

Unité de Recherche PPEA

Communauté de Recherche
Philosophique (CRP)
dans un lieu d'accueil intermédiaire
pour des adultes en
fragilité psychique temporaire

Projet de recherche exploratoire
Compte rendu

Elisabeth Ansen Zeder

Résumé :

Ce projet de recherche : mise en place d'une Communauté de Recherche Philosophique (CRP) dans un lieu d'accueil intermédiaire pour des patients en fragilité psychique temporaire prend appui sur plusieurs fondements théoriques et pratiques cliniques.

1. Pour la philosophie, nous faisons référence aux nouvelles pratiques de la philosophie. Certains cliniciens tels que (Cinq-Mars, C. 2005 ; Ribalet, J. 2008 ; Loison-Apter, E. 2010 ; Remacle, M. et François, A. 2011) utilisent la Communauté de Recherche Philosophique dans une perspective de soin.
2. Pour les pratiques psychothérapeutiques : L'analyse existentielle ou logothérapie (Frankl, 2006 ; Yalom, I. 2008)
3. Pour la psychologie : Le courant de psychologie positive qui s'intéresse à amplifier les forces qui permettent aux êtres humains à exercer leur auto-efficacité, la gestion de leurs émotions et leurs cognitions, la détection de leurs talents pour optimiser leur développement et leurs apprentissages pour faire face à leurs souffrances. (Seligman 1992, Seligman et Peterson (2004)
4. Pour les soins : une approche intégrant la notion de rétablissement et l'importance du « *care* » (Provencher, 2002)

Nous plaçons pour une ré-humanisation de la psychothérapie en tenant compte des questions existentielles se rapportant à une dimension transcendante ou noétique qui fait partie intégrante de notre humanité. En cela nous prenons appui sur des chercheurs comme Huguelet 2013, Frick, E. 2011 et Brandt 2010. Cette recherche se veut qualitative et exploratoire pour répondre à la question suivante :

Quels peuvent-être les effets dans la perspective du rétablissement de la participation à une CRP ?

Mots clefs :

Communauté de Recherche Philosophique, Rétablissement, Philosophie et Soins, Spiritualité et soins, Psychologie positive, Rétablissement

Compte-Rendu de Recherche

Problématique générale et contexte

Ce projet est interdisciplinaire et voit le jour à travers diverses rencontres et des intérêts de recherche qui s'entrecroisent.

Une première rencontre a lieu en 2012, dans le cadre du colloque de l'UNESCO à Paris, l'Unité de Recherche en Philosophie pour Enfants et Adolescents me demande de participer aux ateliers et travaux de philolab dans l'axe Philosoin.

Dans ce cadre nous rencontrons des philosophes (Corinne Pieters, Enseignant chercheur Philosophie Paris5 et Hôpital Cochin pédopsychiatrie), mais aussi un pédopsychiatre (Dr. François, Anne, pédopsychiatre responsable de l'unité de crise Hudere Bruxelles (Belgique), membre de la recherche Philosoin) et une psychologue (Elisabeth Loison-Apter associée de l'Institut OdeF, Ouverture, Développement et Formation. Genève (Suisse), membre de la recherche Philosoin.) qui pratiquent la Communauté de Recherche Philosophique (CRP).

Cette pratique semble gagner en popularité dans divers pays, selon Gagnon, M. (2011). Selon ce même auteur, l'étude de Cinq-Mars (2005) a pu démontrer quelques apports psychologiques potentiels de la CRP, auprès de filles adolescentes en souffrance psychique. Il serait intéressant d'examiner les effets que la CRP pourrait avoir sur des adultes.

En mai, 2013 une collaboration voit le jour avec le Dr. Gaillard-Wasser Joëlle, qui est psychiatre psychothérapeute FMH, responsable d'un lieu d'accueil intermédiaire pour adulte en fragilité psychique temporaire.

Cette institution est née en 2010 et fait partie de l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) et de l'Association de soins coordonnés de la Riviera et du Pays-d'Enhaut (ASCOR). Il s'agit d'une innovation dans le paysage de la santé mentale en Suisse Romande.

Ce lieu pourrait constituer un terrain de recherche pour la mise en place de CRP et investiguer les effets que cette pratique pourrait avoir sur les adultes accueillis, dans une perspective de « rétablissement » et dans l'axe philosoin, des nouvelles pratiques de philosophie. Ces nouvelles pratiques rejoignent le questionnement plus général de l'intégration de la spiritualité dans les soins.

1. Fondements théoriques du Projet

Nous puisons ces fondements à plusieurs sources :

- Pour la philosophie : Les nouvelles pratiques de la philosophie
- Pour les pratiques psychothérapeutiques : L'analyse existentielle ou logothérapie
- Pour la psychologie : Le courant de psychologie positive et la psychologie humaniste.
- Pour les soins : une approche intégrant la notion de rétablissement et l'importance du « *care* »

1) Les nouvelles pratiques de la philosophie : NPP

Ces nouvelles pratiques se développent aussi bien dans les écoles allant des niveaux préscolaires aux niveaux secondaires, mais également dans des lieux de soins. Le pédopsychiatre, Ribalet, J. (2008) propose l'atelier philosophique dans la prévention de la souffrance psychique. En effet, après avoir fait le constat de la médicalisation et de la médication sans précédent de l'existence, il rappelle en s'appuyant sur Ehrenberg, A. que nous assistons dans notre culture occidentale à côté de « *l'implosion dépressive, en contrepoint à l'explosion addictive et des troubles dominés par le recours à l'agir* ».

