

UFR de Psychologie
Département:
Psychologie clinique
du sujet



Mémoire de recherche (PY03801T)
Master 1 de psychologie interculturelle
2022-2023

Le GEM, un lieu qui soutient la redéfinition de soi

Adrien Pinel
21606923

Mémoire de recherche sous la direction de M. Julien Teyssier
Directeur du Master de Psychologie Interculturelle
Assesseur M. Tudi Goze
Psychiatre des hôpitaux, chercheur post-doctorant en philosophie

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les adhérentes et adhérents du GEM Microsillons pour m'avoir tant appris.

Je tiens à remercier Sylvain pour avoir pensé à moi afin d'aider les jeunes « radiomaniaques » à monter un collectif.

Je tiens à remercier Julien Teyssier, directeur de ce mémoire, pour l'accompagnement prodigué et ses précieuses lumières qui m'ont aidé à naviguer dans les méandres.

Je tiens à remercier Tudi Gozé d'avoir accepté d'être assesseur de ce mémoire.

Je tiens à remercier les participants de cette étude d'avoir témoigné si intensément de leur parcours.

Je tiens à remercier ma petite famille, Cynthia, Eliott et Samuel

RESUME

Les contacts culturels au sein des groupes d'entraide mutuelle (GEM) favorisent-ils les processus de redéfinition de soi pour les personnes ayant vécu une hospitalisation psychiatrique? Notre travail de recherche en psychologie interculturelle nous a amené à considérer les deux organisations que sont l'hôpital psychiatrique et le GEM comme étant pourvoyeuses de sens pour leurs usagers. Nous avons mis en place une démarche qualitative, centrée sur les récits comme constitutif de l'identité et traduisant la capacité de la personne à intégrer de manière cohérente et singulière les récits provenant de l'extériorité avec ceux de son intériorité et à produire du sens. Nous avons rencontré quatre adhérents de GEM autour d'un entretien non-directif de recherche et après analyse, avons trouvé ces résultats: hétérogénéité des interactions et des processus identitaires associés à la période du GEM, une variation du vécu sur la maladie entre la période hôpital et la période GEM ainsi que de nouveaux rôles investis au sein du GEM. La personne qui a vécu un moment d'hospitalisation psychiatrique pourra trouver au sein du GEM, les conditions propices pour s'engager dans un processus de redéfinition identitaire.

Mots clés: GEM, identité narrative, interculturation

REMERCIEMENTS	1
RESUME	2
INTRODUCTION	5
REVUE DE LA LITTERATURE	7
A. Préambule épistémologique.....	7
B. Les différents contextes, l'hôpital et le GEM.....	9
1. L'hôpital et les formes de discrimination	9
2. Handicap psychique et discriminations	12
a. Généralités	12
b. « Le handicap, première cause de discrimination ».....	13
3. Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM).....	14
a. Cadre historique et juridique	14
b. Les membres de l'organisation GEM	15
c. Appartenance et revendication	16
d. Espace de liminarité.....	16
C. Vers la redéfinition de soi	17
1. L'identité fragilisée de la personne malade psychique	18
a. De l'identité	18
b. L'identité de malade.....	20
c. L'impact identitaire des discriminations.....	21
d. Le rapport à soi dans les troubles psychiques graves	22
2. Identité narrative et rétablissement.....	24
3. L'interculturalisation narrative du soi.....	26
PROBLEMATIQUE	28
METHODOLOGIE	31
1. Présentation	31
2. Hypothèse et variables.....	31
3. Indicateurs de variables	32
4. Hypothèses opérationnelles	33
5. Méthode.....	33
a. Population.....	33
b. Approche qualitative et INS	34
c. Démarche éthique et anonymat	36
RESULTATS.....	36
1. « Un refuge où je me sens moi » (Entretien de Mme B).....	37
2. « Vivons heureux, vivons cachés » (Entretien de Mme D)	39
3. « Le GEM, c'est presque la normalité » (Entretien de Mme F)	41
4. « Au GEM, on va au delà de la maladie » (Entretien de Mme H).....	43
DISCUSSION.....	45
1. Analyse des hypothèses opérationnelles.....	45
2. L'interculturalisation narrative du soi et la fonction intégrative	48
a. Les récits socio-culturels	48
b. Les récits du soi	49
3. Limites.....	51
a. La méthodologie	51
b. L'ENDR et INS.....	53
c. La proximité avec l'objet.....	53
CONCLUSION	54

BIBLIOGRAPHIE.....	56
GLOSSAIRE	61
ANNEXES.....	62
Entretien 1	62
Entretien 2	78
Entretien 3	91
Entretien 4	105
Charte de non plagiat	122
Formulaire de consentement	123
Appel à participation GEM	125

INTRODUCTION

Dispositif dans lequel nous avons évolué pendant plusieurs années en tant que professionnel, le groupe d'entraide mutuelle (GEM) fut pour nous un véritable prolongement, mais à l'échelle d'un dispositif associatif, de ce que nous avons connu dans les ateliers à médiation que nous animions en psychiatrie en tant qu'éducateur. Créer un espace habitable, délimiter une surface d'expression ou un praticable comme l'a développé Oury (2005) pour la personne psychotique, nous apparaît comme un point fondamental à œuvrer collectivement au sein du GEM. Organisé de façon démocratique, à destination des usagers dans le champ de la santé mentale, sans projet de soin ou d'accompagnement, le GEM nous a permis de continuer à développer des fonctions nécessaires pour soutenir la rencontre avec les personnes en souffrance psychique (Bourg et al., 2014).

Le GEM n'est pas un lieu de soin mais il permet à ses adhérents de pouvoir venir loger leur façon d'être, leur singularité et qu'elle soit reconnue, dans la limite des règles que le collectif s'est donnée. Nous avons été sensible aux multiples prises de parole témoignant de parcours institutionnels souvent chaotiques, aboutissant un jour ou l'autre à la porte du GEM. Tout d'abord, nous avons senti le sentiment de rejet, de n'avoir pas été écouté et le poids de la différence, mais aussi le fait d'avoir trouvé au GEM un espace où l'on est enfin tranquille, en paix. Nous avons entendu ces propos, « *ici, je peux être celle que je veux être. Ici, je peux dire ce que je pense. Ici on m'accepte* » et avons tenté de permettre collectivement que chacun puisse trouver une place. « *Ici* », est à entendre comme n'étant pas ailleurs, au travail, dans la famille, en psychiatrie. À autre environnement, autre possibilité d'être. Nous même, avons éprouvé professionnellement ce changement, nous n'étions plus en pédopsychiatrie, mais dans un autre contexte professionnel.

Au GEM, nous nous sommes demandé en quoi le contexte dans lequel s'inscrit la personne a un impact sur elle, sur sa manière d'être et de se présenter? En quoi ce qui fait commun permet de soutenir des processus d'affirmation et de reconnaissance de soi? Dans les propos cités plus haut, résident des revendications singulières à entendre, nous pensons à cet adhérent qui se définit comme « *quelqu'un de très spécial* ». Nous avons entendu également la singularité avec laquelle chacun navigue vis à vis des stigmates provoqués par la maladie psychique et ce que la personne choisira d'en dire, avec ses mots, en opposition aux grands mots officiels ou médicaux ou à l'inverse à l'appui de ceux ci.

C'est soutenue par la rencontre avec l'épistémologie de la psychologie interculturelle que nous avons considéré l'articulation entre le contexte écologique dans lequel évolue la personne et le développement d'un sentiment d'être soi. L'identité, pour autant que ce concept soit difficile à

opérationnaliser tant par sa dynamique permanente que par le risque de le figer, pouvant relever d'une « *fiction* » (Denoux, 1995) ou d'un « *concept horizon* » (Schnapper, 2007), il nous est cependant nécessaire de s'y référer. Cette intrication du psychisme et de la culture nous a permis d'élaborer un cadre conceptuel pour interroger les effets psychologiques du contexte du GEM sur ses adhérents, reconnaissant qu'il « *n'existe pas d'éléments de l'identité d'un sujet qui échappe à la culture* » (Denoux, 1995, p. 266). Nous avons souhaité employer le terme de personne tout au long de ce mémoire à, partir de la définition suivante proposée par Mauss (2004): « *Une catégorie de l'esprit humain : la notion de personne et celle de "moi"* ». Cette personne, nous souhaitons la considérer comme prise dans un parcours et dans différents contextes mais également aux prises avec la souffrance psychique. Souffrance qui à son acmé, nous le savons que trop bien, entraîne la personne dans une dépendance vis à vis d'elle même, sous emprise d'une altérité radicale, à l'épreuve de la formule Freudienne: « *le moi n'est pas maître dans sa propre maison* » (1916). Cette entreprise nous engage dans une reconnaissance de l'aliénation mentale et de l'aliénation sociale. A partir du contexte de l'hospitalisation et des symptômes psychopathologiques aiguës, nous avons alors pressentie l'aventure périlleuse que pouvait relever le processus de reconstruction identitaire pour la personne atteinte de troubles psychiques. C'est dans le contexte du GEM que nous avons souhaité mesurer son possible engagement dans un processus de reconstruction d'un sentiment de soi cohérent.

C'est conscients de notre proximité avec notre objet et de la connaissance que nous en avons, que nous avons souhaité entreprendre cette démarche de recherche comme un terrain d'apprentissage et d'expérimentation. Gageons que cette étude, de par les interrogations, questionnements et limites soulevés sur notre pratique de chercheur, pourra nous donner « *accès l'essence de la situation d'observation* » (Devereux, 1967, p.19): l'observateur donc nous même.

Notre question de départ s'annonce comme suit: dans un contexte de pluriculturalité, quelle fonction tient le GEM pour la construction identitaire des personnes en situation de handicap psychique?

REVUE DE LA LITTERATURE

« Il ne faut pas être savant, savoir ou connaître tel domaine, mais apprendre ceci ou cela dans des domaines très différents. »

Gilles Deleuze (1997)

A. Préambule épistémologique

Le travail de recherche dans le champ de la connaissance de l'être humain implique de délimiter le cadre théorique dans lequel il se situe. Cette recherche s'inscrit dans le champ de la psychologie et plus particulièrement celui de la psychologie interculturelle. Pour cela nous allons préciser le cadre théorique de cette discipline et présenter les différents modèles théoriques sollicités pour tenter de répondre à notre question de départ.

Pour percevoir la potentialité de reconstruction identitaire et la force narrative que propose le GEM pour la personne en situation de handicap psychique, il nous apparaît nécessaire de solliciter des concepts qui viennent faire fondation, au même titre que les points chevêtres de Deligny (1971) et qui viennent à l'intersection d'un réseau, entre des lignes qui rencontrent d'autres lignes sur le territoire d'exploration de la recherche. Ces concepts présentent la propriété d'avoir deux topiques qui se jouxtent et s'influencent l'une l'autre à l'image des deux faces, dedans et dehors, intériorité et extériorité, culturel et intrapsychique. Les concepts d'identité, de narrativité, d'interculturalité et de handicap psychique que nous développerons semble présenter cet intérêt.

A ce titre, pour comprendre l'articulation endogène et exogène que présente la notion d'identité, le recours à l'épistémologie de la psychologie interculturelle semble tout indiqué. Notion générique et relative à des disciplines variées, sociologie, philosophie, psychologie, anthropologie, biologie notre cadre paradigmatique permettra d'entreprendre un travail de distinction et de délimitation que nous avons choisi pour appréhender notre objet.

Tout d'abord, la psychologie interculturelle postule l'universalité du psychisme chez l'humain ainsi que la relation étroite et l'influence réciproque entre psychisme et culture. En ce sens, elle s'inscrit dans la continuité des travaux de l'anthropologie culturelle développé par Boas et Malinowski et de la psychologie culturelle travaillé par Mead, Boesch, Roheim et Devereux. En effet, l'approche culturaliste est un préalable nécessaire car il reconnaît l'influence de la culture sur l'humain mais non suffisant car réducteur à un déterminisme culturel et restant sur une position relativiste générale. A partir de l'acception faisant de nous, êtres humains, des êtres sociaux et que seuls, nous ne pourrions exister, nous pouvons considérer que la nature humaine est dépendante de la culture (Geertz, 1973).

C'est au cœur de la relation avec son environnement que tout être se construit. Cet environnement n'est pas neutre, il est porteur de sens, il est soutenu lui même dans un système symbolique plus ou moins stable régissant beaucoup de nos actions. Boesch (1995) précise que chaque culture est à la fois structure et procès. C'est à dire qu'elle offre une contenance pour un système produisant et prescrivant des normes, valeurs, représentations, comportements, tout en étant en constant renouvellement. Pour Bruner (1991) la culture constitue le monde où l'on doit s'adapter et paradoxalement c'est aussi la boîte à outil nécessaire pour y parvenir. L'enculturation est le processus qui conduit, sous l'influence ou non de l'entourage, l'appropriation par l'individu de la culture de son groupe. Enfin, précisons que pour la psychologie interculturelle, la culture est à entendre de manière élargie à la culture anthropologique et que les multiples mondes en présence se réfèrent à des champs culturels différents et opérationnalisables: ethnique, générationnel, de genre et organisationnel.

La psychologie interculturelle étudie les répercussions intra psychiques occasionnées par le contact des multiples mondes culturels en présence et témoigne des effets psychologiques mobilisées pouvant être contradictoires et profondément singuliers tels que peuvent l'être l'ajustement, l'emprunt, la rigidification, le compromis... Néanmoins, la rencontre interculturelle étant faite d'interpénétration, ces effets sont influencés par des mouvements d'ouverture et de fermeture, de rupture, de transition, d'intégration ou de mutation. Enfin, les individus ne s'assimilent pas à la culture du dominant mais à une culture qu'ils ont eux mêmes contribué à façonner, à partir de leur propre dynamique subjective et de leur créativité.

Le processus clé de la discipline mobilisant ces divers phénomènes est l'interculturalisation, il a été exploré par Denoux (1994), il se définit comme suit: « *Pour les individus et les groupes appartenant à deux ou plusieurs ensembles culturels, se réclamant de cultures différentes ou pouvant y être référés, nous appellerons interculturalisation, les processus par lesquels, dans les interactions qu'ils développent, ils engagent implicitement ou explicitement la différence culturelle qu'ils tendent à métaboliser* » (p.72).

Aujourd'hui, l'être humain est multi influencé, non cloîtré de manière statique et l'hétérogénéité culturelle constitue la base de notre société. Les périodes de transition, les mouvements géographiques, les expériences organisationnelles et les objets référencés culturellement sont multiples et prégnants. Considérons que nous sommes le fait de plusieurs mondes et que « *la culture façonne notre esprit* » (Bruner, 1991).

B. Les différents contextes, l'hôpital et le GEM

Notre questionnement de recherche se focalise sur les lieux d'accueil de la personne porteuse de troubles psychiques autrefois nommée *folle, démente ou possédée* et depuis l'avènement de la clinique psychiatrique nommée schizophrène, psychotique, état limite, borderline ou bipolaire. Néanmoins, l'écologie de notre recherche entraîne d'autres vocables: adhérent de GEM, personne en souffrance psychique ou en situation de handicap psychique. Nous expliciterons par la suite l'intérêt et la nécessité de ce choix.

Ce chapitre va nous permettre de circonscrire les environnements culturels dans lesquels navigue la personne. En effet, avant de présenter ce que sont les GEM, nous tenterons de rendre compte des mécanismes d'exclusion et de discrimination systémiques qui impacte la personne malade psychique au sein de l'institution psychiatrique, lieu de traitement de la maladie. De plus, nous présenterons le concept de handicap psychique et les conséquences qu'il entraîne pour la personne.

1. L'hôpital et les formes de discrimination

La place réservée à l'accueil de ce que l'on nommait autrefois *la folie* a véritablement changé. Objet décrit par de nombreux auteurs en sciences humaines comme un fait social total et civilisationnel, la question de la psychiatrie et de l'accueil réservé à la personne malade mentale a évolué progressivement durant les quatre derniers siècles. Nous tenterons de retracer succinctement l'évolution de la considération portée à la personne malade psychique et des analyses produites sur l'institution.

La renaissance vient situer la question de la folie comme un point central des préoccupations sociétales. On retrouve ce sujet notamment dans la littérature (poème de Brandt), la peinture (la Nef des fous de Jerome Bosch), la philosophie (Éloge de la folie (1511) d'Érasme), le théâtre (thème récurrent chez Shakespeare avec notamment le Roi Lear). Cette déraison semble faire partie du quotidien et évoque aussi une certaine fascination.

A la période dites de l'âge classique, va se développer la propagation d'un mouvement de régulation et de contrôle. En effet, la création des hôtels-dieux et des hôpitaux généraux va avoir pour projet de concentrer les indigents, les mendiants, les prostituées, et autres personnes pauvres dont les multiples mesures de police se chargent de mettre à l'écart. Le 27 avril 1656 une mesure d'enfermement est décrétée, ce que Foucault (1961) nommera « *le grand renfermement* », qualifie

un hôpital non soignant, un lieu de mise à l'écart dont le projet est d'avantage de supprimer la mendicité que d'occuper les personnes internées.

