



## EDITO

### Le rétablissement sort des limbes

La question des processus de guérison ou de rétablissement est restée l'une des plus obscures du domaine de la santé psychique. Pendant longtemps, on a décrit avec un soin minutieux et dans tous ses détails l'évolution des processus morbides, extrait puis classifié, regroupé des symptômes. A tel point que l'on dispose aujourd'hui de toutes sortes d'entités pathologiques dont certaines apparaissent questionnables. Des états dépressifs réactionnels (suite à des coups durs, des deuils) sont-ils vraiment « pathologiques » et doivent-ils automatiquement être médicamenteux ? Nombreux sont ceux qui se posent des questions.

Pourtant, ce soin mis à « inventorier » les multiples visages de la souffrance psychique ne s'est pas manifesté dès lors qu'il s'est agi de comprendre le cheminement inverse, de l'état de détresse incapacitante au recouvrement d'une forme d'équilibre. Non que la préoccupation n'ait existé, ni les tentatives théoriques d'en éclairer la nature. Mais la compartimentalisation du savoir, l'empirisme psychiatrique, le clivage entre praxis médicale et sciences sociales, le surinvestissement idéologique ont longtemps obéré ces efforts.

Pourtant, la question est centrale : qu'est-ce qui fait qu'une personne se rétablit là où une autre, dans une situation très semblable, n'y parvient pas ? Comment décrire ou caractériser ce mouvement qui permet à la personne d'accéder à un mieux-être là où quelques jours ou quelques mois plus tôt cela lui était hors d'atteinte ?

Interpellés de longue date par cette question, nous désespérons de voir le peu de propositions de réponses, le peu de moyens consacrés à des recherches en ce

sens. Alléluia ! Le numéro de printemps de la revue « Santé mentale au Québec » consacre la moitié de ses pages à ce thème, avec des apports très convaincants.

Il propose une définition tout d'abord, celle d'Anthony (1993) :

« Le rétablissement est un mode de vie assurant à la personne satisfaction, espoir, capacité de contribuer en dépit des limitations causées par la maladie psychique. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et un nouveau but à sa vie, à mesure que la personne avance au-delà des effets catastrophiques de la maladie psychique. » Cette définition, en effet : « met en évidence un aspect essentiel du rétablissement : la poursuite d'une vie gratifiante, en dépit de la maladie, par le développement d'un sens nouveau donné à son existence ».

Résumant les recherches menées autour de ce thème au cours de la dernière décennie, les éditeurs proposent un modèle en quatre volets. L'advenue d'un processus de rétablissement dépendrait des éléments suivants :

**1.** Redéfinition et expansion du soi. Confrontée à l'irruption de la maladie psychique, la personne se doit de mener à bien une redéfinition de sa propre image associant le deuil de l'image idéale d'avant la maladie, le processus de découverte d'un nouveau soi et l'ouverture à sa propre complexité intérieure.

**2.** La dimension spirituelle. Celle-ci implique la reconfiguration de la vision du monde permettant à la personne de se trouver une place, telle qu'elle est, dans l'univers, d'y trouver des ressources aidantes, de construire une affirmation d'espoir face à son devenir.



**3.** Le pouvoir d'agir. Celui-ci se décline dans de multiples dimensions : psychologique, organisationnelle et communautaire. Il s'agit ici de transformer le sentiment d'impuissance par la démonstration de la capacité d'agir sur les mondes intérieur et extérieur. La dimension collective est cruciale.

**4.** La relation aux autres. Celle-ci se construit sur plusieurs claviers : ceux de l'entourage familial, des pairs, des intervenants, des services de santé et de soutien. La personne doit pouvoir y trouver un ancrage adéquat, impliquant une possibilité de « retrait positif », selon la jolie expression d'Ellen Corin. La participation à ces cadres relationnels active l'expérience du rétablissement.

Le propos est fortement résumé et méritera développements. Pourtant, on pourrait déjà remarquer ceci : tout d'abord, à quel point la psychiatrie clinique est limitée face à ces dimensions. Non qu'elle en soit coupable, elle n'a pas réellement vocation à intervenir dans les questions de sens ou d'ancrages relationnels. Notre propos est celui de souligner à quel point il est faux de vouloir remettre à la psychiatrie plus qu'elle n'est qualifiée à traiter dans le cadre de ses compétences. Et de rappeler que la clinique n'est qu'une pièce du puzzle de la santé mentale, utile et nécessaire bien souvent, mais désarmée face aux besoins globaux des personnes.

Ensuite, insister sur l'aspect communautaire de ces processus de rétablissement. Ce n'est jamais seul que quiconque réévalue son image de soi, s'ouvre à une conviction spirituelle, construit son pouvoir d'agir et développe ses relations. Mais toujours par le jeu de miroir réflexif avec le vécu de l'autre, et notamment « l'autre-soi même ».

Ce mouvement, les groupes d'entraide, les associations d'usagers, les systèmes de pairs, les organismes de proximité les pratiquent depuis bien longtemps. Parfois regardés de haut (ou de travers) par les professionnels, ils aménagent des espaces où la germination et le développement du rétablissement deviennent possibles.

A l'heure où le politique, bousculé par la péjoration de la santé mentale de la population, réinvestit le sens de son action dans la cité, cette constellation des savoirs profanes à laquelle nous participons et à laquelle nous sommes si attachés, offre des clés. Ce numéro de notre Lettre Trimestrielle, consacré pour l'essentiel au Psy-Trialogue, en fournit, nous l'espérons, quelques illustrations. ■

# Implémentation d'un atelier Psy-trialogue à Genève 1999-2002

## Historique

Le Psy-trialogue (ou « Psychose-Seminar ») est né à Hambourg au début des années 1990 de la rencontre du milieu académique et de celui des patients psychiques. Lors d'un séminaire animé par le Dr Thomas Bock autour de la psychose, des patients et des proches se manifestèrent pour souligner que l'on ne pourrait prétendre arriver à une compréhension élargie du phénomène sans prendre en compte le niveau de l'expérience concrète, subjective, des patients et de leur entourage. Le Dr Bock fut emballé par cette interpellation, et proposa que soient mis sur pied des ateliers d'échange spécifiques, réunissant ces trois publics des personnes concernées, de leur entourage et des professionnels de soins et de l'aide sociale. Les thèmes principaux en seraient « Comment comprendre la psychose ? » et « De quoi a-t-on besoin lors d'un épisode psychotique ? », thèmes déclinables de multiples façons. Le Psy-trialogue était né.

