

Si cette critique s'entend dans un contexte où les réorganisations perpétuelles des services et structures ont des effets néfastes pour leurs membres, il ne faudrait pas, en convoquant cet argument, nier les aspirations des personnes concernées par le trouble à vouloir vivre comme les *autres*, sans devoir se conformer à certains modèles qu'ils soient médicaux ou sociaux. Même si on appréhende un individu, cela engage aussi des autres sur des modes d'attachement potentiellement affectifs et électifs et qui s'inscrivent peut-être moins dans un groupe déterminé *a priori* (la famille par exemple). Mais la multiplication des dispositifs *ad hoc*, forcément innovants et performants selon des critères auto-définis sera-t-elle suffisante pour faire face à la massification de la souffrance psychique ?

Des individus exclus du projet ?

Pour finir, interrogeons-nous sur ce que cette perspective pourrait produire comme nouvelles formes d'exclusion. D'une part, au regard de ce que je viens de problématiser, que faire de

celles et ceux pour qui l'étayage social est interdit ? Je pense notamment aux migrants avec des problématiques administratives, public aveugle de certains programmes orientés rétablissement, les projets de certaines personnes ne pouvant être reconnus (comme celui de rester en France). D'ailleurs, et c'est là un effet extrêmement paradoxal, l'absence de perspective d'inclusion sociale peut inversement conduire à surinvestir l'espace thérapeutique, qui peut alors difficilement s'envisager sur un mode autre que victimaire.

En plus d'une exclusion dite sociale, n'y aurait-il pas des laissés pour compte des politiques à destination d'« individu-projet » comme il y en a (eu) liés à l'absence de « demande » dans le soin ? Si les projets de rétablissement ont une dimension beaucoup plus large que ceux d'insertion ou de soin, il n'en demeure pas moins qu'ils demandent aux personnes des capacités à pouvoir se projeter dans l'avenir. Que faire alors pour celles et ceux qui dérogent à l'ordre du projet et de la capacité ?

▶ Représentations, stratégies et redéfinition identitaire dans le processus de rétablissement

Brice Martin

Psychiatre, praticien hospitalier
MD/PhD. Service universitaire de réhabilitation/ CL3R
Lyon

Dans le contexte de la désinstitutionnalisation, du développement du soin de réhabilitation, d'émergence de modèles mettant en avant les ressources du sujet et d'études longitudinales qui pointent un grand nombre d'évolutions positives des personnes touchées par un trouble psychiatrique sévère (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble du comportement alimentaire, trouble grave de la personnalité...), la possibilité de pouvoir se rétablir d'une pathologie psychiatrique émerge comme une donnée de plus en plus solide. L'existence de cette possibilité invite par conséquent à identifier les déterminants du rétablissement.

S'il est bien connu, dans une perspective médicale, que certaines dimensions péjorent le pronostic des personnes touchées par un trouble psychiatrique sévère, l'étude du pronostic sous un angle purement médical, en mettant de côté le rôle propre de la personne et de son environnement, ne semble pouvoir rendre compte que d'une part modeste des déterminants du rétablissement. En effet, des études récentes, s'appuyant essentiellement sur des méthodologies qualitatives, décrivent d'autres facteurs d'ordre davantage subjectifs et contextuels qui favorisent le rétablissement. Parmi ces facteurs figurent l'acceptation de la maladie, le maintien d'une insertion sociale satisfaisante¹, l'accès à des espaces d'autodétermination, l'élaboration d'une médecine personnelle², l'adhésion à des modèles explicatifs complexes des troubles³ et la découverte de nouvelles valeurs⁴.

Si ces travaux pointent différentes dimensions cruciales pour se rétablir d'un trouble psychiatrique sévère, une des limites importantes de ces études réside cependant dans leur prise de distance vis-à-vis de toute considération

d'ordre psychopathologique, mettant donc de côté la possibilité d'envisager des logiques de rétablissement propres à tel ou tel trouble psychiatrique, pour privilégier uniquement des logiques aspécifiques. Ainsi, une des limites de cette approche centrée sur la personne réside sans doute dans un paradoxe : celui de positionner la perspective du rétablissement comme une approche centrée sur la personne et sur ce que « fait la personne », au quotidien, pour « faire face » à son trouble en éludant certaines spécificités propres à chaque trouble vis-à-vis duquel la personne entre en lutte. En effet, la question de la nature du trouble en question est rarement évoquée ou assimilée de façon très globale à la notion de « trouble psychiatrique sévère ». Le processus de rétablissement ainsi envisagé semble se résumer aux tâches que tout sujet touché par un trouble psychiatrique sévère, quel qu'il soit, doit surmonter. Ces travaux, au demeurant d'une grande pertinence, situent donc exclusivement la compréhension du rétablissement du côté du « semblable » et excluent la dimension du « différent » qu'impliquerait le maintien d'un regard psychopathologique⁵, se privant ainsi d'une compréhension plus équilibrée du rétablissement.

Le repérage de logiques communes mais également spécifiques au rétablissement des personnes souffrant de psychopathologies différentes (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble du comportement alimentaire, trouble de la personnalité) constitue l'enjeu d'une étude multicentrique qui se déroule actuellement. Cette étude, qui s'appuie sur une méthodologie qualitative (la méthode IPA – interpretative phenomenological analysis) réunit différents structures⁶. Les premiers résultats sont attendus pour fin 2018.

1 Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. Illustrated edition. New York University Press; 2003. Davidson L. (2003). *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. Illustrated edition. New York University Press.

2 Deegan, P. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scand J Public Health SSuppl*, 66, 29-36.

3 Topor, A. (2012). *Managing the contradictions: recovery from severe mental illness*. Lambert academic publishing.

4 Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*, 37(5), 586-594.

5 Bachy, C., Frankhauser, A. et Martin, B. (2017). Entretien avec Marcel Sassolas. *Perspectives psy*.

6 Centre Hospitalier Le Vinatier – Ospere-Samdarra, Centre de réhabilitation de Saint-Etienne, Institut mutualiste Montsouris, Association de santé mentale du 13ème arrondissement de Paris, Centre de réhabilitation de Grenoble.