

"Faire le bien d'autrui malgré lui? Revisiter l'autonomie en psychiatrie et en santé mentale".

Nicolas Marquis, Casper-USLB, ERC Grantee

Résumé

Les mondes de la santé mentale constituent d'excellents analyseurs pour comprendre la place prise par la notion d'autonomie et les tensions que cette catégorie génère. Dans cette communication, je montrerai comment un nouveau langage s'est installé (patient-acteur, rétablissement, handicap psychique,...) et comment celui-ci révèle que les dispositifs de santé mentale sont pensés pour réparer l'autonomie de personnes afin qu'elles (re)deviennent des partenaires de la vie sociale. Je m'arrêterai en particulier sur une notion qui fait aujourd'hui florès tant dans les textes juridiques que dans le quotidien des institutions : le « projet » de soin ou de vie que chaque personne est censé nourrir. Ses usages sont révélateurs de la façon dont nous nous représentons aujourd'hui ce qu'est une forme d'intervention sur autrui acceptable (l'accompagnement) ou inacceptable (la contrainte). Mais les difficultés que cet outil génère très concrètement dans les trajets de soin permettent de mettre également en lumière les exigences parfois fortes qu'engage nos représentations d'une personne toujours capable d'un peu plus d'autonomie. Je conclurai en insistant sur l'intérêt d'une perspective sociologique sur l'autonomie qui permet d'appréhender cette notion à la fois comme une norme, une valeur et une attente, qui nous tient autant qu'on y tient.

Introduction : les mondes de la santé mentale comme analyseurs de l'autonomie

Il n'y a sans doute pas de meilleur révélateur de la place que prend aujourd'hui l'autonomie que ce qui se trame à son propos dans les mondes de la santé mentale¹. La gestion de la pandémie de la Covid19, qui a paradoxalement relégué à l'arrière-plan puis remis au premier plan les questions de santé mentale met en lumière de façon encore plus explicite le lien qui unit une valeur (l'autonomie) et une pratique sociale d'intervention sur autrui (la santé mentale). De quelle façon la santé mentale permet-elle effectivement de revisiter l'autonomie ?

On entend souvent, dans les cercles scientifiques ou dans des propos profanes que les troubles mentaux (comme le burn out, l'anxiété, la dépression, le retrait – hikikomori,...) et les maladies mentales (la bipolarité, la schizophrénie,...) seraient à considérer comme les symptômes d'une société dans laquelle l'autonomie a pris une place importante, trop importante, au point de devenir fautive de troubles par les responsabilités qu'elle fait peser sur les individus, d'où la préoccupation actuelle et jamais égalée pour la santé mentale

Que l'autonomie ait pris aujourd'hui une place centrale est un fait incontestable, j'y reviendrai. Cependant, je pense pour ma part et avec d'autres collègues comme Alain Ehrenberg, que si la santé

¹ Cette recherche a été financée par l'European Research Council (ERC), dans le cadre du programme de recherche et d'innovation H2020 de l'Union européenne (subvention No. 850754)

mentale prend aujourd'hui une telle place, c'est avant tout parce qu'il s'agit d'un langage qui permet d'exprimer une série de tensions liées à l'autonomie. La santé mentale est notre façon d'aller mal, notre façon de faire comprendre des souffrances privées, de les mettre en sens mais aussi d'agir sur celles-ci à l'aide de toute une série de dispositifs que l'on dit thérapeutique (therapon). Sa présence signe un changement progressif dans nos façons de subir (souffrance psychique) et d'agir, d'aller bien ou d'aller mieux. L'autonomie généralisée a comme contrepoint logique une préoccupation importante pour notre vulnérabilité généralisée – pas seulement celles des personnes qui seraient étiquetées comme porteuse d'une pathologie, mais de tout citoyen.

Il y a une deuxième raison, plus récente, qui lie santé mentale et autonomie. Le bien-être, principalement évalué à l'aune de la santé mentale n'est plus une qualité, c'est un processus, dont le critère principal est la capacité à mener une vie que l'on dira autonome. L'autonomie n'est pas un état unitaire, elle est appréhendée en termes de degrés, de sorte qu'il y a toujours moyen d'être (au moins un tout petit peu) plus autonome.