Apparu concurremment (mais est-ce une coïncidence ?) à l'émergence de mouvements d'auto-support des usagers de la psychiatrie, il essaima rapidement dans de nombreuses villes du monde germanophone. Il s'introduisit en Suisse alémanique dès 1997, soutenu activement par la Fondation suisse Pro Mente Sana. L'association romande du même nom, souhaita développer une première expérience dans la région lémanique. Elle sollicita le concours de la Fondation 19 (rebaptisée depuis Promotion Santé Suisse), qui accorda un soutien financier pour une première expérience prévue sur deux saisons, à Genève et Lausanne.

Du fait de circonstances institutionnelles problématiques au sein du réseau d'aide privée aux personnes en difficulté psychique en Romandie (à la faveur du changement du mode de subvention de l'OFAS), il fut décidé que le soutien de la Fondation 19 serait affecté à la mise sur pied de trois saisons de Psy-Triialogue en terre genevoise, au lieu du plan initialement prévu.

## Organisation

Quoique soutenu activement par Pro Mente Sana (qui met à disposition ses compétences de gestion de projet ainsi que des ressources), le Psy-Triialogue est un espace de communication autogéré et autonome. Un comité de pilotage regroupant des représentants des trois public-cibles en détermine toutes les options organisationnelles, sélectionne le ou les modérateurs, retient

le choix des thèmes abordés. En terre genevoise, c'est bien naturellement à des associations de patients (ATB -association troubles bipolaires- et les Sans-Voix), de proches (groupe d'entraide Le Relais) et à des organismes privé (Arcade 84) et public (Hôpitaux Universitaires Genevois) d'aide et de soins que nous sommes adressés ab initio. La première saison a pu démarrer en date du 15 septembre 1999. Depuis lors, neuf mois par an, des rencontres ont eu lieu mensuellement au moins.

## Données quantitatives

D'après les données collectées par M. Stéphane Culati, socio-anthropologue (partiellement publiées dans la Lettre trimestrielle n° 14 de l'association romande Pro Mente Sana de décembre 2001, et à paraître l'an prochain dans une monographie générale), c'est une assistance moyenne d'une trentaine de personnes (avec une variance entre vingt et quarante-cinq) qui a participé aux ateliers. Les deux tiers des participants interrogés affirment les fréquenter « régulièrement ». 84% d'entre eux indiquent prendre la parole au cours des séances, 66% le faisant à chaque séance et 63% à plusieurs reprises lorsque le thème les intéresse.

A l'évidence, le Psy-trialogue est créateur de lien social puisque 84% des répondants disent avoir créé des contacts avec d'autres participants, 63% s'étant même revus en-dehors des séances. Fait remarquable, la « ségrégation » naturelle par « type » (les soignants, les patients ou les proches restant « entre eux ») ne s'est pas opérée puisque 80% de ces contacts ont concerné de personnes extérieures à la catégorie d'origine.

La participation au Psy-trialogue est par ailleurs revendiquée par les participants, 94% d'entre eux en ayant parlé autour d'eux. Expliquer le sens de la démarche est dans l'ensemble aisé, puisque seuls 16% des participants y ont ressenti une difficulté. Par ailleurs, un mouvement de diffusion est constatable : 79% des participants interrogés ont proposé à d'autres personnes de venir au Psy-Triialogue et 60% sont parvenu à leurs fins.

L'appréciation générale des participants est très positive : 95% des participants souhaitent que l'expérience se poursuive et se déclarent désireux ou prêts à continuer d'assister aux séances. Les choix concrets (lieu, fréquence, horaire, animation) recueillent tous également de hauts scores de satisfaction.

Enfin, les principales qualités mises en avant par les usagers des ateliers sont apparues comme étant « la possibilité de dialogue », « la liberté d'expression » et « le respect de l'autre ». Les motivations à participer aux séances étaient dans l'ordre « écouter les autres participants » « parler autrement de santé mentale » et ensuite seulement « parler de son vécu ».

Au chapitre des défauts, le manque de participation des soignants (particulièrement les psychiatres) a été déploré en premier lieu, ainsi que, parfois, un certain enlisement des discussions.

Enfin, au chapitre de l'évolution des représentations des participants (notamment quant à la psychose), la moitié d'entre eux a indiqué que ses représentations ont évolué au cours des ateliers, deux tiers des répondants estimant par ailleurs que découvrir un sens nouveau à la psychose était essentiel au processus de guérison.

## Données qualitatives

Le Psy-Trialogue est apparu comme une expérience très novatrice dans le domaine de la santé mentale. Cette configuration permettant une rencontre et un échange entre les trois principales catégories d'acteurs du domaine hors de tout contexte institutionnel et des rapports de force et de sens habituels débouche sur des questionnements féconds :

- Celui de la perception de la maladie psychique en rapport avec la position depuis laquelle on l'observe ou on la vit. Ainsi, le vécu subjectif, intérieur de la psychose apparaît bien comme une dimension essentielle du processus, qui demande à être pris en compte et intégré dans les démarches diagnostique et thérapeutique, ainsi que dans les réponses sanitaires et sociales avancées. Concomitamment, le vécu personnel des soignants et des proches est lui aussi un élément signifiant de la problématique, qui doit lui aussi pouvoir être exprimé et processé.
- Ceci débouche sur une appréhension de l'expérience personnelle de la psychose comme relevant d'un ordre d'expertise propre à orienter les pratiques cliniques et sociales. Passer à côté de cette source de connaissance revient à laisser en rade une pièce essentielle du puzzle. Dans les faits, l'énoncé par les personnes concernées et leurs proches des besoins de la personne en épisode psychotique, et l'évaluation qu'ils peuvent faire de l'adéquation de la réponse de soins ou de soutien à ces besoins s'avère très pertinente et potentiellement féconde.

