons connaissance, de Radio Colifata à Buenos Aires à Radio Citron sur Paris en passant par les expériences menées par certains de nos confrères à la clinique de La Borde dans le Loir et Cher.

Intéressé par le projet, « Fréquence Paris Plurielle » nous demande d'enregistrer un pilote de l'émission. Les Ateliers radio commencent au G.E.M. de Saint-Denis en mars 2015. Ils ont lieu le jeudi après midi, sont ouverts à tous et rapidement les adhérents du G.E.M. se positionnent : envie de présenter l'émission, d'être à la technique, d'y lire ses textes, d'enregistrer une chanson, de passer des disques, de faire une chronique... Occasion nouvelle, également, de tisser la vie du G.E.M., de donner un écho à tout ce qui s'y passe, de fédérer ateliers d'écriture, ateliers chants, initiatives individuelles dans un projet collectif. Sur proposition d'un adhérent l'émission s'appellera « *Bruits de couloir* », elle accueillera un invité en rapport avec le thème du jour, des témoignages d'adhérents de l'association et deux chroniques en fin d'émission.

« F.P.P » nous fait parvenir quelques conseils et normes radiophoniques à respecter (annonce régulière de la fréquence et du nom de la radio, présentation régulière du thème de l'émission, aération avec des plages musicales) et le pilote de l'émission est enregistré dans leurs locaux en avril 2015. En attendant la réponse de leur conseil d'administration, nous nous penchons dans le cadre des ateliers sur des thèmes possibles de l'émission : les maladies ? Une histoire de la

psychiatrie ? Les E.S.A.T ? Les médicaments ? Les idées pleuvent et fin mai nous recevons une réponse positive de la radio. Nous nous rendons avec quelques adhérents au siège de F.P.P pour finaliser l'inscription de l'émission dans la grille des programmes de la radio. L'émission sera mensuelle, durera une heure et sera diffusée à partir de septembre 2015, entre 18 heures et 19 heures le troisième lundi de chaque mois. Parallèlement le coordinateur du CLSM de Saint Denis nous informe qu'une radio associative sur la ville de Saint-Denis diffuse également sur « F.P.P » depuis plus de dix ans et peut nous accueillir dans son local. L'espace est plus grand que les locaux de « F.P.P » et surtout plus accessible pour les adhérents du G.E.M. et les habitants de Seine-Saint-Denis qui voudraient assister à l'enregistrement des émissions.

Dates de diffusion 3ème lundi 18h-19h / 106.3 FM	Invités / Thèmes de l'émission
Septembre 2015	Elizabeth Tuttle, Any Davidson / Les GEM
Octobre 2015	Patrick Coupechoux / Histoire de la psychiatrie à partir de son livre « Un homme comme vous »
Novembre 2015	Alfredo Olivera / Radio Colifata
Décembre 2015	Special Cop 21 avec Emma Stocking et Basile Monsaingeon
Janvier 2016	Association Humapsy / le droit des usagers en psychiatrie
Février 2016	Reportage colloque « François Tosquelles et le travail », interview de Jacques Tosquellas, Giorgio Callea, Fernando Vicente
Mars 2016	Reportage colloque « François Tosquelles et le travail », interview de Patrice Hortoneda
Avril 2016	Interview « association Radio Déclit »
Mai 2016	Spécial Saint-Denis Debout / interviews
Juin 2016	Spécial Saint-Denis Debout interview autour de la démocratie
Septembre 2016	reportage Forum des Associations

Octobre 2016	rediffusion de l'interview « association Radio Déclic »
Novembre 2016	reportage « la petite folie » à Saint-Ouen
Décembre 2016	2016 reportage « Encore Heureux... », la Fonderie au Mans, interview de Stéphanie Béghain, Jean-Baptiste Leroux

Outre les questions de psychiatrie, « *Bruits de couloir* » a donc également suivi et commenté l'actualité avec une émission autour des questions écologiques et de la COP 21, deux émissions autour des événements « *Nuit debout à Saint Denis* » qui avaient lieu au printemps 2016 tous les mercredis soir sur la place située juste en face de l'association. Le partenariat entre le G.E.M. et l'université de Villetaneuse, à l'occasion du colloque en décembre 2015 sur le psychiatre François Tosquelles et la question du travail aura également été l'occasion d'interviewer d'anciens collaborateurs de François Tosquelles, des membres de sa famille et le psychiatre Georgio Callea qui nous a dressé un état des lieux de la psychiatrie en Italie. Une vingtaine d'adhérents du G.E.M. a participé aux temps de préparation et à l'enregistrement des émissions. Un noyau dur de six personnes s'est constitué autour de la présentation de l'émission, la technique et les chroniques et d'autres personnes se sont mobilisées autour de certains sujets en particuliers (le rapport aux médicaments, la dimension politique des Nuits Debout, l'organisation du colloque...). Le 19 février 2016, le secteur G03 a également invité les animateurs de l'atelier radio à présenter « *Bruits de couloir* » dans le cadre de ses séminaires.

Il nous a souvent été renvoyé l'intérêt purement clinique d'offrir un espace où prime la dimension de la voix à des personnes susceptibles de souffrir d'hallucinations auditives. Mais en deçà de cette observation, nous reconnaissons plutôt avec Jean Oury de façon liminaire que « *ce qui est en question dans les ateliers, dans tout ça, c'est la mise en place de lieux, d'espaces où il y a du dire* » (Jean Oury, intervention à la Fonderie, Le Mans, juin 2013).

Différents aspects de la pratique radiophonique et du dispositif particulier de l'émission « *Bruits de couloir* » retiennent notre attention. Tout d'abord, il s'agit essentiellement de se réunir chaque semaine, de partager des moments de dialogue, de s'écouter afin de construire une émission mensuelle. Sous ce simple aspect, nous sommes déjà au cœur de ce qui s'énonce au début de notre recherche : accueil inconditionnel (des paroles de tous), travail de l'ambiance et de l'amicalité. Cet atelier, comme les autres ateliers du G.E.M., met en œuvre ces principes et c'est aussi à partir de cela que nous constatons un changement chez les adhérents. Changement de perspective sur ce qui

ressort de la santé. Une adhérente pourra enfin entendre ce que son camarade a à dire et ne s'arrêtera plus au stigmate de son bégaiement ; un autre, souvent silencieux, pourra prendre la parole en tant que preneur de sons / journaliste, etc.

Les participants reconnaissent que le changement induit par l'existence de l'atelier radio concourt de proche en proche à une modification de l'ensemble G.E.M. La production d'une émission mensuelle et les invités de l'émission obligent à s'ouvrir vers des problématiques extérieures qui débordent la question de l'entre-soi. Cela inclut un peu plus le G.E.M. dans l'espace social et ce n'est pas sans conséquence sur la place qui est attribuée aux adhérents dans la ville de Saint-Denis. Ainsi, au fil des émissions, nous avons pu constater comment les participants se sont saisis de cet « outil radio ». Concrètement, il apparaît un passage de la forme « prendre le micro » à la forme « donner le micro ». Si au départ nous nous rendions dans les studios de « Radio Déclif » afin d'enregistrer l'émission avec un invité que nous avons choisi, que celui-ci nous éclairait sur tel ou tel problème, il s'agissait encore pour les participants de prendre la parole sur un sujet. Cette forme a évolué puisqu'aujourd'hui l'émission « Bruits de couloir » est sollicitée pour rendre compte de manifestations publiques se tenant à Saint-Denis. Nous donnons la parole aux associations de Saint-Denis, à des acteurs de la vie locale. Une reconnaissance des gemmeurs et de l'émission a opéré et nous pouvons dire qu'un lien réciproque s'est construit dans la ville.

Cette évolution est concomitante des différentes actions menées dans la ville, actions pour l'accompagnement et création des événements « Paysages de la folie ».

Les paysages de la folie « Évènements ouverts sur la ville »

Cette recherche-action aura également permis la création d'espaces collectifs de réflexion autour de la souffrance psychique en partenariat avec l'Ecran, cinéma d'art et d'essai de la ville de Saint-Denis et la librairie Folies d'encre situés tout deux, place du Caquet au cœur de la ville. L'organisation d'évènements ouverts nommés « Paysages de la folie » visait à discuter, travailler et modifier les représentations autour de la maladie psychique. Entre 80 et 120 personnes auront participé à chaque événement avec des prises de parole aussi bien des usagers du G.E.M. que des habitants, des élus, des professionnels, des familles...

Dans le même esprit que « Bruits de couloir » pour le G.E.M., il s'agit de mettre en place un dispositif public axé sur la santé et la ville afin d'opérer un travail d'acculturation. Faire le pari que la question de la folie, de ses différentes formes, malades ou créatives, intéresse tout un chacun. On partage communément des questions autour de la santé et l'on accepte les conseils pour une «

bonne santé », il est moins aisé de reconnaître et d'échanger sur la maladie, psychique de surcroît. C'est pourquoi il est important que ces « conférences-débats » aient lieu au cœur de la ville en public et que des « spécialistes » puissent faire part de leur expérience de traitement. Ne partager que l'expérience de l'être-malade pourrait renforcer pour le public les craintes et la stigmatisation dont souffrent déjà les personnes en situation de fragilité psychique. La maladie psychique reste un tabou, le plus souvent traitée avec beaucoup de défiance dans l'espace public.

- 10 avril 2015 : Accueil de **Patrick Coupechoux**, journaliste et collaborateur au *Monde Diplomatique* autour de son livre *Un Homme comme vous* et projection du film de Nicolas Philibert *La Moindre des choses*, suivie d'une discussion avec Joris de Bishop et Patrice Eyman, moniteurs à la clinique de Laborde
- 25 avril 2015 : **Alfredo Olivera**, psychologue argentin et créateur de Radio Colifata interviewé par Philippe Raulin, journaliste à Radio Libertaire et diffusion du film de Carlos Larrondo « LT22 Radio Colifata » au cinéma l'Ecran
- 15 janvier 2016 : **Didier Daneninckx**, autour de son livre *Caché dans la maison des fous* et **Patrick Faugeras** pour *l'Ombre portée de François Tosquelles* avant la diffusion du film *Regard sur la Folie* de Mario Ruspoli autour de la clinique de Saint Alban et de la psychothérapie institutionnelle
- 19 Mars 2016 et 20 Mars 2016 : Débat avec **Le collectif Encore heureux** avant la diffusion du film *Une tempête* réalisé par le G.E.M « les envolées » d'Aulnay-sous-bois ainsi que le lendemain l'association **Humapsy** et l'équipe des **Nouveaux Cahiers pour la folie** .
- 5 Octobre 2016 : Autour de l'Ethnopsychiatrie avec **Magali Molinié**, psychologue clinicienne et collaboratrice aux activités du centre Georges Devereux, avant la diffusion du film « Ce qu'il reste de la Folie » de Joris Lachaise autour du travail d'Henri Collomb et de l'école de Dakar.

Les thèmes, les invités et les films deviennent dans ce contexte un élément essentiel en tant que « médiateurs » de la rencontre. Les choix de la programmation ont aussi été orientés par deux axes que nous souhaitons abordés :

- L'évolution de la psychiatrie, du traitement et de l'accompagnement des personnes en situation de fragilité psychique, et ce en partant de lieux qui ont marqué l'histoire de la psychiatrie (l'hôpital de Saint-Alban, la clinique de La Borde, l'école de Dakar)

•La mise en place d'espaces produisant de la santé tel que les ateliers où soignants et soignés sont mis au travail (l'atelier théâtre à La Borde, la kermesse de Saint-Alban, la radio à Buenos Aires, les ateliers du GEM d'Aulnay-sous-Bois).

Ces deux axes incarnent pour nous les éléments essentiels d'une pratique que nous souhaitons voir mise en commun, discutée, partagée. De plus, l'actualité des ateliers, en tant que lieux de production commune aux soignants et aux soignés, permet non seulement d'aborder concrètement la question du traitement, mais aussi d'envisager le traitement comme élan encore à venir. Cette actualité des ateliers que nous présentions, nous a permis de ne pas nous laisser emporter par le passé glorieux d'une psychiatrie qui n'aurait plus rien à dire.