Cette transformation est massive à au moins deux égards : elle change fondamentalement ce que signifie être un patient en santé mentale (et d'ailleurs on dit de moins en moins patient, mais plutôt usager, client, résident, ou alors patient, mais patient-partenaire, patient-acteur-de-son-soin), et elle change aussi fondamentalement l'esprit du soin. Le vocabulaire des mondes de la santé mentale change en effet : on y parle d'autonomie, mais aussi de partenariat, de projet, de parcours plutôt que d'assistance, de rétablissement, de réhabilitation, d'habiletés psychosociales, de soins ambulatoires ou dans la cité, d'inclusion de personnes en situation de handicap, de pair-aidance voire de coaching. Si l'on prend les mondes de la santé mentale comme des révélateurs de processus sociaux plus larges, on peut considérer que cette double transformation renvoie à des changements importants d'une part dans la façon dont nous imaginons ce qu'est une personne – notre anthropologie pratique d'un être humain comme porteur de compétences, d'un potentiel – et ce qu'est une vie qui vaut la peine d'être vécue – mobiliser ces compétences, développer notre potentiel –, et d'autre part dans les façons considérées comme légitimes et efficaces d'intervenir sur autrui, à travers des dispositifs que l'on veut de plus en plus symétriques et mettant la personne au centre de son soin, de son éducation, de son projet de vie.

Intervenir sur autrui, travailler avec autrui

Puisqu'il s'agit ici de revisiter l'autonomie à partir de la santé mentale, je propose de voir ceux-ci comme autant de lieux (hôpitaux, centres de jour, cabinets privés,...) et de techniques (psychanalyse, remédiation cognitive, développement personnel, médicaments) dans lesquels des personnes (les soignants) interviennent sur d'autres (les patients, résidents, clients) dans le but de les rendre plus autonomes. La particularité de cette relation est que ces derniers ont été plus ou moins conduits à partager avec les premiers des décisions qui « normalement » – c'est-à-dire du point de vue des attendus sociaux –, reviennent en dernière instance à chacun (par exemple la décision de savoir ce qui est bon pour soi, comment « on va », où on habite, qu'est-ce qu'on mange, etc.). Dans certains cas, ils peuvent même avoir été contraints d'agir en fonction de ces décisions. Ce partage et ses conséquences ne constituent pas une opération anodine dans un contexte social et culturel où l'autonomie occupe cette place prépondérante, et où le fait d'agir de soi-même, de se prendre en charge est à la fois une valeur que nous chérissons et une norme à laquelle nous devons nous conformer. Or, très précisément, les pathologies psychiatriques sont caractérisées par (ou ont comme conséquence) des brèches dans les attendus sociaux à l'aune desquels nous nous évaluons les uns les autres : être soi (se tenir de l'intérieur, savoir ce que l'on veut), être actif (se prendre en charge financièrement, avoir des activités), être correctement socialisé (être suffisamment dans le monde, mais avoir également la capacité de rester seul).

De ce point de vue, les transformations des mondes de la santé mentale nous instruisent à propos de l'environnement moral et normatif dans lequel nous vivons. Ces mondes sont aujourd'hui traversés par des idéaux de guérison où l'autonomie et le pouvoir d'agir sont la visée ultime. On y observe de plus en plus le développement d'une clinique fonctionnelle qui se centre sur les dysfonctionnements plutôt que sur les symptômes (cf. Eclipse du symptôme), et qui concerne non plus tant un patient qu'un temporairement diminué par une situation de handicap, un acteur dont il s'agit de réhabiliter le pouvoir d'agir. On passe ainsi d'un modèle focalisé sur l'aspect pathologique à un modèle visant à renforcer les compétences du patient. Dans une démarche qui peut s'inspirer tant de la psychologie positive que du cognitivisme ou des neurosciences, l'idée est, en appuyant et en s'appuyant sur ce qu'on aurait appelé avant la partie saine du patient et qu'on renomme aujourd'hui plus volontiers ses compétences cachées, ses ressources, son potentiel, sa résilience, de redonner au patient les clés de lui-même à travers un processus d'*empowerment*, de le resocialiser en tant qu'individu autonome, en tant que partenaire actif de la vie en société disposant d'une marge de manœuvre.

Cette façon de chercher à rendre autrui à lui-même possède des conséquences très concrètes sur l'idéal de la relation de soin qui, dans le discours du moins, prend désormais bien plus volontiers la forme d'un partenariat que d'une tutelle exercée par un expert sur un patient. De façon générale, le modèle asymétrique d'intervention *sur* autrui est questionné de toute part et une relation de soin qui prendrait une forme trop inégalitaire semble aujourd'hui, sur le plan des valeurs, moins légitime. En particulier, l'exercice de quelque forme de contrainte que ce soit de la part du soignant sur le patient apparaît, théoriquement du moins, beaucoup plus problématique. Il en va bien évidemment ainsi des différentes formes d'exercice de contraintes physiques (isolement, contention, médicamenteuse), mais beaucoup plus largement de formes plus variées et moins visibles de suggestions ou d'impositions, par exemple de solutions thérapeutiques ou pratiques, de préférences ou encore de styles de vie.