- L'ouverture au vécu de l'autre (première motivation des participants) permet aux acteurs du domaine de compléter utilement leur appréhension des choses, d'une manière qui, selon leurs dires, n'est pas accessible ailleurs. Une telle situation d'échange libre et égalitaire n'a pas d'équivalent et ne saurait évidemment exister en contexte de soins. Il en constitue néanmoins un volet extérieur nécessairement complémentaire.
- Le mouvement du Psy-Trialogue s'inscrit dès lors dans celui de la reconfiguration des rapports de force et de sens dans le domaine de la santé. D'une position de sujet de soins, le patient s'est retrouvé progressivement dans celle d'un consommateur de soins (dès les années '70), puis, aujourd'hui, de plus en plus, d'expert de sa propre santé. Le processus thérapeutique apparaît dès lors comme celui résultant de l'alliance de différents savoirs, celui du patient étant central à la mise en œuvre d'un mieux-aller.
- Une dernière perspective féconde sera celle du Psy-Trialogue en tant que rituel social. L'expérience allemande a attesté d'une efficacité du Psy-Trialogue en tant que stratégie de prévention de la rechute auprès des personnes psychotiques. Le paradoxe étant en la matière qu'il s'agit d'un « effet secondaire » bénéfique mais qui, pour le rester, doit rester « non-intentionnel ». Si l'un des objectifs de l'organisation des ateliers devait être d'aboutir à ce résultat, on déséquilibrerait inmanquablement la neutralité égalitaire du cadre au profit d'un geste de « bienfaisance » pour les patients. La vertu « thérapeutique » naissant précisément du fait que l'on se permet de sortir de ce référentiel, voilà la nature du paradoxe...

L'on peut ainsi supposer que l'effet bénéfique pour les personnes concernées aussi bien que pour les autres catégories de participants (puisque chacun s'y guérit de quelque chose : les patients de leur solitude et de leur désarroi face à l'expérience psychotiques, les proches de leur obnubilation quant à leur parent malade et leurs réflexes naturels de codépendance, les soignants de leur certitude de savoir et leur peur de leur propre impuissance) est précisément produit par le fait que le Psy-Trialogue est une espace autre au sein duquel peuvent se dérouler des interactions et des relations autres. Un espace autre et des relations autres débouchant sur une altération de la perception (par rapport à la réalité usuelle, mondaine), voilà bien la définition d'un rituel social. Dans les faits, les ateliers sont une sorte d'initiation au vécu de l'autre telle que ni l'académie ni la clinique ni la rencontre quotidienne n'y préparent.

## Enjeux communautaires

Le constat de la simultanéité, en Allemagne, du développement des ateliers de Psy-Trialogue (environ 150 à ce jour) et des associations d'auto-support de patients psychiques est à mettre en parallèle avec certains éléments constatés à Genève. Sans pour autant bien sûr que l'on puisse prétendre que le Psy-Trialogue en soit la cause unique ou même principale, force est de constater que de plusieurs mouvements intéressants se sont développés simultanément :

- La clinique de psychiatrie de Belle-Idée s'est ainsi ouverte à la collaboration avec les associations de proches et d'usagers, ainsi qu'avec les partenaires du milieu social. Des rencontres régulières entre ces interlocuteurs se sont établies dès l'an 2000.
- La participation au Psy-trialogue a été reconnue par les Hôpitaux Universitaires de Genève au titre de la formation continue des médecins. Implicitement, la Faculté reconnaissait par là que la confrontation au vécu des patients et de leurs proches avait au moins autant de valeur en termes d'acquisition de connaissances qu'un séminaire sur la pharmacologie ou les psychothérapies.
- Pro Mente Sana a pu formaliser les principales revendications des usagers et des proches (rejoignant celles de nombreux soignants...) pour une évolution de l'offre de soins. Ces propositions, concrètes, créatives et raisonnables, ont été communiquées à grande échelle et reprises par la presse.
- Une association active de personnes psychiquement troublées (selon leur propre terme) s'est constituée, ainsi qu'un réseau d'entraide pour les personnes entendant des voix, axé sur le partage de moyens pragmatiques et concrets pour faire face à cette situation.
- De hauts fonctionnaires de l'action sociale et de la santé psychique ont assisté à des ateliers en révélant qu'il s'agissait pour eux d'une voie d'accès privilégiée à l'expérience des usagers des institutions, dont ils avaient peu l'écho par ailleurs.
- Des partenaires du réseau associatif d'aide aux personnes en difficultés psychiques se sont regroupés pour échanger régulièrement des informations et mener à bien des projets concrets.
- Le lien entre associations de défense des usagers et groupes de proches se sont significativement renforcés et ont débouché sur la mise en avant de plusieurs propositions concrètes (comme celle de la mise sur pied d'une équipe d'intervention spécialisée pour personnes en état de crise psychique).
- La politique de santé du canton de Genève a explicitement désigné la santé mentale comme un priorité, et conduit différents chantiers de recherche.

Le Psy-Trialogue a été un lieu où les experts en charge de ces projets sont venus chercher de l'information sur le vécu des acteurs du domaine.

- La presse s'est elle aussi intéressée à la modalité, et a publié plusieurs articles de fond présentant les particularités du Psy-Trialogue.

En définitive, le Psy-Trialogue a été le catalyseur de nombreuses synergies. Par son existence et les relations nouvelles qu'il a permises entre acteurs (et l'émergence d'une ou plus exactement de trois « paroles » pleines de vécu et de sens), il a entraîné des répercussions significatives. On doit donc poser le constat qu'il s'est avéré un puissant déclencheur/relais d'actions communautaires affectant jusqu'aux niveaux institutionnels les plus importants.