Fort de cela, les « Paysages de la Folie » sont des rencontres régulières et conviviales. Elles ont permis d'inviter les soignants et les responsables de santé publique à se retrouver en dehors des espaces protégés où se transmet habituellement le savoir expert. Il faut reconnaître à ces soirées une hétérogénéité des personnes surprenante et rare qui facilite autant les échanges qu'elle les rend précieux. Gemmeurs, étudiants, soignants, riverains, libraires, élus locaux, patients d'un hôpital de jour, voisins se retrouvent, échangent leurs points de vue ; la moindre des choses..."

Paysages de la folie

**25 SEPTEMBRE
2015**

16h – 20h

**Librairie Folie d'encre
& Cinéma l'Ecran**

Place du caquet à Saint Denis

Métro Ligne 13

Station Basilique de Saint Denis

AUTOUR DE RADIO LA COLIFATA

De 16h à 18h

Echange avec Alfredo Olivera

psychologue argentin
et créateur de radio La Colifata
interviewé par Philippe Raulin
pour radio libertaire

A la librairie Folies D'encre
(Entrée libre et gratuite)

Un gouter offert par le G-E.M de
l'entre temps sera servi entre l'échange
à la librairie et la projection du film

De 18h à 20h

Diffusion du documentaire
d'Oscar Larrondo

LT22 Radio La Colifata

Au cinéma l'Ecran
juste en face de la librairie
(Tarif : 4 euros 50)

Réalisé en 2007, le film retrace
l'histoire de cette expérience
radiophonique, de sa création à
l'hôpital psychiatrique du Borda à
Buenos Aires jusqu'aux voyages des
«colifatos» en Europe et en France.

La projection sera suivie d'une
discussion avec Alfredo Olivera

Le paysage - Régis de bel air

Conception graphique : so2media

seine-saint-denis
LE DÉPARTEMENT

ars
Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

**à
plaine
vie.**

**FONDATION
DE FRANCE**

**Saint
Denis**

**"AUTOUR DE
L'ETHNO-
PSY-
CHIA-
TRIE"**

**MERCREDI
5 OCTOBRE
DE 18H À 22H**

à la librairie Folie d'encre
et au cinéma l'Ecran
Place du caquet à Saint Denis
Métro Basilique de Saint Denis,
Ligne 13

**AVEC
MAGALI MOLINIÉ**

seine saint denis
ars
L'Atelier
L'Esprit
Saint Denis

**Paysages
de
la
folie**

**15
JANVIER
2016**

16h - 20h
Librairie Folies d'encre
& Cinéma l'Ecran
Place du caquet à Saint Denis
Métro Ligne 13
Station Basilique de Saint Denis

**AUTOUR DE SAINT ALBAN
AVEC DIDIER DAENINCKX
ET PATRICK FAUGERAS**

seine saint denis
ars
L'Atelier
L'Esprit
Saint Denis

**Paysages
de la
folie
ordinaire**

**18 & 19
MARS
2016**

Librairie Folies d'encre
& Cinéma l'Ecran
Place du caquet à Saint Denis
Métro Ligne 13
Station Basilique de Saint Denis

**AVEC LE COLLECTIF
"ENCORE HEUREUX..."**

seine saint denis
ars
L'Atelier
L'Esprit
Saint Denis

Autres événements

- Rencontres avec l'Association Communautaire Santé Bien-Être, (ACSBE) association médico-sociale du quartier prioritaire Franc Moisin : Le 16 avril 2015 Déjeuner et période de discussion autour des maladies psychiques et la psychiatrie avec un groupe de 15 femmes de la cité Franc Moisin
- Café rencontre organisé par l'UNAFAM93 à Bobigny avec des adhérents de l'Unafam et des participants du G.E.M. ; thème « Qu'est-ce qu'un G.E.M. ? » le 6/06/2015
- le 27/06 de 14h30 à 16h30 : le G.E.M. a invité Dr Guy Baillon, ancien chef de service au secteur de Bondy qui a parlé de « l'Histoire et le présent des G.E.M.s » et a échangé avec les adhérents du G.E.M. et le public présent.
- 26 Novembre 2016 : En partenariat avec l'association ACSBE, exposition dans ses locaux des gravures d'un adhérent du GEM et projection d'un film autour de la maladie psychique et discussion avec une vingtaine de personnes présentes.

Il est à noter qu'il **serait intéressant de développer dans les années à venir ce travail d'échange et de discussion autour de la souffrance psychique dans différents quartiers de Plaine Commune.** Les deux rencontres organisées avec l'association ACSBE dans le quartier des Franc Moisin (Saint-Denis) nous ont permis de mesurer l'importance de telles interventions auprès d'un public plein d'interrogations autour de ces questions et qui ne circule pas sur les événements que nous avons pu organiser dans le centre ville avec la librairie et le cinéma.

2.3 La question de la recherche et de la formation

Ces deux années de recherche-action, auront été l'occasion de multiplier les liens avec les milieux universitaires, les organismes de formation et Les Laboratoires d'Aubervilliers dans le cadre des séminaires organisé par le psychologue clinicien Josep Rafanell i Orra. Sur le territoire de Plaine Commune, deux centres universitaires importants que sont les universités de Paris 13 (Villetaneuse) et de Paris 8 (Saint-Denis) nous aurons régulièrement accueillis pour présenter nos différentes actions et échanger avec les étudiants. Ces interventions se sont faites presque tout le temps avec des adhérents du GEM l'Entre Temps. Inversant les positions « *objet et sujet du savoir* », décloisonnant les frontières habituelles où le milieu de l'enseignement reste à distance du territoire qui l'entoure et des personnes souffrantes qui y habitent, ce sont les personnes en souffrance psychique, elle-même, qui prenaient la parole en ces lieux et enseignaient autour des questions de pathologie psychique et de soin dans la cité.

L'UTRPP : un laboratoire de psychologie dans la toile

Les relations avec l'UTRPP, laboratoire de psychologie de l'Université Paris 13, s'inscrivent dans cette même volonté de décloisonnement. Il fait partie de la mission de service public d'un laboratoire de recherche comme l'UTRPP de maintenir des liens actifs avec le territoire sur lequel l'Université Paris 13 est implantée. D'une université, on est en droit d'attendre qu'elle soit un lieu qui favorise la réflexion, la construction de connaissances et la transmission de savoirs et de méthodologie.

L'expérimentation menée avec le G.E.M. ne relève pas de la recherche appliquée, mais de la recherche-action. L'objectif était donc de construire des connaissances « en marchant » et le projet s'est développé en s'appuyant sur les opportunités de faire ensemble. L'un des points forts de l'association de l'UTRPP avec le G.E.M. et l'association À Plaine Vie est d'avoir permis de faire se rencontrer les usagers, les aidants, les professionnels et les universitaires dans un dispositif à entrées multiples où chacun peut apprendre du point de vue des autres. Cette volonté de décloisonner les savoirs et les expériences implique une transformation de *toutes* les postures, en particulier les postures de prestance et de pouvoir. Il ne s'agit pas de changer de place – les universitaires restent des universitaires – mais de se voir agir et penser à partir de la place que les autres vous donnent, de la manière dont ils réinterprètent cette place. **L'amicalité**, désigne pour partie ce changement de posture. Ainsi, la plupart des psychologues qui font une carrière universitaire ont également une expérience clinique en tant que soignants et/ou thérapeute, donc des stéréotypies de soignant. Or, même si l'on a l'expérience de la psychothérapie institutionnelle où la fonction soignante est

largement partagée avec des non professionnels et des patients, le G.E.M. de Saint-Denis confronte encore à une autre expérience relationnelle, beaucoup plus horizontale qui mérite d'être théorisée.

L'UTRPP a participé à l'élaboration du projet et en a accompagné le déroulement par des rencontres régulières visant la mise en discussion des difficultés rencontrées et la formalisation du travail réalisé. En mars 2016, les animateurs du projet sont venus le présenter avec Pascale Molinier à l'ensemble des membres de l'UTRPP dans le cadre de son séminaire transversal. Pascale Molinier, Anne Bourgain et Gabrielle Schnee ont également participé à des entretiens avec des acteurs-clés (fondatrices d'A Plaine Vie, médecin chef de pôle, coordinateur du conseil local de santé mentale de Saint-Denis). Enfin, la rédaction de ce rapport a également été l'objet d'un travail en coopération.

La co-organisation du colloque *Tosquelles et le travail* entre le G.E.M. l'Entre-Temps et l'UTRPP est une bonne illustration de cette coopération. Après plusieurs séances de préparation qui réunissait adhérents du GEM, professionnels et universitaire, le colloque a eu lieu les 3 et 4 décembre 2015 et a réuni plus de 300 personnes à la Maison des sciences de l'homme Paris Nord. Dès Septembre 2015, des groupes de discussion ont été mis en place au G.E.M. de Saint Denis qui a participé à l'animation de deux ateliers au sein du colloque.

Les deux ateliers animés par le G.E.M. s'intitulaient :

- **Autour des Clubs thérapeutiques** (coordination Christophe Mugnier, Elisabeth Tuttle et le G.E.M. de l'Entre Temps). Un film a d'ailleurs été réalisé par Camille Ducellier avec un financement de l'UTRPP et en coopération avec des usagers du G.E.M. (cf. annexes).
- **Le travail en ESAT est-il thérapeutique ?** (coordination Alexandre Vaillant, Pascale Molinier et le G.E.M. de l'Entre Temps). (Voir en annexe : Le colloque François Tosquelles et le travail et les ateliers sur le travail dans les ESAT)

Dans ce cadre, différents intervenants de ce colloque (Jacques Tosquellas, Georgio Callea, Enrique Serano, Maité Pi) ont été interviewés par les adhérents du G.E.M. pour l'émission de radio « *Bruits de couloir* ».

Un livre collectif *Tosquelles et le travail* est en cours d'édition et devrait paraître en 2017 aux Éditions d'Une.

Cette coopération se poursuit à travers le programme de recherche « Approfondissement en psychodynamique et psychopathologie du travail », consacré au travail des subalternes et des

minorités, coordonnée par Pascale Molinier, dans le cadre de l'axe 2 Santé et sociétés : Dire la santé mentale aujourd'hui, de la MSH Paris Nord. Celui-ci donnera lieu à un colloque en 2018.

Une thèse de doctorat réalisée par Paula Ignacio sur les ateliers de création littéraire avec des adultes psychotiques participe directement du projet.

Les apports pour l'UTRPP se traduisent également dans des contenus d'enseignements au niveau licence, master et doctorat, ainsi qu'au niveau du DU *Traitement des psychoses et de l'autisme* où Alexandre Vaillant et Christophe Mugnier interviendront avec des usagers du G.E.M.

FRANÇOIS TOSQUELLES ET LE TRAVAIL

Colloque International

organisé par l'UTRPP et l'Université Paris 13 SPC
avec le GEM L'Entre-Temps de Saint Denis

MSH Paris Nord
20, avenue George Sand
93210 La Plaine Saint-Denis
M° Front Populaire - ligne 12

3 et 4 DÉCEMBRE 2015



Avec la participation de

Thierry Baubet, Anne Bourgain, Giorgio Callea, Aline Cohen de Lara, Pierre Delion, Lise Gaignard, Patrice Hortonedo, Laetitia Lecomte, Pascale Molinier, Yoram Mouchenik, Marta Pepe, Élie Pouillaude, Maité Pi, Danièle Roulot, Equipe psychiatrique de Landerneau, Enrique Serrano, Germaine Tosquelles, Jacques Tosquellas, Michel Tosquelles, Fernando Vicente, Antoine Viader, ...

Individuel 60€

Professionnel 100€

Etudiant et chômeur Gratuit

<http://www.univ-paris13.fr/utrpp>

UTRPP
Unité Transversale de Recherche
Psychogenèse et Psychopathologie

Maison des Sciences de l'Homme
Paris Nord



Tous enseignant

Les liens tissés avec l'Université Paris 13 auront permis aux adhérents du G.E.M l'Entre-Temps d'intervenir dans d'autres espaces comme dans le cours d'introduction à la psychologie, où, invité par Benjamin Royer, enseignant en Licence, les adhérents du G.E.M. ont pu courant 2015 témoigner de leur expérience et du fonctionnement du G.E.M. et fin Novembre 2016 rendre compte d'un voyage à Moscou effectué dans le cadre des « *rencontres internationales de Radio en santé mentale* ».