La recherche d'une relation de soin (la) moins inégalitaire (possible) est légitimée à la fois sur un plan thérapeutique et sur un plan moral. Sur le plan thérapeutique, il est considéré que placer l'individu au cœur de son soin, le mettre dans une position active ou à tout le moins obtenir un consentement sont autant d'éléments qui vont rendre les soins plus efficaces et l'issue plus pertinente, à savoir permettre à la personne souffrant de troubles mentaux de fonctionner (à nouveau) en société. Sur le plan moral, l'instauration d'une relation la moins inégalitaire possible entre soignants et patients se trouve être en phase avec les représentations sociales valorisant l'autonomie et la possibilité pour chacun de pouvoir et devoir décider en dernière instance ce qui est bon pour lui/elle. Il s'agit de travailler *avec* le patient plutôt que *sur* celui-ci.

Dans l'Europe francophone, la montée en puissance du mouvement du rétablissement, lui-même situé à l'intérieur du courant de la réhabilitation psycho-sociale (Massé, 2006), exemplifie très clairement cette logique et montre comment ces justifications thérapeutiques et morales vont de pair. Comme le dit A. Ehrenberg (2018 : 85), « Le rétablissement est à la fois le concept clé de la prise en charge du sujet psychotique dans la cité et le concept par lequel il *s'émancipe en tant qu'individu*, la référence par laquelle il devient un partenaire moral et social. Le patient rétabli est un patient capable, au sens où il a peut-être des symptômes, mais il peut prendre à des degrés et selon des formes variables la responsabilité de sa vie. ».

Cette perspective vise à dépasser l'opposition malade/guéri, dans un contexte de chronicisation de nombreuses pathologies, où la question n'est donc plus de vivre au-delà de la maladie, mais bien avec celle-ci, voire grâce à celle-ci. Ici aussi, les plans thérapeutique et moral y sont doublement noués : d'abord par la considération que le soin efficace, défini essentiellement comme *progrès*, est toujours possible ; ensuite par l'idée que la mesure de l'efficacité du soin consiste en la rétrocession progressive

au patient de la maîtrise sur les différents domaines de sa vie, afin qu'il puisse mener une existence dont il définit un maximum de paramètres et qui corresponde à ses propres attentes. Comme le dit Bernard Pachoud, l'un des principaux promoteurs de ce mouvement en France, « le rétablissement est moins considéré comme un but, un état final désirable ou idéal dont il resterait à établir et promouvoir les moyens d'accès, que comme une démarche, un processus dans lequel ce qui est important est de s'engager, puis de progresser » (Pachoud, 2012 : 259). Dans cette anthropologie conjonctive (l'autonomie n'est pas binaire, mais une question de degrés et de cheminement) et démocratique (personne n'est exclu de la possibilité de progresser, fut-ce de façon minime), le point de mire du bon soin est « le réengagement dans une vie active, l'optimisation des conditions de vie quotidienne et de vie sociale » (Pachoud, 2012 : 258). Au-delà du rétablissement, bien d'autres dispositifs portent un discours qui nourrissent des tentatives de reconfiguration de la nature du soin de santé mentale pour faire du patient l'acteur principal de son trouble et de son éventuel traitement : voice-hearers, institutions extra-hospitalière, housing first, groupes de parole, pair-aidance, etc.

Le rétablissement, l'anthropologie du patient et les caractéristiques de la relation de soin en santé mentale qu'il promeut s'inscrivent d'une part dans une façon d'aborder la pathologie mentale qui se réfère de plus en plus fréquemment à la catégorie du handicap², et d'autre part dans un changement dans la façon dont le handicap (mental) est perçu. L'appréhension de la maladie mentale à partir de la catégorie du handicap consacre le déplacement de l'attention de la nature de la maladie vers ses conséquences en termes de (perte de) fonctionnement et d'autonomie, en particulier dans la vie quotidienne.

En France, la loi du 11 février 2005 décrit ainsi la situation de handicap psychique comme « Situation prolongée ou intermittente de difficultés dans l'accomplissement des activités domestiques, sociales et citoyennes dans un environnement donné et du fait d'un problème de santé persistant ou durable, lié à [...] un trouble du développement ou une maladie mentale ». Les conséquences *fonctionnelles* de la maladie peuvent ainsi être évaluées à l'aide d'échelles (EGF du DSM, WHO-DASII, MHAVIE), et les actions ainsi ciblées sur le rétablissement des conditions de vie. Au niveau international, l'adoption par l'ONU en 2006 de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées, signe le passage d'une conception substantielle à une conception écologique et relativiste du handicap (Ravaud,XXX), qui transforme la nature du handicap en faisant de celui-ci non pas une caractéristique intrinsèque à l'individu, mais une conséquence d'une inadaptation de l'environnement , créant une situation « handicapante » (Blanc). Dans cette perspective, le travail de soin à l'égard des personnes *en situation de handicap* (psychique) est d'abord un travail d'accompagnement visant à permettre à ces dernières de prendre des décisions qui les concernent et à développer leurs capacités, notamment cognitives (Ehrenberg, 2018), tout en fournissant des outils qui leur permettent d'évaluer les moyens nécessaires à la poursuite de leurs buts.