## Perspectives

Une quatrième saison vient maintenant de débiter à Genève. Le souci de l'association Pro Mente Sana est maintenant de permettre que d'autres expériences se déroulent dans d'autres villes en Romandie. Des contacts ont été établis dans le canton du Jura, en Valais et à Fribourg. Nous espérons démarrer quelques ateliers à Delémont en avril 2003, puis dans le Chablais et la Gruyère à l'automne.

Par ailleurs, une monographie est en cours de rédaction, présentant à la fois l'historique du Psy-Trialogue et les conclusions de la recherche menée avec M. Culati. Il s'agira du premier ouvrage original en langue française sur le sujet, et nous caressons l'espoir qu'une telle publication aide à la diffusion du Psy-Trialogue en Romandie mais également dans le monde francophone.

Un autre projet que nous souhaitons développer serait celui d'un reportage documentaire vidéo, réalisé avec les participants au Psy-Trialogue. L'impact d'un document filmique est en effet particulièrement important, d'une diffusion facile, et peut être ainsi présenté à de nombreux publics.

Enfin, il faut relever que nous participons à la communauté de travail « Psy-Trialogue en Suisse », qui regroupe des représentants de tous les ateliers actifs en Suisse (plus d'une quinzaine maintenant). C'est un espace précieux où échanger nos expériences et ébaucher de nouvelles perspectives.

## Conclusion

Par plusieurs de ses caractéristiques, le « Psy-Trialogue » apparaît comme une forme d'expérience-modèle en matière de santé mentale. S'ancrant ouvertement dans la démarche et les valeurs des stratégies de la santé et de l'intervention communautaire au sens large, il démontre à nos yeux l'efficacité de nouvelles pratiques

sociales et citoyennes dans le domaine de la santé. La santé mentale étant identifiée comme un des enjeux cruciaux de la santé publique, et le Psy-Trialogue démontrant les vertus de stratégies actives et participatives de promotion de la santé, nous pensons qu'il importe effectivement de développer cette modalité et de la faire connaître à un plus large public. ■

jdm

## Evaluation du Psy-Trialogue : seconde partie

### Stéphane CULLATI

*Dans le numéro n° 14 (décembre 2001) de la Lettre trimestrielle de l'association romande Pro Mente Sana, nous avons dressé un premier bilan de l'évaluation du Psy-Trialogue, essentiellement sur la base du questionnaire distribué au printemps 2001. Dans cet article, qui présente la deuxième partie de l'évaluation, notre objectif est d'offrir un bref compte-rendu descriptif des informations tirées d'observations participantes et des entretiens de groupe (focus groups) avec les ex-patients, les proches et les professionnels de la santé mentale<sup>1</sup>.*

*Socio-anthropologue spécialisé dans l'analyse de l'imaginaire, Stéphane Cullati recourt ici à des grilles d'analyse inspirées de Gilbert Durant et de Carl Gustav Jung. Il s'agit de comprendre ce qui est « mis en images » dans le Psy-Trialogue et comment chacun y construit la compréhension intime de son devenir en relation avec la maladie psychique. Le recours à ces auteurs apparaissait dès lors présenter un intérêt par l'ouverture à une « archétypologie » des représentations.*

*Derrière le niveau « lisse » en quelque sorte du langage explicite se déploient en permanence des réseaux d'images et d'associations symboliques qui, à notre insu, sur-déterminent les polarisations de notre psyché et donc le contenu de nos pensées. Cela est une évidence en psychologie, mais l'est curieusement moins en sciences sociales. L'accès à ces strates où s'édifient les représentations collectives qui nous imprègnent est incontournable pour saisir ce qui est mis en jeu. Notre travail propose quelques pistes en ce sens.*

### Saison 2001-2002 : participation et prises de parole

Au cours de la saison 2001-2002, la moyenne du nombre de participants était de 30 personnes par séances (sans compter les animateurs et l'observateur), le maximum et le minimum étant respectivement de 40 et 22 personnes. Il n'est pas possible de déterminer les proportions exactes des ex-patients, des proches et des professionnels, car les règles de l'anonymat et du silence dissimulent l'identité des participants qui ne s'expriment pas. Par contre, lorsqu'un participant prend la parole, il est généralement aisé de déterminer son appartenance à l'un ou l'autre des trois groupes. S'il est donc possible d'identifier un participant lorsqu'il s'exprime, qu'en est-il des prises de parole en fonction des groupes ? Au cours de la saison 2001-2002, les patients ont représenté

le groupe prenant le plus souvent la parole, en moyenne plus d'une fois sur deux (52% des prises de parole), suivi des proches (20%), des animateurs (16%) et des professionnels (12%). La durée moyenne d'une prise de parole était de 2 min 14 secondes, ce qui révèle une maîtrise collective du respect des tours de parole et d'un degré d'intervention raisonnable : c'est un laps de temps suffisant à développer une idée complexe, mais sans pour autant se perdre dans d'innombrables détails.

Quelle est la séance qui a le plus marqué le groupe des anciens patients au cours de cette saison ?<sup>2</sup> Du point de vue des prises de parole, ce groupe s'est exprimé plus que la moyenne au cours de trois séances suivantes :

<sup>1</sup> Ces deux articles constituent des synthèses. Les données – qualitatives et quantitatives – seront présentées de manière systématique dans l'ouvrage actuellement en cours de préparation, qui sortira en 2003.

<sup>2</sup> Les thèmes des séances 2001-2002 étaient les suivants : Faire face à une crise, Traitements et effets secondaires, Quelle guérison ?, Curatelles et procurations : Comment prévoir ?, Les hallucinations, Troubles psychiques et vie familiale, Le réseau en psychiatrie, Rancune et réconciliation et Une journée en psychiatrie.

« Quelle guérison ? », « Rancune et réconciliation » et « Les hallucinations ». Pour ces séances, les patients ont pris la parole en majorité (respectivement 65%, 64% et 55%).