La proximité avec l'Université de Paris 8 et le travail autour de la radio auront également abouti à plusieurs interventions sur le campus de Saint Denis. En participant aux ateliers « santé ville » coordonné par Michel Joubert, en étant les invités de « Radio Paris 8 » pour venir présenter à plusieurs voix une des éditions des « Paysages de la folie » à la librairie Folies d'encre et au cinéma l'Ecran et enfin en étant invité en Mars 2016 par Valentin Schaepelynck, maître de conférences en sciences de l'éducation à Paris 8 dans le cadre d'un Master pour une discussion croisée avec ses étudiants autour des « *dispositifs radiophoniques qui peuvent être des vecteurs de transformation de pratiques, que ce soit dans le champ sanitaire psychiatrique avec "la radio sans nom" issue du CATTP d'Asnières sur Seine ou que ce soit dans le champs de l'inclusion sociale avec la radio "Bruits de couloir" du Groupe d'Entraide Mutuelle "L'entre-temps" de Saint Denis* ».

Présenter le fonctionnement du GEM aura également été l'occasion d'intervenir à l'IRTS Parmentier en Février 2016. Invités au côté de l'association « *Humapsy* » pour parler de maladie psychique devant une classe d'étudiants en formation d'éducateur spécialisé, l'expérience aura comme les précédentes prouvé tout son intérêt en ce qu'elle permet aux étudiants d'avoir accès à l'expérience vécu des personnes souffrantes, cette expérience étant une forme de savoir qui a, à notre avis, toute sa place dans les lieux de l'enseignement.

Cette légitimité et la valeur de ce savoir étaient également mises en avant dans le séminaire des Laboratoires d'Aubervilliers « *Pratique de soins et constitution collective* ». Josep Rafanell i Orra, psychologue clinicien et organisateur du séminaire nous a invité à parler du GEM de Saint Denis en Juin 2016 aux côtés de Magali Molinié, cofondatrice de REV, Réseau sur l'entente de voix de Pticarus, facilitateur de groupe d'entraide des personnes concernées par la psychiatrie (projet Icarus) et de Jean-Marc Dupraz, soignant et soigné en psychiatrie et animateur du groupe de Narcotiques Anonymes. La table ronde abordait ce jour-là la question de l'auto-support et de l'entraide entre personnes concernées.

Perspectives

Cette recherche-action aura donc eu pour effet de créer une sorte de cartographie du territoire et découvert progressivement plusieurs acteurs sur lesquels peut s'appuyer un travail d'accueil et d'accompagnement des personnes en souffrance psychique sur Plaine Commune. Une des mesures observables du renforcement de ces articulations est l'augmentation constante des partenaires institutionnels accueillis directement dans les locaux du G.E.M., sur 2015 et 2016, pour participer à l'une de ses réunions mensuelles, discuter d'éventuels projets en commun ou simplement prendre un café ou un repas avec les adhérents et découvrir son fonctionnement. L'élue à la santé de Saint Denis, le coordinateur du CLSM, la responsable du quartier centre ville, les bénévoles de la maison d'hôtes, la maison des parents, les membres de l'UTRPP Paris 13, des universitaires de Paris 8, les membres de la Direction du quartier centre ville, la cadre de santé du secteur G03 (Epinay-Villetaneuse), des tutelles privées, le SAMSAH du Bourget de l'association AEDE, les éducatrices du SAVS des Trois Rivières à Stains... Tous ces acteurs, partenaires directs de la recherche-action sont devenus familiers du G.E.M. et de ses adhérents.

Si l'intensification des rencontres et des partenariats avec et entre les habitants, les collectivités locales (Saint-Denis, Epinay, Pierrefitte), le milieu associatif, les secteurs de psychiatrie et les acteurs du médico-social a renforcé les places d'A Plaine Vie et du G.E.M. sur le territoire de Plaine Commune, dans cette dernière partie, il s'agit d'une part de tenter de modéliser ce qui de cette expérience pourrait faire l'objet d'un essaimage sur d'autres territoires mais également d'interroger les conceptions « *d'autonomie* », « *d'entraide entre pairs* », « *d'empowerment* » qui sont centrales aujourd'hui dans ce nouveau paradigme de soin, d'accueil et d'accompagnement dans la cité.

3.1 Les GEM : nouveaux possibles

Le 3 Mai 2016, le G.E.M. l'Entre-Temps de Saint-Denis était invité au ministère de la santé, à l'assemblée générale du Collectif National Inter-G.E.M. (CNIGEM) pour présenter à la tribune son fonctionnement et la recherche-action en cours. Avec plusieurs adhérents nous avons décrit le travail effectué mais également les difficultés que nous rencontrons au quotidien. Les nombreux échanges avec la salle qui était essentiellement composé d'autres G.E.M. venus de toute la France nous ont permis de constater des réalités et des fonctionnements très différents d'un G.E.M. à l'autre, d'un territoire à l'autre. Tous ne sont pas basés sur un principe d'accueil inconditionnel, certains ne sont pas susceptibles d'avoir fréquemment à faire avec des personnes en crise, en rupture de prise en charge, sans logement ou encore sans papiers.

Cette recherche-action est née d'un ensemble de singularités, dont il faut prendre la mesure, avant d'anticiper toute tentative de modélisation. Elle a eu lieu sur un territoire précis : Plaine Commune et son extrême précarité sociale et économique. Elle s'est également appuyée sur un lieu précis : le G.E.M. l'Entre-Temps et la singularité de sa philosophie (accueil inconditionnel, possibilité de n'y rien faire, liberté de circulation...). Par ailleurs, le débordement – exceptionnel par son ampleur et par la complexité des problématiques psychopathologiques et sociales – des secteurs de psychiatrie locaux et l'acceptation du G.E.M. d'essayer d'accueillir des psychoses graves et la grande misère psychique sont deux données également fondatrices de ce travail. Enfin, le parcours des animateurs de cette recherche-action, hautement diplômés, formés au traitement des psychoses, notamment par la psychothérapie institutionnelle (tous deux ont travaillé à la clinique de La Borde) a favorisé la dynamique avec l'Université sur une base éthique et théorique commune : les mouvements de la psychothérapie institutionnelle et désaliéniste.

Ces singularités prises en compte, il reste que le nouveau cahier des charges des G.E.M. de Mars 2016 semble également inviter à une intensification de l'activité des G.E.M. et de leur place dans le parcours des personnes en souffrance psychique. Celui-ci recommande une ouverture d'au moins trente-cinq heures hebdomadaires, avec des temps d'ouverture en autonomie, « *en dehors de la présence d'un animateur, dans un contexte de recherche d'autonomisation et d'entraide*¹⁷ ». Il recommande également la multiplication des partenariats avec :

17 Cf. Nouveau cahier des charges des Groupes d'Entraide Mutuelle, 18 Mars 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032487039&categorieLien=id>, p.7.

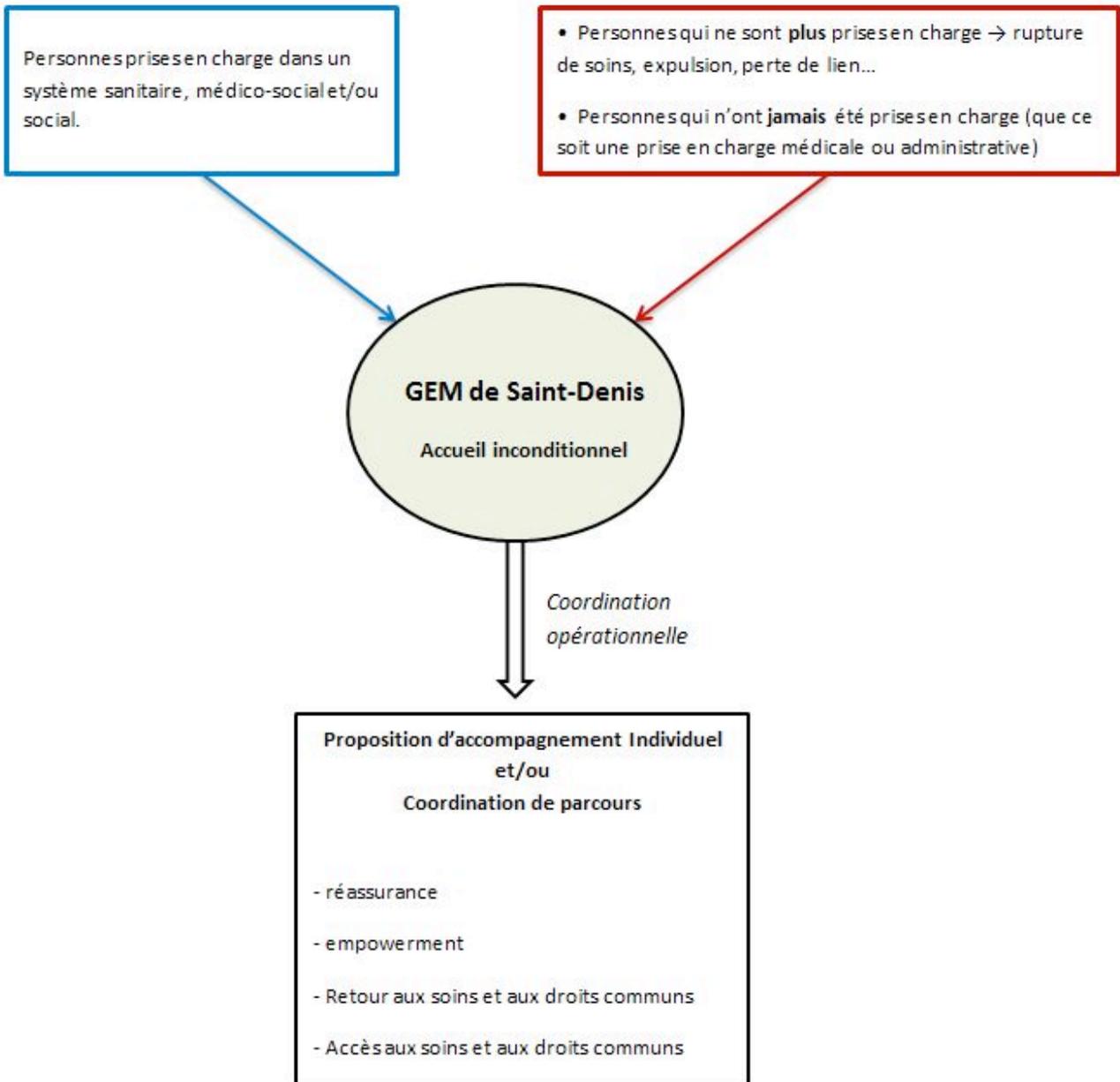
Consulté le 19 Décembre 2016.

- La commune d'implantation : *« l'implication des élus doit être systématiquement recherchée »*. Ce partenariat doit être de nature à *« faciliter les démarches administratives des adhérents et à développer leur participation à la mise en œuvre de campagnes d'information et de sensibilisation dans la cité »*.
- Le milieu associatif, les GEM proches géographiquement
- les acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement (Secteur de psychiatrie, SAVS, SAMSAH
- les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle
- La MDPH.

A la lettre, **le GEM devient dans ce nouveau cahier des charges un lieu d'accueil fortement connecté à son environnement**, pouvant mettre en relation ses adhérents avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui l'entourent. Outre **les moyens humains et matériels** qu'il conviendrait de fortement repenser pour pouvoir, dans les faits, réaliser un tel projet, il est intéressant de noter que ce que nous avons réalisé dans notre recherche-action comme travail de mise en relation, de partenariat, d'accompagnement et de déstigmatisation des personnes en souffrance psychique est un modèle de fonctionnement qui selon le texte de loi devrait, dans l'idéal, être réalisé par les G.E.M.