En Belgique, la traduction de la CPDH dans le Droit bruxellois⁴ (le pays ayant ratifié la Convention le 2 juillet 2009) fournit une illustration claire de ces deux points. D'abord, la personne handicapée y est définie comme présentant des « *incapacités* résultant d'une déficience physique, sensorielle, mentale, cognitive durable » (art 2, 2°). Il est intéressant de noter que dans ce texte de loi, l'incapacité est uniquement pensée comme une incapacité à *agir* – d'autres formes d'incapacité, comme l'incapacité à décider par exemple, ne sont pas évoquées. Surtout, le texte ne fait aucune différence entre formes

² Fr. SICOT, « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », *Déviance et société*, 2006, (30/2), p. 203-232.

³ A. BLANC, *Sociologie du handicap*, Paris, Armand Colin, 2012.

de handicaps (physiques, psychiques, etc.), et pense ainsi indifféremment les incapacités subies par les individus.

Pour toutes les personnes en situation de handicap et victimes d'une perte de fonctionnement, peut alors s'appliquer la logique du *projet*. L'article 2, 7° et 8°, du décret « inclusion » offre une double définition, d'abord du « projet de vie » comme étant « l'expression des aspirations présentes et futures de la personne handicapée et de ses choix. Le projet de vie donne du sens à ce que vit la personne, il est personnel, singulier et évolutif » ; ensuite, du « projet individualisé », qui constitue les « moyens à mettre en oeuvre pour tendre vers la réalisation du projet de vie de la personne handicapée et qui sont définis par le centre, service, logement, association ou entreprise, avec la personne handicapée, ainsi qu'avec sa famille ou son entourage ».

L'insistance sur le projet de vie des personnes s'inscrit dans une perspective libérale, au sens philosophique du terme : la personne handicapée détermine un projet de vie, et les pouvoirs publics mettent en place un certain nombre de dispositifs (de logement, d'activités de jour, de soutien à la mobilité ou à la socialisation, etc.) entre lesquels les personnes handicapées vont être amenées à circuler. En ce sens, la mise en avant du projet est bien le signe, en apparence du moins, de la fin d'un modèle paternaliste dans lequel l'autorité (publique, médicale, psychiatrique, etc.) décide de ce qui est bien et bon pour le patient. C'est donc d'un transfert vers le patient ou le bénéficiaire de la capacité à savoir ce qui est bon pour lui-même qu'il s'agit. La décision et le choix sont du seul ressort de la personne, tandis que l'opérationnalisation du projet est partagée avec différents collectifs.

De l'autonomie au projet : distribuer les tâches entre soignants et patients

Au-delà des textes de loi, comment ces idéaux se traduisent-ils dans les pratiques quotidiennes des institutions psychiatriques ? Mes observations de terrain dans différentes institutions en Belgique et en France (e.a. Marquis, 2019) montrent qu'on y porte souvent un regard ambivalent sur la norme et la valeur d'autonomie : à la fois désirable et détestable, à la fois moteur éthique d'un soin qui doit être pensé sur le mode de la pente ascendante, du progrès, et non du plateau ou de la voie de garage, et d'autre part, en particulier dans ses formes jugées dévoyées, potentiel cheval de Troie de logiques d'activation appliquées aux acteurs les plus faibles, symptôme de modes de gestions néolibérale. L'autonomie est bien sûr présente dans les discours lorsqu'il s'agit d'élaborer sur ce qu'est une vie désirable, une vie qui vaut la peine d'être vécue. Mais elle est aussi, beaucoup plus prosaïquement, une catégorie, un critère mobilisé par les intervenants pour typifier des situations et prendre des décisions au quotidien : qui va bien ou mal ? Pour quelles situations faut-il être inquiet ? De quels étonçons cette personne a-t-elle besoin ?