Un nombre élevé de participants à une séance n'implique pas un nombre de prise de parole plus élevé que la moyenne. Il semble que cela soit plutôt le contraire, puisque la séance qui connût le plus de « succès », en termes de quantité de prises de parole, fut « Curatelles et procurations: comment prévoir ? » (65 prises de parole), à laquelle seulement 22 personnes assistèrent (ce qui représente la participation la plus faible de la saison).

## L'imaginaire du Psy-Trialogue

Au printemps 2000, un petit questionnaire, constitué notamment de questions projectives, avait été distribué au Psy-Trialogue<sup>3</sup>. Cinq questions demandaient de comparer le Psy-Trialogue à un animal, un personnage, un paysage, une maison et une couleur. Bien qu'il y eut beaucoup de non-réponses (en particulier pour le personnage), ces questions donnent un petit aperçu de l'imaginaire du Psy-Trialogue chez les participants, c'est-à-dire des images qui lui sont associées, spontanément ou non. En étudiant l'imaginaire du Psy-Trialogue, nous avons accès à des représentations habituellement cachées (voire refoulées), puisque les règles de l'interaction sociale quotidienne exigent, la plupart du temps, que ces images restent recluses dans la sphère intime de la subjectivité individuelle. Sans entrer dans le détail des résultats, il est intéressant de remarquer ceci<sup>4</sup>:

- Pour le registre animal, c'est l'animal terrestre qui a recueilli le score le plus élevé (33%)<sup>5</sup>, avec une nette domination du chat. Suivent les animaux aquatiques (13%), évoquant la sphère émotionnelle, et un insecte (le papillon, 7%), significatif d'un désir imaginaire d'élévation<sup>6</sup>. La marque du terrestre évoque le caractère stable, solide. La nette domination des réponses « chat » (26%) suggère d'une part le côté calme, mais aussi domestique par excellence, et donc familier. Le chat, plus particulièrement, est un animal qui domine ses mouvements, ses gestes, qui calcule ses bonds et qui maîtrise sa force. Dans l'imaginaire des enfants, et des adultes parfois, le mouvement rapide et indiscipliné est source d'inquiétude<sup>7</sup>. La réponse « chat », dans le contexte du Psy-Trialogue, peut être interprétée comme un désir incons-

cient de maîtrise d'une réalité intérieure pouvant être source d'inquiétude.

- Pour le personnage, c'est le personnage spirituel (le Christ, Gandhi, un Sage) qui fait le meilleur score (20%), quoiqu'il soit assez faible (ici le taux de non-réponse est majoritaire, 53%). Il est également question d'un artiste, d'un personnage mythologique et d'un voyageur (7% chacun). Il est intéressant de noter qu'un répondant sur cinq choisit un personnage spirituel pour symboliser le Psy-Trialogue. Ce résultat indique, selon une hypothèse que nous développerons plus bas, que le Psy-Trialogue est imaginé comme un espace de *recherche d'un sens ontologique*. Nous n'avons pas les moyens de préciser davantage cette idée de « sens », puisqu'il s'agissait d'un questionnaire distribué et rempli individuellement. Nous interprétons simplement ce résultat comme l'existence d'un *besoin* de trouver un sens, *du sens*, à sa vie ou à un mal-être.
- En ce qui concerne le paysage, ce sont les montagnes et les plans d'eau (lac, marécage, mer gelée) qui obtiennent le meilleur score (27% chacun). Également l'image de l'île (7%) suggère la présence de l'eau, mais entourant une terre. L'image du ciel n'apparaît qu'une fois (7%). La montagne est le cas exemplaire d'une image diurne, où domine la lumière et la *Spaltung*, mais aussi la distinction sociale (les histoires de héros)<sup>8</sup>, et donc l'idéalisation. À l'opposé, les images des plans d'eau renvoient à l'imaginaire nocturne<sup>9</sup>, à l'adhésivité, au microcosme. Dans l'ensemble, nous avons une égalité d'effectifs entre les images diurnes représentant une dynamique de lumière et d'idéal, et les images nocturnes représentant une dynamique de l'union et de l'intime. Ces dynamiques sont facilement rattachables aux différents vécus dans le Psy-Trialogue: expression de revendications personnelles ou collectives (des ex-patients en règle générale), mais aussi expression de l'intimité (de soi, de son groupe et de l'ensemble des participants).
- Pour la couleur, il n'y a pas une couleur privilégiée, mais plusieurs: orange et vert (13%) font les meilleurs scores, suivis de bleu, noir, jaune et blanc (7%). Également, un arc-en-ciel (7%), symbole d'un pont entre la terre et le ciel.

Cette brève description des premiers résultats qualitatifs montre un trait incontestable: contrairement à l'apparence qui laisserait penser que l'imaginaire du

3 Quinze personnes y ont répondu. Pour respecter l'anonymat du Psy-Trialogue (et du fait également du petit nombre de personnes), aucune donnée socio-biographique ne fut demandée.

4 Faute de place, nous ne restituerons pas les tableaux des données dans cet article.

5 Trois fois le chat, une fois le chat de gouttière et une fois le renard.

6 G. Durand, *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, p. 145.

7 Ibidem p. 75.

8 J.-P. Bozonnet, *Orologiques: Sociologie et mythe de la montagne: Les systèmes de relations entre milieu physique et activités touristiques dans les Alpes du Nord*, Thèse de 3ème cycle de sociologie, Université Grenoble 2, 1984.

9 La distinction imaginaire diurne / nocturne est issue de G. Durand, *Les Structures anthropologiques de l'imaginaire*, Paris, Dunod, 1992.