Pour autant, la mise entre quatre mur de cette population va augurer une nouvelle considération de la part de médecins, tel que Esquirol qui déclarera avoir vu ces personnes considérées comme des « *bêtes féroces, enchainées sans air ni lumière* » (1838, p. 400). Philippe Pinel, maître d'Esquirol, est un médecin reconnu pour avoir produit en 1801, l'ouvrage fondateur pour la psychiatrie, le « *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale ou la manie* ». A travers cet ouvrage, il y développe une science des faits qui s'émancipe de l'héritage classique où l'aliénation était soit une possession diabolique ou un trouble des humeurs. En effet, la personne est considérée avec sa part d'humanité pouvant persister au plus profond¹³ de son aliénation.

L'internement n'aura plus pour unique objet d'exclure des fous de la sphère sociale mais sera le point de départ d'un développement de la dimension psychologique et médicale. Le Pr Pinel va proposer l'agencement d'un espace où la folie pourra se manifester pour y être observé. La personne internée est écoutée mais dans un but de lui faire entendre sa dépendance à l'institution, une sorte de socialisation forcée.

La loi du 30 juin 1838 régissant le traitement des malades mentaux et restreignant leur liberté promulgue un encadrement pour la personne malade et l'avènement de la période aliéniste. Elle va être assignée et contrainte à un espace, mis le plus souvent sous l'autorité administrative et de celle du psychiatre possédant un nouveau pouvoir d'assignation à résidence et de maintien en détention. La personne pourra alors être observée, dans un lieu clos et fermé, soutenue par une approche scientifique, ouvrant néanmoins la voie à un travail clinique de nosographie et d'étude sémiologique et symptomatologique de l'aliénation mentale. Cette considération nouvelle, distancée de la question religieuse et du péché, augurera la naissance de ce qu'on appellera la clinique classique et par là même le début de la psychiatrie.

Le mouvement désaliéniste se développe après la seconde guerre mondiale durant les années 1960, porté par les psychiatres Bonnafé et Daumézon dans une période propice à la déconstruction des asiles psychiatriques. A l'inverse d'un processus de concentration d'une population dans des établissements, ce mouvement d'ouverture vers la cité mène à la création de la sectorisation psychiatrique avec ~~la loi du 31 décembre 1970~~, organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé mentale.

Le mouvement de la psychothérapie institutionnelle développé par le psychiatre Catalan François Tosquelles témoigne de la volonté d'interroger l'institution et ses processus inhérents, mortifères et entropiques, créant des effets iatrogènes sur la personne, en ouvrant une interrogation

politique de l'institution. Ce mouvement propose une double interrogation, du côté de l'aliénation mentale et de l'aliénation sociale. La création des clubs thérapeutiques en est un des plus importants soubassements praxéologiques. En effet, Tosquelles s'appuiera sur la possibilité de se monter en association pour subvertir l'hôpital et son fonctionnement à l'aide d'un lieu démocratique où la dichotomie soignant-soigné pourra être observé de façon statutairement horizontale.

Une place prépondérante à l'ergothérapie est donnée et donc à l'activité par le travail pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'état de chronicité de la personne n'est plus perçu comme du fait unique de sa pathologie et d'une entité morbide mais comme le résultat d'un produit de l'institution aliénante où les patients étaient maintenus en état de passivité permanente. Mais également, les périodes de famine traversées par les internés durant la deuxième guerre mondiale, favorise le travail de la terre et la culture du maraichage, la dimension du travail thérapeutique se développe. Les capacités insoupçonnées des patients et les prises de responsabilités ont d'une part témoigné des conséquences de l'effets iatrogène de l'institution sur la personne et favorisé la création des clubs thérapeutiques comme instance de gestion de l'argent gagnés à travers les nombreuses activités.

Outil démocratique essentiel, les clubs offrent la possibilité aux malades mentaux internés de pouvoir s'associer et de lutter ainsi contre le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même (Simon, 1929). Ces associations de malades régit par la loi de 1901 sont constituées de patients et de soignants, elles sont administrativement indépendantes de l'hôpital. De forme démocratique, les personnes élues, patients ou soignants, prennent les décisions dans le cadre des statuts de l'association. Structure indépendante du fonctionnement hospitalier, le club propose de nouvelles formes statutaires au patient. De ce fait, être adhérent à l'association (le club) offre une nouvelle place, un nouveau rôle et un nouveau statut aux personnes malades. Porteuse d'une voix délibérative, au même titre qu'une autre personne, même soignante, elle est jugée responsable.

Parallèlement, aux U.S.A., Goffman (1961) développe sous le terme d'institution totalisante, une critique structurelle et une perspective d'objectivation sociale à propos de l'institution asilaire. Son travail sociologique rigoureux met en exergue les processus d'agentisation de la personne institutionnalisée. Goffman souligne la perte d'autonomie à l'entrée dans l'institution, la personne n'est plus considérée comme adulte, mais dépossédée de sa faculté de maîtrise de son milieu, elle n'est ainsi plus reconnue comme « *adulte doué d'indépendance, d'autonomie et de liberté d'action* » (1961, p 86). La personne est ainsi piégée, ne pouvant se soustraire au processus de dépersonnalisation, si ce n'est qu'en risquant de voir interprété son refus comme un signe psychologique de démence ou de déraison.

Pour conclure ce chapitre, rappelons que les institutions et les modalités d'accueil de la personne malade psychique ont généré des mécanismes discriminants, infantilisants, aliénants, déresponsabilisants et dépersonnalisants. Soulignons également que ces processus d'exclusion et de déshumanisation de l'institution sont à rapprocher de la discrimination systémique tel que la rapporte Cohen-Emerique (2015) et de la violence structurelle telle que la nomme Kelly (2005).

2. Handicap psychique et discriminations

a. Généralités

L'avènement des GEM et celui de la notion de handicap psychique sont constitutif de la même loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour « *l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». Avant de décrire l'organisation GEM, attardons nous sur ce que recouvre la notion de handicap psychique et les incidences sociales pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

Abordé comme un désavantage social, la maladie est vue comme une part dynamique et évolutive de la personne déficiente et augure une distinction essentielle d'avec ses troubles. Lotte et Séraphin (2009) notent que ce terme est chargé de significations tendant vers l'incapacité, la restriction et la limitation. Le concept de handicap psychique apporte une distinction entre les troubles psychiques dont souffre la personne avec les conséquences sociales et les désavantages que cela génère et que la société se doit de compenser. Selon la lettre de cadrage de la Haute Autorité de Santé (2014), « *les troubles font l'objet d'un consensus dans la littérature : en premier lieu les psychoses, en particulier la schizophrénie, mais aussi les troubles bipolaires graves sont les principales origines du handicap psychique* » (p.7).

Décrit comme relativement caché au premier regard et rendant difficile sa légitimité et sa reconnaissance, le handicap psychique est invisible. Aussi, assumer un travail ou une relation de couple sont des réalités difficiles pour la personne, créer et maintenir des relations sociales sont problématique, ce qui résulte une grande fragilité sociale et un risque majeur d'isolement. Ce déficit de lien social mène donc à « *l'isolement, à l'exclusion et finalement à la non-demande* » (Escaig, 2009, p. 86).

b. « Le handicap, première cause de discrimination »¹

Dans le champ du handicap, Goffman (1963) décrit la théorie du stigmatisme comme des anticipations que nous produisons dans les échanges quotidiens, de l'identité sociale virtuelle des acteurs, en leur prêtant des attributs avec les informations que nous avons. Ces attributs peuvent entrer en confrontation avec nos anticipations, générant un schisme entre « *identité sociale virtuelle et identité sociale réelle* » (p. 12). Selon l'auteur, le mot de stigmatisme sert à « *désigner un attribut qui jette un discrédit profond* » (p.14).

Les personnes vivant avec un handicap psychique peuvent être mal perçues par les autres et leur entourage. Pour Angermeyer et al (2004), les paroles ou actions visant à « *transformer le diagnostic du trouble psychique en une marque négative pour la personne* » (p. 176) relève de la stigmatisation. En prolongement, le fait de « *traiter différemment, moins bien ou mieux, une personne par rapport à une autre dans une situation comparable* » (p. 176) relève de la discrimination.

L'étude internationale INDIGO a travaillé les questions de stigmatisation et de discrimination dans 28 pays du monde (Daumerie et al, 2011). Il en résulte un impact profond de ces processus dans de nombreux espaces de la vie quotidienne, une réflexion sur l'accord/désaccord des patients sur leur diagnostic et l'interrogation portée aux professionnels notamment sur leur vocabulaire employé.

Le processus de discrimination résulte de la stigmatisation, des répercussions de ce processus sont notées dans la vie quotidienne des personnes notamment chez les personnes schizo-phrènes au niveau de la perte d'estime de soi par Rudolph et al. (2004) et dans l'établissement de relation interpersonnelle par Wahl et Harman (1989). Une étude britannique montre qu'une personne malade psychique peut souffrir d'avantage de la stigmatisation que du trouble psychique qu'elle subit déjà (Hamilton et al., 2016). Lotte et Séraphin (2009) décrivent un « *effet regard* » (p.459) entre celui du professionnel et de la personne elle-même dans le cas d'une évaluation afin de connaître les besoins et son rapport à ses troubles.

¹ Titre de l'article de Laetitia Delhon dans le Monde Diplomatique, Octobre 2022

3. Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)

La dimension démocratique, l'accent porté à la participation sociale et la lutte contre les processus de stigmatisation liés au handicap psychique sont des points fondateurs des GEM. Précision importante, ils « *n'ont pas pour mission la prise en charge des personnes* »² et aucun professionnel de santé n'y exerce. Ils sont des lieux regroupant plusieurs acteurs: adhérents, élus de l'association, salariés, artistes, militants, parents, bénévoles, travailleurs pairs, stagiaires et volontaires en service civique se regroupent dans ces associations.

a. Cadre historique et juridique

Depuis le début des années 1990, des organisations parentales et de proches d'utilisateurs de la psychiatrie telles que l'UNAFAM³ et la FNAPSI⁴ se mobilisent pour faire reconnaître le statut de handicap psychique. Ces organisations revendiquent cette nécessité tout comme celle de créer des lieux sous forme associative pour permettre la participation sociale des personnes porteuses de troubles psychiques.

La création des GEM s'opère dans la loi susnommée du 11 février 2005 qui prévoit, dans ses articles 4 et 11, leur développement et les définit comme tel : « *Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société* ».

Selon le cahier des charges, les GEM sont une « *association de personnes partageant la même problématique de santé* » et s'adresse à des adultes qui « *sont concernés par un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise* », sa « *fonction première est de rompre l'isolement et de favoriser le lien social.* »⁵ L'association est dirigée par un bureau composée d'adhérents élus, la loi vient ici positionner en place décisionnaire des personnes jusqu'ici considérées comme irresponsables. Aujourd'hui, d'un nombre de 656 en France⁶, ils sont inscrits dans les schémas régionaux de santé mentale pilotée par

² Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5, D1.

³ Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou Handicapées psychiques

⁴ Fédération Nationale des Associations d'utilisateurs en Psychiatrie

⁵ Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5, D1.

⁶ Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Année 2021. CNSA site: <https://www.cnsa.fr/page-de-recherche/tous-les-types/GEM> consulté 18 février 2023

les Agence Régionales de Santé. Leur philosophie amène à considérer les adhérents comme des personnes et non plus comme des malades (Lovell et al, 2009).

b. Les membres de l'organisation GEM

Inscrit dans le paysage de la psychiatrie, soit en marge ou constituant un îlot, le GEM constitue un espace à destination des usager.e.s de la psychiatrie et des personnes en situation de handicap psychique. Nous partons du postulat que les GEM présentent une forme de pluri-culturalité, au sens où ils sont des lieux où entrent en contact divers mondes, peu hiérarchisés, liés à la maladie psychique. Rappelons ici que les acteurs des GEM au sein des conseils administratifs proviennent d'univers variables tels que celui de la psychiatrie, (ancien soignant à la retraite), de personnes en situation de handicap psychique (ancien patient), de proches et familles de personne en situation de handicap psychique, de pairs aidant en santé mentale. De plus, est présumé une dynamique d'horizontalité entre salariés, bénévoles, adhérents et usagers, « *condition nécessaire pour que chacun puisse accéder à n'importe quelle responsabilité* » au sein du GEM (Durand, 2009, p.809). Comme nous l'avons vu, le cadre juridique des GEM offre la possibilité aux personnes atteintes de troubles psychiques d'être administratrices de l'association. Cette particularité implique un changement de regard sur la maladie mentale (Durand, 2009) et le processus de responsabilisation à l'œuvre dans les GEM n'est pas sans conséquence sur l'estime de soi et le sentiment d'être acteur de sa vie (Jaeger, 2016). Jaeger (2016) souligne la dimension communautaire du GEM, la dynamique d'entraide est aussi centrale et offre de nombreux rôles aux adhérents du GEM. Par exemple, l'animation d'un atelier, le tenu de la comptabilité, le secrétariat dans les réunions, l'administration de l'association, la représentation lors d'évènements politiques et locaux, l'animation d'un projet de sensibilisation au handicap, la fonction d'accueil au sein du local.

Il n'existe pas de formation requise pour être animateur salarié d'un GEM. « *Le rôle des animateurs est d'aider les adhérents du GEM à s'organiser pour la réalisation de leur projet, ainsi qu'à établir des relations avec l'environnement* » (Jaeger, 2016, p.59). Les postes occupés sont sur des fonctions d'accueil, d'animation ou de coordination, par des travailleurs sociaux le plus souvent ou parfois des artistes. Selon le bilan d'activité des GEM effectué par la CNSA ⁷, en 2021 il y avait en moyenne « *1,4 ETP d'animateur par GEM, donnée en baisse par rapport à 2019 (1,9 ETP en moyenne en 2019)* ». A savoir que « *90 % des GEM ont entre 1 et 2 ETP d'animateurs et que 7 % des GEM emploient des animateurs salariés qui sont d'anciens adhérents des GEM, chiffre stable*

⁷ Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Année 2021. CNSA site:<https://www.cnsa.fr/page-de-recherche/tous-les-types/GEM> consulté 18 février 2023

par rapport à 2019 ». La fiche de poste, préconisée par le cahier des charges (2019), précise des compétences d'écoute, de relation d'aide et d'organisation mais pas de diplôme précis. En outre, les animateurs ne doivent pas se substituer au professionnel de soin et un adhérent peut devenir salarié sous réserve qu'il ne soit plus adhérent.

c. Appartenance et revendication

Une autre particularité du GEM est qu'il constitue un dispositif à destination de personnes portant les mêmes problématiques, cette fonction de similarité et de réciprocité accentue la fonction de protection vis à vis des assignations identitaires du monde extérieur et des vécus douloureux en psychiatrie. Les adhérents partagent leur troubles, « *dédramatisent de ce fait leur situation personnelle* » (Jaeger, 2016, p.59), ces échanges créés une fonction de soutien et développent un sentiment « *d'appartenance à un groupe social où leur présence est reconnue comme importante* » (Jaeger, 2016, p.59). Notons une sorte de complicité et de compréhension au delà des mots, en effet les relations entre pairs au sein du GEM opèrent sous le sceau de l'appartenance comme « *possibilité de se voir et de s'identifier à travers le regard de l'expérience de l'autre* » (Goffman cité par Troisoefus, 2020, p.13). Troisoefus (2020) dépeint la possibilité trouvée au GEM de mettre entre parenthèse la maladie ainsi que la possibilité de « *jouer aux normaux entre malades* ». Se reconnaître et se considérer comme des personnes à part entière participe au processus de revendication tout comme la « *réappropriation de la parole et l'investissement d'un lieu* » (Durand, 2009, p.809). Ce véritable travail de restauration de la personne, procure de nouvelles reconnaissances et un nouveau statut (Durand, 2009).

d. Espace de liminarité

Les auteurs s'entendent pour signifier la position particulière qu'occupe le GEM dans le champs des organisations du sanitaire et du médico social. En effet, structure associative pouvant être totalement indépendante d'une organisation sectorielle, le plus souvent située dans un cœur de quartier d'une agglomération, le GEM joue alors un rôle majeur en matière de déstigmatisation (Durand, 2009). Cette place dans un continuum, participe à un « *effacement des frontières* » (Jaeger, 2016, p.59) préexistantes entre professionnels et non professionnels. A mi chemin entre l'hôpital et le monde ordinaire, l'organisation GEM est souvent illustrée par ses promoteurs comme un tremplin, un marche pied, un sas, une passerelle, une zone intermédiaire. Troisoefus (2020) décrit cette frontière à partir du concept anthropologique de liminarité, « *phases de transition d'un état à*

un autre » (2020, p.2) et développe la dimension du passage entre la vie institutionnelle et la vie ordinaire, la maladie et la normalité. L'auteur souligne que cela n'empêche en rien que la personne soit prisonnière de cet espace qui pourtant est censé n'être qu'un passage et que c'est particulièrement le cas pour la personne en situation de handicap, « *condamner à demeurer dans l'entre deux* » (Stiker cité par Troisoeufs, 2020, p.5). Au sujet des personnes en situations de handicap psychique, Lovell et al. partagent également que « *dans les dispositifs de santé mentale voués à l'inclusion ou l'intégration sociale, les usagers se sentent « handicapés » par la division entre cet intérieur et l'extérieur du monde des « normaux », dans lequel leur handicap demeure invisible* » (2009, p.225).