Que le mot soit ou non effectivement prononcé, le terme d'autonomie ne vient jamais seul. Il appartient à un jeu de langage qui contient bien d'autres termes : contrat, parcours, participation, co-décision, résilience (Marquis, 2018)... Parmi ceux-ci, on retrouve précisément celui de « projet ». La catégorie de « projet » ne se cantonne pas aux mondes de la santé mentale. On pourrait même avancer qu'elle constitue un nouveau mode de soin et d'intervention sur autrui, jugé à la fois plus acceptable moralement et thérapeutiquement plus porteur dans une société de l'autonomie-condition (Ehrenberg, 2010) – à tel point qu'on parle tant de projet de soin que de projet éducatif, professionnel, ou encore de projet de vie. Pour ceux qui en promeuvent l'usage, le projet a plusieurs avantages. Il est bien sûr censé permettre une planification faite d'objectifs, d'évaluation des moyens à disposition ou nécessaires, et il doit permettre, pour un individu, une institution ou un administration publique, de mesurer une progression.

Mais la catégorie de projet a un autre avantage beaucoup plus diffus : elle met en pratique la représentation d'un patient comme partenaire plutôt que comme objet de travail dans une division des tâches constitutive d'un soin perçu comme efficace et respectueux. Le projet est une entité à la fois extérieure, et dont le patient est perçu comme dépositaire : on travaille non pas *sur* le patient, mais *sur* le projet *avec* le patient. Le projet devient ainsi le double travaillable du patient, sur lequel soignants et patients agissent de concert. En tant que but poursuivi par le patient, le projet permet de justifier et d'évaluer les différentes actions entreprises par les uns et les autres. La poursuite de cet état désirable situé quelque part dans le futur justifie en effet la création d'inconfort temporaire. A la limite, la poursuite d'une autonomie future peut justifier une limitation temporaire d'autonomie. Dans cette mise en commun des tâches et des buts poursuivis, le rôle du patient est d'aider le soignant à l'aider, tandis que celui du soignant est d'agir sur les actions du patient, d'augmenter la marge de manœuvre et le pouvoir d'agir de celui-ci – en bref, de faire du patient l'agent de son propre changement. Des phrases adressées par les soignants aux patients explicitant cette idée : « Madame, si vous avez un point de mire, nous on peut vous aider à avancer, mais c'est vous qui devez nous éclairer », « dites-nous comment on peut vous aider », etc. (extraits de « réunions partenaires » dans une institution française de la banlieue parisienne).

Cette catégorie possède une aura démocratique : *chacun* peut avoir un projet, et il n'est pas question que le même horizon normatif soit imposé à tous. L'usage du projet a ceci d'efficace qu'il est graduel, et adaptable à chacune des situations. C'est un axiome qui est plus moral qu'empirique : quel que soit son état de base, chacun dispose d'une marge de manœuvre pour aller vers quelque chose d'un peu mieux. Au-delà de sa congruence avec une vision moralement respectueuse du soin engageant un partenariat avec le patient, le projet offre également une efficacité pratique à propos d'une tension inhérente au fonctionnement des deux institutions étudiées, et probablement de nombreuses institutions qui accueillent des personnes en situation de liminarité (Troisoeufs, 2009) : il s'agit de mener une vie quotidienne aussi proche que possible de la « vraie vie quotidienne », tout en sachant très bien que l'environnement dans lequel cela prend place est à la fois artificiel (en particulier parce qu'il offre des élançons qui n'existent pas à l'extérieur), et limité dans le temps.

Dans des institutions qui sont avant tout marquées par la prégnance de la vie quotidienne, le projet est, pour les soignants, un exceptionnel levier de problématisation (en particulier face à des patients qui coupent l'herbe sous le pied aux différentes tentatives d'élaboration) du fait de sa capacité à traduire et à intégrer n'importe quel élément de la vie quotidienne (Bloor et McKeganey (1986) faisaient déjà, à partir d'une étude dans des institutions similaires, de la capacité à retraduire les éléments banals dans une logique thérapeutique une définition minimal du travail thérapeutique). On ne se fait pas à manger « comme ça », mais pour apprendre à devenir autonome. On ne se lève pas plus tôt « pour le plaisir » ou « parce qu'on est obligé », mais pour retrouver un rythme compatible avec une activité professionnelle. On prend des médicaments non pas (seulement) pour aller moins mal, mais pour « aller mieux », etc. Avec le projet, les éléments les plus banals sont transcendés et ne sont plus autotéliques. Ils prennent un sens, une direction, et ne peuvent donc plus être bâclés ou expédiés sous le prétexte de leur insignifiance. Autrement dit, tout peut désormais faire l'objet d'une discussion avec le patient, solliciter un acte de réflexivité de sa part, voire constituer un élément d'évaluation de comment « va » celui-ci.

Un exemple tiré d'observations en communauté thérapeutique permet d'illustrer ceci.