Il s'agit donc de penser désormais les conditions de réalisation de ce projet. Les G.E.M. présente effectivement un nouveau régime d'expérience, une forme assez horizontale de relation entre adhérents, professionnels, aidants naturels qui ouvre effectivement sur de nouvelles possibilités d'accueil et d'accompagnement dans la cité. Parce qu'il ne sélectionne pas à l'entrée, qu'il ne dépend pas d'une notification MDPH, qu'il n'est ni un lieu médical ni éducatif, de nombreuses personnes hors ou en rupture de prise en charge, exclues ou méfiantes des dispositifs traditionnels y circulent. Il peut dans ces endroits être fait un travail de réassurance, à distance y reparler de soin, de pathologie et renouer des liens souvent distendus avec les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Dans une certaine mesure enfin, cette forme de relation « associative » qui se produit dans le GEM entre adhérents mais également entre professionnels et adhérents pourrait elle aussi faire modèle dans des dispositifs sanitaires et médico-sociaux souvent empêchés par des fonctionnements trop rigides et des cloisonnements entre soignants et soignés d'une part et entre professionnels d'autre part.



3.2 L'empowerment : une formule magique ?

Actuellement, on entend beaucoup parler des groupes de pairs où certains usagers des soins, notamment dans le domaine du VIH sida, définissent leurs besoins et se prennent en charge quasiment sans l'aide d'aucun professionnel. Ce modèle d'autonomie a pourtant ses limites en ce qui concernent les maladies psychiques. Les G.E.M. sont bien sûr issus de ce changement de philosophie qui reconnaît les patients comme acteurs de leur propre santé (loi du 11 février 2005). Initié en 2009, le programme de partenariat entre la Commission européenne et l'OMS sur l'*empowerment* en santé mentale, a permis un consensus autour de la définition suivante : « *L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements* »¹⁸.

L'*empowerment* n'a pas vraiment de traduction en français. Certains proposent pouvoir d'agir ou autonomisation (Québec) ou encore capacitation, voire tout simplement émancipation. Il s'agit, au départ, d'un concept politique qui désigne le gain de pouvoir obtenu dans une lutte contre un groupe dominant : on parlera typiquement de l'*empowerment* des femmes ou des afro-américains. Mais le terme a connu une dérive technocratique et néolibérale, il est aujourd'hui devenu un « élément de langage » plutôt utilisé dans le cadre des politiques publiques pour promouvoir l'autonomisation de populations minorisées ou pauvres. Par exemple, dans les politiques de développement durable, on cherchera à renforcer l'*empowerment* des femmes africaines ou indiennes. Dans le domaine de la santé, c'est surtout l'*empowerment* des aidants qui est valorisé. « Sommairement, écrit Yann Le Bossé, on peut définir l'*empowerment* comme la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent. Dans la conjoncture actuelle, un tel objectif permet d'envisager simultanément la modification des pratiques professionnelles actuelles et une utilisation plus optimale des ressources encore disponibles. »¹⁹

Formule incantatoire ou vœu pieu... ce second usage est nettement problématique dans la mesure où l'on doit toujours se demander les intérêts de *qui* sont servis dans la promotion de l'*empowerment* d'une population par des puissances externes à celle-ci, qu'il s'agisse de l'ONU,

¹⁸ Inpes, *Empowerment et santé mentale, La Santé de l'homme*, n° 413, 18 juillet 2011, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/cp413.pdf>. Consulté le 17 décembre 2016.

¹⁹ Yann Le Bossé. *De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment*. Nouvelles pratiques sociales, Volume 16, numéro 2, 2003, p. 30-51.

d'ONGs, ou d'autres professionnels. Cette population ou ceux qui font la promotion de son autonomisation ? Quels moyens ou ressources sont mis au service de l'*empowerment* ? **Quelle est la véritable finalité d'une telle promotion de l'autonomie ?** Transformer les mentalités, instrumentaliser certains segments d'une population, faire des économies ?

Selon la définition de la CE et l'OMS, la notion d'utilisateur est large car elle concerne aussi bien les patients proprement dits que leurs « représentants », associations d'utilisateurs et de familles. Or ces derniers risquent de prendre plus de place dans le champ de la santé mentale ou dans celui du handicap qu'ils n'en prennent pour les autres maladies chroniques (cancer, diabète, VIH/sida...), ce qui pose la question de leur représentativité, notamment dans un territoire de populations pauvres et immigrées peu affiliées aux associations de familles. Les moyens mis en œuvre quand à eux peuvent relever du lobbying et du maniement du rapport de force autour de « mots d'ordre » politiquement corrects, plutôt que du débat entre différents partenaires et de la mise en réseau.

Si nous pensons que les personnes atteintes de maladie psychique doivent être actrices de leur vie et avoir droit à la parole dans le processus de soin – c'est le sens même du projet conduit par A Plaine Vie en collaboration avec les adhérents du G.E.M. L'Entre-Temps –, ceci ne peut se faire sur la base d'un déni des entraves que certaines pathologies font peser sur l'action des personnes. Comme le disait Tosquelles, un psychotique est comme un acteur qui joue sur une scène en tenant le rideau ouvert avec une main : dès qu'il se distrait un instant, il lâche la prise, le rideau tombe et la scène s'obscurcit totalement. Ou en d'autres termes, l'enthousiasme pour l'*empowerment* ne doit pas nous faire oublier ou nier la maladie psychique. Le risque est d'utiliser les notions d'autonomie et d'*empowerment* comme si elles étaient *curatives en soi* (donc ne nécessitaient pas un accompagnement spécifique). C'était la crainte exprimée par les psychiatres au moment de la création des G.E.M. qu'ils percevaient comme une tentative de démantèlement de la psychiatrie de secteur (voir le témoignage de Jean-Michel de Chaisemartin dans le film sur l'atelier Clubs/G.E.M. réalisé lors du colloque). L'expérience qui a été menée à partir du G.E.M. de Saint-Denis montre qu'**on ne peut pas isoler le travail réalisé dans l'hôpital et ses diverses annexes (hôpitaux de jour, etc.) du travail réalisé dans des structures plus autonomes par rapport à la psychiatrie**, comme le G.E.M. de Saint-Denis, tout simplement parce que ce sont les mêmes personnes sur le même secteur qui circulent dans les différents espaces.

Le G.E.M. de Saint-Denis fonctionne avec seulement deux animateurs à mi-temps, l'un de formation éducateur, l'autre de formation psychologue. Pourquoi faut-il maintenir une présence spécialisée, fut-elle minime ? Il s'avère que certaines situations de crise impliquent de prendre des décisions d'exclusion momentanée de certaines personnes, décisions protectrices du lieu et de ceux et celles qui y circulent. En d'autres termes, le travail qui est réalisé dans le G.E.M. relève d'un

*care*²⁰ psychiatrique qui peut être théorisé grâce à la psychothérapie institutionnelle et notamment en référence à l’outil technique que représentent les clubs thérapeutiques. Toutefois, ce *care* s’avère insuffisant quand une personne va trop mal et nécessite également des soins curatifs, mais encore faut-il que quelqu’un puisse en repérer le besoin et l’aider à aller, au bon moment, vers les structures de soins psychiatriques. Aussi l’efficacité thérapeutique du G.E.M. dépend-elle de critères qui peuvent paraître opposés, ou en tout cas qui impliquent une gestion quotidienne du paradoxe :

1 – **Le G.E.M. est autonome par rapport aux structures médicales** – le G.E.M. n’est pas un lieu de soin psychiatrique – mais il est interdépendant par rapport au réseau mentionné plus haut. Ce réseau forme un *ensemble*. Le travail dans les ensembles, est « organisé », mais selon des principes orientés par la recherche d’un milieu le moins nocif possible, aussi le G.E.M. ne peut en aucun cas être auto-suffisant et doit en permanence créer son propre ensemble. Dans le cas du G.E.M. de Saint-Denis, l’expérimentation a consisté en *la création du réseau*, soit de manière *volontariste*, en cultivant les relations avec le secteur, l’ARS, les dispositifs culturels de la ville, soit de manière *arachnéenne*, c’est-à-dire en accompagnant et en cartographiant les parcours des usagers du G.E.M..

2 – l’autonomisation du G.E.M. vis-à-vis du soin psychiatrique implique pour les professionnels qui y interviennent d’inventer **une autre posture** qui n’est pas tout à fait celle d’un éducateur spécialisé ou d’un psychologue, et que nous désignons dans ce rapport du terme *d’amicalité*, mais pourtant les connaissances et les compétences d’éducateur spécialisé et de psychologue peuvent parfois devoir être mobilisées.

3 – l’action du G.E.M. est fondée sur **une pratique de la confiance** (qui est toujours un pari) dans *la capacité de faire ensemble* des personnes atteintes de maladie psychique, mais cette confiance ne doit jamais se confondre avec un aveuglement vis-à-vis des blocages générés à certains moments par les différentes formes de souffrance psychique. Ce discernement, cette adéquation ou ajustement aux situations impliquent une temporalité longue, c’est-à-dire des gens qui restent, en même temps que du mouvement et des regards nouveaux qui doivent être intégrés.

²⁰ Voir infra 3. 3, la perspective impliquée par le *care*. Un choix a été fait, en France, de ne pas traduire le concept anglais : *care* est conservé en italiques et sans guillemets. D’une part, en français, la notion de soin englobe tout aussi bien la dimension curative du soin que sa dimension d’attention ou de souci ; cette dernière étant identifiée et rendue explicite par le terme de *care*. Le soin renvoie d’autre part, dans le domaine de l’éthique médicale, au champ de la philosophie du soin, dans la filiation de Georges Canguilhem avant tout centrée sur la relation duale médecin-malade, quand l’éthique du *care* met au contraire l’accent sur la pluralité des acteurs et actrices impliqués dans une situation de soin et à prendre en compte dans l’identification des besoins.

4 - Ce milieu est aussi bien conçu pour ne pas marcher tout à fait, voire pour **permettre l'écart à la norme**, l'inefficace, l'inadaptation, le non-faire. Une certaine adversité ne conduit donc pas paradoxalement à une impossibilité de faire, ce qui révèle une autre tension entre projet et résultats, lesquels ne sont pas forcément montrables dans une vitrine de ce que serait l'expérimentation performante, puisque le projet ne vise au fond que le maintien d'une vie quotidienne partagée et vivable, avec ses rituels et ses évènements non reproductibles, mais rien de bien spectaculaire ou définitif²¹.

3.3 L'autonomie dépend de la qualité des interdépendances

*“C'est un peu l'histoire du recoin de mur et de l'araignée qui finissent par se rencontrer ; si l'araignée l'a bien cherché, on peut dire aussi que le recoin de mur attendait. / Et il est vrai que j'en arrive à me dire que le réseau m'attend à tous les virages.”*²²

Pour penser ensemble les modalités de notre action et chercher à prendre un peu de hauteur de vue, nous nous sommes appuyés sur les mouvements de la psychothérapie institutionnelle et désaliéniste qui constituent des ressources communes pour les animateurs et les universitaires impliqués. Mais les universitaires ont également introduit une autre perspective : celle du *care* pour proposer une théorie qui articule l'autonomie au collectif et permet de penser la notion d'*empowerment* sans perdre de vue les spécificités des maladies psychiques.

Pierre Delion dit que « la psychothérapie institutionnelle est une philosophie de travail, un courant de pensée, un mouvement théorico-pratique né de la révolution culturelle qui s'est produite à Saint-Alban où les patients ont été co-acteurs de leurs traitements et de leurs guérisons. » Les mouvements de la psychothérapie institutionnelle et désaliéniste sont des théories et des pratiques des soins psychiatriques. La perspective du *care*, quand à elle, est une éthique et une politique centrées sur le souci des autres²³. Parler de perspective du *care* signifie mettre au centre des

²¹ Sur la vie quotidienne, voir Pascale Molinier, Jean Oury. *Alors, la vie quotidienne ?* Dans C. Lefève, J. -C. Mino & N. Zaccai-Reyners. *Le Soin. Approches contemporaines*, Paris, Presses universitaires de France, 2016, p. 115-124.