C. Vers la redéfinition de soi

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux processus intra psychiques mobilisées par les personnes du fait de leur troubles et des mouvements d'assignations identitaires en situation d'altérité. Nous allons nous intéresser à la dynamique identitaire, sous jacente aux dimensions de l'intime et de l'altérité, pour tenter de comprendre comment, suite à un temps de rupture et de bouleversement identitaire, la personne pourra tendre vers un processus de reconstruction identitaire et engager une redéfinition de soi.

Partant du principe que nous ne pouvons réduire la souffrance individuelle de la personne à un indicateur de « *dysfonctionnement social* » (Koenig, 2016), notre démarche éthique ne cherche pas à situer l'origine du mal et des dysfonctionnements du côté de la personne elle même ou du côté de la société mais de penser conceptuellement « *les modalités de la rencontre* » (p.29) et de relations des individus avec les institutions (Hochmann, 1971).

Ce faisant, il nous intéresse d'observer la manière subjective et singulière qu'opère la personne pour construire son identité. En effet, les difficultés rencontrées dans son travail de subjectivation ne se limite pas à son environnement. Au premier chapitre, nous nous sommes intéressé à la personne en situation de handicap psychique, dans ce chapitre, nous parlerons de maladie psychique.

Aussi, dans ce chapitre nous allons tenter de déterminer comment s'articule le processus identitaire et le travail narratif de la personne. Nous verrons également en quoi, en situation de rupture et de fragilité identitaire, le processus de narrativité est un processus favorisant la reconstruction identitaire. Ensuite, nous aborderons en quoi l'activité narrative s'inscrit dans la perspective contemporaine du rétablissement, comme perspective d'une redéfinition de soi. Pour

terminer nous présenterons les avantages que recouvre le concept d'interculturalité narrative du soi (INS) comme produisant l'agencement des différents récits en lien entre eux et permettant une production de sens singulière.

1. L'identité fragilisée de la personne malade psychique

a. De l'identité

Un des premiers penseurs sur l'identité, en 1694, le philosophe John Locke, interroge l'unité de l'identité personnelle dans le temps, il revendique que la mémoire est à la base de notre identité personnelle et postule qu'une personne est une conscience de soi incarnée capable de garder à l'esprit les phases successives de son existence. Cette question de permanence et de continuité dans le temps est à la base de la notion de subjectivité.

Sentiment éprouvé ou réalité perçue, pour le psychanalyste Roussillon (2018), elle est une expérience intime, nous permettant d'éprouver un sentiment de continuité. Pour Freud, la conflictualité psychique inhérente à la construction identitaire se crée entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui, ainsi qu'entre les différentes instances psychiques de l'individu (ça, moi et surmoi). Il décrit le processus de différenciation, comme le processus de distinction moi/non moi opéré par le nourrisson et aidé par la capacité de son environnement à s'ajuster à ses besoins, développé par Winnicott (1956) sous le terme d'*object presenting*. En 1919, Freud propose son essai *Unheimlich*, traduisant le sentiment d'inquiétante étrangeté, véritable incarnation psychique d'un soi comme un « *étrange pays de frontière et d'altérité sans cesse déconstruit et reconstruit* » (Kristeva, 1988, p.283). C'est cette « *apparition projective de l'autre au sein de ce que nous persistons à maintenir comme un nous propre et solide* » (Kristeva, 1988, p. 284) qui est génératrice d'une troublante altérité. La question de l'altérité s'invite à la formation du processus identitaire, « *il n'y a pas d'identité sans altérité, tant interne qu'externe* » (Roussillon, 2018, p.294) et cela renforce l'image d'un autre étrange tout autant que l'écart induit la ressemblance. L'identité implique une autoconnaissance, une continuité, une auto définition et une hétérodéfinition.

L'identité pour la métapsychologie psychanalytique revient à se centrer sur les états de continuité et de discontinuité psychique. La négativité, au sens de se figurer l'absence « *sans risque de se perdre* », éprouvé très tôt dans l'enfance, implique une expérience de la « *discontinuité fondamentale* » qui se forge « *dans le lien avec l'objet* » (Roussillon, 2018, p.294). Les travaux de Green (1993) sur la négativité ont pointé la capacité fondamentale de la vie psychique à se développer pour supporter la séparation.

Répondre à la question *qui suis-je?* engendre un questionnement en direction de deux pôles: vers l'autre et vers soi et plus précisément pour la psychologie sociale du côté de la revendication et du côté de la prescription. De la dynamique produite par l'écart entre une définition endogène et une définition exogène (Tap, 1985) provient le processus identitaire, sorte de « *précipité actuel et provisoire* » (p.20) de définition de soi. La tension qui s'effectue entre ces deux pôles va entraîner une interrogation continue sur soi. Pour Tap (2005), l'identité se construit à l'aide de deux processus opposés mais complémentaires que sont l'assimilation et la différenciation. Ainsi, elle ne se fixe pas et « *seul le mouvement et le renouvellement (...) peuvent éviter la perte réelle ou symbolique de l'identité* » (1985, p.21).

Le processus identitaire est permanent bien que des périodes plus intenses et plus ostensibles comme peuvent l'être l'adolescence, lorsque les enfants quittent le foyer et le passage à la retraite. C'est à partir de son expérience de thérapeute auprès d'un public adolescent et en centrant son approche sur le mécanisme de crise et sur les différents stades que Erikson (1968) a développé son approche développementale sur l'identité. Il décrit différents stades par lequel l'individu passe tout au long de sa vie. Il propose une vision de l'identité comme se faisant par identification et se construisant à travers différents paradoxes tels que: ancrage et déprise, similitude et différence, individuel et collectif, originalité et conformité, devoir-être et vouloir-être.

Pour la psychologie interculturelle, la part de la culture revêt une place fondamentale au sens où le sujet va être marqué par le modèle culturel, ce qu'il va revendiquer n'est pas en rupture avec son environnement culturel, la manière de se définir est toujours en lien avec sa culture. À travers son modèle des stratégies identitaires, Camilleri (1993) indique les différents moyens de gestion de la disparité culturelle. L'identité est dynamique, des aménagements permanents s'opèrent en situation d'altérité, ces remodelages prennent en compte l'image de soi. Pour Camilleri (1993) l'individu est à la recherche de cohérence et de stabilité, il présente deux exigences en situation d'interaction, le besoin de restaurer une unité ontologique de sens et celui d'accorder une valeur attachée à l'image de soi. L'unité de sens correspond à un vécu d'unité et de continuité, ainsi qu'à la possibilité de se définir dans la durée malgré les changements. L'unité de valeur correspond quand à elle à l'estime de soi, la manière dont s'évalue la personne.

Néanmoins, l'approche de Camilleri (1993) d'un noyau dur auquel se juxtaposeraient de nouveaux traits identitaires à travers la recherche d'un « *sentiment de cohérence* » et d'une « *formation non contradictoire* » est remis en question par Denoux (1995, p.265). En effet, l'auteur considère l'identité interculturelle comme une « *tension ou une circulation ou encore une disjonction entre plusieurs traits identitaires éventuellement en totale contradiction* » (1995, p.265).

Le concept d'identité interculturelle se base sur le processus d'interculturalisation (Denoux, 1994) déjà mentionné dans la partie préambule épistémologique et reconnaissant des processus dynamiques et créatifs. Les processus de fermeture et de résistance qui se mettent en place vont permettre à l'individu de se définir en se distanciant, donnant un résultat tout à fait singulier. L'identité interculturelle est continuellement dans la création et la recréation, son unité identitaire est une fiction, elle est vue comme plurielle, fictive et narrative, sa solidité est un fantasme. Cette définition de l'identité interculturelle plurielle (Denoux, 1995) permet de reconnaître le fait qu'il ne peut y avoir de recherche de cohérence de manière continue et que la personne articule les différentes facettes de son identité en fonction du contexte.

Nous avons vu que la question de l'identité provient du sentiment d'altérité en soi, se définissant autour de son point d'étrangeté, qu'elle est un processus dynamique qui engage la personne entre mouvement de revendication et d'assignations. L'identité s'appréhende d'avantage comme un processus souple et métamorphosable à l'infini supportant des parties ou des facettes de soi différentes et pouvant en situation d'interactions être mobilisées pour garantir une forme de continuité d'être.

b. L'identité de malade

Pour Marin (2014) l'entrée dans la maladie est une catastrophe, un « *bouleversement brutal du monde intérieur, du sens de l'identité du malade, du sens de son existence même* » (p.6). Pour l'auteur, il s'agit d'une « *rupture, d'une fracture dans la continuité de l'expérience* » (p.6) du sujet. La maladie est à entrevoir comme une nouvelle expérience de soi, une nouvelle identité assignée qui est projetée sur la personne qui en devient diminuée. C'est en soi un nouveau statut social à prendre en compte et cette identité dans laquelle le malade et l'entourage ne se reconnaissent plus, est vécue sur un mode d'humiliation et de dévalorisation. Marin (2014) décrit cette petite mort sociale comme venant mettre à mal le sentiment labile d'unité identitaire, l'effritant, le faisant devenir poreux et faisant apparaître une faille.

Ce bouleversement identitaire est décrit par Delassus (2022) comme le fait de devoir « *disparaître, pour laisser place à un autre qui sera toujours soi mais différemment* » (p.298). Pour Marin (2014), le sujet fait l'expérience d'une situation limite et les regards des autres viennent appuyer cela au sens où ces regards renvoient au sujet le fait qu'il n'est plus le même. Nous voyons combien la survenue de la maladie affecte identitairement la personne, la représentation qu'elle se fait d'elle-même, « *se trouve brisée par la maladie* » (Delassus, 2022, p.299). Toutes démarches,

tous projets devient une montagne insurmontable, la personne s'éprouve changée, impuissante, diminuée, autre, « *est ce à dire qu'être malade, ce n'est plus être soi-même ?* » (p.299). Dans la perspective d'une reconquête identitaire vis à vis de sa maladie, Marin (2014) précise que la personne malade doit « *s'habituer à son nouveau soi* » (p.82) et que son rapport à l'altérité s'en retrouve transformé. « *S'assumer comme malade, se reconnaître dans cette identité* » (Marin, 2015, p.82), c'est pouvoir endosser ce nouveau statut, c'est devoir considérer une culpabilité, « *comme si nous incombait une forme de responsabilité* » (p.79) de la maladie.

c. L'impact identitaire des discriminations

Watermeyer et Swartz (2016), décrivent l'impact des agressions symboliques portées à la subjectivité et à l'identité des personnes en situation de handicap psychique, véritables réceptacles des idées indésirables des dominants valides entraînant leur marginalisation. Les auteurs rappellent l'extrême vulnérabilité de ces personnes et témoignent du traumatisme psychique important sur l'identité ayant des répercussions sur leur sentiment d'appartenance.

Pour Bouvet et Bouchoux (2015), des formes de stigmatisations anticipées affectent largement les personnes schizophrènes, ressentie ou perçue, cette stigmatisation intériorisée représente une « *application à soi même des croyances et des pensées stigmatisantes sur la maladie* » (p.437). Cette forme est décrite comme très puissante avec pour incidence une faible confiance en soi et le développement d'une forme de dépression. Barbaro et al. (2008) témoignent de la difficulté dans laquelle se retrouve le patient hospitalisé en psychiatrie devant conjuguer avec le discours médical et son explication subjective de la maladie. La peur d'une discrimination et d'un maintien trop long des soins fait que le patient choisi de renoncer à sa propre explication. « *En assumant le rôle de patient qui lui est demandé, la personne perd des aspects importants de son individualité et de son identité* » (Barbaro et al., 2008, p.448).

Bouvet et al. (2019) ont proposé une revue de la littérature sur la notion d'insight narratif chez le patient schizophrène. En psychiatrie, l'insight est la « *reconnaissance de sa maladie* », l'accord vis à vis du traitement et la « *reconnaissance des évènements psychotiques comme pathologiques* » (p.257). L'insight narratif suppose que le patient produit des récits de son expérience de la maladie, générant du sens et de la cohérence à son expérience, soutenant l'identité et l'estime de soi. Les auteurs dénotent qu'« *encourager les patient à adopter uniquement le point de vue médical* », renforce « *l'identité de malade et le poids de la stigmatisation* » (p.259). Ces récits incluent les « *représentations personnelles et culturelles* » (p.259), à ce titre l'insight médical

est présenté comme une narration possible pouvant ou non, soutenir la personne. Néanmoins, les auteurs précisent que l'explication des troubles non médicale adoptée par les patients est d'une part, d'avantage en accord avec leur croyance et d'autre part rejoint l'idée d'une construction dynamique de l'insight, en constante construction. A ce propos, la « *présence simultanée de plusieurs modèles explicatif chez le patient* » entraîne un meilleur pronostic (Bouvet et al., 2019, p.260).

d. Le rapport à soi dans les troubles psychiques graves

Les différentes affections psychiatriques dont souffrent les adhérents de GEM ont des conséquences importantes sur la construction identitaire. Comme vu précédemment, le GEM est un lieu d'accueil libre, non médicalisé et en dehors de tout élément diagnostique. Néanmoins, la lettre de cadrage de la HAS (2014) au sujet du handicap psychique précise qu'il s'agit de troubles psychotiques, « *en particulier la schizophrénie, mais aussi de troubles bipolaires graves* » (p.7). Lotte et Seraphin, (2009) ajoute les « *Troubles dépressifs graves, d'états psychotiques, troubles obsessionnels et compulsifs* » (p.453). Il nous importe avant tout de préciser un enjeu éthique, l'expérience des troubles est un processus unique, singulier et entièrement subjectif et nous ne pourrions résumer une personne à ce que la symptomatologie clinique a développé comme savoir sur ce qu'elle pense être son trouble.

La métapsychologie psychanalytique a développé un corpus théorique pour approcher les notions de psychose, incluant la schizophrénie, et de troubles narcissique identitaire incluant la bipolarité et le trouble borderline. Développée initialement par Freud entre 1915 et 1917 cette conception générale et complexe de la vie psychique nous apparaît tout à fait pertinente pour appréhender les troubles psychiques. Le modèle structural, représenté en France par les travaux de Bergeret (1971, 1985) distingue deux grandes structures ou modalités de fonctionnement psychique, la névrose et la psychose. Ces modes d'organisations de la psyché sont définis à partir de « *trois facteurs essentiels: les défenses, le type d'angoisse et les modalités de la relation d'objet* » (Roussillon, 2018, p.7).

Le modèle d'organisation psychotique témoigne d'un sentiment d'étrangeté radical et d'une cassure au sein de la psyché, telle que le sujet est coupé de lui-même. Roussillon (2018), décrit la psychose comme une « *transformation radicale du rapport du sujet à la réalité, entraînant une modification profonde et durable de l'identité et généralement de la personnalité* » (p.271). L'auteur souligne les difficultés massives pour l'organisation psychotique empêchant la constitution de « *signaux suffisamment stables qui permettent de différencier représentation et*

perception » (Roussillon, 2018, p.272). Soulignons alors le défaut majeur de distinction entre le dedans et le dehors puis du moi et du non moi, un travail introduit par l'activité symbolique. Progressivement, le travail de symbolisation s'engage soutenu par l'activité représentative et l'expérience de perte. L'objet est perdu au dehors pour être retrouvé dedans. L'objet en psychanalyse est constitutif de la pulsion: « *Il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction* » (Roussillon, 2018, p.22). L'accent est mis sur la relation d'objet, c'est à dire le mode de relation du sujet avec son monde, il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique.

L'organisation psychotique, selon Koenig (2016), se traduit par le fait que « *le Moi a subi d'importantes fixations ou régressions à un niveau archaïque du développement* » (p.31), par conséquence, la relation d'objet a la caractéristique d'être fusionnelle et symbiotique. Ces difficultés de constituer un processus de symbolisation, de représentation de la représentation fait basculer le sujet dans une confusion douloureuse et terrifiante. Racamier (1965) témoigne d'un processus de dépersonnation dans la schizophrénie, processus rattaché à la conception de Soi, un « *soi dissout* », où le « *sujet cesse d'éprouver sa personne et celle d'autrui comme des entités vivantes, séparées et organisées* » (Koenig, 2016, p.31). Koenig rapporte les bouleversements identitaires majeurs que subi la personne du fait de la profusion de symptôme, véritable crise existentielle, l'expérience schizophrénique reste un sentiment de rupture identitaire (2016).

Le pôle d'organisation narcissique-identitaire tel que le décrit Roussillon (2018), représente un ensemble complexe de troubles différents par leurs expressions symptomatiques (borderline, état limite, bipolarité...) mais qui pour autant, entre en cohérence vis à vis de la dimension narcissique et de la continuité/discontinuité identitaire. La question de l'identité est nettement engagée dans la formation de cette souffrance. Pour Roussillon (2018), cette souffrance narcissique est à entendre comme une « *organisation défensive contre les effets d'un traumatisme* » (p.294) vécu ou non, et la menace qu'il fait peser à l'organisation psychique. La contrainte de répétition fait maintenir une actualité du trauma générant ainsi des souffrances identitaires narcissiques. Celles-ci ébranlent la part la plus intime de l'être dont les sources proviennent soit du processus de séparation, soit du processus d'individuation, notons que celles ci sont étroitement liées. Nous pouvons donc témoigner que du fait d'un attachement de type insécure, le sujet est dans l'incapacité de se séparer, habité par un sentiment de vide, il est au prise avec une importante dévalorisation de soi.