Un résident est en manque d'argent pour acheter des cigarettes et plus personne parmi les résidents ne veut lui passer de cigarettes. Il s'en ouvre auprès d'un psychologue qui est assis en silence avec plusieurs résidents, tout en disant qu'il reçoit de nouveau son allocation demain, et demande à e dernier de lui avancer de l'argent. Le psychologue lui dit : « Ok Jean-

Paul, je veux bien te donner une cigarette, mais tu dois savoir qu'il n'y en aura plus, et donc ce que je te propose, c'est d'essayer de te retenir le plus longtemps possible, et quand tu n'en pourras vraiment plus, tu sais que tu pourras venir me demander cette cigarette. Comme ça tu essayes un peu de gérer les réserves. Mais tu peux me la demander quand tu veux ». Le résident n'écoute que vaguement l'explication et répond, avec un sourire que le psychologue jugera narquois : « Ok merci, ben je la veux maintenant, tout de suite, c'est maintenant que je n'en peux plus ». Le psychologue est mal pris, hésite, et finalement la lui donne en disant : « c'est dommage, ça aurait pu apprendre quelque chose par rapport à ton projet de gestion de son budget ».

Puisque le projet doit appartenir au patient, il est indispensable que celui-ci partage son sens et ne le vive pas de façon hétéronome. Ainsi, l'existence et l'investissement d'un projet sont une façon pour les équipes de s'assurer qu'ils auront bien affaire, avec ce patient, à un partenaire, c'est-à-dire à quelqu'un qui ne s'inscrira pas dans une opposition stérile ou ne fera pas montre d'une incapacité totale à entrer dans la logique de la projection. Même si les difficultés, les coups de fatigue, les comportements oppositionnels voire destructeurs sont bien sûr attendus, le patient qui est jugé comme n'étant pas en mesure d'aider à ce qu'on l'aide ne pourra pas être reçu. Cet exemple permet également d'insister sur ce qui est sans doute l'aboutissement de la logique du projet : une (re)distribution des tâches et des responsabilités entre soignant (ou accompagnant) et personne soignée (ou accompagnée) qui devrait théoriquement permettre toute forme de contrainte, d'imposition ou même de suggestion, non seulement physique, mais bien plus encore morale, en prévenant les situations où un soignant serait amené à définir *pour un soigné*, voire malgré celui-ci, ce qui serait bon pour lui⁵. Le partage prend donc la forme suivante : à la personne concernée la définition de ses *fins* et de ses buts, la prise de décision, aux opérateurs de soin ou d'accompagnement la mise en place des *moyens*⁶.

D'où viennent les ratés des projets ?

Je fais l'hypothèse qu'il s'agit, pour certains acteurs du moins, de l'horizon normatif à partir duquel est pensé et évalué le bon soin, qui remplace la décision pour autrui par le partenariat et la décision partagée, la relation verticale par l'accompagnement ou le coaching, l'imposition de solutions standardisées par l'encouragement fait à chacun de développer sa propre solution, sa propre forme de vie. Dans cette perspective, les institutions de soin en santé mentale deviennent autant de lieu où prend place un travail permettant aux individus d'ajuster les moyens à des fins, qu'ils ont définis (préalablement) de façon autonome et formalisées sous la forme d'un projet. Il s'agit de rendre chaque individu un peu plus capable que ce qu'il l'est actuellement sans le réduire à une étiquette, en lui permettant de développer le *style de vie* qu'il désire et qui lui convient. Or, mes observations de terrain me laissent penser que cette division idéale des tâches se révèle extrêmement compliquée voire impossible à mettre en pratique.

Tout d'abord, parce que l'idée d'un patient définissant seul dans son coin, de façon autonome un but et un projet est chimérique. Si les soins de santé mentale visent la refection d'une vie ordinaire, ils comprennent aussi indissociablement une négociation sur des aspects moraux : qu'est-ce qu'un « bon projet » ? N'est-il pas trop ou trop peu ambitieux ? Une vie avec ou malgré la maladie vaut-elle la peine d'être vécue ? Pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? Etc. Ainsi, pour reprendre un terme fondamental de

⁵ Pour une illustration très claire de cette conséquence, voir la façon dont la CPDH a été traduite dans le droit bruxellois, dans le décret « Inclusion » (Marquis, 2015).

⁶ Le rôle des soignants pouvant, à la limite, inclure l'aide à la formalisation de décisions à prendre (qu'est-ce que je veux *vraiment* faire ?) et à l'évaluation de celles-ci (à quelles conditions ceci serait-il possible ?).

la sociologie de Marcel Mauss (Tarot, 1999), ce qui est négocié, ce sont aussi et peut-être surtout des *attentes*. Ce que le patient peut ou doit attendre de soignants, ce que les soignants peuvent ou doivent attendre des patients, ce que chacun peut ou doit attendre de lui-même, ce que « la société » (entendu comme catégorie indigène) attend de chacun et vice-versa, et enfin ce que le patient peut ou doit attendre du futur.