Ainsi il reconnaît une vertu thérapeutique de la philosophie, à l'instar des sages de l'antiquité, parce qu'elle « *prend soin de l'âme* ». Cette vertu thérapeutique réside dans le fait que l'atelier philosophique a pour objectif de développer une capacité réflexive, le souci d'autrui et donc l'estime de soi. En cela, il rejoint une approche thérapeutique existentielle, peu connue dans le paysage francophone car traduit tardivement en 1988 seulement, « *Découvrir un sens à sa vie, grâce à la logothérapie* » écrit par Frankl (2006), paru en allemand dès 1946 et en anglais dès 1959.

Or, nous pensons que les nouvelles pratiques de philosophie peuvent aider à questionner *le sens*, non pas un sens global mais le sens attribué par une personne à un moment donné de son parcours de vie.

D'autres thérapeutes comme Cinq-Mars, C. (2005) ou Loison-Apter, E. (2010) constatent des effets thérapeutiques bénéfiques à la suite d'activité philosophique à partir de la pratique de CRP.

2) L'analyse existentielle ou logothérapie

L'analyse existentielle ou logothérapie, développée par Frankl (2006, p. 99) est définie « *comme une thérapie fondée sur le sens de la vie* ». Cet auteur parle en outre « *des névroses noogènes* » comme de l'impossibilité de trouver une raison de vivre, liée au vide existentiel. Pour Frankl (2006, p. 101) « *Les névroses noogènes proviennent de l'absence de raison de vivre.* »

Dans un XXI^{ème} siècle qui peut paraître très « *psychologisé* » j'opterais avec Frankl (2006, p. 130) pour une ré-humanisation de la psychothérapie en tenant compte tout comme il nous l'a montré qu'il n'est pas possible de laisser de côté les questions existentielles se rapportant à une dimension transcendante ou noétique qui fait partie intégrante de notre humanité. Par ailleurs, pour le philosophe Ricœur, le problème de la souffrance « *exige la convergence entre pensée, action et transformation spirituelle des sentiments* » (Ricœur, 2004 : 56). Ailleurs il précise que la souffrance est : « *ce qui ne devrait pas être* ». (Ricœur, 1994, 68). Nous pensons que cela concerne aussi bien la souffrance psychique que toute autre forme de souffrance. Par ailleurs, Jacques Besson (2014), pionnier dans la prise en compte des questions spirituelles dans les soins en santé mentale, au CHUV, interviewé par l'émission « *A vue d'Esprit* » en février 2014, souligne l'actualité du lien entre santé mentale et spiritualité dans l'optique d'une politique de santé mentale s'inscrivant dans une intelligence communautaire pour trouver des réponses quant à la prévention et la prise en charge des personnes en souffrance psychique.

3) La psychologie positive

En tant que psychologue, à l'instar de Seligman, (1992) et Seligman et Peterson (2004) ou encore Bandura (1986), nous pensons utile de nous intéresser à amplifier les forces qui permettent aux êtres humains à exercer leur auto-efficacité, la gestion de leurs émotions et leurs cognitions, la détection de leurs talents pour optimiser leur développement et leurs apprentissages pour faire face à leurs souffrances.

Les nouvelles pratiques de philosophie pourraient-elles participer à cette dynamique et à quelles conditions ?

Quelles sont les questions universelles à partir desquelles il serait intéressant d'engager les discussions ? Peterson et Park (2011) ont tenté une classification des forces Valeurs En Action (VEA) en s'appuyant sur la revue de littérature de Dahlsgaard, (Dahlsgaard, Peterson et Seligman, 2005) ayant retenu six vertus essentielles reconnues dans les textes issus des traditions religieuses et philosophiques du monde entier, nous les reprenons dans le tableau ci-après :

Tableau 1 : Six vertus essentielles issues des traditions philosophiques et religieuses

Source : (Dahlsgaard, Peterson et Seligman, 2005) cités par Peterson et Park, (2011, p. 237).

Sagesse et connaissances	Des forces cognitives qui impliquent l'acquisition et l'utilisation de connaissances
Courage	Des forces émotionnelles qui impliquent l'exercice de la volonté afin d'atteindre des buts malgré une opposition externe ou interne
Humanité	Des forces interpersonnelles qui impliquent de se soucier des autres et d'en faire des amis
Justice	Des forces civiques qui sous-tendent une vie communautaire saine
Modération	Des forces protectrices qui protègent contre les excès
Transcendance	Des forces qui établissent des liens avec l'univers et qui apportent un sens à la vie individuelle

Cette classification des forces VEA a été encore réduite en trois forces caractéristiques comprenant plusieurs traits positifs. D'après (Peterson et Park, 2011), la mise en pratique des forces caractéristiques peut être particulièrement épanouissante. Dans le tableau suivant elles apparaissent en gras.

Tableau 2 : Forces caractéristiques des VEA

Source : (Peterson et Park, 2011, p. 239).