Psy-Trialogue, puisqu'il est un groupe de discussion en santé mentale, serait focalisé sur le régime nocturne de l'image (les ténèbres, les monstres, les angoisses, etc.), cette analyse montre que cette conception n'a pas lieu d'être. Au contraire, l'imaginaire des participants est résolument diversifié et s'étale sur les deux régimes fondamentaux de la psyché (diurne et nocturne). Ceci est un gage de succès en termes de dynamique de communication puisque l'univers de l'intériorité et de l'intime trouve expression et clarification, envers soi-même comme envers les autres. Une autre interprétation s'impose sur ces résultats, qui s'inspire également de notre observation participante aux Psy-Trialogue. Alors que certaines images aquatiques (évoquant les émotions) sont remplies de connotations négatives (un marécage, une mer gelée), le personnage est chargé, au contraire, d'une spiritualité à connotation positive (le Christ, Gandhi, un Sage). Ainsi, d'un côté le vécu émotionnel de la conscience<sup>10</sup> est objet de souffrances, de pourriture, de cristallisation, mais de l'autre côté, il existe un espoir, placé dans l'homme spirituel, c'est-à-dire dans l'individu en voie de réalisation. C'est donc un signe fort d'humanité qui est exprimé par les participants. Malgré les souffrances endurées, c'est dans l'homme qu'il faut aller chercher l'espérance, soit au fond de soi-même, soit à travers « l'Autre » (les participants au Psy-Trialogue, l'animatrice, l'animateur, etc.).

### L'adhésion au Psy-Trialogue

Au cours des entretiens, les objectifs du Psy-Trialogue n'ont pas été évalués de la même façon selon les groupes et au sein de chaque groupe. Dans le groupe des ex-patients, une opposition est née entre deux visions, l'une « idéaliste » et l'autre « pessimiste ». La première défend l'intérêt du principe du Psy-Trialogue, en insistant sur la dimension de sociabilité (« être ensemble »), dans le sens où tous les participants (ex-patients, proches, professionnels) forment un collectif pour « évoluer » ensemble. L'idéalisme est donc tourné vers le changement. A l'opposé, le pessimisme met l'accent sur un discours d'auto-justification permanent chez les professionnels et un discours « carré », de soumission aux professionnels, chez les proches. Il conçoit les relations soignants/soignés/proches comme un ordre immuable, statique, non susceptible d'une évolution ou d'un changement. Le professionnel et le proche resteront toujours les mêmes. Le pessimisme manifeste une nette opposition aux professionnels.

<sup>10</sup> Nous reprenons la théorie des types psychologiques de C.G. Jung, à savoir que la conscience est divisée en quatre fonctions: la sensation, le sentiment, la pensée et l'intuition (*Types psychologiques*, Genève, Georg, 1986, p. 426).

Certains patients s'approprient de façon imaginaire le Psy-Trialogue comme étant « leur » tribune libre, leur lieu d'expression: « C'est que ces personnes avec une expérience psychiatrique puissent s'exprimer et que les professionnels et les proches puissent entendre leur message » (un ex-patient). Le Psy-Trialogue est donc un lieu porteur de beaucoup d'attentes en ce qui concerne le groupe des ex-patients.

Chez les proches, la question de l'adhésion aux objectifs du Psy-Trialogue est beaucoup moins prégnante. L'opposition aux professionnels n'existe pas comme chez certains anciens patients. Au contraire, ils partagent les valeurs de la psychiatrie et expriment beaucoup plus de compréhension et d'empathie à l'égard des difficultés de travail des professionnels. Le psychiatre est bien vu, son savoir scientifique est apprécié, mais il est aussi relativisé. En effet, le psychiatre possède « le savoir théorique » mais pas l'expérience quotidienne de la cohabitation avec un malade: « Les médecins, ce sont finalement eux qui voient le moins les patients. Ils les voient peu, dix minutes à un quart d'heure, ils prescrivent des médicaments ». Ce constat des proches n'est pas le même pour tous les types de profession en santé mentale, car une infirmière possède cette expérience, étant plus proche des malades et partageant leur quotidien. Il ressort également des entretiens que le proche se sent plus en position de témoin et/ou d'arbitre de la rencontre/confrontation entre les anciens patients et les soignants, qui fut longtemps une topique centrale du Psy-Trialogue. La place du proche dans le Psy-Trialogue est d'abord définie dans la relation aux autres groupes, contrairement aux anciens patients qui considèrent leur place comme naturellement inscrite au centre de l'activité du Psy-Trialogue. Le proche se sent finalement plus à l'écart, même s'il participe pleinement au partage collectif des témoignages. Cette distanciation s'accompagne parfois de petites confusions sur l'identité du proche, sous la forme de lapsus (prononcer « les patients » au lieu des « proches »)<sup>11</sup>.

Chez les professionnels réunis pour cet entretien de groupe<sup>12</sup>, il y a une adhésion totale avec les objectifs du Psy-Trialogue, contrairement aux ex-patients. Mais l'adhésion totale n'est pas synonyme de participation: fatigue, contraintes familiales, horaire, appréhension de la confrontation (notamment chez les étudiants), etc., les raisons invoquées sont nombreuses pour expliquer le peu de présence chronique de ce groupe aux séances.

<sup>11</sup> Il est à noter, que les professionnels, eux aussi, ont tendance à faire le lapsus entre leur groupe et les patients. Ce qui indique que derrière son savoir universitaire, qui structure sa persona (ou son identité sociale), le professionnel questionne sa position face à la maladie mentale.

<sup>12</sup> Cet échantillon représente uniquement, rappelons-le, des professionnels ayant collaboré à la mise en place du Psy-Trialogue et/ou y participant occasionnellement.

Les entretiens étaient naturellement riches en représentations et opinions diverses, et nous ne pouvons évidemment pas restituer un résumé complet ici. Nous avons donc choisi de présenter deux thèmes seulement, particulièrement intéressants à nos yeux.

### Le Psy-Trialogue comme espace d'individuation

Le pouvoir symbolique du psychiatre, dans le contexte de l'institution psychiatrique, et malgré tous les efforts de médiation qui peuvent être entrepris par le praticien, crée un rapport social dans lequel les patients ne se sentent pas totalement libre de s'exprimer. La lecture fortement « pathologique » que font les soignants de l'expression des contenus imaginaires de la crise psychique les conduit assez invariablement à chercher à augmenter les doses de médication, et les patients apprennent vite à refouler ou vouloir camoufler ces expressions. Dans le Psy-Trialogue, les anciens patients retrouvent une liberté d'expression qu'ils n'avaient pas avant. Un ancien patient exprime ainsi son soulagement: « C'est le lieu où la personne peut s'exprimer sans qu'on la réprime ».