Le fait que le sujet se sente comme indépendant, à la fois relié à l'autre et séparé de l'autre peut prendre des formes très variables, ayant pour conséquences des incidences sur le plan

psychique au niveau de l'individuation, des séparations, du travail de deuil. Pour reprendre Schafer-Mutarabayire (2009), cette fragilité peut témoigner d'une « *souffrance de ne pas être capable d'être ce que l'on voudrait être* » (p.195).

Nous avons collecté les données relevant de la littérature au sujet de la personne atteinte de troubles psychiques et relatives à sa dynamique identitaire. Se reconnaître soi s'inscrit dans un processus permanent, évolutif et dynamique à l'interface entre soi et les autres. Pour cela, nous souhaitons interroger les ressources narratives de la personne comme capacité à articuler ses vécus expérientiels multiples.

2. Identité narrative et rétablissement

Les récits occupent une place centrale dans la vie humaine, ils sont un vecteur de la culture comme structure « *dialectique, où abondent les récits de toutes sortes qui nous disent ce qu'est, ou ce que devrait être le moi* » (Bruner, 2002, p.138). Pour Bruner, le récit donne « *forme à ce qui existe dans le monde réel et qui lui confère même une sorte de droit à la réalité* » (p.34). Les récits produisent une forme de réalité convaincante permettant de concrétiser l'expérience. Rappelons que le processus identitaire articule les pôles externe et interne et précisons que l'approche narrative permet de traduire et relier extériorité et intériorité. En situation de choc, de bouleversement identitaire, la capacité de mise en narration prend une place essentielle. Comme le souligne Bruner (2002) « *ce qui nous pousse vers le récit, c'est précisément ce qui ne se déroule pas comme nous l'espérons* » (p.59).

Ce besoin de se raconter soi-même ou de produire un récit de soi telle une pulsion narrative, participe à la nécessité de se reconnaître soi de manière unique, distingué des autres (Bruner, 2002). C'est en « *comparant les récits que nous produisons sur nous mêmes avec ceux que les autres nous proposent d'eux mêmes que nous y parvenons* » (Bruner, 2002, p.111). L'auteur rappelle la difficulté inhérente au processus de définition de soi en situation d'altérité, influencé par « *ce que nous pensons de ce que les autres pensent que nous sommes* » (2002, p.120). Ce processus est maintenu « *lorsque nous entreprenons de nous raconter à nous mêmes* » (p.121). Ces jeux d'influences placent l'individu à son insu, sous l'emprise de mécanismes d'attraction, trop loin de son illusion subjective et trop proche du piège de l'illusion biographique (Bourdieu, 1986).

L'identité narrative est à considérer comme provenant de multiples épistémologies. Pour le philosophe Ricoeur (1990), le récit résulte du travail de narration, qui permet de réaliser des changements, de proposer des récits alternatifs, dans la logique de l'après coup. L'identité narrative

est une médiation du récit entre le monde et soi. Elle permet de décrire le maintien du sentiment de continuité de soi, tout en expérimentant une histoire singulière faite d'innombrables composants reliés entre eux de manière causale, permettant de se vivre « *soi même comme un autre* » (Ricoeur, 1990). L'identité narrative est pour Ricoeur une composante de l'identité et la « *capacité de la personne de mettre en récit de manière concordante les événements de son existence* » (Michel, 2003, p.127). Pour Ricoeur, la configuration narrative ne cherche pas à reproduire de manière identique la réalité mais une représentation dynamique (*mimesis*), une transposition et une organisation cohérente du vécu de la temporalité.

Pour le Professeur de psychologie interculturelle Teyssier (séminaire UE803, 2023) la psyché est un réseau métastable fait de multiples récits. Les tensions résultants des situations de contact culturel témoignent de la difficulté à articuler les récits provenant de l'extérieur qui prédéterminent de manière latente les manières d'agir, de penser et d'être au monde. Pour l'épistémologie de la psychologie interculturelle, tout individu est appréhendé comme un narrateur du monde et de lui même, comme narrateur du monde en lui même et comme narrateur de lui même dans le monde. L'individu se construit dans un monde tramé de récits, se combinant entre eux, s'harmonisant plus ou moins, et son paysage interne est lui même composé de récits multiples sur tout ce qui l'entoure et tout ce qu'il a pu symboliser (Teyssier, séminaire UE803, 2023)

Nous pouvons résumer les grands principes retenus de l'approche narrative:

- Le récit construit l'identité de la personne en construisant celle de l'histoire racontée (Ricoeur, 1990).
- L'identité est un « *produit des histoires que nous avons construites* » (Bruner, 2002, p.117).
- Les récits permettent de donner du sens à soi, au monde, au monde par rapport à soi et à soi par rapport au monde (Teyssier, séminaire UE803, 2023).

La perspective contemporaine du rétablissement en psychiatrie tel qu'il s'est développé outre atlantique (Andresen, 2003 ; Lysaker, 2008 ; Davidson, 2007) et en France (Pachoud, 2012 ; Koenig, 2016) ouvre des pistes de réflexion majeure sur la place de la narrativité dans le processus de redéfinition de soi pour la personne malade mentale. Pour introduire la définition du concept de rétablissement, soulignons qu'il nous amène à considérer deux conceptions. D'une part celle objective, traduction française du terme anglais *recovery*, signifiant alors recouvrer donc récupérer ce que l'on a perdu. Et d'autre part, subjective, du latin *stabilire*, faire se tenir debout, dimension plus « *expérientielle* » témoignant d'un cheminement (Koenig, 2016, p.68 et p.69).

Pachoud (2012) citant le travail de Giddens nous présente ce travail de narration comme une exigence non thérapeutique mais d'avantage existentielle et que la perspective de reconsidérer des morceaux de sa vie non plus comme des modèles et des façons de faire fixes et descendantes, devient pour l'individu une occasion voire une « *obligation constante de négocier son style de vie* » (p.261). Lysaker (2008) postule que la schizophrénie présente un « *déficit d'articulation de ces facettes multiples du soi* » (p.1036). Il présente l'activité narrative de la personne atteinte de schizophrénie comme une articulation de la pluralité des identités sociales de la personne favorisant la constitution d'un soi unifié, tout en soulignant son caractère pluriel et évolutif. Les travaux accentuent l'idée que l'expérience du rétablissement est le résultat d'un processus de négociation entre les conditions internes et externes.

La fonction des récits permet de donner sens aux nœuds de signification et de rendre explicite la présence des relations de pouvoir et de domination et ainsi interroger leur prédominance à expliciter le monde (Assad, 2014). Assad (2014) précise que ce travail de mise à distance des normes culturelles peut permettre à la personne de redevenir d'avantage autrice de sa propre vie. L'auteur témoigne que cette dynamique d'élargissement du sens du soi contribue à l'articulation du trauma associé aux troubles avec la stigmatisation. Egalement, l'auteur partage la forme « *d'éveil critique personnel et social* » (p.81) soutenant les capacités d'interactions sociales et d'action. Mention est portée aux prises de parole, aux revendications, à la défenses des droits et à la pair-aidance des personnes ayant vécu des troubles psychiques et porteuse d'un savoir expérientiel (Assad, 2014).

Nous pouvons voir que le fait d'accentuer la mise en narration permet de favoriser un sentiment de soi continu, cohérent et complexe (Koenig, 2016). L'acception Ricoeurienne de synthèse de l'hétérogène qualifiant le pouvoir de l'activité narrative favorise une évolution dynamique de l'identité qui, bien que fragilisée par les troubles, vient soutenir un travail de restauration d'un soi historicisé et la capacité de mise en intrigue. En quelque sorte, les auteurs défendent une vision « *expérientielle* » du rétablissement, une façon de sortir de l'identité de malade.

3. L'interculturalité narrative du soi

Nous allons tenter d'opérationnaliser le travail d'articulation des récits que produit la personne adhérente du GEM à partir des ensembles de significations produits par les ensembles culturels dans lesquels elle appartient, elle se revendique et elle peut être référée. En effet, nous

avons postulé que ce travail intrapsychique d'articulation est favorisé par la présence et l'interconnexion des mondes culturels au sein du GEM. Pour comprendre l'articulation des récits et la façon dont la personne va réagir en lien ou non avec ces systèmes de sens, nous allons solliciter l'interculturalité narrative du soi (INS) architecture conceptuelle des récits, développée par Teyssier et Denoux (2019). Pour cela nous allons, comme l'ont modélisé les auteurs, considérer les récits de « *l'extériorité vécue* », appelés les récits socio-culturels (RSC) et les récits de « *l'intériorité ressentie* » (p.418), appelés les récits du soi (RDS).

Tout d'abord, ce modèle précise que les personnes mobilisent des RSC, émanant de tout environnement, pour donner « *forme à l'expérience du monde* » (p.418). Ils tiennent une « *fonction de médiation* » (p.418) entre le monde externe et l'intrapsychique, ils peuvent apparaître sous forme manifeste ou latente et explicite ou implicite. Les RSC témoignent du besoin de la personne de construire une extériorité ayant du sens tout comme de créer un sentiment de reconnaissance. Les personnes mobilisent également des RDS pour donner sens à la trajectoire de leur existence, ces formes narratives permettent un « *sentiment de continuité* » et la possibilité de « *s'adapter à son expérience* » (p.420) subjective. Dans le récit, ils prennent le plus souvent la forme du « *je* » et peuvent être eux aussi manifeste ou latent.

L'INS est décrite par les auteurs comme l'architecture narrative qui témoigne de l'expérience subjective de la pluriculturalité. Elle atteste de la cohérence de l'organisation des liens ou d'un système de tensions, plus ou moins résolus entre RSC et RDS. Les deux mouvements principaux contenus dans l'INS sont la fonction intégrative et la fonction réfractaire. La fonction intégrative permet de raconter l'adaptation et le dépassement de l'expérience vécue. La fonction réfractaire témoigne d'une résistance vis à vis de l'adaptation aux « *vécues de ruptures* », sorte de « *barrière psychique face à l'hétérogénéité* » du monde extérieur (Teyssier et Denoux, 2019, p.422). Le modèle propose des types de liens entretenues entre les RSC et les RDS: la prédominance de l'un sur l'autre marquée « *<* » ou « *>* », la coexistence de deux récits notée « *⇔* », la similarité du contenu signifiée par « *//* », la dissonance représentée par « *≠* » et l'absence de lien signée « *;* ».

PROBLEMATIQUE

En partant de nos observations dans un GEM où nous avons été salarié, nous nous sommes demandé a posteriori, comment les adhérents reconstruisent leurs identités en réaction aux chocs et aux vécus de ruptures que constituent l'hospitalisation psychiatrique et le vécu des troubles psychiques. Nous avons inauguré notre travail avec la question de départ suivante: dans un contexte de pluriculturalité, quelle fonction tient le GEM pour la construction identitaire des personnes en situation de handicap psychique? Dans cette première partie, après avoir précisé le cadre épistémologique constitutif de notre recherche nous avons délimité notre objet dans une trajectoire progressant de l'extériorité vers l'intériorité.

A ce titre, nous avons recouru à différentes épistémologies provenant de la psychologie, de la psychanalyse, de la philosophie et de l'anthropologie. Pour autant, nous avons maillé les apports retenus de la littérature et notre élaboration au sein d'un même cadre conceptuel, celui de la psychologie interculturelle. Cadre qui, rappelons le, considère la culture comme un processus et non comme un produit, et postule l'intrication psychisme culture dans un lien récursif entraînant des transformations progressives et silencieuses (Teyssier et Denoux, 2013). Ce postulat dynamique évite toute réification, la personne ne pourrait être résumée à une culture mais néanmoins, ancrée dans ses appartenances multiples, nous savons qu'elle doit construire un semblant de cohérence. C'est donc vers la reconstruction d'une cohérence pour la personne atteinte de troubles psychiques que nous nous sommes orienté, en nous intéressant aux environnements dans lesquels elle évolue.

L'hôpital psychiatrique et le GEM sont les deux topiques que nous avons voulu considérer dans leur rapport respectif et sous le prisme du vécu d'adhérent de GEM. Nous avons décrit la dimension coercitive et déshumanisante de l'hôpital ainsi que les mécanismes et outils institutionnels auxquels les soignants ont recours pour humaniser et démocratiser celui-ci, tout en maintenant sa fonction contenante et soignante. En effet, les interactions avec l'organisation hôpital, comme lieu de traitement de la maladie mentale, entretiennent un rapport d'assignation générant un sentiment de protection et/ou de menace pour la personne hospitalisée. En parallèle, nous nous sommes intéressé au GEM, comme lieu se situant en dehors du faisceau de l'hôpital mais toutefois dans celui des troubles psychiques. Moins une bulle imperméable ou une hétérotopie Foucauldienne mais plus un « *dispositif de passage et un espace liminaire* » (Troisoeuf, 2020), le GEM est un lieu à la lisière de la psychiatrie hautement hermétique aux assignations identitaires. Une sorte de tribu pour des personnes porteuses des mêmes difficultés, il renforce le sentiment d'appartenance et le processus de revendication. Nous avons témoigné de son aspect pluri culturel, comme lieu de mise

en contact de divers mondes, associatifs, professionnels, patients, proche et famille. Rappelons que dans le parcours de soin de la personne, le GEM vient se situer a posteriori, il est donc une nouvelle organisation avec laquelle la personne entretient des interactions ainsi qu'avec les membres de celle-ci.

La revue de la littérature nous a permis de décrire l'identité comme une notion opérante vis à vis de l'expérience de se reconnaître soi, malgré les chocs et les ruptures venant altérer ce sentiment. La dynamique identitaire se pense comme une construction en permanence en train de se redéfinir, une expérience intime entre étrangeté et continuité, entre le monde externe et son monde interne, permettant que puisse persister un sentiment de continuité psychique. Par ailleurs, nous avons vu que la personne entretient un rapport subjectif avec sa maladie, qu'elle développe une identité de malade provoquant un vif mouvement d'interrogation identitaire. Le bouleversement occasionné par ce nouveau statut créant une expérience limite (Marin, 2014), une diminution (Delassus, 2022) et un vécu d'humiliation pour la personne. De surcroît, nous avons pu témoigner d'une forme de double peine subie, tant face à la nécessaire gestion des symptômes causés par la maladie psychique que face aux répercussions identitaires des mouvements de discrimination. Nous avons relevé les mouvements d'auto stigmatisation et de stigmatisation anticipée chez la personne schizophrène (Bouvet et Bouchoux, 2015). Assignations présentent également dans la confrontation du patient avec le point de vue médical et rendant difficile le développement d'une autre identité que celle de malade (Barbaro et al., 2008). La notion d'insight narratif développée par Bouvet et al. (2019) présente que le fait d'avoir plusieurs narrations sur l'explication de sa maladie de manière simultanée, augmente le pronostic du patient. Ensuite, nous avons explicité la fragilité identitaire de la personne due à ses propres troubles psychiques. Ceux-ci, qui entraînent la plupart du temps le statut de handicap psychique, peuvent être soit d'ordre psychotique (schizophrénie) ou relevant des troubles narcissiques identitaires (borderline et bipolarité), augurant, dans un cas comme dans l'autre, l'expérience d'une discontinuité identitaire. Rupture identitaire, éprouvé d'un soi dissout (Koenig, 2016) et d'un processus de dépersonnation (Racamier, 1965), la personne psychotique doit faire face à une grave crise existentielle. L'organisation psychique de la personne en souffrance narcissique et identitaire quand à elle, relève d'une défense vis à vis d'effets traumatiques fragilisant le processus de séparation (Roussillon, 2018). L'incapacité de se séparer vient activer une souffrance permanente de l'impossibilité à être ce que l'on voudrait être.

Au regard de nos avancées théoriques sur l'identité, nous pouvons saisir la forte tension identitaire présente chez la personne atteinte de troubles psychiques. Le vécu d'altérité radicale, de discontinuité et les difficultés psychiques liées au processus de séparation marquent profondément

la personne. Ces remaniements provoquent une nécessité, rendue difficile, de mise en cohérence de ces expériences pour produire du sens. Ces fragilités extrêmes placent la personne le plus souvent en nécessité d'être soignée, hospitalisée, dans des lieux producteurs d'assignation, d'explication médicale et d'une nouvelle identité liée à la maladie, vis à vis desquelles, la personne doit continuer de produire un sentiment de cohérence. La dynamique identitaire en continuelle création, va s'organiser en fonction de ces tensions, va gérer de manière plus ou moins souple ces différentes facettes du soi et ce parfois à l'insu de la personne.