Sagesses et connaissances	Créativité : penser à de nouvelles façons de faire créatives Curiosité : s'intéresser à tous les aspects de toutes les expériences Ouverture d'esprit : analyser les choses en profondeur et les examiner sous tous les angles Appréciation des apprentissages : maîtriser de nouvelles capacités, de nouveaux sujets et savoirs Perspective : pouvoir être de bon conseil pour les autres
Courage	Authenticité : dire la vérité et se présenter de manière vraie Vaillance : ne pas reculer devant la menace, les défis, la difficulté ou la douleur Persistance : finir ce que l'on a commencé Entrain : approcher la vie avec enthousiasme et énergie
Humanité	Gentillesse : rendre des services et faire de bonnes actions pour autrui Amour : valoriser les relations proches avec les autres Intelligence sociale : être conscient de ses motivations et sentiments, et ceux des autres Dévotion religieuse : avoir des croyances cohérentes à propos d'un but supérieur et du sens de la vie.

Que ce soit les vertus essentielles ou encore les forces caractéristiques, remarquons au passage qu'il s'agit de force en partie personnelle qui seront surtout dirigées vers les autres. Ainsi la dimension communautaire et sociale est particulièrement importante.

Nous pouvons donc prendre appui également sur la psychologie positive qui veut étudier les conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des personnes et des institutions. (Gable & Haidt, 2011), pour encourager ces pratiques philosophiques de CRP.

Dans la mesure où il est tout à fait possible de partir de récits ou de contes traditionnels, la mise en débat des valeurs en actions repérées et analysées par une communauté de recherche, pourrait alimenter les

discussions à visée philosophique, comme le préconise Tozzi (2010) qui pense le mythe comme support à une réflexion philosophique. Pour préciser le lien pratiques philosophiques et soin de l'âme, il écrit : « Certains avancent même aujourd'hui le concept de *philothérapie*, pour signifier cette action à la fois préventive et curative de certaines pratiques philosophiques. (...) La traversée de l'affect vers le concept affecterait le sujet, en produisant en lui et avec les autres de la pacification, voire de la résilience... » Tozzi (2012, p.116).

4) La notion du « *care* » en lien avec le rétablissement

L'expérience du rétablissement est de plus en plus reconnue dans la prise en charge de personnes en souffrance psychique. Provencher, H. L. (2002) tente d'en donner quelques perspectives théoriques. Se basant sur le travail de Perkins et Zimmerman, (1995) et Zimmerman, (1995) elle propose le schéma suivant pour conceptualiser les dimensions du rétablissement et ses différentes caractéristiques.

Figure 1

Les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques

Source : Provencher (2002, p. 48)

<p>Redéfinition et Expansion du soi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental • Processus de découverte d'un nouveau soi • Complexité du soi 	<p>Relation à l'espace temporel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espoir • Spiritualité
<p>Pouvoir d'agir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus • Construit • Transformation du sentiment d'impuissance • Niveau du pouvoir d'agir <ul style="list-style-type: none"> <u>Niveau psychologique</u> <ul style="list-style-type: none"> - Composante intrapersonnelle - Composante interactionnelle - Composante comportementale <u>Niveau organisationnel</u> <u>Niveau communautaire</u> 	<p>Relation aux autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relations avec les membres de la famille • Relations avec les pairs • Relations avec les intervenants • Relations avec les services de santé et de soutien

Ces quatre dimensions pourraient servir de guide pour l'élaboration de travaux empiriques. On retrouve également ces aspects chez Huguelet (2013) qui pense que le processus de rétablissement se fonde sur l'espoir et l'autodétermination. Il relève également quatre aspects impliqués dans ce processus, que nous relierons aux quatre aspects retenus par Provencher(2002) :

1. Trouver l'espoir (Relation à l'espace temporel)
2. Redéfinir l'identité (Redéfinition et expansion du soi)
3. Trouver un sens à la vie (Relation aux autres et à l'espace temporel)
4. Prendre la responsabilité active du rétablissement. (Pouvoir d'agir)

Cependant, où trouver l'espoir et le sens à sa vie ? Ces aspects ne relèvent-ils pas davantage de préoccupations philosophiques, voire théologiques ?

La perspective du rétablissement ne s'inscrit pas dans une normalisation mais plutôt la valorisation de transformations orientées vers un devenir et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie de la personne.

Dans une petite structure intermédiaire de soins pour personnes en vulnérabilité psychique, mieux comprendre les expériences de transformations et cibler les interventions sont des objectifs à relever.

Dans les soins palliatifs, les cliniciens et chercheurs soulignent aussi l'importance de l'espoir qui est porteur de sens. Dans ce contexte Philippin (2013, p.14) précise : « *dans la pratique clinique quotidienne espérer guérir et se préparer à un décès prochain sont à considérer conjointement et non exclusivement l'un de l'autre.* ». S'appuyant sur les travaux de Block, S. D. (2000), Philippin (2013, p.12) précise qu'il convient pour le psychologue d'examiner la question du « normal » et du pathologique, notamment : « *il s'agit de faire le diagnostic différentiel entre le deuil de soi et la dépression pathologique* ».

Or si nous nous en référons à Provencher (2002), ce processus de deuil de soi est également présent en présence d'un trouble mental, dans la dimension de la redéfinition et l'expansion du soi. Si les auteurs mentionnent l'importance de l'espoir et la spiritualité, comment un psychologue ou un psychothérapeute peut-il intégrer ces deux dimensions ? Disposent-ils d'outils ?