Ensuite, une autre raison, plus fondamentale, pour laquelle cette division des tâches est vouée à l'échec dans un certain nombre de cas tient au fait que l'anthropologie du patient qu'elle présuppose est sous des airs universalistes, en réalité très exigeante : elle présuppose non seulement des compétences à la définition d'un projet, à la participation aux processus de soins et de décisions (et rejoint ainsi le mantra selon lequel il y a toujours plus en chacun que ce qu'il n' imagine), mais elle engage aussi l'idée que les patients ont tout simplement envie de développer un projet, de participer comme acteur au processus de soin. Les intervenants peuvent d'ailleurs se trouver très démunis lorsqu'un patient ne semble pas manifester de désir pour ces attitudes justement considérées comme désirables, voire demander au soignant qu'il prenne une position haute et « fasse son boulot » (« c'est vous l'expert, c'est vous qui décidez », « vous dites que j'ai le choix, mais vous savez très bien qu'en fait je n'ai pas le choix »). De leur côté, les patients peuvent se trouver mise en échec par cette anthropologie lorsqu'ils ne répondent pas à ses attendus : prendre une part active à son soin, préférer une vie autonome à une vie administrée, etc. Le problème se pose avec d'autant plus d'acuité dans les mondes de la santé mentale, car l'anthropologie de la personne porteuse d'un projet et en route vers l'autonomie ne fait pas forcément de place aux aspects psychopathologiques des affections mentales. Les membres des équipes soignantes qui sont conscients de cette tension cherchent alors à aménager et réduire leurs propres attentes, par exemple, en se contentant de « petites évolutions », selon la logique « c'est déjà ça », comme le montre cet extrait d'entretien avec le psychiatre responsable d'une institution résidentielle belge :

Le patient peut entrer avec un projet minimal : 'voilà, je veux réapprendre les gestes du quotidien, je veux retrouver un rythme de vie normal et apprendre à me débrouiller un peu avec les papiers, avec les machins (administratifs)', pour nous c'est un projet". Après, au cours du séjour on essaie de faire avancer les choses : "Au bout de la première année, on leur demande de se projeter dans l'avenir et de se dire : 'bon, vers où vous allez aller maintenant? Un appart tout seul, une HP (habitation protégée), une autre communauté thérapeutique?', [...] Mais donc voilà : ils peuvent venir avec un projet de base simple - enfin pour eux ce n'est pas simple de retrouver un rythme de vie, réapprendre les gestes du quotidien, se faire à bouffer, se faire lessive, ses trucs, y'a des gens qui sont incapables de le faire en arrivant ici, ils ne savent pas éplucher un oignon quoi ! ça arrive hein ! Et donc quand ils ont épluché un oignon pour la première fois tout seuls eh ben on est contents. Tu vois ça peut être très... (...) Quand un mec sors de l'hôpital et qu'il a fait 14 ans d'hôpital psychiatrique, "maqué" par les médicaments, et qu'il n'a plus jamais rien fait d'autre de sa vie que se balader et fumer des clopes, qu'est ce que tu veux qu'il sache faire? Tu perds tout hein. (...) Ca c'est les objectifs les plus importants, après il faut prévoir la sortie. Et au bout de deux ans on est obligés de mettre les gens dehors, parce que la Convention INAMI nous limite à deux ans. Alors si il est sur une liste d'attente pour une HP par exemple, on peut obtenir six mois de rallonge mais c'est le maximum". Parce que sinon c'est l'hôpital ou la rue, et la rechute.

De plus, en faisant la part belle au potentiel caché et en refusant de réduire les personnes à des étiquettes ou des atavismes, elle valorise le fait de s'adresser au patient comme à n'importe quelle personne, et de faire de ses handicaps l'envers d'atouts encore à construire ou de capacités spéciales à découvrir. Des théoriciens de la psychose auxquels se réfèrent par ailleurs volontiers les équipes soignantes de deux institutions montrent pourtant que la maladie mentale grave (Oury, 2001, Sassolas,

2009), parce qu'elle qualifie une désorganisation de l'intentionnalité (Lovell et Ehrenberg, 2001), touche précisément à la fois la capacité à se mettre en projet, à offrir une stabilité dans les interactions, à agir de soi-même, mais également la façon de percevoir si ces éléments ont tout bonnement du sens et valent la peine d'être poursuivis.