Nous avons témoigné de la place centrale qu'occupe les récits comme point d'articulation pour la personne entre sa vie psychique et sa compréhension de l'environnement. Nous avons sollicité la pulsion narrative (Bruner, 2002) comme ressource permettant de produire un sentiment de cohérence, singulier, original, plus ou moins fictif pour supporter le vécu saillant d'altérité et l'écart entre son extériorité et son intériorité. Le concept d'identité narrative, développé par Ricoeur (1990) et remanié dans la théorie du rétablissement en santé mentale, entrevoit la faculté de mise en cohérence, de mise en sens des multiples récits intérieurs et extérieurs de manière subjective. Ces récits soutiennent un élargissement du sens du soi ainsi qu'une dynamique interactive de gestion des conséquences du trauma et de la stigmatisation (Assad, 2014). Les recherches effectuées nous ont conduit à considérer d'abord l'identité comme un produit des histoires construites (Bruner, 2002) et ensuite que la personne est créatrice de récits en interactions et en réactions avec ceux produits sur elle. Comme nous l'avons présenté, l'outil de cartographie des récits que constitue l'INS (Teyssier et Denoux, 2019) nous a semblé pertinent pour analyser RDS et RSC.

En outre, cette perspective théorique a montré que la période d'hospitalisation, antérieure au GEM, concentre l'avènement de l'identité de malade et des récits médicaux (diagnostic) occasionnant une force externe d'assignation générant d'intenses remaniements identitaires. Dans un second temps, il semble que la personne atteinte de troubles psychiques, peut trouver au GEM un lieu pourvoyeur d'interactions et de significations tutélaires à son engagement dans un processus de redéfinition de soi. A l'aune de cette première partie, nous souhaiterions décliner le questionnement qui s'en suit: En quoi l'interaction avec le GEM, soutient une articulation des différents récits de manière cohérente pour la personne? En considérant l'organisation d'une part et les membres qui la constitue d'autre part, en quoi les modalités d'interactions personne-organisation hôpital et personne-organisation GEM varient-elles? En ce qui concerne la personne adhérente du GEM, quel récit produit-elle quand à l'explication de sa maladie? Quel rapport entretient-elle avec son expérience des troubles? Le GEM permet-il de faire évoluer qualitativement les récits et le rapport à la maladie?

Proposons in fine l'hypothèse générale suivante: dans la situation de contact culturel garantie par le GEM, les personnes ayant eu un vécu d'hospitalisation antérieur, engagent un processus de redéfinition de soi.

METHODOLOGIE

1. Présentation

Cette recherche s'effectue dans le cadre de notre Master 1 en psychologie interculturelle. Nous souhaitons mesurer l'impact du GEM sur les processus de reconstruction identitaire, le GEM est défini comme un dispositif qui potentialise les effets des multiples contacts culturels sur la personne en situation de handicap psychique et ayant vécu une hospitalisation. Autrement dit, l'interculturalité du GEM soutient les processus de redéfinition de soi de ses adhérents. Nous avons précédemment repéré la dimension pluri-culturelle du GEM, au sens où il réunit les mondes culturels des professionnels, des bénévoles, des familles et des adhérents.

2. Hypothèse et variables

- **Hypothèse théorique**

Nous savons que les expériences institutionnelles influencent la construction identitaire et modifient la définition de soi des personnes. Au regard de l'interculturalité du GEM, nous postulons qu'il soutient les processus de construction identitaire et plus précisément la redéfinition de soi. Notre hypothèse est que *dans la situation de contact culturel garantie par le GEM, les personnes ayant eu un vécu d'hospitalisation antérieur, engagent un processus de redéfinition de soi.*

- **Variables**

- Nos deux variables indépendantes sont: *l'hospitalisation psychiatrique* ainsi que le fait d'être *adhérent à un GEM*. Les deux VI sont invoquées.
- Notre variable dépendante est *la redéfinition de soi*. Cette variable dépendante comporte des dimensions:
 - Le vécu de la personne avant et pendant le GEM
 - Les interactions vécues avec l'hôpital et avec le GEM
 - Le vécu de la maladie
 - L'expérience de nouveaux rôles

3. Indicateurs de variables

- **Les indicateurs des variables indépendantes**

Etre adhérent au GEM, car comme nous l'avons présenté dans notre première partie, ce lieu garantit une situation d'interculturalité, au sens où la personne va pouvoir entrer en interaction avec de multiples mondes culturels (professionnels, familles et proches, adhérents, personnes en situation de handicap psychique).

Avoir vécu une hospitalisation, car comme nous l'avons témoigné, cet indicateur témoigne d'un vacillement identitaire majeur pour la personne marquant l'entrée dans la maladie ainsi qu'il constitue une première expérience d'un mode de sollicitation de la personne malade, le GEM étant l'autre mode de sollicitation.

- **Les indicateurs de la variable dépendante**

La *redéfinition de soi* correspond au processus identitaire engagé par la personne, processus qui comme nous l'avons vu, témoigne d'une négociation entre soi-même et les autres, entre revendication et prescription, et qui articule les récits produits par les autres (RSC) et les récits que nous produisons sur nous même (RDS). La redéfinition de soi se traduit dans une perspective évolutive ou diachronique d'un vécu et de ses incidences identitaires, avant l'adhésion au GEM et après l'adhésion GEM. Nous présageons que le contenu des récits fera apparaître et changer le récit suivant s'il se situe avant le contact culturel du GEM ou après le contact culturel du GEM.

- *Les interactions développées:*

- *à l'hôpital* (avant le GEM) qui expriment la qualité du rapport qu'entretient la personne avec:
 - les membres de l'hôpital (professionnels, patients): interactions interindividuelles
 - L'organisation hôpital: interactions individu-organisation
- *au GEM* qui expriment la qualité du rapport qu'entretient la personne avec:
 - les membres du GEM (salariés, bénévoles, élus, adhérents): interactions interindividuelles
 - l'organisation GEM: interactions individu-organisation

Ces interactions inter-individuelles et individu-organisation laissent entrevoir des processus activant la redéfinition de soi. Nous faisons le choix de les résumer en trois mouvements complémentaires:

- *Assignment*, (prescription)

- *Revendication*, (opposition, affirmation)
 - *Appartenance*, (affiliation, identification)
- Le *vécu de la maladie psychique*, est le rapport qu’entretien la personne avec ses troubles psychiques et pouvant être perçu comme une facette de l’identité, celle de malade, avec laquelle la personne doit alors négocier (représentations, connaissances, nouvelles compétences, insight narratif...). Nous nous intéresserons à la manière singulière de le mettre en récit, et à la qualité de celui-ci avant et après le GEM. Pour simplifier nous le nommerons *vécu de la maladie*.
 - L’*expérience de rôle* correspond au fait que la personne puisse investir d’autres rôles, autre que celui de malade, offert par le GEM. Nous nous intéresserons au rapport que la personne entretient avec le(s) nouveau(x) rôle(s), à l’expérience subjective que cela recouvre et au fait qu’il(s) constitue(nt) une opportunité de redéfinition de soi.
 - La *fonction intégrative* correspond à une cohérence dans la narration de la personne, « *permettant l’adaptation du soi à l’extériorité et particulièrement aux vécus de rupture* » (Teyssier et Denoux, 2019, p.422).

4. Hypothèses opérationnelles

H1: Le récit de la personne, dans ses interactions avec l’organisation hôpital et/ou avec les membres de l’hôpital, présente le processus d’assignation

H2: Le récit de la personne, dans ses interactions avec l’organisation GEM et/ou avec les membres du GEM, présente les processus d’assignation ET d’appartenance ET de revendication.

H3: Nous observerons un changement dans la production de récits au sujet de la maladie avant le GEM et après le GEM.

H4: La personne témoigne dans son récit de l’expérience de nouveaux rôles, joués au sein du GEM, générant de nouvelles manières de se définir.

H5: Le récit de la personne témoigne d’une prédominance de la fonction intégrative.

5. Méthode

a. Population

Nous avons interrogé quatre participants, 4 femmes âgées en moyenne de 46 ans. Les participantes ont été recruté après avoir sollicité deux GEM toulousain. Deux GEM auxquels nous avons partagé notre projet de recherche, présenté celui-ci aux adhérents lors d’un moment convivial

dans leur local et mis en évidence celui-ci par une affichette de présentation (en annexe) exposée sur place. Deux participantes m'ont sollicité lors des présentations et deux autres directement par téléphone à la vue de l'affichette.

Notre critère d'échantillonnage de la population était d'être adhérent d'un GEM, à ce sujet, les participantes le sont en moyenne depuis plus de 5 ans. Les quatre participantes proviennent du même GEM, le GEM 1, nous avons également réalisé un entretien avec un participant homme du GEM 2 mais qui s'est avéré trop court et que n'avons pas gardé. En ce qui concerne le critère vécu d'hospitalisation, nous avons choisi de ne pas l'explicitier dans notre appel à participant pour rester dans la philosophie du GEM (hors diagnostic). Nous souhaitons préciser que bien que nous ayons une expérience professionnelle au sein d'un GEM toulousain (GEM 4), nous ne connaissons pas les participants et nous ne les informions pas de notre engagement au sein du GEM 4.

b. Approche qualitative et INS

Nous allons recourir à l'INS (Teyssier et Denoux, 2019) comme méthodologie pour comprendre l'articulation psychique et les dynamiques latentes ou manifestes que font les personnes entre les récits sur l'extériorité (RSC) et les récits du soi (RDS). Nous nous attendons alors à ce que les contenus des RSC et des RDS témoignent d'un état antérieur et simultané à l'expérience du GEM.

Cette méthodologie nous semble indiquée à plusieurs niveaux. D'une part, nous avons choisi une méthode qualitative, notre objet est saisi à travers la narration dans les ENDR. Mais encore, nous avons porté intérêt à l'identité narrative, comme médiation du récit entre le monde et soi, entre mouvement d'assignation et de revendication. Et enfin l'INS s'appuie sur le concept déjà cité d'interculturalité, postulant l'intrication psychisme - culture et reconnaissant les tensions dans le contact de culture. Utiliser l'INS, nous offre la possibilité d'approcher au plus près la manière singulière et subjective d'articuler la pluralité culturelle vécue au sein du GEM.

Dans un premier temps, nous avons développé l'aspect extériorité pour les adhérents de GEM. Nous avons analysé les processus d'assignations identitaires, essentiellement relevé celui de discrimination, produits dans le milieu psychiatrique, produit à l'égard des personnes en souffrance psychique. Nous avons également décrit le fonctionnement du GEM et sa capacité à :

- potentialiser les contacts culturels entre divers mondes (professionnels, pairs, famille, bénévoles),
- proposer une multiplicité de rôles (adhérent, animateur d'atelier, élu, bénévole...),

-se constituer comme un espace liminaire entre l'espace social et le lieu de soin.

Les récits socio culturels (RSC) sur la base de notre revue de la littérature		
A	L'hôpital psychiatrique, lieu de traitement de la maladie mentale, reste à l'écart de la cité	(Foucault, 1961)
B	La personne institutionnalisée est dépersonnalisée, infantilisée, privée de liberté d'action	(Goffman, 1961)
C	La personne en situation de handicap est incapable, limitée et jugée irresponsable	(Lotte et Séraphin, 2009)
D	La personne en situation de handicap psychique est isolée socialement	(Escaig, 2009)
E	La personne en situation de handicap psychique est une personne ni vraiment malade, ni vraiment normale, située dans un entre deux	(Troisoeufs, 2020)
F	La personne en situation de handicap psychique est victime d'effets de catégorisation, entraînant des vécus de discrimination et de stigmatisation	(Rudolph et al, 2004)
G	Les effets de catégorisation sont véhiculés par la société, les professionnels, la famille et les personnes en situation de handicap elles mêmes	(Escaig, 2009) (Lotte et Séraphin, 2009)
H	Le GEM propose une multiplicité de rôles (bénévoles, adhérents, animateur d'atelier, salarié, élu de l'association, administrateur, référent projet...)	(Troisoeufs, 2020)
I	Au GEM, les divers mondes culturels en présence entrent en contact (professionnel, patient, pairs, famille...)	
J	Le GEM véhicule des valeurs d'entraide, de participation sociale, de solidarité et de citoyenneté	(Giordana, 2010)

Tableau 1: les RSC de la revue de littérature

Dans un second temps, nous avons procédé à quatre entretiens non directifs de recherche, de 55 min en moyenne, réalisés, soit dans un bureau qui nous a été prêté pour trois participantes, soit dans un box de la bibliothèque de l'université pour une participante. Notre question était: « *J'aimerais savoir, ce qu'est le GEM pour vous et qu'elle place il occupe dans votre vie?* ». Néanmoins, nous avons choisi de demander en premier lieu à la personne interviewée de se présenter afin de recueillir des informations factuelles et de noter les éléments mis en avant par la personne. L'entretien était étayé par l'enquêteur à partir des six relances de Blanchet (2003): reflet, écho, complémentation, interprétation, interrogation référentielle et interrogation modale.

Lorsque ces entretiens furent réalisés, nous avons cherché à repérer les différents récits organisés dans le discours de la personne interviewée. Nous avons relevé les indications données au regard de nos hypothèses opérationnelles (H1, H2, H3 et H4). Nous avons analysé les récits exprimant des RSC et RDS de manière latente ou explicite. Tour à tour, nous avons discriminé les récits socio culturels exprimés et les récit du soi exprimés et les avons rassemblé en unité de sens. Rappelons que les RDS sont des récits qui expriment une facette du soi, implicite ou explicite (« je »), ils marquent l'appartenance, la singularité, la différence et sont la manière de dire son vécu. Ils articulent le passé, le présent et l'avenir, ils donnent sens à la trajectoire de l'existence et permettent un sentiment de continuité tout comme la possibilité de l'adaptation à l'expérience vécue (Teyssier et Denoux, 2019). Nous nous sommes donc intéressé au vécu singulier de la personne interviewée en tant que personne ayant connue une hospitalisation psychiatrique dans sa vie et étant actuellement adhérente d'un GEM.

c. Démarche éthique et anonymat

Notre démarche s'est inscrite dans un procédé éthique en explicitant les modalités de la recherche et en sollicitant le consentement éclairé des participants. Lors des entretiens, nous avons rappelé le cadre, la portée scientifique et non thérapeutique de celui-ci et la confidentialité des données recueillies appuyées par la lecture conjointe et la signature du formulaire de consentement (en annexe). Nous avons également précisé que des extraits de leur discours pourraient être utilisés dans le mémoire et ce de manière anonyme. Enfin, nous nous sommes engagé à produire un compte rendu de notre travail lors d'une présentation orale au sein d'un GEM courant septembre 2023, présentation à laquelle les participants seront invités.

RESULTATS

Dans cette partie, nous exposerons les résultats des quatre ENDR de la manière suivante:

- Résultats, dans leur ordre d'apparition, des aspects mis en avant dans la présentation personnelle des participants aux ENDR.
- Résultats observés des interactions individu organisation (IO) et inter individuelles (II) avec l'hôpital et le GEM
- Résultats observés sur le vécu de la maladie et sa variation avant et après le GEM
- Résultats observés des expériences de nouveaux rôles

- Tableau des récits
- Synthèse des résultats

1. « Un refuge où je me sens moi » (Entretien de Mme B)

Tout d'abord, précisons qu'à la question « *présentez vous?* » Mme B a témoigné de son âge et de son année d'adhésion au GEM 1 et au GEM 3.

Tout d'abord nous relevons dans le récit des interactions engagées avec l'organisation hôpital, le processus *assignation*, pour Mme B, l'hôpital lui a renvoyé le fait de devoir ralentir son rythme et d'être davantage à l'écoute d'elle-même (RSC C). Mme B y a éprouvé sa solitude et sa vulnérabilité, nous pouvons alors supposer un manque d'identification et donc d'*appartenance* (RDS 7). Par ailleurs, l'entretien témoigne d'un sentiment d'*appartenance* et de *revendications* engagés dans les interactions interindividuelles au sein du GEM (RDS 4). Mais encore, nous notons que l'organisation GEM constitue un refuge face aux *assignations* de rentabilité et de normalité (RSC A et RDS 1) et que la possibilité de se revendiquer est davantage perçue au GEM qu'à l'hôpital car elle témoigne de son regret de n'avoir pas eu le GEM durant son hospitalisation. De plus, le récit relève l'absence d'interaction inter-organisationnelle GEM/hôpital (RSC D).

Deuxièmement, le récit sur la maladie avant l'expérience du GEM témoigne d'un vif impact sur l'identité, il est latent (RDS 2), générant une tension entre un récit latent et le récit majeur sur la valeur travail moment de choc identitaire engendré par l'écart il est un récit qui fait souffrance (RSC B et RDS 3). En outre, pour gérer cette tension, des stratégies d'évitement sont employées, notamment lorsqu'elle témoigne de sa démarche de RQTH qui permet une souplesse dans l'agencement des récits (RDS 5). Le récit sur la maladie après le GEM témoigne de sa capacité à partager son vécu ou à utiliser le GEM comme un refuge quand Mme B n'est pas bien. Néanmoins, nous relevons que le récit des périodes de bouleversement identitaire provoquée par la maladie génère, durant l'entretien, une sensation de confusion et de dissonance pour Mme B.

Pour finir, nous relevons le fait qu'exercer un rôle (animatrice de différents ateliers) a généré une renégociation face à sa maladie, devoir être actif, dynamique et non dans la passivité (RDS 6). Cette activité est une nouvelle forme d'intégration face aux autres et à la société, une autre manière de se présenter aux autres.