La pratique de la Communauté de Recherche Philosophique pourrait-elle constituer un de ces outils ?

2. Comment mettre en œuvre le projet : quelques jalons

Loison-Apter, E. (2010) parle des effets psychothérapeutiques de la pratique de la philosophie à travers le dialogue philosophique en communauté de recherche selon la méthode Matthew Lipman. Elle relève une corrélation entre les effets psychothérapeutiques et la qualité du climat relationnel existant dans la communauté de recherche pour finalement se conjuguer à la qualité de l'apprentissage au philosophe. Toutefois, les contes de Lipman sont imprégnés de la culture du pays d'origine et nous ne souhaitons pas les utiliser.

Alors comment mettre en œuvre sur le terrain ces CRP ?

Nous devons prévoir des modalités pratiques. Pour celles-ci, nous nous appuyons sur la pratique de l'encadrement aporétique mise en œuvre par Hess (2013, 2014) qui s'appuie sur quatre séquences.

Ces quatre séquences respecteront un dispositif formel et ritualisé, tel que décrit par Hess (2013) et Gagnon (2011)

Le groupe CRP pourra être constitué de 3-4 personnes au minimum et de 12 maximum.

Le contexte d'accueil de la maison se situe dans un accueil à court terme, c'est-à-dire un mois.

De ce fait, il sera difficile d'avoir des groupes stables. Le maximum de séances possible durant le temps d'accueil serait de quatre. Dans le cas où le séjour est prolongé il serait possible dans ce cas d'aller jusqu'à 8 fois la possibilité de participer à une CRP. Nous avons renoncé pour cette étude exploratoire à l'idée qu'il pourrait être envisageable pour des patients ayant la possibilité et un intérêt de participer au groupe de manière ambulatoire.

Pour le support de base nous avons choisi l'ouvrage Philo-fables de Michel Piquemal (2003), aux éditions Albin Michel, concernant les « histoires » de base.

Nous avons transformé les 4 séances en 4 étapes dans un module de deux séances, constituées de quatre étapes.

Lors de la première étape l'animateur soumet à la communauté de recherche, une histoire issue de cet ouvrage. (Il pourra être possible que chacun des participants lisent une partie de l'histoire, comme le proposent Pelletier et Renaud (2011, p.138), dans leur projet). Un dilemme ou l'émergence d'une question philosophique pourra voir le jour à partir de cette lecture. Les propositions des participants seront notées sur un panneau « paperboard », ainsi que les questions qui les intéressent.

La deuxième étape mettra en évidence des divergences de points de vue. L'exigence de s'écouter, mais d'exprimer un argument ou un contre-argument et de s'engager dans la discussion est nécessaire. La tâche principale de l'animateur sera de faire expliciter les différents points de vue et de favoriser l'exercice de la

pensée critique. La parole devrait pouvoir circuler assez librement entre les participants du groupe. Là encore, il conviendra de noter les différentes réponses et arguments sur un 2^{ème} panneau à partir duquel on pourra travailler lors de la 2^{ème} séance. Comme l'écrit Gagnon (2011, p.149) : «*Une question qui les intéresse collectivement sans avoir été déterminée d'avance*» devrait se dégager de cette deuxième séance.

La troisième étape se déroulera essentiellement autour de la question émergente à partir des précisions que les uns ou les autres aimeraient obtenir à partir des notes et traces gardées de la première séance. Le but de cette 2^{ème} séance est de pouvoir faire l'expérience de l'approfondissement d'un raisonnement, d'encourager l'effort et la persévérance dans la réflexion et de ne pas craindre les tensions. Les idées importantes issues des discussions sont notées.

La quatrième étape au cours de cette séance permettra une conclusion provisoire à partir des idées importantes. L'on essaiera également de généraliser l'attitude de se distancier des exemples concrets pour arriver à une forme d'abstraction.

Les différentes propositions conclusives en essayant de mettre en œuvre des critères de validité des propositions faites sont notées pour garder des traces de ce qui s'est élaboré. Il sera possible de passer en revue les différents panneaux qui auront servi de support pour les notes.

«*L'exercice réflexif que commande la pratique philosophique en CRP devrait contribuer à orienter l'intérêt sur les principes, les fondements, les valeurs, les normes ou les concepts qui sont présumés et convoqués dans le traitement d'une question particulière.*» précise Gagnon (2011, p. 149) En cela, la CRP est différente d'une thérapie de groupe qui est davantage centrée sur la résolution de problèmes personnels, communs aux membres d'un groupe.

Au-delà de l'exercice réflexif, comme l'affirme Clot, Y (2015, p. 221) « Le sentiment de vivre la même histoire est, par exemple, une ressource qui a fait ses preuves dans le destin des émotions que le corps ressent quand l'affect reconvertit la passivité en activité ». Il se pourrait bien que cette activité de discuter, à partir d'un conte ou un mythe, permette un tel processus. En effet, selon Journet, N. (2014-15) les mythes se transforment encore et toujours et on peut leur faire parler la langue du moment.

3. Opérationnalisation du projet

De mars à mi-avril 2014 que nous avons mis en place 4 modules de 2 séances dans le cadre d'un atelier existant dont le titre est : « Parler à partir d'un sujet » Nous avons proposé de discuter à partir d'un conte, en informant les patients à l'aide d'un flyer. L'aumônier de l'institution a participé aux rencontres.