²² Fernand Deligny, *L'arachnéen et autres textes*, Éditions L'Arachnéen, 2008, page 11.

²³ Pascale Molinier, Patricia Paperman, Sandra Laugier, *Qu'est-ce que le care ?* Payot, 2009.

préoccupations éthiques et politiques *la* vulnérabilité comme caractéristique *générique* de l'être humain.

La vulnérabilité est augmentée en fonction de certaines pathologies, notamment les maladies psychiques, mais celles-ci doivent également être envisagées dans des contextes intersubjectifs et sociaux plus ou moins favorables qui peuvent à leur tour augmenter ou diminuer la vulnérabilité. Il en résulte que *les* vulnérabilités *concrètes* ne sont jamais seulement individuelles mais toujours sociales et collectives. La prise en compte de cette dimension contextuelle et sociale fait partie à part entière du traitement des maladies psychiques et c'est sur ce point que convergent psychothérapie institutionnelle et perspective du *care*. Pour le dire autrement, le traitement des maladies psychiques ne relève pas seulement de personnels et d'institutions spécialisées, mais aussi de toute une trame ou réseau arachnéen qui intègre d'autres agents, plus ou moins visibles depuis les lieux de soins, plus ou moins proches des patients et dont la présence est plus ou moins aléatoire (hasards, rencontres, croisements...). Comme le montrent les parcours des personnes accueillies dans le G.E.M., ces réseaux intègrent des aidants proches, mais aussi des hôteliers, des employeurs, d'autres personnes elles-mêmes usagères du dispositif de soins psychiatriques sur le territoire de Plaine Commune, etc. On part donc du principe que les actions menées en faveur des personnes en souffrance psychique doivent être dotées de la capacité à articuler dans un même réseau les professionnels, les proches ou moins proches acteurs concernés, ainsi que l'ensemble des riverains.

Ces réseaux ont en effet au niveau du territoire également une dimension *citoyenne* qui, dans le cadre de ce projet a été travaillée à partir de différentes interfaces culturelles : la radio Fréquences Paris Plurielles, le cinéma l'Ecran, la librairie Folies d'encre, qui sont des lieux culturels non spécialisés. Ceux-ci ont permis des rencontres visant à non seulement déstigmatiser les personnes souffrant de maladies psychiques, notamment en montrant ce qu'elles peuvent faire et dire dans un espace public, donc à valoriser leur autonomie, mais aussi à publiciser conjointement leurs difficultés et leurs besoins, de manière à ce que chacune puisse en partager la préoccupation. Cette préoccupation ne relève pas seulement d'un souci pour des personnes plus vulnérables que soi, mais elle renvoie aussi directement à la vulnérabilité psychique de tout un chacun.

Une idée centrale dans la perspective du *care* en effet, et qui repose sur la vulnérabilité générique, est que nous sommes tous concernés par la maladie mentale. Nous le sommes en tant qu'usagers des soins ou professionnels, en tant que famille, père, mère, frères ou sœurs, fils ou filles de personnes atteintes de maladies psychiques. Qui n'a pas une personne malade dans son entourage ? Certaines personnes cumulent d'ailleurs les fonctions de soignant et d'aidant proche, et parmi elles, certaines ont également connu des phases de maladie psychique. Le cloisonnement habituel entre professionnels, usagers et aidants proches, aussi bien que le tabou qui recouvre les expériences de la

folie, sont de piètres défenses socialement partagées qui font obstacle à la prise en charge de l'ensemble des besoins. Ceux-ci ne concernent pas seulement les personnes malades ou en souffrance, mais également leur entourage parmi lequel on trouve toujours des personnes pourvoyeuses de *care* qui sont dans la situation de devoir s'occuper de leur proche, souvent dans un grand isolement (voir en annexe l'entretien avec les fondatrices de À Plaine Vie).

Autrement dit, une politique du *care* n'est pas fondée sur l'idée qu'il existerait des personnes bénéficiaires de *care*, d'un côté, des personnes pourvoyeuses de *care*, de l'autre côté, qui seraient liées entre elles soit par la gratuité des relations affectives, soit par quelque contrat marchand ou de redistribution sociale. Une politique du *care* devrait plutôt reposer sur l'idée que chacun d'entre nous s'inscrit dans un réseau de relations où il est susceptible d'être tour à tour bénéficiaire ou pourvoyeur de *care*. C'est en ce sens que l'on peut parler d'une démocratie du *care*, selon les termes de Joan Tronto²⁴.

Ce projet arachnéen s'oppose ainsi au morcellement et au clivage entre les différents agents tout en mettant en évidence la fragilité des relations qui peuvent toujours être rompues ou se tendre, mais aussi en valorisant leur imprévisibilité, **la toile est à bords ouverts**. Il s'agit de garder vivant le caractère provisoire de ce qu'on institue et d'assumer la précarité, l'instabilité et la fragilité comme autant de dispositions contre la routine et l'apathie.

Actuellement, comme on le constate dans chaque réunion publique de soignants où participent également des représentants des associations de familles, les relations entre ces derniers et ceux de l'établissement psychiatrique relèvent de rapports antagonistes et fréquemment du procès d'intention. Nous pensons que la dégradation des relations entre aidants proches et professionnels n'est pas inéluctable et que le concept de travail du *care* peut servir de base pour une discussion. Celui-ci définit l'ensemble des activités mise en œuvre pour s'occuper de quelqu'un d'une façon non médicalisée. Le travail réalisé par les aidants, le travail réalisé au sein d'un G.E.M. mais aussi une partie importante du travail des soignants relève du travail du *care*. Dans cette discussion entre travailleurs/euses du *care*, il ne s'agit pas d'aplanir les conflits pour aboutir à une quelconque communication irénique, mais plutôt d'essayer de **comprendre à quels types de difficultés spécifiques chacun des intervenants dans le soin est confronté dans ses pratiques effectives**. Être la mère d'une fille schizophrène en crise le 14 juillet quand le psychiatre de ville est en vacances n'est pas la même problématique, que ce soit en termes de souffrance psychique ou de responsabilité, que celle vécue par les équipes de soin qui ont affaire à une patiente majeure, et les

24 Joan Tronto, *Caring Democracy, Markets, Equality and Justice*, NYU Press, 2013.

besoins en urgence ne recouvrent pas nécessairement les arcanes administratives en termes de sectorisation. Bref, il s'agit de rendre le conflit productif de solutions et non d'anathèmes. Toutefois, cette discussion n'a de sens qu'à la condition que soit prise en compte aussi **la souffrance au travail des équipes professionnelles**. Leur travail est difficile du fait de la confrontation avec des personnes en très grande souffrance, mais les difficultés sont majorées par les contraintes organisationnelles. Certes l'organisation du travail est ce que l'on en fait. Mais l'allègement ou l'aménagement de certaines contraintes ne relève pas entièrement de la bonne volonté des équipes et de leur hiérarchie directe. L'organisation du travail psychiatrique est impactée par les politiques publiques de la ville ou par celles de la région (sans parler du niveau national). Sur le territoire de Plaine Commune, certains choix politiques en matière d'immigration, non compensés par des moyens supplémentaires en psychiatrie, impliquent localement un afflux de patients difficiles à prendre en charge, ne parlant souvent pas la langue française, désocialisés, vivant dans des conditions de pauvreté extrême et d'insalubrité, et dans certains cas violents. C'est pourquoi, la toile d'araignée du réseau et du débat sur le travail – qui fait quoi, comment pour et avec qui ? – doit inclure non seulement les usagers, les aidants proches et les équipes de soin, mais aussi les politiques et les administrateurs de santé (ARS).

Si nous mettons **le travail au centre des relations qui forment la toile du réseau**, c'est pour une raison technique : parler de ce qu'on fait, le faire comprendre et éventuellement le partager concrètement est la meilleure manière de « désimaginer » le rapport à autrui, de cesser d'en avoir peur, de s'en méfier ou de le mépriser. Parler du travail permet de faire tomber – sans avoir à les analyser – les barrières imaginaires entre patients, familles, professionnels de soin et *last but not least*, les experts de la santé. Ceci implique toutefois des conditions préalables : chacun doit accepter de parler de ce qu'il fait *vraiment*, et non de ce qu'il devrait faire idéalement ou selon les prescriptions des autorités.

La perspective du *care* repose, nous l'avons dit, sur la reconnaissance de la vulnérabilité des humains et le fait qu'un individu n'existe jamais seul, mais toujours dans un faisceau de relations et d'institutions. Cartographier ce réseau permet d'identifier les ressources d'une personne ou d'un groupe de personnes et d'identifier les points de faiblesse ou de tensions. Cette façon de concevoir l'action comme étant déterminée par le collectif, et qui plus est par un collectif ouvert, non institué, en perpétuelle transformation, modifie la façon de penser l'autonomie des personnes. **L'autonomie dépend de la qualité des interdépendances**. Ceci est vrai pour chaque être humain : l'autonomie d'un sujet est toujours soutenue ou étayée par l'activité d'autres sujets qui le protègent durant son enfance, lui apprennent à vivre en société, veillent à ce qu'il soit propre et bien nourri et ceci continue tout au long de la vie, c'est l'un des fondements de la conjugalité, des amitiés, mais aussi

de certains services payants non nécessairement spécialisés. Pour ne donner qu'un exemple, certaines personnes âgées doivent beaucoup à des restaurateurs de quartier qui les accueillent chaque jour, leur parlent, s'en occupent, bref réalisent un travail de *care*. Plus nous sommes dépendants ou malades, plus ce réseau de proximité bien sûr prend de l'importance. Mais le résultat est le même pour tout le monde, ce que nous gagnons en autonomie, nous le devons à nos interdépendances. La plupart des actions efficaces repose sur la consolidation de ces interdépendances ou de ces « ensembles »: « Une institution, écrit Tosquelles, - et pas seulement celle qu'on appelle à tort ou à raison institution psychiatrique -, est un ensemble ou une Gestalt dont chacun des membres acquière une valeur ou change de valeur seulement en rapport avec la mouvance et la forme de l'ensemble, et où du même fait, n'importe quelle modification d'un élément particulier retentit et produit des effets sur l'ensemble et sur chacun des éléments »²⁵. Dans les « ensembles », au sens de Tosquelles, on crée du temps pluriel, de la mémoire, des rencontres et des continuités, du monde habité, de l'expérientiel (*Erlebnis*) et de l'appareil psychique et/ou interpsychique. Ceci est également rendu possible par une certaine hétérogénéité de fonctions, de générations, de genre, de communauté ou de destins, comme en témoigne la forme de notre recherche-action à bord ouverts.

25 Tosquelles F, *Encore quelques précisions sur la psychothérapie institutionnelle*. Soins psychiatriques, N°9, 1981, pp. 8-20.

Conclusion

Des accompagnements individuels à l'organisation d'événements publics sur la ville, de la création de l'émission de radio « Bruits de couloir » à la multiplication des interventions des adhérents du G.E.M. aux Universités de Paris 13 et Paris 8, cette recherche-action et le lien fort du projet avec le CLSM de Saint-Denis auront permis à la fois de renforcer et de créer des liens entre les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire.

L'année 2016 aura vu naître **un nouveau G.E.M. « Le Rebond » à Epinay-sur-Seine** à partir d'un collectif de patients soutenu par le secteur G03, les Ateliers Santé Ville de Pierrefitte et d'Epinay-sur-Seine et l'association A Plaine Vie qui marraine désormais un deuxième G.E.M. sur le territoire de Plaine Commune. La création de trois SAVS aura également offert la possibilité de créer de nouveaux partenariats. **Les liens qui se sont créés avec le SAVS des Trois Rivières auront permis d'assurer la continuité de sept accompagnements qui avait démarré dans le cadre de notre recherche-action et d'articuler cinq de ces prises en charge avec le secteur G01. Des réunions tripartites G.E.M. /secteur G01/ SAVS sont désormais l'ordre du jour pour penser collectivement ces accompagnements.** Ce travail de maillage territorial entre les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux est, nous l'avons vu, désormais essentiel à toute politique cohérente d'accueil et de soin dans la cité. Il s'agit désormais de poursuivre l'extension de ce travail en réseau. Les secteurs de psychiatrie, les services de tutelles, les G.E.M., les SAVS/SAMSAH, les ESAT, les familles, les amis, les bailleurs sociaux font désormais partie de cet ensemble et sont acteurs de ces accompagnements. Pour poursuivre ce projet, plusieurs enjeux, plusieurs niveaux de travail, tous liés les uns aux autres, paraissent nécessaires.