Dans ce nouveau contexte d'échange libre, nombre de participants ont accumulé des expériences qui les ont conduit à entamer un processus d'individuation<sup>13</sup>: « C'était donc un cabinet médical plus authentique », disait un ancien patient. « C'est un espace imaginaire, un lieu psychanalytique où on peut évoquer émotions douloureuses et souffrances de l'âme... », dit un autre ex-patient. « Chacun avait l'impression d'avoir un moment de liberté pour être comme il est ». Un nombre non négligeable de participants viennent au Psy-Trialogue pour écouter et dialoguer dans la perspective d'un processus de re-définition individuelle, au cours duquel la réévaluation de son histoire de vie se déroule à la faveur d'une ouverture au vécu et au discours de l'autre. Par le partage de propositions de narration et d'attribution de sens, tout au long de l'année, les discussions dans les séances donnent lieu à des remises en question personnelles, à des questionnements sur des sujets « fondamentaux » tels que « l'amour », le « respect de soi » et « d'autrui », la « rancune », la « paix intérieure », « se réconcilier avec sa famille », « apprendre à vivre avec son déséquilibre », « refuser l'égoïsme », etc.<sup>14</sup> Toutes ces discussions – qui ne représentent pas l'intégralité des discussions – confèrent au Psy-Trialogue une dimension expressive d'individuation.

<sup>13</sup> C. G. Jung, *op. cit.*, p. 449-451.

<sup>14</sup> Ces quelques indications viennent des séances de la saison 2001-2002, extraites de nos notes personnelles.

### Une interrogation du savoir

Dans le groupe des ex-patients, il y a une volonté d'interroger le savoir, d'être critique face à la puissante autorité de la blouse blanche. Il y a ici une épistémologie de la connaissance ordinaire, selon différentes interrogations: « qui sait quoi? », « ce que je sais, est-ce que je le sais vraiment? » et « est-ce que d'autres le savent aussi? ». Si les réponses à ces questions ont parfois une valeur individuelle, il n'empêche que leur densité et leur répétition sont significatives. Face à tout ce travail cognitif de production intellectuelle, le Psy-Trialogue joue un rôle d'espace de vérification du contenu de la pensée. S'exprimer devant autrui renforce la confiance en soi, oblige à un travail minimal de clarification de sa pensée<sup>15</sup> et accroît le sentiment de reconnaissance sociale. Par la liberté d'expression qu'il offre, cette tribune libre offerte au participant, le Psy-Trialogue offre un espace où les interrogations individuelles peuvent se confronter et aboutir soit à la distinction des points de vue, soit à leur convergence.

### Le Psy-Trialogue: un rituel social?

Dans la société occidentale contemporaine, le phénomène de sécularisation a entraîné une forte diminution de la pratique religieuse chrétienne et la fin de la religion comme facteur organisateur de la société. Si la pratique religieuse a fortement diminué, il n'en va pas de même pour les croyances religieuses, comme l'indiquent certains travaux<sup>16</sup>, ces dernières connaissant plutôt des phénomènes de privatisation et de pluralisation. La diminution de la pratique religieuse a entraîné par contre une diminution des rituels religieux, alors que dans le même temps les « rituels profanes » ont progressé<sup>17</sup>. Dans un contexte contemporain d'individualisation des modes de vie et d'accélération des innovations des technologies de la vie quotidienne, la demande de lien social et d'inscription dans des contextes sociaux multiples et différents semble croître dans la population. Pour les participants au Psy-Trialogue, la confrontation – directe (ex-patients) ou indirecte (proche, professionnels) – avec la maladie mentale représente une source d'angoisse individuelle, contre laquelle le Psy-Trialogue peut apporter une aide.

Ces éléments contextuels nous ont permis de voir dans le Psy-Trialogue une forme de rituel social. Claude Rivière définit ce dernier de la manière suivante: « [...] un

<sup>15</sup> Si ce dernier n'est pas réalisé, il sera demandé par l'animatrice ou l'animateur.

<sup>16</sup> Campiche Roland J. et alii, *Croire en Suisse(s)*, Lausanne, L'Âge d'homme, 1992.

<sup>17</sup> Rivière Claude, *Les rites profanes*, Paris, P.U.F., 1995.

ensemble de conduites individuelles ou collectives, relativement codifiées, ayant un support corporel (verbal, gestuel, postural), à caractère plus ou moins répétitif, à forte charge symbolique, fondées sur une adhésion mentale à des valeurs, et efficace »<sup>18</sup>. Bien que la définition mériterait d'être discutée, il est aisé de mettre en évidence les points communs avec le Psy-Trialogue : il est une conduite collective codifiée (l'animatrice ou l'animateur énonce scrupuleusement – et presque religieusement – les règles de fonctionnement au début de chaque séance); il est répétitif (le deuxième mercredi du mois, avec une pause de trois mois pendant l'été, l'année étant organisée sur le modèle scolaire); il possède une forte charge symbolique, les questions projectives et les entretiens de groupe l'ont montré, même si les valeurs diffèrent entre les groupes et au sein des groupes.

Cela dit, même si certaines caractéristiques formelles (telles que les règles de fonctionnement, la fréquence des séances) confèrent au Psy-Trialogue une forme rituelle

à un niveau structurel<sup>19</sup>, cela n'est pas nécessairement le cas au niveau individuel. Cela dépend également d'autres facteurs, tels que la fréquentation (régulière ou occasionnelle) du Psy-Trialogue, les motivations et les attentes du participant à l'égard du Psy-Trialogue et enfin son passé biographique. Mais la présence de l'image de l'homme spirituel (20% des répondants) dans le petit questionnaire et l'existence d'un processus d'individuation chez nombre de participants, en particulier les anciens patients (observée en entretiens de groupe et en situation d'observation participante), montrent que cette hypothèse possède quelques fondements. Le rituel devient alors l'espace d'une recomposition de son image de soi et de sa relation au monde sur d'autres bases que celles existant initialement. ■

SC/Jdm

---

<sup>18</sup> C. Rivière, *Les rites profanes*, p. 11. C'est nous qui soulignons.