Cet atelier était libre ; par contre il fallait que les personnes s'engagent à venir à deux rencontres consécutives.

Nous avons demandé à chaque participant de signer un accord de participation, à ce projet de recherche.

Il ne fut pas possible d'envisager comme prévu dans le projet initial quatre séances. Les quatre séances que nous avions imaginées sont plutôt devenues quatre étapes que nous avons organisées sur deux séances consécutives qui constituèrent un module.

Chaque séance a été enregistrée puis retranscrite.

Après un module de 2 séances nous avons demandé aux participants d'évaluer l'apport du module.

Nous avons ensuite téléphoné à 7 patients environ un mois plus tard pour avoir un second retour et connaître ce qu'il pouvait encore dire de l'expérience faite et si les patients considéraient que cela avait eu une conséquence dans leur vie. Il est difficile de dissocier pour les patients le séjour en lui-même et la participation à cet atelier. Toutefois nous voulons relever que toutes les personnes contactées s'en souviennent et sont en mesure de rattacher cette expérience à un élément de leur vie relationnelle ou personnelle.

Les résultats proposés sont plutôt encourageants, même s'il ne s'agit que d'une recherche exploratoire.

En ce qui concerne les 7 autres patients, nous n'avons pu téléphoner seulement 2 mois plus tard. Dans ce cas

le souvenir est plus lointain, il a besoin d'une réactivation en indiquant le titre de l'histoire.

La population concerne 14 Adultes en souffrance psychique en séjour aux dates proposées dans la maison Béthel.

La participation fut libre. La récolte et les analyses des données consistent en des enregistrements audio des CRP suivi d'une analyse qualitative des contenus.

Ce compte-rendu sera essentiellement basé sur les évaluations faites par les patients.

4. Résultats feed-back des patients et nouveaux questionnements de recherche

Nous avons classés les extraits du discours ou des phrases caractéristiques notées sur l'évaluation écrite dans un tableau reprenant les quatre dimensions du rétablissement et leurs caractéristiques selon Provencher (2002, p. 48).

Premier constat, le modèle de Provencher semble pouvoir servir pour opérer un classement du discours tenant compte des quatre dimensions du rétablissement.

Chacun des patients peut dire quelque chose qui touche à l'une ou l'autre dimension du rétablissement.

L'expérience évoque plutôt des éléments positifs qui pourraient participer au processus du rétablissement.

Nous présentons ces éléments dans le tableau de la page suivante.

Tableau 1 des 7 patients contactés un mois après

Redéfinition et Expansion du soi Processus de deuil lié à un trouble – Découverte d'un nouveau soi	Relation à l'espace temporel et noétique Espoir-Spiritualité-Dimension noétique
<p>P1 Rien n'est perceptible. Lors du téléphone il précise que le psychiatre s'est trompé quant à son diagnostic</p> <p>P2 Il dit : « J'ai découvert que le trésor est chez moi »</p> <p>P3 Les réponse des autres me font réfléchir sur mon propre fonctionnement</p> <p>P4 Je vois la vie autrement, l'accident a changé ma vie. Les médicaments m'aident.</p> <p>P5 J'ai pu parler et nommer mes peurs.</p> <p>P6 L'histoire m'a touchée, je vais mieux mais « je ne suis pas sortie de la grotte ».</p> <p>P.7 « J'ai pu réfléchir à d'autres métaphores, lire des contes »</p>	<p>P1 Relève l'importance dans sa vie de la prière avec son épouse</p> <p>P2 parle d'une émotion éprouvée, les histoires il y pense encore : « Je vis la découverte de la lumière</p> <p>P3 Ne pas m'arrêter aux regards des autres. Cette histoire me parle pour mes valeurs</p> <p>P 4 Je me souviens de l'histoire. Ça me fait penser à moi. Dieu ne veut pas qu'on se fasse du mal</p> <p>P5 Je me souviens d'un autre patient qui...</p> <p>P6 Donner du sens, atteindre la lumière</p> <p>P7 Le groupe a permis une relation de confiance, la personne se souvient du groupe</p>
Pouvoir d'agir Transformation du sentiment d'impuissance & Différents Niveaux du pouvoir d'agir	Relation aux autres Famille – Pairs – Intervenants – Service de santé et soutien
<p>P1 Participe à un groupe communautaire au sein duquel il a le sentiment de pouvoir agir : aider les autres En leur racontant une histoire dont il se souvient.</p> <p>P2 Capable de mettre fin à un conflit intérieur et un conflit interpersonnel</p> <p>P3 Je vais avoir un réseau pour trouver un nouveau lieu de vie, je mets des objectifs trop haut, sortir du fatalisme.</p> <p>P.4 Je prends des cours de français. On peut choisir comment continuer</p> <p>P5 Expérience riche pour s'écouter et se rassurer mutuellement. Développer des stratégies</p> <p>P6 Je fais des progrès</p>	<p>P1 Importance de sa relation à son épouse et groupe communautaire</p> <p>P2 Ecouter les autres, montrer au groupe une création artistique.</p> <p>P3 Equipe médicale : accepter l'accompagnement</p> <p>P4 Je comprends comment il faut aller dans la vie, les anciens amis : je me méfie.</p> <p>P5 J'ai parlé de l'histoire à ma compagne.</p> <p>P6 Reprise de contact avec un groupe de soutien</p>

Contacter les patients deux mois plus tard a été plus difficile.