L'accueil et l'information, d'abord. Sur Plaine Commune, un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques dont certaines ne sont pas connues des services de la MDPH, ignorent tout des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur lesquelles elles pourraient s'appuyer. Ces personnes non accompagnées par les services sanitaires, sont souvent présentes dans les lieux d'accueil accessibles à tout(e)s (G.E.M., maisons de quartier, médiathèques, maison de la vie associative, services sociaux...). Produire un travail d'accueil et d'information dans leur direction en s'appuyant sur ces lieux nous semble être un enjeu particulièrement important sur un territoire où la précarité socio-économique, les parcours familiaux et migratoires produisent des fragilités

(incompréhensions et malentendus) et une distance (méconnaissance) voire défiance entre les personnes et les institutions, y compris soignantes.

L'accompagnement et l'orientation vers les services adaptés, ensuite. Qu'elle soit en dehors de tout accompagnement ou connue des services sanitaires et médico-sociaux mais en rupture avec ceux-ci, une personne souffrant de troubles psychiques se retrouve souvent confrontée à des délais d'attente importants pouvant aller de un à deux mois (pour un premier rendez-vous dans un CMP) à plusieurs années (pour ce qui concerne les demandes de logement par exemple). Par ailleurs, nombre d'accompagnements, comme nous l'avons vu, présentent une certaine discontinuité et ces ruptures et délais d'attentes ne favorisent pas la cohérence du parcours de soins. Il s'agirait ici de proposer des accompagnements temporaires tout en mobilisant les partenaires du territoire (CMP, SAVS, SAMSAH) pour orienter la personne vers des accompagnements plus adaptés et cohérents.

Formation des professionnels et campagne de déstigmatisation en direction du grand public

Soigner au sein de la communauté, oblige à poursuivre un travail de modification du regard des professionnels et des non-professionnels sur la souffrance psychique. L'organisation d'événements « grand public » va de pair avec les enjeux énumérés plus haut. Cette recherche-action aura permis l'émergence d'une émission de radio « Bruits de couloir » sur la bande FM. Dans le cadre des « Paysages de la folie » se réunissaient à la librairie et au cinéma de Saint Denis, des membres du CLSM, des G.E.M., des élus, des familles et amis de personnes souffrantes, des habitants, des professionnels des secteurs de psychiatrie, du secteur médico-sociale comme la M.A.S des Pommiers Pourpres ou le SAVS des trois rivières, des étudiants et des universitaires. Les actions en direction des quartiers de Saint-Denis en partenariat avec l'association ACSBE auront également permis de sensibiliser à ces questions une population qui ne circule pas régulièrement à la librairie ou au cinéma. Le travail de réflexion, enfin, mené avec les adhérents du G.E.M. et en lien avec les universités Paris 13 SPC, Paris 8 Saint-Denis, L'IRTS Parmentier et les séminaires « pratiques de soins et collectif » organisés aux laboratoires d'Aubervilliers permet d'imaginer une forme d'enseignement où les personnes en souffrance psychique peuvent être actives et participer directement de ce processus de formation.

Les différents axes de « *la stratégie quinquennale concernant l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique* »²⁶ dessinent les évolutions à venir dans les cinq prochaines années (2017-2021):

²⁶ *Stratégie quinquennale de l'offre médico-sociale, volet handicap psychique.* http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medicosociale_volet_handicap_psychique. Consulté le 21 Décembre 2016

- *Prendre en compte les spécificités du handicap psychique dans la mise en œuvre des politiques de santé mentale*
- *Déployer et accompagner le parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique*
- *Prévention et réduction des situations de non recours initiales ou après rupture de parcours*
- *Accompagner et maintenir l'insertion des personnes en situation de handicap psychique vers le logement et l'emploi*
- *Impulser une démarche pour changer les représentations sociales du handicap psychique*
- *Faire évoluer les pratiques des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux*
- *Améliorer les connaissances²⁷*

Concernant les deux derniers points, les témoignages de professionnels des champs sanitaires et médico-sociaux et sociaux que nous avons recueillis précisent cette nécessité de lever les méfiances et de contracter des habitudes de travail avec un public en souffrance psychique. Notamment pour le champ associatif qui sur le territoire de Plaine Commune s'est historiquement construit autour de l'accompagnement de la déficience intellectuelle, du handicap mental. Pour le reste cette stratégie quinquennale entend répondre à « *un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, qui implique au-delà de la stabilisation de leurs troubles, la promotion de leurs capacités et leur accès une vie active et sociale choisie* ». Nous avons dans notre dernière partie commencer à interroger ces notions d'**autonomie**, de **rétablissement** et d'**empowerment** (pouvoir d'agir des personnes) très présente aujourd'hui dans la réflexion autour de l'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique. Si ces notions peuvent participer à l'émancipation et l'inclusion dans la cité de ces personnes, nous avons souligner le danger d'un triage entre « bons » et « mauvais » malades, les « réintégrables » et les exclus à jamais. Pour les personnes les plus en difficulté que nous avons rencontrés, cette **clinique du lien** nous est apparue insuffisante là où une solution adaptée se trouvait plutôt, à notre avis, dans des lieux, hôpital, clinique, foyer, maison d'accueil spécialisée, disponible et capable d'accueillir une souffrance psychique qui mettait a défaut toute tentative d'accompagnement et d'inclusion dans la vie de la cité.

²⁷ Ibid, p.5

Le décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux nécessaire à l'accueil et l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, nécessite donc la naissance de nouveaux dispositifs, permettant comme le précise le ministère : « *l'orientation permanente, le déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous, la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les « pairs » et l'accompagnement du changement des pratiques* »²⁸. Les G.E.M. pourrait être, au regard de notre recherche-action, des partenaires importants de ces nouveaux dispositifs, à condition d'adapter à cette ambition les moyens matériels et humains nécessaire (les G.E.M. que nous avons rencontrés étant souvent composé de deux animateurs à mi-temps et d'adhérents souvent très fragiles psychologiquement).

L'autonomie dépend de la qualité des interdépendances, disions-nous plus haut. Ces deux années de recherche-action auront permis à partir du G.E.M. de créer une sorte de toile, de maillage opérationnel des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de Plaine Commune, facilitant l'inclusion sociale et la participation à la vie de la cité des personnes en souffrance psychique. Mais cette forme d'accueil et d'accompagnement « hors les murs », cette « clinique du lien », nécessitent l'animation permanente de ce réseau, la multiplication des rencontres et la levée de nombreuses méfiances. De ce point de vue la fin de cette recherche-action apparaît seulement comme un départ.

²⁸ Ibid, p.7

OUVRAGES ET RAPPORTS CITÉS

Ayme Jean, *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*. http://www.euro-psy.org/site/La_Borde.html.

Bonnafé Lucien, *Qui est aliéné ?* Information Psychiatrique, 1984.

Chaigneau Hélène, *Soigner la folie. Une vie au service de la clinique*. Paris, Campagne Première, 2010.

Coupechoux Patrick, *Un homme comme vous*, Paris, Seuil, 2014.

Deligny Fernand, *L'arachnéen et autres textes*. Éditions L'Arachnéen, 2008.

Inpes, *Empowerment et santé mentale, La Santé de l'homme*. n° 413, 18 juillet 2011, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/cp413.pdf>.

Laforcade Michel, *Rapport relatif à la santé mentale*. Octobre 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf.

Le Bossé Yann. *De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment*. Nouvelles pratiques sociales, Volume 16, numéro 2, 2003.

Le Roux Marie-Françoise, *Actualité des clubs thérapeutiques*. Nîmes, Champ social Editions, 2005.

Molinier Pascale, Jean Oury. *Alors, la vie quotidienne ?* Dans C. Lefève, J. -C. Mino & N. Zaccā-Reyners. *Le Soin. Approches contemporaines*. Paris, Presses universitaires de France, 2016.

Molinier Pascale, Paperman Patricia, Laugier Sandra, *Qu'est-ce que le care ?* Payot, 2009.

Nouveau cahiers des charges de Groupes d'Entraide Mutuelle, arrêté du 18 Mars 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032487039>

Oury Jean, *La décision, séminaire 1985-1986*. La boîte à outil. 2013.

Paumelle Philippe, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*. Éditions ENSP. 1999.

Piel Eric, Roelandt Jean-Luc, *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*. Rapport de mission, juillet 2001. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/8_Democratie-Sanitaire/sante-mentale/Rapport-Piel-Roelandt-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale-juillet-2001.pdf,

Roelandt Jean-Luc, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport avril 2002. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/democratie_sanitaire.pdf

Stratégie quinquennale de l'offre médico-social, volet handicap psychique,
http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medicosociale_le_volet_handicap_psychique.

Tosquelles, François, *Encore quelques précisions sur la psychothérapie institutionnelle*. Soins psychiatriques, N°9, 1981.

Tronto, Joan, *Caring Democracy. Markets, Equality and Justice*, NYU Press, 2013.

Annexe – Le colloque François Tosquelles et le travail et les ateliers sur le travail dans les ESAT.

Pascale Molinier – Alexandre Vaillant

Dans le cadre du partenariat entre le G.E.M. de Saint-Denis et l'UTRPP, le GEM a été associé à l'organisation du colloque Tosquelles et le travail qui s'est déroulé les 3 et 4 décembre 2016 à la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord, réunissant 300 personnes²⁹. Durant la phase de préparation du colloque, *six ateliers autour de la question du travail en ESAT ont eu lieu au G.E.M. de Saint-Denis en Octobre et Novembre 2015. Puis un atelier a été organisé avec Alexandre Vaillant et un des adhérents du GEM, lui-même travailleur en ESAT, dans le cadre du colloque.*

Nous restituons ici le résultat de ces ateliers en l'articulant avec la pensée de Tosquelles. La question posée était : Le travail en ESAT est-il thérapeutique ?

Les ateliers regroupaient les adhérents du G.E.M. intéressés par cette question du travail. Tous ne travaillent pas en ESAT, certains ont eu des expériences en milieu ordinaire, d'autres dans le cadre d'ateliers protégés. Certains refusent de travailler en ESAT malgré une orientation des services de la MDPH considérant que ça ne vaut pas la peine d'aller y travailler 35 heures pour gagner deux cent ou trois cent euros de plus que l'allocation adulte handicapé (autour de 800 euros). Enfin il y a certains adhérents qui ont fait des essais en ESAT mais qui n'ont pas été acceptés et d'autres qui se sont fait renvoyer.

Au total sur une centaine d'adhérents au G.E.M. de Saint Denis, une dizaine d'adhérents du G.E.M. travaillent dans les ESAT du département de Seine Saint Denis. Certains à l'ESAT Henri Marsoulan de Montreuil, ouvert depuis 1945 et qui accueille 270 personnes reconnues travailleurs handicapés, d'autres à l'ESAT de Marville situé à Stains, créé en 1994 et qui accueille 80 personnes et enfin un dernier, l'ESAT Pleyel situé à Saint Denis qui accueille 65 travailleurs.

Pourquoi revaloriser aujourd'hui l'œuvre de François Tosquelles ?

Cette démarche ne s'inscrit pas dans la montée générale des projets mémoriels, ces sortes de culte de la mémoire. Si depuis cinq ans environ, un groupe de personnes a travaillé et continue de le faire pour exhumer les archives de Tosquelles, les lire aujourd'hui et les publier pour partie, c'est parce que nous croyons à *l'actualité de sa pensée*. L'historien François Dosse disait récemment que si

²⁹ Le programme de l'axe 2 Santé et sociétés de la MSHPN « Tosquelles et le travail » s'est prolongé par le Colloque international « François Tosquelles et le travail », Plaine Saint-Denis, MSH Paris Nord, 3 et 4 décembre 2015 qui donnera lieu à une publication dont participe un membre du projet : Christophe Mugnier est dans le comité scientifique de l'ouvrage.

l'on veut honorer vraiment le passé, c'est en s'en servant pour construire l'avenir³⁰. Inutile de dire qu'un tel travail participe aussi d'une déconstruction des mythologies qui pourraient entourer des personnes comme Tosquelles ou des lieux comme Saint-Alban.