RSC A	Le GEM est un refuge, une famille où l'on peut être soi-même et prendre des responsabilités
RSC B	Le travail, valeur importante dans la famille, exerce une pression de conformité tout comme il nous fait devenir quelqu'un
RSC C	A l'hôpital, il faut ralentir le rythme et être à l'écoute de soi
RSC D	Les « psys » et l'hôpital psychiatrique, n'informent pas sur le GEM
RDS 1	« Je » s'accepte comme elle est et se sent libre d'être elle même au GEM
<u>RDS 2</u>	« Je » a décompensé à cause de l'excès de pression de la part des attentes familiales et sociales
<u>RDS 3</u>	« Je » ne supporte pas la passivité
RDS 4	« Je » s'est senti reconnu singulièrement par la présidente du GEM
RDS 5	« Je » use de stratégies vis à vis de sa maladie
RDS 6	« Je » a été animatrice d'ateliers cinéma, mandalas, karaoké au GEM (je est dynamique au GEM)
RDS 7	« Je » s'est sentie seule et sans aide durant son hospitalisation

Tableau 2: Les récits de l'entretien de Mme B

Synthèse des résultats:

○ Interactions Hôpital:

- IO ⇒ *Assignment*
- II ⇒ Rien

○ Interactions GEM:

- IO ⇒ *Revendication*
- II ⇒ *Appartenance et revendication*

○ Maladie:

- Vécu: qui fait souffrance et en conflit avec le récit travail.
- Variation: récit avec moins d'affect et partagé avec les adhérents du GEM

○ Nouveaux rôles: Animatrice d'atelier

○ Architecture de l'INS: 4 ⇔ (A // 1 ⇔ 6) ; D ⇔ 7 ; (5 ⇔ B) // 3 ≠ (2 ⇔ C)

Les RSC sont hétérogènes et le RSC A sur le GEM est similaire à 2 RDS puissants dans la reconstruction de soi, les RDS latents sont générés par une dissonance importante avec le RSC B

majeur mais qui semble s'articuler dans une organisation souple. Nous présumons dans l'INS du récit de Mme B une prédominance de la fonction **intégrative**.

2. « Vivons heureux, vivons cachés » (Entretien de Mme D)

Pour Mme D, l'exercice de présentation est l'occasion de témoigner du fait qu'elle est adhérente au GEM 1, de son âge, de son statut de mère, de sa pathologie et de son origine, des vecteurs de son rétablissement ainsi que de son activité professionnelle.

Premièrement, ce que l'entretien de Mme D rapporte est que l'organisation hôpital propose des interactions similaires que l'organisation GEM (entraide/rôle de médiateur pair) générant un sentiment d'*appartenance* soit un processus d'identification (RSC D). Nous notons une interaction avec l'organisation hôpital relevée comme positive, à travers son souvenir de l'atelier d'art thérapie, en résonance avec son plaisir de faire de la peinture, décrivant alors un sentiment d'*appartenance*. De plus, nous remarquons que les interactions avec l'organisation GEM s'occasionnent sur un double mode *revendication/assignation*. Le GEM semble apparaître comme un lieu où les personnes malades peuvent avoir des relations en toute sécurité (RSC A) par rapport à l'extérieur où les discriminations perdurent (RSC C), bien que des discriminations soient constatées entre membre du GEM. Nous relevons que les interactions inter individuelles au sein du GEM font état de tensions, nécessitant la médiatisation des animateurs, fonction relevée comme nécessaire du fait que les adhérents ne soient pas tous stabilisés. Egalement, nous constatons que les interactions inter individuelles produites au GEM développent le sentiment d'*appartenance*, qui semble par ailleurs permettre une sécurisation identitaire occasionnant le développement de relation extra GEM (RDS 5). De plus, nous relevons l'absence de l'interaction inter organisation en période d'hospitalisation (RSC E et RDS 1) mais par contre une interaction HP/GEM, générée par Mme D (RDS 3).

Deuxièmement, nous remarquons que le récit sur la maladie est bien présent dans l'entretien en terme médical et en considération personnelle. Nous observons un insight narratif ainsi qu'une utilisation du GEM comme processus de rétablissement de la maladie psychique au même titre que diverses thérapies ; autrement dit, la maladie peut se stabiliser grâce au GEM (RSC B et RDS 1). La maladie occasionne des stratégies, elle est délibérément omise dans les contextes familiaux et professionnels (RDS 4). Nous relevons, dans la narration de la maladie, une dissonance entre le récit prédominant que la folie fait peur et le fait que Mme D témoigne qu'elle ait pu faire d'importantes crises et des tentatives de suicides (RSC C et RDS 2). Nous relevons un récit latent sur ce point et l'inquiétude existentielle sous jacente qu'il représente (RDS 6). Pour autant, son

expérience de la maladie est quelque chose qu'elle peut valoriser et Mme D témoigne d'une volonté d'accroître sa connaissance sur la maladie lors de conférences info au GEM. L'écart entre cette volonté et le récit latent laisse apparaître un agencement des différents récits sur sa maladie de manière clivé mais peut toutefois nous laisser supposer une forme de cohérence identitaire et une production de sens. Le récit est structuré, les stratégies, l'insight narratif et les différentes versions témoignent de son hétérogénéité contemporaine au GEM bien que nous ayons du mal à certifier la concordance chronologique.

Et enfin, dernièrement, il semblerait que le GEM, par sa possibilité d'entraide, ait favorisé la possibilité de jouer de nouveau rôle en lien avec la maladie et ait pu générer une interaction inter organisation génératrice d'un nouveau rôle, ambassadrice du GEM (RSC A et RDS 3).

RSC A	Le GEM est un lieu de copinage, où on s'entraide, tout le monde à un rôle à jouer
RSC B	Le GEM fait partir du processus de rétablissement avec les soins standards (« psy », traitements...)
RSC C	La folie fait peur à tout le monde
RSC D	Le médiateur pair dans l'hôpital = entraide = le GEM
RSC E	L'hôpital psychiatrique et les « psy » n'informent pas le patient sur le GEM
RDS 1	« Je » a enfin trouvé une stabilité dans sa vie avec le GEM
RDS 2	« Je » fait des crises résultant d'un trauma durant l'enfance
RDS 3	« Je » veut témoigner de son parcours et aider à son tour
RDS 4	« Je » a recours à des stratégies au sujet de sa maladie
RDS 5	« Je » a des copines au GEM qu'elle rencontre en dehors du GEM
RDS 6	« Je » a peur de refaire un crise ou de tenter de mettre fin a ses jours

Tableau 3: Les récits de l'entretien de Mme D

Synthèse des résultats:

○ Interactions Hôpital:

- IO ⇒ *Appartenance*
- II ⇒ Rien

○ Interactions GEM:

- IO ⇒ *Appartenance, revendication et assignation*
- II ⇒ *Appartenance*

○ Maladie:

- Vécu: insight narratif, stratégies d'évitement, hétérogénéité des récits, savoir expérientiel
- Variation: OUI

○ Nouveaux rôles: Ambassadrice GEM

○ Architecture de l'INS: $(E \neq B // 1) \Leftrightarrow (D // 3) ; (2 \Leftrightarrow \underline{6} > C // 4) \Leftrightarrow 5 // A$

Nous observons de nombreux RSC hétérogènes. Nous observons des RSC dominants sur le vécu de rétablissement articulant les RSC du GEM et de l'hôpital. Leurs hétérogénéités nous laissent envisager une prévalence de la fonction **intégrative** dans l'INS de l'entretien de Mme D.

3. « Le GEM, c'est presque la normalité » (Entretien de Mme F)

Mme F choisie de se présenter par son travail et par le fait qu'elle a une journée balisée dans sa semaine de travail pour aller au GEM 1.

Premièrement, nous relevons que les interactions avec l'organisation hôpital se présentent sous une forme *appartenance*, Mme F reconnaît l'hôpital comme un espace protégé (RDS 7). Ensuite, les interactions relevées dans l'entretien au sujet du GEM témoignent de manière latente, d'un fort sentiment d'*appartenance* et d'un besoin d'*affiliation* au monde normal et ordinaire (RSC C et RDS 4). Pour autant, le GEM est le lieu où aller quand on est seul, il est décrit comme un entre deux (RSC A et RSC B). Néanmoins, nous repérons que c'est un espace qui développe le sentiment d'*appartenance* et *l'identification*, la personne peut choisir vers qui s'identifier et se *revendiquer* comme différente (RDS 4). Les interactions ne semblent pas prendre forme sur la modalité inter individuelle, en effet, de manière latente nous observons que le GEM est le lieu de confrontation à sa propre altérité et non lieu d'opportunité de rencontres inter subjectives (RDS 1). Ce récit latent s'articule avec le récit majeur de devoir être affilié au monde ordinaire engendrant les angoisses massives et générant probablement le symptôme dépressif comme soupape psychique (RDS 5).

Le récit manifeste sur la maladie est peu présent dans le discours de Mme F, néanmoins nous notons une acmé pendant la période d'hospitalisation. Cette période est le corollaire d'une intensification du processus d'identification négative, généré par les interactions avec ses collègues de travail en situation de handicap (RDS 7). Cette tension est présente depuis la toute petite enfance, tension latente qui ne semble pas avoir évoluée (RDS 6 et RDS 2). Nous notons que l'extériorité apaise ou enflamme la structure identitaire, actuellement une relation (le petit ami) semble étancher

le récit en souffrance bien que les récits « personne normale » et « personne en situation de handicap » restent en extrême tension sous jacente (RDS 3).

L'expérience de rôle ne semble pas être une réalité observable dans l'entretien, seule une activité extérieure au GEM mais offerte par celui-ci est à considérer, mais n'occasionnant pas de nouvelle modalité de définition de soi, ni de récit culturel.

RSC A	Le GEM n'est pas vraiment le monde normal, c'est entre deux
RSC B	Le GEM c'est pour quand on est pas bien, quand on est seul et qu'on a besoin de parler
<u>RSC C</u>	Pour être reconnu et aimé, il faut être affilié au monde ordinaire
<u>RDS 1</u>	« Je » va au GEM mais elle n'y lie pas d'amitié
<u>RDS 2</u>	« Je » ne trouve pas sa place
RDS 3	« Je » se sent normale du fait d'être en couple avec quelqu'un qui n'est pas du milieu protégé
<u>RDS 4</u>	« Je » va au GEM pour voir des gens qui puissent lui renvoyer sa normalité et se confronter à sa propre altérité
RDS 5	« Je » est très angoissée
RDS 6	« Je » s'est sentie différente, a-normale dès l'enfance dans le regard et les mots de ses parents
RDS 7	« Je » a ressenti l'hôpital comme un milieu protégé de l'image que lui renvoyait les autres handicapés

Tableau 4: Les récits de l'entretien de Mme F

Synthèse des résultats:

○ Interactions Hôpital:

- IO ⇒ *Appartenance*
- II ⇒ Rien

○ Interactions GEM:

- IO ⇒ *Appartenance, revendication et assignation*
- II ⇒ Rien

○ Maladie:

- Vécu: récit en tension (latent)
- Variation: n'a pas évolué

○ Nouveaux rôles: NON

○ Architecture de l'INS: { C// 3 ≠ (4 ⇔ 5 ⇔ 6) } ⇔ (A// 2) ; 7 ; B ⇔ 1

Nous observons peu de RSC, ils sont homogènes, le RSC C dominant est latent et un agglomérat de RDS se forme autour. Des RDS latents témoignent d'une utilisation du GEM comme

un espace identitaire de soutien, comme la possibilité d'un intermédiaire, où se confrontent les récits dominants latents. Nous faisons l'hypothèse que l'entretien avec Mme F présente une prédominance de la fonction **réfractaire**.

4. « Au GEM, on va au delà de la maladie » (Entretien de Mme H)

Mme H se présente en nommant son statut de mère, son travail, ses études initiales et enfin sa situation maritale.

Dans un premier temps, nous observons que les interactions de Mme H avec l'organisation hôpital font état du processus *assignation*, l'hôpital est décrit comme un lieu où l'on pose beaucoup de questions. Nous relevons également un sentiment d'*appartenance* dans l'interaction avec l'hôpital, ce qui nous laisse présager un processus d'affiliation de sa part malade vis à vis de l'hôpital, lieu d'accueil de la maladie, alors que les interactions avec les proches révèlent des processus de discriminations. En effet, Mme H témoigne que lorsqu'elle est en crise, elle préfère se tourner vers les « psy » que vers ses proches. En parallèle, nous pouvons noter le processus similaire d'*appartenance* dans l'interaction avec l'organisation GEM. En effet, Mme H s'y sent en sécurité et le GEM est un lieu d'entraide au sujet de la maladie qui est partagée avec ses pairs (RSC A). Dans les interactions inter individuelles avec le GEM, nous pouvons constater les processus d'*appartenance* et de *revendication*. En effet, Mme H a tissé des liens forts avec des membres du GEM, auprès desquels elle s'informe sur ses droits en tant que personne en situation de handicap psychique, auprès de salariés et adhérents, elle témoigne d'un accompagnement vers une hospitalisation, et du maintien du lien lorsqu'elle était à l'hôpital (RDS 5 et RDS 7).

Egalement relevées, les interactions inter-organisation témoignent de l'absence d'interactions lors des hospitalisations. Néanmoins, des adhérents du GEM dont Mme H, génèrent des interactions individu organisation qui témoignent de processus d'assignation et d'appartenance (RSC B). Egalement, pendant la période GEM, nous observons que le type d'activité est ce qui occasionne les interactions avec les organisations soit avec le GEM, soit avec l'hôpital, réduisant la frontière entre ces deux espaces (RSC D).

Dans un second temps, nous pouvons noter que les récits sur la maladie sont nombreux, la maladie occasionne un isolement, de l'errance thérapeutique et des mouvements d'auto-stigmatisation avant la période GEM (RDS 1). Ces récits s'organisent autour d'un fort sentiment de jugement des autres quand à sa maladie (RSC C) et ce de manière latente, articulé avec le récit sur la place importante qu'elle donne à sa famille (RDS 2). Ce qui occasionne une discordance mais qui

trouve sens dans le récit au GEM. Nous observons pendant la période GEM, une volonté de connaissance sur la maladie, de partage d'un savoir expérientiel et d'un travail de déstigmatisation auprès de sa famille (RDS 6). Egalement durant la période GEM, nous pouvons observer la souplesse employée entre le fait de parler de sa maladie et de ne pas en parler. En effet, cette potentialité reconnue dans le dispositif témoigne en miroir celle construite identitairement par Mme H (RDS 3).

Pour terminer, nous notons que le GEM est perçue comme un espace moins limité que l'hôpital, de nouveaux rôles sont offerts au GEM (RSC D). Nous observons également l'emploi de trois rôles nouveaux (administratrice, animatrice d'activité, personne ressource en groupe de parole) et d'un sentiment de confiance en soi généré par l'entraide au sein de divers projets (RDS 4).

RSC A	Le GEM est un lieu de pairs qui s'entraident, se soutiennent, se protègent, s'informent et se socialisent
RSC B	Du GEM on accompagne vers l'hôpital, pas l'inverse
<u>RSC C</u>	Le regard porté sur la personne en souffrance psychique est empreint de jugement
RSC D	La frontière entre GEM et hôpital est mince mais le GEM va au delà la maladie
RDS 1	« Je » s'est isolée et auto stigmatisée par peur du rejet du monde ordinaire pendant 15 ans
RDS 2	« Je » accorde une grande importance à sa famille
RDS 3	« Je » a la liberté de se comporter comme elle le souhaite par rapport ce qui est identifié comme sa maladie
RDS 4	« Je » se sent en confiance et valorisée au GEM
RDS 5	« Je » a été aidé au GEM par la coordinatrice pour aller aux urgences
RDS 6	« Je » a acquis une grande connaissance sur sa maladie
RDS 7	« Je » a tissé des liens forts au GEM

Tableau 5: Les récits de l'entretien de Mme H

Synthèse des résultats:

○ Interactions Hôpital:

- IO ⇒ *Appartenance et assignation*
- II ⇒ Rien

○ Interactions GEM:

- IO ⇒ *Appartenance*
- II ⇒ *Appartenance et revendication*

○ Maladie:

- Vécu: récits nombreux, insight narratif et savoir expérientiel
- Variation: OUI

○ Nouveaux rôles: OUI (élue, animatrice d'atelier, personne ressource sur la grossesse)

○ Architecture de l'INS: ($C > 1 \neq 2$) $\Leftrightarrow B \Leftrightarrow 5 > \{(A // 4 \Leftrightarrow 7) \Leftrightarrow (3 \Leftrightarrow 6 \Leftrightarrow D)\}$

Les RSC mobilisés sont nombreux et hétérogènes, un RSC est latent mais laisse place à de nouveaux RDS. Les périodes hospitalisation et GEM apparaissent de manière distincte et les récits associés témoignent d'une organisation permettant l'intégration de nouveaux RSC et RDS. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une prévalence de la fonction **intégrative** dans l'INS de l'entretien de Mme H.