Pour P11 et P14 nous n'avons pas pu avoir de contact téléphonique, nous nous appuyons uniquement sur l'évaluation écrite faite après la deuxième séance. Avec P10 le contact a eu lieu par messagerie électronique

Pour P12 le contact au téléphone fut très ténu. Toutefois, il a suffi d'indiquer le titre de l'allégorie utilisé et l'indication du lieu de séjour pour que les patients contactés se souviennent. En général ils demandaient que je leur rappelle ce qu'ils avaient écrit sur leur feuille d'évaluation.

Pour ce groupe de patient, aucun n'a eu la possibilité de participer à 2 ou 3 modules. De notre point de vue cela influence la dynamique du groupe. La relation tissée est plus ténue. Toutefois là encore le modèle de rétablissement de Provencher permet d'opérer un classement du discours.

Tableau 2 Concernant les 7 patients contactés deux mois plus tard

Redéfinition et Expansion du soi Processus de deuil lié à un trouble – Découverte d'un nouveau soi	Relation à l'espace temporel et noétique Espoir-Spiritualité-Dimension noétique
P8 Réaliser le travail effectué dans cet établissement P9 Imaginer comment j'aurai fait à la place du personnage P10 Partager l'expérience et la vision des autres personnes. Me libérer de la nostalgie. P11 Réfléchir P13 Se reconnaître dans certains dires P14 A partir d'une histoire on peut faire des liens avec sa vie.	P. 8 Etre en vie, chercher la lumière P10 Garder espoir, regarder la lumière. P11 Un peu d'espoir P13 Espoir et acceptation
Pouvoir d'agir Transformation du sentiment d'impuissance & Différents Niveaux du pouvoir d'agir	Relation aux autres Famille – Pairs – Intervenants – Service de santé et soutien
P8 Apprendre à se regarder d'une façon plus aimante P9 Ne pas m'acharner à faire croire ce que j'ai vécu P10 Essayer de ne plus avoir peur de l'inconnu. P11 Persévérer et accepter mon handicap P 12 Comment réagir différemment P13 Travailler sur mes sensibilités C'est moi qui dois aller vers la lumière et les autres (T) P14 Ne pas avoir peur d'avancer quand il y aura un obstacle	P8 Un regard différent, une ouverture à l'autre P12 Le partage avec les autres P12 Va dans un groupe de parole (T.) P.13 Fait l'effort d'aller dans un groupe pour pratiquer des exercices de pleine conscience une fois par semaine. (T.) P14 A connu une nouvelle hospitalisation. Cette communication a eu lieu par téléphone, de la part d'un membre de sa famille.

L'expérience là encore évoque plutôt des éléments positifs. Plusieurs questions pourraient alors être soulevées :

1. Tenir compte de la dimension spirituelle des personnes dans les soins psychiques, cela pourrait-il servir de levier thérapeutique ? A quelles conditions ?
2. L'intégration de la dimension spirituelle, cela relèverait-il d'une nécessité éthique dans les soins ?
3. Enfin, la communauté de recherche philosophique ou la discussion à visée philosophique pourraient-elles devenir des « outils » au service de la prise en compte de la dimension noétique ou spirituelle dans un lieu de soins ?

Pour la première question, la littérature du care insiste sur l'idée que « la guérison ne relève pas seulement d'une activité thérapeutique mais aussi d'un processus qui nous mène au-delà de ce que nous pouvons mesurer, maîtriser, savoir mais dont nous devons rendre compte » comme le précise Frick, E (2011, p.6). Se rétablir, n'est pas forcément guérir, mais savoir tenir compte de sa vulnérabilité et vivre en prenant appui sur ses propres ressources et pouvoir les mobiliser. Menning, H. (2015) défend l'idée que cette compétence s'acquiert. Huguelet (2013, p.95-96), quant à lui, précise « qu'il faut avoir de l'imagination et explorer les domaines potentiellement pourvoyeurs de

sens. (...) partir des valeurs du sujet, représente une technique à même parfois de surmonter les blocages. » Or la dimension de la spiritualité « laïque » et la religion font partie de ces domaines.

C'est pourquoi la question de l'intégration de la dimension spirituelle est débattue depuis plusieurs années au sein de la communauté scientifique et médicale. Dans la perspective d'une prise en charge holistique, il n'est plus possible d'ignorer cette dimension noétique ou spirituelle de la personne. Par ailleurs, se focaliser uniquement sur les symptômes psychiatriques ne suffit pas pour travailler dans le sens du rétablissement. La nécessité de s'intéresser aux ressources présentes chez les patients et de les évaluer peut déjà être thérapeutique en soi selon Bellier-Teichmann, T. (2015). Par ailleurs, si la thématique du sens, « n'est que partie de l'approche clinique centrée sur le rétablissement » comme le souligne Huguelet, (2013) il conviendrait de la voir comme un complément des autres actions thérapeutiques possibles, sans oublier l'approche existentielle qui englobe les dimensions de l'autodétermination, la solitude et la finitude de la personne humaine.

Enfin la question des outils pour aborder cette dimension n'est pas si simple. Les questions clefs de l'anamnèse spirituelle proposées par Frick (2005), à l'aide du SPIR, sont intéressantes pour entrer en matière et donner des indications aux soignants.

Le modèle des besoins spirituels STIV mis en place en gériatrie par Monod, S. ; Rochat, E ; Büla, CJ, Spencer, B (2010) pourrait-il être adapté à des patients en souffrance psychique et mis en œuvre dans l'institution Béthel ? L'intérêt de ce modèle est un travail en interdisciplinarité en intégrant l'aumônier à l'équipe de soins et de plus, il permet une approche structurée et systématique de l'évaluation de la spiritualité comme le précise Monod-Zorzi, S. (2012).

La pratique de la Communauté de Recherche Philosophique ou les discussions à visée philosophique, pourraient-elles enrichir la panoplie des outils pour aborder avec les patients l'espoir et la spiritualité dans le respect de la pluralité de leurs croyances et leurs origines culturelles ? Cette pratique de groupe permettrait d'intégrer psychothérapeutes, soignants et aumônier dans un travail de groupe interdisciplinaire.

L'institution Béthel, serait-elle prête à devenir un terrain de recherche pour examiner ces possibilités en évaluant avec les patients et les soignants, les bienfaits qu'ils pourraient en retirer ?

4. Conclusion provisoire et perspectives

Les résultats de la recherche exploratoire sont plutôt encourageants du point de vue des patients.

Les réponses emblématiques relevées confirment l'hypothèse formulée : **la participation à un groupe de discussion à visée philosophique à partir d'un conte ou un mythe pourrait participer au processus de rétablissement.**

Toutefois, le point de vue des patients devrait être étayé par le point de vue des soignants pour aller plus loin dans la confirmation de l'hypothèse. Ceci nécessite l'aide d'un dispositif d'évaluation qui permettrait d'examiner sur un plus long terme et de façon plus fine les apports d'une telle pratique.

Il conviendrait de constituer une équipe de recherche un peu plus étoffée avec la participation d'un-e infirmier-e et / ou d'un-e psychologue, théologien-ne, s'il est décidé que ce projet devait se poursuivre et s'amplifier.

Par ailleurs, il faudrait vérifier quels seraient les instruments d'évaluation les plus adaptés. Le STIV en est un, et son usage pourrait être mis en place de façon systématique, par l'aumônier qui a commencé une formation avec E. Rochat, aumônier au CHUV qui propose une collaboration avec Béthel dans ce sens.

Elisabeth Ansen Zeder
17 juillet 2015

Références bibliographiques

Bellier-Teichmann, T. (2015) Vers un profil de compétences. Quelles ressources peut-on mobiliser pour améliorer son bien-être ? In *Psychoscope* 4/2015 pp 17-19 Bern : Fédération Suisse des Psychologues FSP.

Besson, J.

(2014) Emission radiodiffusée A vue d'Esprit RTS2 : Santé mentale et spiritualité : 10 février 2014 En ligne : <http://www.rts.ch/espace-2/programmes/a-vue-d-esprit/5561540-a-vue-d-esprit-du-10-02-2014.html>

(2012) Religion et Psychiatrie in *Courrier du médecin vaudois* -8- 2012

Brandt, P. Y. (2010). La pratique des pères du désert comparée aux psychothérapies d'aujourd'hui : Analyse de quelques apophtegmes, In Sava, D. Sandu and E.I. Roman (Eds). *Învățământul universitar vocational la ceas aniversar- 2010 : Studii si cercetări* (pp. 385-394) Iasi, Romania : Doxologia.

Cinq-Mars, C. (2005) Etude sur l'impact du programme „Prévention de la violence et philosophie pour enfants“ En ligne : www.latraverse-pvphie.com/ppt/recherche1.ppt (Consulté le 16 septembre 2013)

Clot, Y. (2015) Vygotski avec Spinoza, au-delà de Freud in *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 2015/2 (Tome 140), pp. 205-224 disponible sur <http://www.cairn.info/revue-philosophique-2015-2-page-205.htm> consulté le 03.06.2015.

Collaud, T. (2013) *Démence et résilience, mobiliser la dimension spirituelle*, coll. Soins et spiritualités n°4, Bruxelles, Lumen Vitae.

Dahlsgaard, K., Peterson, C. & Seligmann, (M.E.P.) (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology*, 9, pp 209-213 cités par Peterson C. et Park, N. (2011)

Ehrenberg, A. (cité par Ribalet, J. (2008)

(1991) *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy ;

(1995) *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy ;

(1998) *La fatigue d'être soi*. Dépression et société. Paris, O.Jacob.

Frankl, Viktor (2006) *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Montréal : Les éditions de l'homme.

Frick, E.

(2005) Peut-on quantifier la spiritualité ? Conférence SFPO Lille 2005 Disponible sur :

www.cath-vd.ch/IMG/pdf/Peut_on_quantifier_la_spiritualite_E_Frick-2.pdf Consulté le 14.07.2015

(2011) *Se laisser guérir. Réflexion spirituelle et psychanalytique* coll. Soins et spiritualités n°1, Bruxelles, Lumen Vitae.

Gagnon, M. (2011) La pratique de la philosophie en communauté de recherche auprès de personnes en centre de jour, pp. 145-153. In Gagnon, M. et Sasseville, M. (2011) *La communauté de recherche philosophique. Applications et enjeux*. Laval : PUL

Gaillard-Wasser, J. (2013) Soins et spiritualité en Psychiatrie et Psychothérapie. Conférence donnée à l'Université de Lausanne le 2 octobre 2013 dans le cadre du 4^{ème} cycle de conférences « Science et Foi, Peut-on choisir son conditionnement ? »

Hell, D. (2002) *Die Sprache der Seele. Die Wüstenväter verstehen als Therapeuten*. Freiburg : Herder Spektrum

Hess, A.C.

(2013) L'encadrement aporétique en Philosophie pour Enfants et Adolescents. *Rapport final de recherche d'une intervention sur le terrain en 2012*. Document non publié. Unité de Recherche PPEA de la HEP Fribourg.

(2014) L'encadrement aporétique en philosophie pour enfants et adolescents (PPEA) ou comment faire progresser la pensée des enfants et des adolescents en mettant leur entendement dans l'embarras. in *Childhood & Philosophy*, rio de janeiro, v. 10, n. 19, jan-jun. 2014, pp. 55-86.

Huguelet, P. (2013) Le rôle des valeurs et du sens de la vie dans le rétablissement des troubles mentaux sévères. In *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* ; 164 (3) : pp.90-98

Journet, N. (2014-2015) (Dossier coordonné par) Les grands mythes : pourquoi ils nous parlent encore ? in *Les Grands dossiers des Sciences Humaines*, N° 37, Décembre 2014 Janvier-Février 2015. Paris : Editions Sciences Humaines.

Loison-Apter, E. (2010) Les effets psychothérapeutiques de l'activité philosophique à partir du dialogue philosophique en communauté de recherche selon Matthew Lipman. *Travail de Master en Relation d'aide et Intervention Thérapeutique* sous la direction de Dr. Galam, Eric Professeur associé Université Paris Diderot et Sasseville, M., Professeur agrégé, Faculté de philosophie, Université de Laval.

Menning, H. (2015) Le système immunitaire psychique. Les coups durs sont nécessaires pour évoluer. In *Psychoscope* 4/2015 pp 10-12. Bern : Fédération Suisse des Psychologues FSP.

Monod, S.; Rochat, E.; Büla, C.J. ; Spencer, B. (2010) The Spiritual Needs Model : Spirituality Assessment in the Geriatric Hospital Setting In *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 22(4), 2010, p. 271

Monod-Zorzi, S. (2012) *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?* coll. Soins et spiritualités n°2, Bruxelles, Lumen Vitae.

Pelletier, L. et Renaud, F. (2011) Penser par et pour soi-même en alphabétisation pp. 135-144 In Gagnon, M. et Sasseville, M. (2011) *La communauté de recherche philosophique. Applications et enjeux*. Laval : PUL

Peterman AH , Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. (2002) Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp) *Ann Behav Med* 2002; 24 (1) : 49-58.

Peterson C. et Park, N. (2011) Forces de caractère et vertus leur classification et leur évaluation in Martin-Krumm, C. et Tarquinio, C (sous la direction de) *Traité de psychologie positive*. Chapitre 11, pp 233-248.

Philippin, Y. (2013) Redonner du sens à la fin de la vie. In *Psychoscope* 8-9/2013 vol. 34, pp 12-15 Bern : Fédération Suisse des Psychologues FSP.

Provencher, H. L. (2002) L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. In *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°1, 2002, pp 35-64 publié sur : <http://id.erudit.org/iderudit/014538ar>. (Consulté le 10 juillet 2013)

Remacle, M. et François, A. (2011) La souffrance : de la phénoménologie-herméneutique à la clinique. In *Sciences croisées Les soins de l'âme* Nr. 7-8 Publié sur : <http://sciences-croisees.com/N7-8/pro/REMACLE.pdf> (Consulté le 16 septembre 2013)

Ribalet, J. (2008) De l'intérêt des ateliers philosophiques pour la prévention de la souffrance psychique. In *Diotime Revue internationale de didactique de la philosophie*, nr 37, (07/2008). Publiée sur : <http://www.educ-revues.fr/DIOTIME/AffichageDocument.aspx?iddoc=38937> (Consulté le 16 septembre 2013)

Ricœur, P.

(1994). La souffrance n'est pas la douleur. *Revue Autrement / Mutations*, n°142, 58-69.

(2004). *Le mal : un défi à la philosophie et à la théologie*. Genève: Labor et Fides

Rivier, E., Hongler, T. & Suter, C. (2008) La spiritualité en soins palliatifs in *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois*, N° 5, 2008 publié sur : http://www.againstpain.org/pdf/Dlrs_5.pdf (Consulté le 5 mai 2013)

Tozzi,

(2010). Le mythe comme support à une réflexion philosophique avec les élèves. *Philotozzi.com*.

<http://www.philotozzi.com/2010/04/le-mythe-comme-support-a-une-reflexion-philosophique-avec-les-eleves/> (Consulté le 15 juin 2013)

(2012) Pratiques philosophiques et soin de l'âme in *Nouvelles pratiques philosophiques. Répondre à la demande sociale et scolaire de philosophie*. Lyon : Chronique Sociale, Chapitre 6, pp 114-123.