Ce qui est important, quand on cherche à tirer les leçons d'expériences passées, c'est de pratiquer ce que François Dosse appelle *la défatalisation du passé*, c'est-à-dire la capacité à retrouver son indétermination. L'historien, dit-il malicieusement, est très fort pour prédire... le passé. Citant Michel de Certeau, Dosse faisait valoir au contraire que « l'histoire n'est jamais sûre ». Tout aurait pu se passer autrement : les gens ont posé des actes, pris des décisions. La psychothérapie institutionnelle a eu lieu parce que Saint-Alban, lieu d'exception peuplé d'êtres d'exception, disent certains³¹. Non : il faut reconstituer l'énigme que cela ait pu être possible dans un lieu aussi improbable. De ce point de vue, il est important de préciser d'entrée de jeu que Tosquelles n'a pas vécu une période enchantée de la psychiatrie, par bien des aspects, la réalité qu'il a connue était pire que la nôtre. Deux guerres, celle d'Espagne et la seconde guerre mondiale, puis tout autrement la guerre d'Algérie, ont marqué son itinéraire ou son itinérance professionnelle. Il a du migrer, repasser ses diplômes, changer de place, etc. Quand à Saint-Alban, c'était un hôpital dans une campagne très reculée, où il a fallu tout faire, casser les murs et former les infirmiers. Tosquelles disait en 1981 : « *Mais rien n'autorise à choisir jamais entre la mise au réfrigérateur, l'apocalypse ou le pur et simple « faire semblant de faire quelque chose ». Il y a aussi le système D. Ne l'oublions jamais*³². » C'est une leçon exigeante que celle qui dit que l'on peut *toujours* faire quelque chose, une philosophie de l'astuce et de la débrouillardise qui s'attache à l'ordinaire, au quotidien, au détail, à toujours chercher ce qui est à portée de main. Une antidote à la déploration et un refaçonnage à hauteur d'humain de la responsabilité : je ne suis pas responsable de tout sur la planète, mais de ce qui se passe là où je suis.

Tosquelles a pensé de la façon la plus originale qui soit – pour son temps et pour le nôtre – l'importance du travail pour l'ensemble des être humains, malades, handicapés ou pas. On pense

³⁰ Colloque interdisciplinaire « Ecrire le cas : quelles perspectives aujourd'hui ? » Paris 7, Amphi Buffon, 15 octobre 2016.

³¹ Pour un récit fictionnel de l'histoire de Saint-Alban durant la seconde guerre mondiale, et ses habitants célèbres, Denise Glaser, Paul Éluard... voir le roman de Didier Daeninckx, *Caché dans la maison des fous*, Editions Bruno Doucey, 2012.

³² F. Tosquelles. Encore quelques précisions sur la psychothérapie institutionnelle. *Soins psychiatriques*, N°9, 1981, pp. 8-20.

bien sûr à son livre *Le travail thérapeutique en psychiatrie*³³. Mais toute son œuvre prolifique est centrée sur l'importance des échanges matériels.

Pourquoi est-ce original ? Parce qu'à l'époque, et cela reste d'actualité dans certains ESAT, on pense avant tout le travail en psychiatrie sur le modèle de celui qui existe en milieu ordinaire. Le Guillant, par exemple, imagine que le travail dans les ateliers de l'hôpital psychiatrique doit être organisé sur le modèle de l'usine, et que le salaire à la pièce aurait une vertu réadaptative. Ces vues sont largement discutées dans les années 1950, où Sivadon déjà remarque que si l'on donne à faire une tâche trop facile et répétitive, celle-ci ne remplit une fonction positive que le temps durant lequel la personne s'y adapte. Une fois qu'il ou elle sait la réaliser, quand ce travail devient routinier, et que la pauvreté de ce qu'il autorise comme activité sensori-motrice et comme activité cognitive et psychique s'est installée, ce travail ne permet plus de conjurer les symptômes de la maladie ou de dépasser un tant soit peu les limitations du handicap. Non seulement, il ne permet pas d'aller mieux, mais il fixe les conduites dans un état pathologique ou régressif, et en ce sens, il aggrave.

La conception de Tosquelles est toute autre. «L'ergothérapie en soi n'est rien ou peu de chose » si elle n'est pas la base d'une sociothérapie. Le jugement est sévère : l'ergothérapie ne sera jamais pour Tosquelles un moyen d'adaptation sociale, qui relèverait pour lui d'une technique «vétérinaire»³⁴. Georges Daumezon disait en 1961 à Saint Alban : « Le travail consiste à modifier le monde pour gagner sa vie³⁵ ». Tosquelles lui répond : «nous n'avons pas à gagner la vie, on l'a gagnée à la naissance et on la perdra le jour où on mourra. Ce que nous avons à faire, c'est de développer la vie par la dialectique des échanges avec l'autre ». Dans les échanges, il y a le langage bien sûr, mais pas seulement, les échanges matériels jouent un rôle de premier plan. Le travail met en scène, fournit la matière de la mise en drame de l'existence. «Le destin des pulsions n'est jamais joué à l'avance... Par ailleurs, qui dit 'pulsion', dit engagement dans un travail de mise en forme. C'est la réélaboration du travail en question qui détermine la vie concrète et variable des hommes

³³ F. Tosquelles, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Éditions du Scarabée, Paris, 1967, republié aux Éditions Éres.

³⁴ Ibid.

³⁵ F. Tosquelles, « Les échanges matériels et affectifs dans le travail thérapeutique », Bulletin technique du personnel soignant de Saint Alban – Table ronde sur le travail thérapeutique 16 et 17 juillet 1961, Facs A, avec J ;Oury, R. Gentis, Y. Racine.

dans leurs espaces d'existence. Le travail (...) déclenche l'imagination créatrice mise à l'œuvre dans chacun des groupes concrets dont chaque homme fait partie³⁶ ».

La conception de ce qu'il appelle parfois « la clinique des activités » ne repose pas sur une analogie avec le travail ouvrier. Son modèle initial est plutôt celui de la ferme-hôpital où l'on peut tout faire et presque vivre en autarcie, en cultivant ses propres fruits et légumes, en organisant des échanges de biens ou de coups de main avec les paysans alentour, en fabriquant des vêtements, mais aussi des objets à vendre lors de kermesses elles-mêmes organisées par les soignants et les soignés, annoncées dans le journal de l'hôpital, le fameux – écoutons bien son nom – *Trait d'union*. Dans cette conception du travail, faire le ménage, mettre la table, faire fonctionner la presse du journal ou organiser le ciné-club et venir voir des films, ou encore retaper une partie des bâtiments, toutes ces activités sont réalisées collectivement par les soignants et les soignés : c'est un premier point très important : il s'agit de *travailler ensemble*. Tout travail qui serait réalisé seul (dans son coin ou sans coopération) ou même à deux, nous y reviendrons, n'aurait aucune valeur thérapeutique.

Tosquelle parle de la clinique *des* activités, et la diversité de ce qui est proposé est fondamentale pour que chacun.e puisse y trouver une quelconque résonance avec son désir, ses capacités, ainsi que des interlocuteurs différents. Travail et loisir sont articulées ensemble, dans des temps qui sont scandés par les saisons, par les jours ou les fêtes qui reviennent. On tend à ce que les activités soient culturellement inscrites dans l'histoire locale. On se souvient de la mésaventure de Franz Fanon en Algérie qui essaie d'organiser un atelier de vannerie dans le service des hommes, sans succès. Avant de comprendre que c'est une activité de femmes et d'organiser un café maure. Dans les ateliers, une des requêtes de certains adhérents à propos de leur ESAT, était que l'on puisse y organiser des activités de loisirs (comme le CE d'une entreprise en milieu ordinaire le fait, et comme certains ESAT le pratiquent également).

Les activités ne sont pas hiérarchisées, il n'est pas plus noble ou plus utile ou plus efficace thérapeutiquement de réaliser le journal ou de nettoyer les miettes sur la table. Tout dépend de quand, comment, qui, avec qui, pour qui. Dans *La société lozérienne*, le film que Tosquelles a réalisé lui-même à Saint-Alban, pour faire connaître son travail aux élus ou autres financeurs, on voit un atelier tricotage – ou plutôt de détricotage, puisqu'on voit une femme détricoter un vêtement et passer la laine autour des bras d'un jeune garçon qui semble assez catatonique, il fait bras pour la

³⁶ F. Tosquelles, « Actualité de la psychothérapie institutionnelle », *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Pierre Delion Ed., éd. Matrice, Vigneux, 1994.

laine, on peut dire que c'est peu, ou à l'inverse souligner qu'il est dans le monde, dans le groupe, intégré. De même, dans un autre film, *Regard sur la folie*, réalisé en 1960 par Mario Ruspoli à Saint-Alban³⁷, on peut penser que l'activité de fabriquer des confettis est assez pauvre, mais c'est tout différent lorsqu'on voit les confettis s'envoler durant la fête. L'un n'a pas de sens sans l'autre, les confettis s'inscrivent dans la dynamique des échanges. Ce n'est pas *une* activité qui compte, mais la manière dont elle s'insère dans un ensemble d'activité. En ce sens, cela ne sert à rien de faire un splendide atelier d'art-thérapie si le reste du temps les patients sont abandonnés à eux-mêmes. Ensemble et mouvance, ce sont des mots-clés dans la pensée de Tosquelles³⁸. La partie n'existe que dans un tout, ce tout est en perpétuelle transformation, quand cela cesse de bouger, cela se fige et les symptômes pathoplastiques redeviennent envahissants.

Les activités permettent de fabriquer un monde commun, entre les personnes soignantes et soignées, mais aussi, et c'est capital avec le monde autour, il s'agit d'ouvrir sur le village, le quartier, la ville, de se faire connaître, de briser le préjugé d'irresponsabilité qui se décline selon deux acceptions tragiques : 1) les personnes qui souffrent de maladies psychiques ou de handicaps psychiques ne peuvent rien faire et 2) elles sont dangereuses.

Le travail permet de fabriquer du semblable, c'est-à-dire de réduire l'altérité comme figure imaginaire, menaçante ou dégradée. Cette fabrication du commun et du semblable est vraiment au centre de ce que Tosquelles appelle le travail thérapeutique. C'est finalement une très grande trouvaille que celle d'avoir compris que le travail n'était pas seulement thérapeutique pour les malades mais aussi pour les soignants. Car, selon Tosquelles, sans la médiation des activités, les soignants ont peur des malades, de leur étrangeté, de leur violence supposée ou agie, et les soignés ont peur des soignants, de leur pouvoir de coercition, de contrôle et de punition.

Alors le travail, cela sert d'abord à surmonter cette peur. C'est ce que montre très bien Philippe Paumelle, dans sa thèse en 1951, où il décrit un travail sur l'ambiance d'un quartier des agités³⁹. On est encore à l'époque où l'on fait usage de la camisole : « un quart de pensionnaires sont

³⁷<https://www.youtube.com/watch?v=E42L2Rj4sXo>.

³⁸ P. Molinier. Ensembles, mouvance et système D. Survivance de François Tosquelles. *Empan*, 2014/4 ; 96 : 42-46.