DISCUSSION

En premier lieu, rappelons que nous avons débuté les ENDR avec une question de présentation à laquelle nous avons envisagé une triple fonction:

- Permettre de lancer l'entretien et la situation d'intersubjectivité par une question assez évidente. Nous réalisons que nous ne nous sommes pas vraiment nous même prêté à l'exercice en retour, si ce n'est avec une présentation hâtive pour les besoins de l'ENDR. Nous observons que cette question a permis de lancer la personne dans l'entretien.
- Permettre de récolter des éléments factuels sur la personne, âge, date d'entrée au GEM... Les données récoltées furent disparates tout comme pour le point suivant.
- Permettre d'observer ce que la personne met en avant dans sa présentation. Pour autant les éléments ne peuvent indiquer une quelconque corrélation avec nos hypothèses opérationnelles. Les éléments illustrent seulement des choix subjectifs, notamment celui de nommer sa maladie d'une manière singulière ou médicale comme pour Mme D et H.

Nous retenons de cette exercice, l'idée qu'un petit formulaire administratif pour les besoins de l'enquête aurait permis de récolter des éléments que nous n'avons pas ou pas assez précisément. Par exemple les dates d'hospitalisation, les places administratives investies...

1. Analyse des hypothèses opérationnelles

Tout d'abord, nous avons fait l'hypothèse d'une présence plus importante du processus d'assignation dans les interactions menées avec l'hôpital. A ce sujet, deux entretiens sur quatre

témoignent de ce processus (Mme B et Mme H), trois témoignent également du sentiment d'appartenance (Mme D, Mme F et Mme H). En effet, le récit faisant de l'hôpital un lieu d'assignation est présent mais il se confronte au récit faisant de l'hôpital un lieu d'accueil et de traitement de la maladie et à ce titre, les entretiens témoignent du fait qu'il est un lieu de protection et de sécurité. En ça, l'hôpital offre une double protection. D'une part, protection vis à vis des assignations extérieures qui peuvent venir bouleverser l'identité de la personne et d'autre part protection de sa propre altérité trop inquiétante, d'une profusion de symptômes qui trouve à se loger dans le lieu hôpital, premier lieu d'articulation du vécu de la personne malade. Cependant, les relations avec les soignants n'apparaissent pas dans les récits pour pouvoir les évaluer. Nous pouvons faire l'hypothèse que les souvenirs des récits sur les liens interindividuels avec des soignants ou patients de l'hôpital sont trop lointains, difficilement accessibles ou refoulés. Ce mouvement de réification de l'organisation hôpital est lié à l'intensité affective et aux bouleversements identitaires due à cette période. **Nous rejetons donc cette hypothèse**, nos résultats témoignent en majorité du sentiment d'appartenance.

Ensuite, notre hypothèse au sujet de la présence des trois mouvements complémentaires (assignation, revendication et appartenance) dans les interactions avec le GEM, **ne peut pas être rejetée**, elle se trouve validée partiellement. Deux entretiens présentent les trois mouvements (Mme D et Mme F) et les deux autres (Mme B et Mme H) en présentent deux sur trois. Nous pouvons néanmoins relever que les interactions avec le GEM produisent d'avantage de mouvements hétérogènes et que le processus de revendication apparaît ici dans les quatre entretiens mais n'apparaît pas dans les interactions avec l'hôpital. Ce processus de revendication exprimé au GEM, est favorisé par le fait que la personne puisse revendiquer sa maladie dans un lieu qui n'est pas un lieu de soin. Cela témoigne que la dynamique entre pairs au GEM permet de se sentir compris et de pouvoir revendiquer autant sa maladie que d'autres aspects de son identité à travers d'autres rôles. Les échanges avec l'organisation GEM génèrent d'avantage de contacts interindividuels, ces liens peuvent devenir lien d'amitié et être transposés à l'extérieur du GEM (Mme B, Mme D et Mme H), ils peuvent être des liens d'entraide avec un salarié du GEM (Mme B et Mme H) ou avec d'autres membres du GEM (Mme B, Mme D et Mme H). Pour Mme D, le GEM constitue un lieu où les interactions interindividuelles s'intensifient et nécessitent d'être régulées par les animateurs, le GEM étant perçu comme un lieu de copinage, les revendications pourraient prendre le pas et entraver le fonctionnement démocratique du GEM. D'une part, cela confirme la nécessité de la présence des multiples mondes culturels et d'autre part, nous voyons que l'excès de revendication pourrait s'apparenter ici, à la maladie ou son corollaire, la crise.

Ensuite, nous postulons qu'un changement dans la production de récits au sujet de la maladie avant le GEM et après le GEM serait perceptible. En effet, trois des quatre récits témoignent d'une variation, celle-ci apparaît entre le récit d'un souvenir étrange et douloureux lié à la période de l'hospitalisation et celui, moins connoté affectivement, d'une part de soi voire d'une thématique qui se partage au GEM (Mme B, Mme D et Mme H). Nous notons un net changement dans la façon de raconter sa maladie et le vécu qu'elle suscite. Ce qui semble évident dans les récits de trois entretiens (Mme B, Mme F et Mme H) est le fait que la maladie soit venue contraindre le déploiement des ambitions professionnelles et/ou venue entrer en conflit avec les attentes familiales engendrant un important choc identitaire. Nous pouvons affirmer que le GEM est investie par la personne car il présente une fonction de protection vis à vis des assignations identitaires extérieures (famille et travail) et la possibilité de revendiquer sa maladie. Pour Mme D et Mme H, le vécu de la maladie est devenu un savoir expérientiel partagé auprès de leurs pairs dans des groupes de parole ou à l'hôpital. Ces deux participantes ont d'ailleurs nommé leur maladie directement dans leur présentation de début d'entretien. Remarquons qu'il est notable que la stabilisation de la maladie dans le temps soit un facteur favorisant cette évolution. Mme F, qui ne présente pas de variation, présente la durée la plus courte entre période d'hospitalisation et entrée dans le GEM, soit un an alors que la moyenne pour les quatre personnes est de treize ans. Le facteur temps est un point incontournable. Précisons que pour Mme F, le récit sur la maladie est en tension, latent, difficilement élaborable et il vient marquer une différence fondamentale entraînant un vif sentiment de rejet. Néanmoins, nous percevons dans les récits de Mme B, Mme D et Mme H, la stratégie de pouvoir mettre en avant ou pas sa maladie suivant le contexte social (famille, travail, GEM) et que le GEM offre cette liberté dans un seul et même espace. Les personnes témoignent des différents espaces/temps au sein du GEM, pour parler de la maladie et d'autres pour faire autre chose. Également, nous avons noté la capacité de produire un insight narratif, une manière singulière d'expliquer sa maladie dans deux entretiens, notamment, elle permet à Mme D « *d'aller vers les autres* ». Cependant, il nous paraît difficile de situer ces insights plus en lien avec la période GEM qu'à une autre période. Au vue des éléments suivants, **nous ne pouvons pas rejeter cette hypothèse**, nous notons que les trois récits sur la maladie avec des variations (Mme B, Mme D et Mme H) sont ceux qui présentent une prédominance de la fonction intégrative au niveau de leur INS.

Nous pouvons confirmer l'hypothèse d'expérience de nouveaux rôles joués au sein du GEM, générant de nouvelles manières de se définir, dans trois récits sur quatre. Mme F, adhérente depuis 3 ans, utilise le GEM d'avantage comme une soupape vis à vis de son travail en ESAT,

comme l'opportunité d'une respiration dans un lieu qui se rapproche de la normalité, ne nécessitant pas de déployer de proactivité ou de nouveaux rôles. Pour autant, les trois autres récits témoignent de l'importance d'être actif, notamment pour Mme H, d'être source de proposition. Pour Mme D, de prendre les choses en main. Pour Mme B, d'être responsabilisé. Ces formes de considérations sont identiques à celles recherchées dans le monde du travail. Nous voyons que d'une part le GEM remplit une de ses fonctions qui est de favoriser la participation sociale et le besoin d'utilité mais qu'identitairement il offre à la personne de nouvelles possibilités de s'adresser à l'autre. Ces possibilités apparaissent de manière différentes, nous notons, un rôle qui engage la personne vers l'hôpital dans une fonction d'ambassadrice (Mme D), un rôle d'administratrice/élue de l'association (Mme H) et deux rôles d'animatrice d'atelier (Mme B et Mme H). Nous ne pouvons pas rejeter cette hypothèse, les résultats témoignent au contraire d'une forte corrélation entre l'expérience de nouveaux rôles et fonction intégrative dominante dans les récits, comme nous allons le voir par la suite.

2. L'interculturalité narrative du soi et la fonction intégrative

Pour notre dernière hypothèse, nous postulons la prédominance de la fonction intégrative dans les récits des participants répondant à la question: « *qu'est-ce qu'est le GEM pour vous et qu'elle place il occupe dans votre vie?* ». Nous allons démontrer la prédominance de cette fonction, entre les RSC et RDS, en analysant trois thématiques principales que sont les vécus sur:

- 1.les assignations,
- 2.les interactions,
- 3.la maladie au sein du GEM.

a. Les récits socio-culturels

Dans cette analyse, nous pouvons noter que les RSC produits dans les entretiens de Mme B, Mme D et Mme H se rejoignent. Ils entrent en corrélation avec les RSC de notre revue de littérature, en effet la fonction de refuge face aux assignations identitaires (F) venant de la famille ou du monde du travail (G) est partagée. Le GEM est perçu comme un espace où l'on rencontre du monde (D), un lieu d'entraide (J) et il offre la possibilité d'exercer de nouveaux rôles (H).

1. Concernant la fonction refuge face aux assignations identitaires, Mme B décrit le GEM comme une « *sorte de refuge, un espace de liberté d'expression vis à vis de (s)a maladie* ». Mme D voit les discriminations comme le résultat de « *la peur, car les gens ne connaissent pas la maladie*

[ils ont] *des a priori (...) transmis par les parents, amis... » (...)* « ils viennent au GEM car dehors il y a la peur de l'autre ». Et pour Mme H « le lien avec l'extérieur est difficile quand on souffre d'une pathologie » et « on s'y sent en sécurité ».

2. Le GEM est lieu de rencontre, où l'on fait des activités, Mme B le voit « *comme un espace de convivialité* ». Pour Mme D, le GEM est un lieu qui « *propose des activités, où on se fait des amis, on l'on s'entraide* » mais « *il peut y avoir des conflits et les animateurs sont très importants, l'inconvénient c'est le copinage* ». Enfin pour Mme H, le GEM est un lieu de socialisation et c'est pour faire des activités ».

3. Le GEM permet de parler de sa maladie, de se retrouver entre personnes similaires, pour Mme B, le GEM est vu comme « *une sorte de famille (où) la maladie c'est la base commune* ». Pour Mme D, le GEM est un lieu « *où l'on s'informe sur sa maladie et sa permet de se stabiliser* ». Aussi, pour Mme H, le GEM est « *pour rencontrer des gens un petit peu comme (s)oi (maniaco dépressive)* ». Enfin pour Mme H, le GEM c'est « *pour ne pas penser toujours à la maladie, c'est un lieu ressource, d'information sur ses droits, au GEM on va au delà de la maladie, la personne peut reprendre confiance à travers un groupe, un GEM ou un groupe tout court* ».

A ce titre, les entretiens de Mme B, Mme D et Mme H témoignent chacun de leur hétérogénéité, les RSC sont racontés de manière fluide et nous allons voir qu'ils s'articulent avec la production de RDS. Notons que pour chacun de ces trois récits, est noté le RSC que l'hôpital n'informe pas sur le GEM.

b. Les récits du soi

1. Préalablement, les récits témoignent de la possibilité vécue de se sentir protégé au sein du GEM, Mme B atteste que c'est un lieu « *où on me comprend et où je suis comprise, où je me sens moi* ». Mme D indique qu'elle supporte d'avantage les « *discriminations au sein du GEM, qu'à l'extérieur* ». Mme H rapporte qu'elle s'y « *sen(t) en sécurité, (qu'elle) avai(t) plus tendance à aller vers le GEM* » que vers ses « *amis quand (elle était) en crise* ».

2. Egalement, les quatre récits partagent, à leur manière, le fait que la personne aille au GEM pour voir du monde, pour sortir de l'isolement, Mme D partage le fait qu'elle a « *des copines au GEM qu'elle voit en dehors* ». Mme F, pour sa part, vient au GEM car elle y a « *trouvé des gens comme (elle)* », pour autant, elle exprime en creux, qu'il est un miroir de sa propre expérience identitaire résumé comme suit: ni vraiment malade, ni complètement normale. Mme F exprime singulièrement son vécu difficile « *j'ai le cul entre deux chaises* » mais témoigne de manière latente

de l'expérience d'une confrontation à sa propre altérité rencontré au GEM, lieu où elle ne lie pas d'amitié véritable. Nous avons noté une prégnance de la fonction réfractaire dans le récit de Mme F. Mme H, signifie quand à elle, que « *l'ancienne coordinatrice du GEM (l)'a aidé pour aller aux urgences parce que (elle) étai(t) mal* ».

3. Aussi, les RDS présents dans les récits rapportent que la dimension de la maladie est partagée au GEM, Mme B dit qu'elle « *ne ressent pas de jugement des autres,* », Mme D « *qu'elle participe aux conférences du GEM pour se mettre au courant* » et qu'elle est « *touchée directement* ». Mme H rapporte à plusieurs reprises qu'au GEM son « *but c'était pas uniquement d'évoquer la maladie* ».

Au regard de ces trois vécus (assignation, interaction, maladie), nous constatons que les récits des entretiens de Mme B, Mme D et Mme H présentent des articulations RSC et RDS cohérente, la possibilité d'intégrer de nouveaux récits occasionnés par le GEM. Les récits latents présents concernent le vécu de souffrance de la maladie qui peut laisser la place à de nouveaux récits sur la maladie. A contrario, l'entretien de Mme F, ne présente pas cette possibilité. Cette fonction intégrative retrouvée dans les 3 entretiens témoignent d'une architecture cohérente.

Pour terminer, nous souhaiterions analyser le récit de l'absence d'information du GEM durant la période d'hospitalisation partagée par Mme B, Mme D et Mme F, qui, à nos yeux, témoigne de la fonction de support identitaire occupé par le GEM. En effet, lorsque la personne se remémore la période d'hospitalisation qui, rappelons le, s'apparente à un moment de bouleversement identitaire, le GEM, semble être la figure manquante. Ce qui manque sont les potentialités d'interactions complémentaires (de type assignation/revendication/appartenance) et les contacts culturels offerts par le GEM. Pour autant, nous ne pouvons pas dire qu'il en aurait été autrement si le GEM leur avait été présenté lors des périodes d'hospitalisation. Relevons que, comme le signifie Mme B: « *j'ai été seule durant mes hospitalisations* », ou bien Mme H: « *j'ai vécu 15 ans d'errance thérapeutique* », le chemin qui mène au GEM peut être long. En reprenant l'image de la personne qui sort du puits, proposée par Mme D, la personne peut mettre du temps pour oser prendre l'échelle (qui symbolise le GEM). A ce sujet, remarquons que Mme F, pour sa part, utilise le GEM de manière prescrite, par le médecin et par sa mère, à la différence des autres participantes, nous pouvons supposer alors, une corrélation avec l'articulation moins cohérente qu'elle présente et la prédominance de la fonction réfractaire. Mme B a sollicité le GEM d'elle-même par mail et Mme H est tombée dessus par hasard, en passant dans la rue. Pour conclure, ceci illustre bien un point essentiel sur lequel nous sommes passés à côté, celui du chemin qui mène au

GEM, prescrit ou non, long ou non, trouvé par soi même, par un pair ou un professionnel. Il nous semble qu'un intérêt majeur aurait pu se porter sur ce chemin, sur le processus d'entrée et la transition entre les deux organisations avec d'avantage de rigueur.

3. Limites

a. La méthodologie

Concernant notre méthodologie, plusieurs points critiques sont apparus au fur et à mesure de l'écriture de notre travail de recherche. Nous postulons que le GEM est un lieu pluri-culturel au sens où de multiples mondes culturels entre en contact (Professionnels, adhérents, élus, bénévoles, vacataires, familles et proches...). Ce postulat s'est retrouvé de manière manifeste dans les entretiens 1 (présidente + adhérents) et 4 (coordonnatrice + adhérents) mais pas dans les 2 et 3. Nous aurions pu recourir à cette variable indépendante, nécessaire dans le cas de notre recherche postulant sur le concept d'interculturalité. A ce titre, nous n'avons pas proposé de variation de la VI, comme nous venons de le voir, nous aurions pu proposer « durée entre période d'hospitalisation et période GEM », par exemple - de 5 ans et + de 5 ans. Egalement, il aurait été intéressant de réaliser des entretiens avec des personnes ayant eu une hospitalisation mais non adhérente de GEM.

Il se trouve que la dimension des interactions, indicateur principal dans notre méthodologie, a été opérationnalisé, alors que des entretiens avaient déjà été réalisés. Cette erreur évitée aurait pu nous permettre de développer d'avantage de relances soutenant le récit sur les interactions avec les personnes de l'organisation hôpital, soignant ou patient. Justifiant sans doute, que nous n'ayons relevé aucune interaction inter individuelle dans la période hôpital. De plus, le vécu de l'hospitalisation est souvent éloigné dans le temps pour la personne, ce qui en fait un souvenir difficilement convocable. Pour nos quatre participantes, nous avons évalué une moyenne de 13 années, pour la durée séparant l'hospitalisation de l'entrée dans le GEM (pour Mme F, seulement 1 an). Egalement, notre question de recherche ciblant uniquement l'organisation GEM, cela induit un biais, favorisant le déploiement du propos sur le GEM.