<sup>19</sup> Comme à beaucoup de groupes d'entraide par ailleurs (pour toxiques, pour alcooliques, etc.).

## Expériences traumatisantes et violences : urgence de l'aide que nécessitent les enfants

*Des millions d'enfants, dans le monde, subissent des traumatismes psychiques du fait de guerres ou de catastrophes. D'autres sont atteints dans leur santé en raison de violence domestique et d'abus sexuels. En Suisse, la prise en charge psychiatrique des enfants et adolescents ainsi traumatisés laisse gravement à désirer.*

**U**ne fillette réfugiée en Suisse a dû assister, dans son pays d'origine, à l'assassinat de son père. Elle a perdu la parole et se terre dans l'isolement. Un garçon de 12 ans se met à voler. Il se révèle qu'un ami de sa famille a abusé de lui sexuellement. Une ancienne fille des rues porte à la tête et aux jambes des cicatrices dont elle est incapable d'expliquer l'origine.

Les enfants souffrent tout particulièrement des traumatismes que provoquent les violences subies, qu'il s'agisse de faits de guerre, de catastrophes, d'accidents, de violence familiale ou sexuelle. Leur santé, aussi bien physique que psychique, peut en être gravement compromise. Souvent, ce n'est qu'au moment de la puberté, ou une fois atteint l'âge adulte, que les troubles causés se révèlent dans toute leur ampleur, et ils peuvent persister une vie entière. Il n'est pas rare, en outre, que les enfants victimes de la violence aient eux-mêmes, plus tard, des comportements violents.

La Fédération mondiale pour la santé mentale a consacré cette année la Journée mondiale de la santé mentale, qui a eu lieu le 10 octobre dernier, aux conséquences de la violence et traumatismes psychiques chez les enfants.

L'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) estime que le pourcentage d'enfants ayant vécu un événement traumatisant se situe, dans le monde, entre 13 et 43 pour cent. Pour les Etats d'Europe centrale, on admet, avec toute la réserve qui s'impose, une proportion de 15 pour cent.

Un enfant ayant subi un traumatisme psychique a besoin d'une aide immédiate. Or dans notre pays, les établissements spécialisés dans la pédopsychiatrie sont surchargés de demandes et les délais d'attente sont inévitables. C'est ainsi qu'en 2001, dans le canton de Bâle-Campagne, par exemple, le

nombre d'enfants et d'adolescents ayant suivi un traitement psychiatrique a augmenté de 18 pour cent par rapport à l'année précédente.

Il faut assurer le plus rapidement possible aux enfants traumatisés un milieu protégé où ils se sentent à l'aise et puissent assimiler les événements vécus, afin de retrouver dans la mesure du possible un développement sain, de pouvoir continuer à grandir et à s'instruire.

Les dispositions de la LAMal ne permettent pas que l'on dispose d'un nombre suffisant de spécialistes pour que les enfants et adolescents traumatisés reçoivent sans délai le traitement adéquat. Beaucoup d'entre eux sont soignés trop tard ou ne sont même pas soignés du tout, quand on ne les retrouve pas dans un établissement psychiatrique pour adultes. C'est pourquoi les organisations suisses spécialisées dans ce domaine se sont adressées de concert au public à l'occasion du 10 octobre. La Société suisse des psychiâtres et psychologues d'enfants et adolescents (SPPE), la Fondation suisse Pro Mente Sana, la Société suisse des psychiatres et psychothérapeutes (SSP), ainsi que les deux associations de psychologues et psychothérapeutes FSP et ASP tiennent à souligner le fait que les traumatismes des enfants ont, à long terme, non seulement de graves conséquences au plan humain; ils ont également une incidence sur la santé publique et entraînent forcément des effets financiers négatifs. Les mesures de prévention, l'opposition aux guerres, la lutte contre la violence et contre les abus sexuels ont toute priorité. Quant aux enfants victimes de traumatismes psychiques, ils ont le droit d'être soignés à temps et de manière compétente. Pour cela, les lacunes que présente la prise en charge doivent être comblées. ■

## Conseil téléphonique anonyme et gratuit

Conseil psychosocial: 022 718 78 42  
Conseil juridique: 022 718 78 41

*lu-ma-je 10h à 13h*

### CORRECTIF DU REEV

Le **Réseau des Entendeurs de Voix** (REEV)  
anime mensuellement une rencontre tripartite,  
entre des personnes concernées, des proches et des professionnels.  
Participation libre, anonyme et gratuite.

k

### NOUVEAU À LAUSANNE:

le groupe de parole **«Hallucinations et Perceptions»**  
a lieu rue de la Borde 21 dans l'annexe du GRAAP,  
*chaque dernier mercredi du mois, de 19h30 à 20h30.*  
Pour infos: 021 647 16 00 et Adresse: REEV rue de la Borde 23-25. 1018 Lausanne

k

### RAPPEL DU GROUPE DE GENEVE:

le groupe **«Mieux vivre ses voix»**  
se réunit à l'Arcade 84, rue Schaub 3 (Servette)  
*chaque dernier lundi du mois de 18h30 à 20h30.*  
Pour infos: 022 346 48 21 le matin ou répondeur au 022 320 03 10 et  
courriel: reev@mail-box.ch. Adresse: REEV case postale 235 1211 Genève 7

### Lettre trimestrielle de l'Association romande Pro Mente Sana

40, rue des Vollandes – 1207 Genève – Tél: 022/ 718 78 40 – Fax: 022/ 718 78 49 – CCP 17-126 679-4  
Courriel: info@promentesana.ch