³⁹ Philippe Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Éditions ENSP. 1999, page 30. Philippe Paumelle (1923-1974) est connu pour avoir engagé dans le XIII^{ème} arrondissement à Paris la première expérience intégrée de soins dans le cadre d'une sectorisation. Il fut auparavant, dans les années 1950, l'interne de Georges Daumézon à Maison Blanche.

constamment camisolées, mais la menace pèse en permanence sur toutes les autres ; on camisole pour la visite, pour le ménage, pour la tranquillité des veilleuses ». « L’infirmière qui m’a menacée d’un choc ferait bien de se soigner d’abord elle-même : elle ne s’occupe que des coins de lits » écrit une patiente. Avec l’aide de quelques infirmières insatisfaites de cette façon de travailler, Paumelle va proposer des activités de terrassement pour aménager un terrain de basket à proximité du pavillon. Il s’agit donc de confier à des patientes auparavant jugées dangereuses des outils tels que binettes, râtaux, pelles, bêches, de leur proposer un travail physique où dépenser sans compter leur l’énergie, un travail dont l’utilité sociale est manifeste. « *Le lendemain et chaque jour à la suite, toutes les après-midi et bien souvent le matin, une équipe doublée et triplée allait à la terrasse. Bien plus que l’amélioration notable de quelques malades difficiles et notamment de maniaques, la terrasse marqu[a], selon Paumelle, la fin du règne de la peur.*⁴⁰ » Le ‘travail thérapeutique’ dépasse le travail occupationnel dans la mesure où il ne s’agit pas « de ‘faire travailler les malades’ pour diminuer tel symptôme ou tel autre. Il s’agit de faire travailler les malades et le personnel soignant ensemble, pour soigner l’institution : pour que l’institution saisisse sur le vif, que les malades sont des êtres humains, toujours responsables de ce qu’ils font, ce qui ne peut être mis en évidence qu’à condition de faire quelque chose » écrivait Tosquelles.⁴¹ C’est cela « développer la vie » à travers les échanges matériels.

Cette attention portée simultanément à la personne soignée et à celle qui occupe la fonction soignante ou éducative, on la retrouve dans un texte qui vient d’être réédité : « Hygiène mentale des éducateurs et leur efficacité »⁴². Il s’agit de l’efficacité de leur comportement avec les enfants. Texte avec une vocation technique.

Le titre est très poussiéreux, mais le contenu est très instructif ! Aujourd’hui, on dirait sans doute « santé mentale » plutôt qu’hygiène, et ce n’est pas forcément mieux. L’hygiène, au moins, décrit un comportement actif et répété, l’hygiène est sans conteste une pratique (comme se laver les dents) alors que la santé semble indiquer une forme de stabilité donnée plutôt qu’un état provisoire qui relève d’un effort constant.

Dans cette « hygiène », Tosquelles donne un rôle central à la coopération et aux activités quotidiennes. Le groupe ne se forme pas, pour lui, nous l’avons déjà souligné, par les échanges

⁴⁰ Paumelle, op. cit. page 62.

⁴¹Tosquelles, op. cit., page 41.

⁴² Ce texte collectif est signé Tosquelles, Oziol, Ourabah, Gratton et Racine. Il est réédité aux éditions d’Une.

symboliques, et encore moins quand ils s'expriment sous la forme d'un commandement (celui de faire groupe, par exemple), mais le groupe est constitué « *par d'autres interéchanges moins symboliques et plus concrets que la parole (l'éducateur a du laver les enfants, les habiller, leur donner à manger, jouer, etc. – bref, vivre avec eux.) et que lui-même, avant d'être une parole, est une présence concrète et un engagement à tous les niveaux.* » Selon Tosquelles, il y a une *identité de structure* entre ce qu'on pourrait appeler « l'appareil de soins » aux enfants (adultes) et celui qu'on peut et qu'on doit mettre en action en vue de l'hygiène mentale des éducateurs. L'originalité est de porter l'attention sur l'hygiène mentale des éducateurs, de mettre celle-ci au centre du dispositif thérapeutique, au centre de leur efficacité thérapeutique. D'une certaine façon, c'est en soignant le travail des éducateurs, que l'on va soigner les enfants.

La socialisation par le travail est bien sûr un élément important. Comme le soulignent les adhérents du G.E.M., les associations qui créent des ESAT assurent généralement un suivi administratif et social, une fois que l'on travaille en ESAT, en général on dispose également des services administratifs et sociaux qui l'accompagnent (possibilité de voir une assistante sociale ou un psychologue au sein de l'ESAT) ou même de disposer d'un logement quand l'association qui a créé l'ESAT en possède (c'est le cas par exemple de l'association « Vivre autrement » à Saint Denis ou « AEDE » au Bourget). Les travailleurs en ESAT disposent ainsi d'un dispositif d'accompagnement assez complet. Enfin certains ESAT propose au-delà du travail en lui-même une vie sociale au sein de l'entreprise (organisation de séjour, fête de fin d'année, librairie, vidéothèque) qui complète le dispositif et travaille la qualité de l'ambiance. Toutefois, la qualité du travail à réaliser reste un élément central du point de vue du rétablissement. Dans les ateliers réalisés au GEM, outre que les gens se plaignent d'être mal payés⁴³, la critique qui est revenue le plus souvent, par les adhérents du GEM, est le manque d'intérêts de certaines activités manuelles (conditionnement, fabrication de boîte ou de document, travail à la chaîne) qui génère un certain ennui à terme pour certain. Une adhérente de l'association comparait par exemple deux activités proposées par son ESAT: l'une qui consistait à façonner des documents (pliage, collage, agrafage) l'autre plus créatif consistant à produire des objets de décoration ou du petit mobilier fait main. Avec une dimension artistique, beaucoup plus épanouissante pour elle que le façonnage à la chaîne de documents.

Si le travail réalisé doit être intéressant, comme c'est le cas dans certains ESAT de restauration où les gens travaillent en équipe autour d'un service de qualité avec une dimension artistique (proposition de plateau « de luxe »), *c'est aussi important pour les personnels éducateurs que pour*

⁴³ Pour un plein temps, le salaire cumulable avec l'AAH (allocation adulte handicapé) ne peut jamais dépasser le SMIC. Par ailleurs pas de syndicats dans les ESAT mais des « comités de vie sociale ».

les travailleurs. Intéressons-nous à réduire la souffrance au travail des équipes éducatives quand il y a lieu, et à favoriser leur créativité, cela n'en sera que mieux pour les travailleurs handicapés aussi. Mais, sans oublier toutefois la leçon des bras qui portent la laine, il faut des activités variées et pour tout le monde en fonction de ses moyens du moment que c'est *ensemble* (à nouveau le pluriel : *les échanges* matériels vs le travail aliéné, c'est-à-dire un travail où l'aliénation mentale serait redoublée d'une aliénation sociale). Tosquelles met en garde contre « l'idéalisme pédagogique ». Ce qu'il dit à propos des enfants peut tout à fait s'étendre aux adultes : « *Nous croyons qu'il faut nous le crier tous les jours à nous-mêmes, tant cette exigence de s'adapter et de suivre les besoins de l'enfant est faible devant notre propre désir de les gaver de notre propre connaissance, de nos propres illusions et de nos propres désirs* ».

Tosquelles insiste aussi sur l'importance de lutter contre l'installation des relations duelles, éducateur/éduqué. Le risque étant que cet investissement solitaire se solde par le fait que l'éduqué (enfant ou adulte) devienne « l'objet partiel fantasmatique de l'éducateur », précisément la proie de ses fantasmes idéalistes. Deuxième remarque technique : quand on est dans une équipe qui ne fonctionne pas selon nos vœux, le risque est grand de faire cavalier seul et de renoncer à toute action au niveau collectif pour se recentrer sur l'investissement d'un ou plusieurs patients ou travailleurs « gratifiants », « avec qui on a le sentiment que ça marche ou que ça va marcher ». Erreur technique, avec risque d'effondrement pour l'éduqué comme pour l'éducateur, nous dit Tosquelles.

*Si l'enfant prend le rôle d'objet partiel fantasmatique pré-génital chez l'éducateur, c'est du fait **des conditions** régressives dans lesquelles il aborde son métier – conditions qui ne résultent pas seulement du fait de la présence d'enfants régressifs avec lesquels il conjugue son activité, mais surtout du fait que la régression de l'éducateur est consécutive à la mise à l'écart (dans le caveau des oubliettes ou dans l'ombre), par un refoulement **volontaire ou semi-volontaire**, de sa propre situation dans le groupe et dans les groupes qui constituent la chair et l'esprit de l'institution thérapeutique (...).* (souligné par nous)

Toute relation duelle avec une personne dépendante pour une raison ou pour une autre reproduit, selon Tosquelles, la relation imaginaire avec la mère, sous l'égide du principe de plaisir, et ne permet pas gagner en créativité et en autonomie, sachant que celle-ci implique parfois de laisser régresser, voir de régresser avec, ce qui est possible et sans danger dans un contexte par ailleurs interrelationnel, mais serait dramatique dans un contexte dyadique et fusionnel.

Nous commenterons deux choses particulièrement importantes : 1) ce sont les **conditions** qui sont régressives. Une phrase plus haut, Tosquelles vient de dire que les éducateurs sont pour la plupart des névrosés ordinaires et qu'ils n'ont pas à faire une « psychanalyse préventive » pour exercer leur métier. Ce sont donc *les conditions* qu'il faut transformer, ce qui ne peut se faire seul, car les conditions sont partagées.

2) Le refoulement est **volontaire** ou semi-volontaire, il est donc accessible à la conscience – sans trifouiller dans la psyché profonde – et ne relève pas techniquement d'une psychanalyse de groupe, mais d'un travail du groupe sur son propre travail.

Tosquelles prend un exemple qui n'a pas pris une ride : celui de passages à l'acte sexuels : « *Le passage à l'acte, pour néfaste qu'il soit à l'individu ou à la collectivité, ne peut se satisfaire, dans une perspective de volonté d'hygiéniste ou de thérapeute, (...) de cette triste constatation : « L'éducateur n'a pas pu dominer ses instincts ou ses impulsions ». Le mot « instinct et le mot « impulsion » étant de véritables écrans à l'étude de la dynamique engagée dans le comportement « blâmable » de l'individu en question. »*

Sur quels principes sont organisés les Esat aujourd'hui ? L'introduction d'une logique néolibérale de profit fait pendant à ce que Le Guillant et dans une moindre mesure Sivadon théorisaient d'une homologie qu'ils jugeaient nécessaire entre le travail psychiatrique ou le travail protégé et le travail en milieu ordinaire. Il faudrait que cela ressemble au milieu ordinaire – en moins « dur » - pour que cela soit « réadaptatif ». Le risque est alors de reproduire les conditions du travail aliéné, au sens marxien du terme. Une tension entre la nécessité d'être performant économiquement et la vocation sociale du lieu a été soulevée par plusieurs adhérents du G.E.M. lors des ateliers. Les ESAT ont un carnet de commande, des clients et un ensemble de contrainte (stress, exigence de rendement) qui parfois prennent le pas sur un lieu où l'on est sensé se sentir bien, « protégé » des contraintes habituelles du travail en milieu ordinaire.

En milieu ordinaire, toutefois, c'est encore plus « dur », puisque le travail n'est souvent même pas adapté aux besoins des personnes n'ayant pas de handicap ou de maladies psychiques. Mais de la même façon, on ne peut chercher à intégrer des personnes handicapés ou malades psychiques (pour se mettre aux normes, en particulier) qu'à la condition de réinterroger collectivement l'organisation du travail. Sinon les personnes handicapées seront perçues avec condescendance ou hostilité comme des charges ou il leur sera confié des activités inintéressantes et isolées, ce qui se traduira par une aggravation, un échec. Les psychologues du travail et les ergonomes peuvent être d'un grand secours pour réfléchir avec les travailleurs sur ce qu'il faut transformer pour que ça marche.

Pourquoi des ergonomes ou des psychologues du travail, et non des psychologues cliniciens ? Parce que se situer au niveau des échanges matériels permet de faire « dégonfler » les imaginaires, les fantasmes de peur, de dégoût, de toute-puissance, etc. sans avoir à y toucher. Travailler, disait Michel Foucault, c'est opérer un déplacement de la pensée. Comment sortir des formations imaginaires ? En se déplaçant et en se concentrant sur les échanges matériels : ce qu'il y a à faire, avec qui et en répondant à quelles contraintes ? L'œuvre de Tosquelles permet un tel déplacement de la pensée et c'est parce que ce déplacement vers le travail et les échanges matériels est loin d'être accompli que cette pensée est toujours actuelle.