Conclusion

Nous évoluons dans ce que, en sociologie, on peut appeler des sociétés individualistes, qui ont pour caractéristique non pas le « chacun pour soi » mais le fait de placer l'autonomie individuelle, la réalisation de son potentiel personnel, la connaissance de son intériorité et de ses capacités, l'action et en particulier l'action sur soi au sommet de leurs valeurs. Il s'agit de ce que le sociologue Alain Ehrenberg appelle un individualisme de capacité. Nos façons d'être, nos façons d'intervenir sur autrui connaissent donc, avec la montée en puissance de la référence à l'autonomie (plutôt par exemple d'une référence au statut social), un tournant individualiste. Cependant, quand bien même ce sont ici des valeurs individuelles qui sont célébrées (et qui peuvent l'être contre « la société », entendue comme ensemble de norme, de contraintes, etc.), ce tournant est aussi un tournant social, c'est-à-dire un tournant dans nos idées sociales, dans nos représentations collectives de ce qu'est un individu, un bon soin et une vie qui vaut la peine d'être vécue.

L'autonomie est en effet aujourd'hui notre condition commune car elle dessine un système d'attentes collectives à l'égard de chacun, dans la relation qu'il a avec lui-même, et dans les relations avec autrui. Il est attendu de nous et nous attendons des autres non seulement qu'ils se comportent de façon autonome, mais également qu'ils désirent l'autonomie.

Les transformations des formes de soins en santé mentale, qui tendent à intégrer une plus grande participation des publics – travailler *avec* ceux-ci plutôt que *sur* ceux-ci – s'inscrit en phase avec les idées-valeurs de l'autonomie-condition. Le projet est une modalité d'exécution de cette participation, fortement mobilisée dans les institutions de soins psychiatriques. Sa mise sur pied ne va cependant pas sans susciter des tensions et des difficultés. Celles-ci tiennent à ce que l'outil du projet et l'idéal de la participation qui le sous-tend, engagent un modèle anthropologique affublant le patient de compétences et d'intérêts – peut-être pas directement visibles, mais toujours présents au moins en germe. Ce modèle universaliste est sans aucun doute moralement plus porteur, mais peut-être son application nécessite-t-elle un certain discernement. Entre l'hébéphrénique et le psychotique de haut niveau, entre la personne souffrant de dépression profonde et celles rencontrant des troubles du spectre de la schizophrénie, la variété des troubles en santé mentale doit inviter à réfléchir en termes de degrés et de gradient. S'il est pensé comme applicable en toutes circonstances, le modèle de la participation incarné dans le projet risque de produire de nouvelles formes d'évaluation, voire d'exclusion, par exemple des personnes qui ne manifestent pas l'intérêt ou les compétences supposées. Enfin, puisque leurs symptômes se logent dans l'intentionnalité et le discours, les pathologies de la santé mentale semblent irréductibles à d'autres affections. Il faut donc aussi s'interroger quant à savoir si les termes de la participation peuvent ou doivent y être pensés de façon différente. Ici aussi, il n'est pas certain qu'un modèle universaliste, faisant des personnes atteintes d'affections psychiatriques des individus à traiter comme n'importe quel autre, soit systématiquement aux bénéfices de ces derniers. De la participation proposée à la participation souhaitée, attendue, évaluée voire imposée, l'enjeu consiste à s'interroger systématiquement sur le sens que ceci peut avoir pour les personnes concernées au premier chef.

Bibliographie

Bloor, Michael J., and Neil P. McKeganey. "Conceptions of therapeutic work in therapeutic communities." *International Journal of Sociology and Social Policy* 6.3 (1986): 68-79.

Ehrenberg, Alain. *La société du malaise*. Odile Jacob, 2010.

Ehrenberg, Alain. *La Mécanique des passions: Cerveau, comportement, société*. Odile Jacob, 2018.

Marquis, Nicolas. "Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie." *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* 74.1 (2015): 109-130.

Marquis, Nicolas. "La résilience comme attitude face au malheur: succès et usages des ouvrages de Boris Cyrulnik." *SociologieS*(2018).

Marquis, Nicolas (2019) [Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions](#), *Culture, Medicine & Psychiatry*, DOI : 10.1007/s11013-019-09624-x

Massé, Gérard. "Pour une réhabilitation psychosociale à la française." *L'information psychiatrique* 82.4 (2006): 291-296.

Tarot, Camille. *De Durkheim à Mauss, l'invention du symbolique*. La Découverte, 1999.

Troisoeufs, Aurélien. "La personne intermédiaire. Hopital psychiatrique et Groupe d'entraide mutuelle." *Terrain. Anthropologie & sciences humaines* 52 (2009): 96-111.