De plus, nous avons établis trois mouvements pour figurer les interactions (assignations, revendication et appartenance). Nous avons souhaité mesurer la dynamique identitaire mis à l'œuvre dans ces interactions qui articulent des mouvements contradictoires et complémentaires. Nous avons nommé processus d'assignation, le mouvement faisant que la personne se trouvait assignée ou prescrit par l'organisation ou un de ses membres et traduisant une menace pour la personne. Néanmoins, nous nous sommes heurté au fait que la personne pouvait témoigner du

processus d'assignation mais a contrario pouvant la rassurer, voire la protéger. Ce sentiment de protection, nous l'avons nommé sentiment d'appartenance par défaut. Ce qui explique que nous avons souhaité modeler le sentiment d'appartenance, comme sentiment traduisant les processus d'affiliation et d'identification. La validité de ces items est critiquable, il aurait été plus rigoureux de se référer à un modèle préexistant, de type stratégies identitaires (Camilleri, 1990) ou modes d'appréhension de la différence (Denoux, 2003).

Relever le vécu de la maladie, avant ou pendant la période GEM, a dû occasionner des approximations du fait de la difficulté de le dater dans le récit de la personne. De plus, évaluer si l'amélioration du vécu de la maladie est seulement du fait de la présence au GEM est complexe. Nous aurions pu ajouter des indicateurs, notamment en s'appuyant sur la notion de rétablissement. Car ce qui fait changer le rapport à la maladie, peut être due au GEM, comme à une psychothérapie, à un traitement médicamenteux adapté et suivi, à des méthodes thérapeutiques alternatives... Nous aurions pu noter ces différents points en privilégiant une relance autour de la définition de ce que veut dire pour la personne « être malade », « être guéri », « être rétabli »... Enfin, nous avons privilégié le terme maladie psychique à celui de personne en situation de handicap psychique, pour autant Mme F parlera de son handicap. Dimension non négligeable, il nous semble que la manière de le nommer, traduit le rapport entretenue avec la maladie et aurait pu être développé.

Ensuite, nous relevons que l'indicateur expérience de rôle nouveau, peut, se rapprocher de la variable interactions. Autrement dit, jouer un nouveau rôle, favorise une nouvelle possibilité d'interaction et cette proximité de l'indicateur aurait pu être anticipé et permettre de faire apparaître la dimension de l'action suivant la théorie de Boesch (1995). En effet, l'auteur réfère l'action à « trois paramètres: les contenus objectaux de l'expérience, les règles et régulateurs culturels de l'action et la propension individuelle à l'action » (p.52).

Aussi, nous nous questionnons sur notre méthodologie, qui sur certains indicateurs, prend une tonalité quantitative, notamment dans les interactions (H1 et H2) et les rôles (H4). Ces indicateurs, bien qu'ils traduisent factuellement un phénomène dont nous avons cherché le rapport entretenue avec la personne (vécu), sont relevées sur un mode quantitatif, de présence ou d'absence. Rappelons que nous n'avons réalisé que quatre entretiens, le degré de représentativité de notre échantillon est quasi nul, nous savons que les résultats interprétés ne peuvent être répliquables et leur validité est somme toute très limitée. Aussi, nous imaginons qu'une étude mixte avec un questionnaire sur un plus grand échantillon serait pertinent.

b. L'ENDR et INS

Le choix des ENDR fut orienté initialement par notre envie de travailler cette technique et de soutenir la dimension de la narrativité comme manière qualitative d'approcher le vécu subjectif du sujet dans une situation d'intersubjectivité. Après leur réalisation, nous nuancions notre démarche, notamment par la trop longue durée des entretiens, dimension que nous n'avons pas anticipé. En effet, nous hypothéquons que le très grand nombre de récit a pu saturer notre travail d'analyse thématique et rendu trop subjective, notre architecture de l'INS. Cet outil/concept pour lequel nous nous sommes initié, nous fait apparaître la nécessité de devoir croiser les délimitations des récits et leur articulation en croisant les regards. En effet, d'autres chercheurs permettraient de tendre vers des résultats plus valables. Aussi, nous aurions souhaité nous former au logiciel de lexicométrie Alceste et l'utiliser dans ce travail mais faute de temps, nous n'avons pas pu.

De plus, nous avons mesuré nos limites de l'exercice, d'une part, pendant les entretiens car la technique des relances n'était pas assez maîtrisée et d'autre part, a posteriori car, comme nous le développerons par la suite, nous mesurons que notre rapport à l'objet est d'une trop grande proximité. Pour terminer, nous imaginons que des entretiens semi directifs avec grille d'entretien, reprenant les différents points ciblés dans la partie précédentes, auraient été a priori plus pertinent.

c. La proximité avec l'objet

Comme nous l'avons expliqué en introduction de ce travail, nous avons nous même été engagé professionnellement dans un GEM, ce qui a auguré le questionnement initial de ce travail. Pour autant, nous nous sommes confronté à des difficultés inhérentes à l'anticipation ou à la sollicitation de savoir préétablis concernant notre objet. Premièrement, dans notre partie théorique, nous avons pu nous égarer dans la littérature des GEM, ralentissant notre démarche de problématisation par la multitude de voie potentielle générée et la nécessité d'y renoncer que cela impliquait. D'autre part, lors des entretiens, nous pensons avoir pu anticiper des réponses, bien que nous ayons tenté de maintenir une démarche scientifique, en se rapprochant le plus de la rigueur des types de relances de Blanchet, tel que l'atteste les comptes rendu d'entretien en annexe. En effet, nous pouvons illustrer cet écueil par un exemple: suite au propos partagée dans les entretiens de (Mme B, Mme D et Mme H), que l'hôpital n'a pas informé la personne sur l'existence des GEM, nous n'avons pas relancé la personne. En effet, nous nous questionnons sur notre absence de relance sur ce point, pourtant nodal dans notre recherche. Avec du recul, nous aurions pu, par exemple, demander en quoi, si ce lien entre les deux organisations aurait pu être fait, cela aurait changé des

choses. Nous relevons là sûrement un biais de confirmation auquel nous n'avons pas su nous prémunir.

CONCLUSION

A l'origine, nous nous intéressions à la potentialité de reconstruction identitaire qu'offre le dispositif GEM pour ses adhérents, nous avons donc interrogé sa dimension pluri-culturelle par la présence de différents mondes culturels et avons souhaité interroger ce que pouvait produire le contact culturel. Nous avons fait l'hypothèse que dans la situation de contact culturel proposée par le GEM, les personnes ayant eu un vécu d'hospitalisation antérieur, engagent un processus de redéfinition de soi. Nous avons mis en place une démarche qualitative centrée sur la narration comme constitutive de l'identité et traduisant la capacité de la personne à intégrer de nouveaux récits, à produire du sens et à mettre en cohérence les RSC et les RDS. Les résultats de l'analyse de nos quatre entretiens vont dans le sens de notre hypothèse générale: d'avantage d'hétérogénéité dans les interactions et dans les processus identitaires associés à la période GEM, variation du vécu sur la maladie entre la période hôpital et la période GEM, nouveaux rôles investis au sein du GEM, prédominance dans l'INS du récit de la fonction intégrative. Bien que des limites clairement indiquées sur la méthodologie sont à considérer, il semble que la personne qui a vécu un moment d'hospitalisation psychiatrique pourra trouver au GEM les conditions propices, un support pour s'engager dans un processus de redéfinition identitaire.

Ce travail nous a permis d'appréhender le processus de recherche qualitative et de construire une méthodologie soucieuse d'une éthique et d'un cadre scientifique opérant. Nous avons mesuré nos écueils et les limites de notre méthodologie et retenons l'exercice passionnant que celui du contrôle des effets du chercheur. nous avons su contrôler une partie des effets du chercheur « *pour tenter de réduire la portée de ces biais* » (Bioy et al., 2021, p.265).

Pour autant, au crépuscule de ce travail de recherche, notre attention vient se porter sur la période située entre les deux organisations hôpital et GEM. En effet, nous pouvons nous demander si le GEM n'est pas cherché et trouvé par la personne, parce que les processus de reconstruction identitaire sont potentiellement déjà engagés. Une réflexion est portée sur la période entre deux, sur la façon d'arriver au GEM, sur la manière dont s'articule les deux organisations et celle, pour paraphraser Mme D, de faire de « *l'entraide à l'hôpital* ». En terme de perspectives, il nous semble important de retenir le fait qu'un GEM puisse garantir à la personne la liberté de se comporter comme elle l'entend vis à vis des attendus identitaires. Nous retenons donc l'intérêt de favoriser la

liberté de se définir et de proposer et disposer des micro-espaces où puissent se croiser les regards et les mots sur les représentations de la maladie. Nous pouvons élargir cette réflexion à l'hôpital, qui vient démontrer qu'il a tout intérêt à favoriser la mise à disposition d'espaces dédiés au GEM, à leurs ambassadeurs et aux pair-aidants.

BIBLIOGRAPHIE

- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi. *Le Sujet dans la cité*, N° 5(2), 76.
- Barett, R. (1998). *La Traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de tourner en rond ».
- Bioy, A., Castillo, M. & Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
- Blanchet, A. (2003). *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Boesch, E. E. (1995). *L'action symbolique : fondements de psychologie culturelle*. Editions L'Harmattan.
- Bourdieu, P. (1986). L'illusion biographique. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales*, 62(1), 69-72.
- Bourg, S., Ghouas, M. & Pinel, A. (2014). « Qu'est-ce que tu fous là ? » Des éducateurs spécialisés dans un groupe d'entraide mutuelle. *Empan*, 94, 53-60.
- Bouvet, C., & Bouchoux, A. (2015). Études des liens entre la stigmatisation intériorisée, l'insight et la dépression chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale*, 41(5), 435-443.
- Bouvet, C., Naudin, C., & Zajac, J. (2019). Le concept d'insight narratif chez les personnes souffrant de schizophrénie : une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 45(3), 256-262.
- Bruner, J. S. (1991). *Car la culture donne forme à l'esprit*. Paris, Eshel.
- Bruner, J. S. (2010). *Pourquoi nous racontons-nous des histoires ? : le récit, au fondement de la culture et de l'identité*. Paris. Retz.
- Cahier des charges des GEM. (2019). Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Site consulté le 20.03.23 au: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038792936>

- Camilleri, C. (1993). *le psychologue et les stratégies identitaires de jeunes de cultures différentes*. M Rey-von Allmen (Ed.), *psychologie clinique et interrogations culturelles*, Paris, l'Harmattan/CIEMI.
- Camilleri, C. (1985). *Anthropologie culturelle et éducation*, Paris delachaux et niestlé.
- Cohen-Emerique, M. (2015). *Pour une approche interculturelle en travail social*.
- Daumerie, N., Bacle, S. V., Giordana, J., Mannone, C. B., Caria, A., & Roelandt, J. (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*, 38(3), 224-231.
- De Barbaro, B., M, O., Rostworowska, M., Drożdżowicz, L., & Golański, M. (2008). Changes in the patient's identity in the context of a psychiatric system - an empirical study. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 438-449.
- Delassus, É. (2022). *Identité et médecine narrative. Permettre au malade de vivre en bonne intelligence avec lui-même*. *Médecine des Maladies Métaboliques*.
- Deleuze, G., & Duhême, J. (1997). *L'oiseau philosophie*.
- Deligny, F. (2007) *Œuvres*, édition établie et présentée par Sandra Alvarez de Toledo, Paris, L'Arachnéen.
- Denoux, P. (1994). Pour une nouvelle définition de l'interculturalité. In J. Blomart, B. Krewer, *Perspectives de l'interculturel* (pp. 67-81), Paris: l'Harmattan.
- Denoux, P. (1995). L'identité interculturelle. In: *Bulletin de psychologie*, tome 48 n°419, 1995. *Contacts de cultures*. pp. 264-270.
- Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode, dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion, 1980.
- Durand, B. (2009). Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers. *L'Information psychiatrique*, 85(9), 803.
- Erikson, E. (1968). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*.
- Esquirol, J. E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, Baillière, tome 2.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures : selected essays*. New York :Basic Books.
- Giordana, J. (2010). *Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon,
- Foucault, M. (1988). *Dits et écrits*, vol. III.

- Freud, S. (1919). L'inquiétante étrangeté.
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur les conditions sociales des malades mentaux*, Paris.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris.
- Green, A. (1993). *Le travail du négatif*.
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(S446), 14-22.
- Jaeger, M. (2016). Une démarche communautaire innovante : les Groupes d'entraide mutuelle. *Les politiques sociales*, n° 1-2(1), 48-61.
- Kelly, B. D. (2005). Structural violence and schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 61(3), 721-730.
- Koenig, M. (2016). *Le rétablissement dans la schizophrénie : Un parcours de reconnaissance*.
- Kristeva, J. (1988). *Étrangers à nous-mêmes*, Paris, Fayard.
- Lettre de cadrage de la H.A.S. (2014) consulté le 20.03.23 au https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2835223
- Locke, J. (1694) *Of Identity and Diversity*, in : *An Essay Concerning Human Understanding*, General Editor : P.H. Nidditch, Oxford, 1975, II, 27, p. 335.
- Lotte, L., & Séraphin, G. (2009). *Le handicap psychique : un concept ? Ethnologie française*.
- Lovell, A., Troisoeufs, A. & Mora, M. (2009). Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance : éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave. *Revue française des affaires sociales*, , 209-227.
- Marin, C. (2014). La blessure de n'être plus soi. *Questions de soin*, 5-10.
- Marin, C. (2015). *Violences de la maladie, violence de la vie*. Armand Colin.
- Mauss, M. (2004). Une catégorie de l'esprit humain : la notion de personne, celle de moi, *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », pp. 331-362.
- Michel, J. (2003). Narrativité, narration, narratologie : du concept ricœurrien d'identité narrative aux sciences sociales. *Revue européenne des sciences sociales*, XLI-125, 125-142.
- Murphy, R. (1990). *Vivre à corps perdu : Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*. Plon.
- Oury, J. (2005). *Le Collectif : Le Séminaire de Sainte-Anne*, Nîmes, Champ social éditions, Psychothérapie institutionnelle.

- Pachoud, B., Leplège, A., & Plagnol, A. (2009). La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. *Revue française des affaires sociales*, 1, 257–277.
- Racamier, P.-C. (1965). *Le moi et le soi, la personne et la psychose. (Essai sur la personation), l'Evolution psychiatrique*, p.659-679.
- Ricœur, P. (1990). *Soi même comme un autre*.
- Roelandt, J., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3), 7–13.
- Roussillon, R. (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, 3ème édition. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- Rudolph, U., Roesch, S.C., Greitemeyer, T. (2004). A meta-analytic review of help giving and aggression from an attributional perspective: contributions to a general theory of motivation. *Cognit Emotion*.
- Simon, H. (1929). *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*.
- Schnapper, D. (2007). Qu'est-ce que l'intégration ? *Commentaire*, Numéro 119(3), 862–865.
- Teyssier, J. & Denoux, P. (2013). Les réactions psychologiques transitoires : interculturalisation et personnalité interculturelle. *Bulletin de psychologie*, 525, 257-265.
- Teyssier, J., & Denoux, P. (2019). Interculturalisation narrative du soi : Récits socio-culturels et récits du soi des enfants du numérique et des générations antérieures. *Bulletin de psychologie*, 564(6), 417-431.
- Troisoeufs, A. (2009). La personne intermédiaire. *Terrain*, 52, 96–111.
- Troisoeufs, A. (2020). « Jouer aux normaux entre malades » . Expériences des troubles psychiques et normalités négociées dans les groupes d'entraide mutuelle. *Anthropologie & santé*, 20.
- Schafer-Mutarabayire, A. (2009). Souffrances identitaires narcissiques. *Les Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 24(2), 195.
- Tap, P. (1985). *Masculin et féminin chez l'enfant*.
- Ville, I., Albrecht, G. L., Fillion, E., Ravaud, J., Dézé, A., Aucante, Y., & Shakespeare, T. (2020). *Introduction à la sociologie du handicap : Histoire, politiques et expérience (2e éd.)*. DE BOECK SUP.
- Vinsonneau, G. (2000). *Culture et comportement*. Armand Colin.

- Wahl, O. F., & Harman, C. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131–139.
- Watermeyer, B., & Swartz, L. (2016). Disablism, Identity and Self : Discrimination as a Traumatic Assault on Subjectivity. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 26(3), 268–276.

GLOSSAIRE

Actiphysy: Association sportive à destination des personnes en situation de handicap psychique

CA: Conseil d'administration

CATTP: Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP: Centre médico psychologique

CNED: Centre national des études à distance

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing ou Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

ENDR: Entretien non directif de recherche

ESAT: Etablissement et service d'aide par le travail

FNAPSY: Fédération nationale des usagers en psychiatrie

GEM: Groupe d'entraide mutuelle

GEM 1, 2, 3 Pour garder l'anonymat nous ne donnons pas les noms des GEM

HAS: Haute Autorité de Santé

HPI: Haut potentiel intellectuel

INS: Interculturation narrative du soi

MDPH: Maison départementale de la personne handicapée

RDS: Récit du soi

RQTH: Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSC: Récit socio-culturel

UNAFAM: Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques