

## Le rétablissement: restitution, équilibre ou consentement à la perte?

Pierron Jean-Philippe

Université Bourgogne Franche-Comte, Dijon, France

### Summary

**Recovery:** restitution, balance or consent to loss? Based on three definitions of recovery as a return to the initial state, a new equilibrium or recovery, we ask what conditions must be in place for an environment to support and accompany recovery.

**Keywords:** philosophy, restoration ad integrum, autonomy, straightening, measurement, environment, bearing capacity

*J'ai pensé que la folie de ma mère n'était rien d'autres que des instants où elle refusait le silence imposé par son histoire. Délirer, c'est résister. J'ai pensé que les fous sont des résistants méprisés. [15, p. 138]*

Qui ne souhaiterait lorsqu'il est malade être rétabli; et quand il est soignant travailler au rétablissement de ses malades? Le rétablissement est la finalité du soin. Finalité courte si on l'envisage comme le retour à l'état initial d'avant la crise; finalité longue si l'on envisage le rétablissement comme la possibilité de continuité d'être après l'ébranlement ontologique de la crise et d'être socialement intégré là où la stigmatisation de la crise désintègre. Mais apparaît alors une concurrence dans les interprétations de ce qui signifie «être rétabli». On aimerait pragmatiquement se contenter de la première, rapide, facile et économique retour à l'ordre. Mais très vite le défi éthique et politique est d'honorer la seconde: permettre à celle ou celui qui est «rétabli» de déployer une autre allure de vie, existentiellement et socialement. Soutenir une autre allure de vie qui n'en n'est pas moins une vie. Le soin médical dans ce cas se découvre être, non seulement l'expression d'un science biomédicale, mais l'engagement critique d'un art de faire relations mettant en travail les institutions dans leur capacité à les soutenir.

Sait-on si on est rétabli et oui, qui le sait? Cette question est habitée par une hantise: celle du préfixe *ré-* de rétablissement qui hante comme un impossible retour au pays natal, une santé qu'on aimerait tranquille. Cette hantise se voit redoublée brutalement par le langage de la mesure qui a colonisé toutes nos vies et qui mesure le rétablissement pour le gérer, tout en butant sur le fait que la détermination à vouloir le rétablissement ou le soin d'un milieu qui porte et accompagne cette détermination ne se mesurent pas alors qu'elles le rendent possible. En demandant «où

sont les valeurs du rétablissement entre les pressions économiques et les miracles de la technologie?» nous voudrions observer qu'autour du rétablissement se joue un conflit de valeurs. Le mot de «valeur», avant celui de rétablissement, est aujourd'hui rattrapé par l'économisme ambiant pour lequel n'a de la valeur que ce qui a un prix et ce qui n'a pas de prix n'a pas de valeurs, processus singulièrement exacerbé dans le cadre d'une civilisation technologique. Valeurs et évaluations sont des mots de la même racine. Le concept de valeur, comme son nom l'indique, mobilise un acte d'évaluation. Il tente d'explicitier, dans un contexte de vie, pour quelqu'un ou pour une communauté humaine, «ce qui compte». C'est ce que le philosophe Charles Taylor nomme des «évaluations fortes» [13], lesquelles portent sur le vrai, le juste, le beau, le bien, le sens, la santé, le «rétablissement» etc. – qui, ce faisant, opère une mise en valeur précisant quel type de monde commun nous cherchons à faire advenir.

### De quoi le rétablissement est-il le nom?

Promouvoir le rétablissement revêt une signification thérapeutique, existentielle, éthique et politique, d'où sa prise en compte par la psychiatrie sociale et communautaire. Mais cela doit interroger la captation du concept de valeur par un économisme financiarisé pour lequel ne compte que ce qui se compte, et dont la mesure du soin par le comptage, le codage, les indicateurs, est aujourd'hui l'expression. Cet économisme valorise le «critère du rentable», une culture du soin formulée en termes de résultats à atteindre et s'il parle du pair-patient et de son expérience, c'est pour en faire «une plus-value» du soin. Un point de tension s'inaugure ainsi entre ce que l'on pourrait nommer la mesure du soin et sa dé-mesure, initiant une querelle des mots pour dire le rétablissement. Querelle entre les mots des cliniciens, les mots des savoirs expérimentiels que portent les malades, et les mots devenus des chiffres, des indicateurs et des signaux de codage liés à la tarification, et bientôt à la financiarisation de la santé. Elle rappelle que le monde du soin est traversé par une pluralité de langues, de perspectives et d'attentes. On peut vouloir lutter contre cette pluralité des langues par le tour de passe-passe de la promotion d'une *mathesis universalis*, d'une nouvelle langue universelle, homogène et uniforme, faite d'indicateurs, de codages. Pour cette dernière, le mot «évaluer» pourrait finir par signifier: faire rentrer dans le

**Correspondence:**  
Prof. Jean-Philippe Pierron,  
Université Bourgogne  
Franche-Comte, 9 rue bril-  
lat savarin, FR-21000 Di-  
jon, Jean-Philippe.Pier-  
ron[at]u-bourgogne.fr

langage de la mesure. Ce qui ne sera pas mesurable n'aura pas de valeur et sera invisible pour qui prend l'instrument de mesure, qui n'est pourtant qu'un moyen, pour la fin. Il est donc un défi dont le mot de «rétablissement» concentre l'enjeu: maintenir vivant et expressif un processus d'existence, témoignage de ce qu'a pu être la traversée du malheur, pour attester de la possibilité d'un horizon d'attente désirable. Il s'agit de le faire sans céder à la tentation soit de faire trop vite du rétablissement l'expérience résiliente d'un merveilleux malheur, soit de faire du rétablissement une injonction à la normalité sociale par l'idéologie du bien-être. Il importera donc, en ces matières, de prendre soin des mots du soin car une des armes du système néolibéral, dont aujourd'hui le monde de la santé appréhendé comme relevant d'une industrie et d'une production de soin est devenu le terrain, *est bien cette confiscation des signes et des mots qui transforme dans une novlangue l'organisation financière et commerciale en loi naturelle, par la voie de textes rédigés en globish* ([10], p.9). Nous sommes de ce fait devant une difficulté: qui sait le mieux que l'on vit un rétablissement? Qui le nomme le mieux et non seulement qui en rend compte avec le plus de force et de pouvoir? Comment articuler les mots qui racontent et ceux qui comptent? Peut-on inventer un tiers espace, un tiers lieu où les diverses façons de rapporter ce qu'être rétabli signifie, puissent s'explicitier, se confronter et s'ouvrir à une compréhension ouverte et dynamique de ce qu'est un milieu de vie disponible, ouvert et portant aux déplacements et métamorphoses que le rétablissement apporte avec lui?

### Le triple sens du rétablissement

Le rétablissement peut s'entendre en première personne – «je suis rétabli» comme un événement biographique mobilisant des valorisations intimes et singulières. En deuxième personne – «tu es rétabli» –, le rétablissement est à comprendre comme un fait biologique objectivement décrit et définissable. A cela s'ajoute la possibilité de traiter le rétablissement comme une catégorie en troisième personne – «on est rétabli» – faisant de ce dernier une catégorie statistique. Le rétablissement est donc à la fois un enjeu d'existence («je suis ou me sens rétabli»); un enjeu de science et de connaissance («tu es rétabli, je te l'assure»); et enfin un enjeu social et politique. Sous ce dernier aspect, le rétablissement engage alors l'insertion d'une existence dans une collectivité humaine porteuse de ses normes et de ses standards concernant ce que devrait être une manière de se conduire. «On est rétabli» résonnera avec l'idée d'une absence de trouble à l'ordre public, la maladie mentale ayant ceci de spécifique qu'elle prend en charge l'humain malade en tant non seulement qu'il se porte mais également en tant qu'il se comporte. Sous ce dernier aspect, dans le cadre d'un soin rattrapé par des logiques de «production de santé» qui font du soin une réalité envisageable comme une pratique industrielle isonormée, le rétablissement doit se voir et se planifier. Le langage de la technologisation du soin, via le numérique et l'écriture du code<sup>1</sup>, recherchera du comparable, de l'isonormable et du randomisable, définissant le rétablissement en termes de standards quantitatifs. A cela s'ajouteront les approches économiques liées à la dimension publique de la santé dévisageant le rétablissement en termes de file active, de cohortes de malades, traduisant les valeurs du soin en termes de prix de journées, en protocoles de jours de congés

maladies, en profilage et prévision de la période au bout de laquelle on est censé être rétabli.

On le voit, le concept de rétablissement est porteur, au moins, d'une triple signification, mettant en discussion, dans les institutions et les groupes humains qui prennent en charge les personnes bouleversées par la maladie, un conflit des interprétations quant à ce qu'être rétabli signifie selon qu'on prend le point de vue des soignants, des malades/usagers ou des questionnaires de santé.

### Le rétablissement comme restitution intégrale?

Un rétablissement, au sens de la maladie *disease*, dans sa signification biomédicale, s'envisage dans la perspective d'un retour à un stade initial dans la fiction d'un «comme si de rien n'était». On retrouve ainsi la définition traditionnellement retenue pour penser le rétablissement que porte en germe l'étymologie du préfixe «ré» de ré-tablissement, à savoir l'idée de retour à un état initial sans changement et sans perte. Cette approche du rétablissement en termes spatiaux – retrouver une place antérieure – et non en termes temporels – poursuivre sa vie – mobilise une illusion rétrospective qui plaque du spatial sur de la durée. Cette logique rétrospective «(...) dans une forme ou une qualité nouvelles, ... ne voit qu'un réarrangement de l'ancien, rien d'absolument nouveau» [2, p. 19]. Comme si la maladie pouvait être une parenthèse dans une existence, d'un dérangement certes pénible mais bientôt oublié. Tel est le sens donné d'ordinaire à ce que l'on entend par la guérison, qui est souvent un impensé du soin. A première vue, on est tenté ou habitué à faire de la guérison la finalité du soin médical en le présentant comme une activité essentiellement curative. Le rôle de thérapeutique pensée comme une cure – mot qui partage son étymologie avec le verbe «curer» qui signifie débarrasser quelque chose de creux de la vase, des immondices, des ordures qui le comblent – invite en effet à penser la guérison comme une mise à l'écart, faisant le vide à l'égard d'un mal qui encombre.

Comme si, pendant qu'il est malade, le malade ne continuait pas sa vie; ce que, notons-le, le concept de maladie chronique donne l'occasion de rediscuter en envisageant l'être malade comme une modalité du temps traversé. Rétablir est ici envisagé comme une *restitutio ad integrum*. On tient pour équivalent rétablissement et restitution comme si la maladie n'était qu'un fait biologique uchronique et utopique, une parenthèse dans une existence que l'on pourrait effacer afin de poursuivre, dans une conception continuitiste et linéaire de la vie, son allure de vie. Le psychiatre et neurologue Kurt Goldstein [8], puis à sa suite Georges Canguilhem, ont montré les limites de cette définition psychophysiologiquement, socialement et existentiellement pauvre de la maladie et de la guérison. Elle néglige le fait que le rétablissement mobilise le corps propre, l'expérience vécue de la maladie dans la chair qui lui donne son site et la possibilité de se déployer en une autre allure de vie. Se rétablir n'est pas seulement guérir une lésion mais accompagner la personne malade à «se tailler» un environnement de vie vivable. Ce sera toute l'importance, nous y reviendrons que Goldstein donnera au concept de milieu de vie, tellement central pour envisager le rétablissement. Mais dans le cas d'une biomédecine objectivante, le rétablissement est «dévisagé» comme un fait biologique. Cela suppose une expertise qui épistémologique-

ment doit pour le garantir selon des paramètres objectivables relevant de l'autorité médicale; et dont on voit les incidences en termes de contrôle social de la violence qu'induit la maladie. Tel sera le délicat de l'expertise psychiatrique qui doit faire ce travail de médiation entre l'expérience la plus intime de la souffrance et de la maladie et sa traduction dans une langue partagée et partageable construite sur une objectivation, du comparable et du prévisible.

#### **Le rétablissement comme nouvel équilibre.**

Le rétablissement, lorsqu'il concerne la maladie au sens de *illness* envisage ce dernier comme un événement et un enjeu non plus biologique mais biographique. Gadamer insiste ainsi pour dire que pour l'humain «la maladie, la perte de l'équilibre ne désigne pas seulement un état de fait biologico-médical, il désigne également un événement biographique et social. Le malade n'est plus l'homme qu'il était» [5, p. 52], engageant une compréhension renouvelée de soi. Refiguration de soi, le rétablissement intègre l'épreuve de l'altérité par l'altération dans le soi, dans une conception du temps traversé. Le rétablissement s'entend cette fois-ci au sens de l'escaladeur qui retrouve, après le risque de la chute, la possibilité d'un nouvel équilibre. Il se fait alors tension vivante et créatrice sachant la possibilité de la blessure. Cette conception dynamique et non plus statique du rétablissement en fait un processus singulier incomparable. Il intègre à la fois l'expérience de la perte – se rétablir c'est aussi apprendre à perdre sans faire d'équivoque sur le «travail de deuil» que la maladie inviterait à faire –, et à la fois mobilise un travail d'autonormativité [3] qui fait du rétablissement une nouvelle allure de la vie et non une vie moindre, un autre régime de l'existence. Pour Canguilhem, un état pathologique désigne autre chose qu'une maladie, mais désigne une capacité amoindrie à redéfinir des valeurs grâce auxquelles vivre une vie possible pour soi et dans son milieu. Le rétablissement concerne davantage une puissance de normativité (se donner à soi ses propres normes) que le souci de la normalité (recevoir du dehors un ensemble de normes de conduites). Le rétablissement ne doit donc pas s'entendre comme un retour à la normale mais comme ce qui engage à travailler à l'institution d'autres normes internes ou externes, bouleversant alors le rapport ordinaire et ancien au milieu de vie. Il en appelle à des métamorphoses intérieures (ne pas ignorer l'épreuve terrible d'un trouble sévère en soi: l'inquiétante étrangeté de ce qui est en soi sans être par soi) et extérieures (aménagement du retour au travail; rééquilibrage des interactions affectives et familiales). A cet endroit, le malade voire l'usager, et non plus le patient, revendiquera une expertise d'usage pour rendre compte du sens et de la réalité de son rétablissement, mobilisant des savoirs expérientiels (en anglais *to experience* que l'on peut tenter de traduire par expérientier.)

#### **Le rétablissement comme consentement à la perte**

Y-a-t-il alors une contradiction contenue dans la question: comment vivre pleinement sa vie lorsqu'on souffre d'un trouble durable? Quel peut être le plein ou le plénitude d'une vie lorsque cette dernière se déploie affectée par une maladie chronique? Trouble durable et maladie chronique insistent sur la dimension du temps traversé par l'identité personnelle. La chronique de la maladie chronique est l'ex-

périence éprouvée dans le temps de la possibilité d'exister dans la conscience d'un plus jamais ou d'un impossible. Il ne s'agit pas là d'une résignation ou d'une acceptation béate mais bien d'une expérience du consentement à sa situation. Le consentement, s'il est une condition du rétablissement n'est pas une facilité mais bien l'occasion d'une mise en travail de soi qui ne se fait pas sans tiraillements ni combats intérieurs.

Consentir n'est pas fuir sa situation de maladie, voire l'ébranlement ontologique et relationnel qu'elle a pu causer – question qui vaudra aussi pour l'entourage et le milieu de vie familial et professionnel qui accueillera la maladie – mais s'engager dans cette situation. La maladie comme enjeu d'existence redit qu'exister c'est bien non seulement *être dans* une situation mais bien *être par* cette situation dirait Karl Jaspers. L'enjeu du rétablissement s'engage dans cette confrontation avec cette dimension de résistance en nous à nos projets – le mal ou la hantise de la maladie en soi –. Une lutte intime ouvre un combat entre ce qui peut nous briser et nous rendre méconnaissable et ce qui au contraire peut être l'enjeu d'un parcours de la reconnaissance pour se retrouver autrement. Le rétablissement ne se joue pas ailleurs que dans la manière d'engager une expérience de soi à l'égard de ce qui leste, entrave voire aliène le soi; et non dans le fait de rêver d'être autre que ce que l'on est. A l'emportement contre la limite ou l'enfoncement aliénant en elle, il y a dans le consentement une forme d'acceptation qui est humble sans être humiliante. La maladie devient le lieu d'une vie en travail. Non pas en affirmant qu'il y a un sens de la maladie, mais en disant que le mal, nous invite, incite à nous choisir en cette situation, à nier, à accueillir ou à refuser. Quelque chose échappe à ma prise – le mal en moi sans être de moi de la maladie – qui dans l'impression d'être possédé me fait éprouver une forme de dépossession de la toute maîtrise de soi dont il est peut-être possible de faire une histoire. Cela se heurtera à une société de la maîtrise et du contrôle, une société de la gestion et de la biopolitique inquiète de tout événement imprévisible et de toute surprise et qui n'est pas nécessairement prête à accepter ce type de déplacements internes et externes. Paul Ricoeur, plaçait le consentement sous la figure de «la joie du oui dans la tristesse du fini». Son concept d'identité narrative, plus tardif, assumera la dimension de la chronique de soi qu'engage toute épreuve comme une manière de penser l'identité non comme une «identité permanence» – être même à soi-même dans le temps au sens de la *mêmeté* (ego) – mais bien comme une identité qui, par la narration intègre de l'altérité en son sein. Tel pourrait alors se comprendre le rétablissement comme un parcours de refiguration de soi après avoir traversé le tragique de la dé-figuration ou du méconnaissable: il y a de l'autre dans le soi (ipséité: ipse). Ceci suppose de ne pas se méprendre sur le sens de la perte; et sur l'idée que le rétablissement se comprendrait comme un apprentissage de la perte. «Apprendre à perdre» ne s'entend pas au sens de l'injonction néolibérale qui procéduralise le travail de deuil, réduit l'expérience de la perte à une question de techniques de soi mécanisables. Il y a dans l'incitation à la normalisation ou au retour à domicile justifié pour des raisons financières, cette tentation de réduire le rétablissement à une gestion de soi apparemment normalisable. «Est-ce que vous avez bien réfléchi à

ce que c'est que la perte?» demandait R. M. Rilke dans un petit texte accompagnant la méditation du jeune peintre Balthus ayant perdu son chat Mitsou. C'est à laisser résonner cette interrogation que nous convoque une pensée du rétablissement. La perte de la santé, ou d'une allure de vie que l'on avait cru illusoirement n'être que «le silence des organes» mobilise un enjeu d'existence. Il prend ses distances à l'égard des facilités des pensées de la consolation qui proposent des techniques pour «apprendre à perdre» ou à se rétablir en douceur. Il y a une candeur des philosophies du bien-être ou du renoncement qui croient pouvoir limiter l'impact de ce que perdre veut dire. La perte est essentiellement une épreuve relationnelle engagée au cœur de nos attachements [4]. On y apprend qu'on ne perd que ce que l'on ne possède pas parce qu'il y est question de soi. Nous ne vivons pas que de pertes, nous vivons avec ce qui est perdu, déployant autrement d'autres relations. On n'apprend pas à perdre mais, au mieux, à voir et vivre avec de la perte. N'est-ce pas cela le rétablissement? Le déploiement sur le fond d'une expérience qui n'ignore pas le tragique, d'une expérience de soi habitée, et pas seulement hantée, par ce qui est perdu et qui le rend sensible? Le rétablissement fait de la hantise de la crise un habitat.

### Le rétablissement et le corps social.

Le rétablissement au sens de la maladie (*sickness*) concerne cette fois la maladie dans sa dimension publique, puisque si la souffrance est privée la santé est aussi publique. Elle concerne une collectivité et des enjeux de redistribution équitables des biens de santé sachant la rareté de ces biens. L'enjeu élargi la question du rétablissement du corps vécu à une réflexion plus générale sur le soin du corps social et ce que signifie l'insertion dans le corps social, qui va de l'acceptation à l'inclusion. Ainsi entendu, le rétablissement articule une expérience d'autonormativité avec les normes sociales qu'il peut faire varier en jouant sur les possibilités d'interventions et de créativités pratiques de ce même corps social. En santé mentale l'existence aujourd'hui du «pair-praticien» embauché avec un statut similaire aux infirmières ou aux éducateurs, indique bien que les enjeux de créativité pratique peuvent aller jusqu'à reconfigurer un certain visage du soin. S'il n'est pas nécessaire d'avoir traversé la maladie pour être soignant, il ne faut pas en conclure hâtivement que le fait de l'avoir traversé ne mobiliserait pas des savoirs expérimentaux voire une expertise.

### L'injonction au rétablissement dans une société du bien-être

Le rétablissement ne concerne donc pas seulement le milieu interne au sens des biologistes, ni même l'autonormativité d'un équilibre trouvé mais mobilise, cette fois-ci, le milieu externe et sa composante relationnelle, sociale et politique. De ce point de vue de santé publique, étudié par les sciences sociales, parmi lesquelles nous ne retiendrons ici que les sciences économiques et de gestion, le rétablissement a besoin de pouvoir s'établir sur un comparable. Des mesures serviront la comparaison de sorte que progressivement le rétablissement s'évaluera en termes statistiques, de profilages et de standards isornormés. La mesure du rétablissement devient à cet endroit un enjeu d'expertise explicité par la médiation de ce que le juriste Alain Supiot

nomme une «gouvernance par les nombres» [12]. Si pour la personne le rétablissement compte; pour la collectivité il se compte. Il s'épèlera alors en termes de normalité ou de régularité statistique. Cette puissance de normalisation par le quantitatif ou le plus grand nombre s'accommode mal de l'écart, de l'inclassable ou de l'exception. Le rétablissement au sens comptable se fera redressement, depuis sa signification foucauldienne d'orthopraxie, jusqu'à la signification biopolitique et néolibérale d'une bonne gestion entrepreneuriale de soi (le rétablissement comme incitation à être en forme: *fitness*) et du corps social (le rétablissement comme capacité à se maintenir dans la normalité sociale, dans ce qu'elle peut avoir de disciplinaire, par un souci de bonne gestion au nom d'une maîtrise des coûts du rétablissement). C'est aussi un retour à l'équilibre mais donné dans un sens impersonnel et quantitatif: l'assainissement des comptes synonyme d'un redressement. Cet élément a son importance à l'heure de la production de soin et de l'application à la santé des logiques industrielles d'évaluation et d'organisation.

Or indicateurs, variables et comparables, s'ils sont des indices mesurables de rétablissement qui mobilisent une langue de l'univoque, peuvent aussi très vite se présenter comme relevant de l'indiscutable. Ils s'imposent alors comme un nouveau lit de Procuste ou un dispositif de pouvoir. L'incitation néolibérale à devenir l'entrepreneur de soi-même encourage à penser le rétablissement comme l'exigence à un «être en forme» (*fitness*) et à se «conformer» par l'intermédiaire d'un pilotage des vies par les indicateurs du bien-être. L'incitation au rétablissement deviendrait alors une manière de faire en sorte que la puissance de contestation de la maladie et son autonormativité propre, en appelant à inventer ou initier d'autres formes du monde commun, soit jugulée au profit d'un retour à l'ordre, à la normale. La médicalisation ou médication du rétablissement à des fins d'insertion sociale rapide peut servir cette fin comme l'a bien montré Alain Ehrenberg. Le rétablissement s'entendrait alors comme une entreprise de pacification et de dépolitisation, par la gestion, de ce qui est engagé dans l'appel individuatif au rétablissement. Cela peut se faire par la contestation des formes normales d'élaboration du monde vécu (retour au travail après une maladie grave), en invitant à un retour à la normal, à l'ordre et à la santé. Dans cette conception du rétablissement qu'on pourrait définir, en jouant sur le mot, comme un retour à l'ordre établi / à l'ordre de l'établi, on voudrait que le sujet du rétablissement renonce à changer le monde, voire à changer de monde, dans le ni vu ni connu de l'ordonnement social et de la gouvernance des corps et des psychés.

### Le rétablissement et la portance du milieu

Que signifie prendre au sérieux ce qu'il y a de radical dans l'expérience du rétablissement pour celui ou celle qui a traversé l'ébranlement ontologique de la maladie? Si «dans ces situations (de troubles sévères), le malade se sent entravé, tiraillé de part et d'autre, vacillant, il a l'expérience intime d'un ébranlement aussi bien du monde qui l'entoure que de sa propre personne» [8, p. 33], que faire de cette découverte et à quel type d'attention au milieu qui l'accueille cela mobilise-t-il?

Dans le rétablissement, il est question de s'ouvrir à ce qui s'exprime, du côté du malade, comme désir d'être en dépit du malheur de la maladie. Il y est également en jeu une radicalité du désir de vivre qui invite à déplacer nos manières de faire monde ensemble, de penser et d'agir. Certes, cette radicalité consonne mal avec notre culture de la maîtrise portée par une pulsion de mort, imposant une volonté de régulation et de contrôle par l'incitation au retour à l'équilibre comme si rien n'était advenu. Cette culture de la maîtrise d'inspiration néolibérale, qui incite à devenir les entrepreneurs de nous-mêmes en comptant les performances, vit une peur, voire une haine de l'événement que peut être dans une existence, un rétablissement dont l'équilibre lui échappe. Elle lui oppose plutôt le déploiement d'un programme de «remise en forme» et de normes procéduralisées! C'est pourquoi, «l'attention de Canguilhem à l'égard de la normativité sociale le conduit à formuler une critique des sociétés qui aggravent les difficultés et l'inconfort dans lesquels évoluent certaines personnes, compte tenu de leur propre norme de vie: au lieu de s'employer à faciliter leur travail individuel de normativité et leur existence, elles maintiennent ou fabriquent des environnements de vie invivables» [6, p. 104-105].

C'est pourquoi le défi est également de découvrir que si le rétablissement est un enjeu pour celui qui a vécu le trouble et l'opaque de la maladie, il ne vaut pas seulement pour les malades, mais également pour les biens portants. Il mobilise le désir commun de porter une action refusant un monde normalisé brisant toute auto-normativité; monde qui nous écrase tous ensemble, nul n'étant exclu de la tyrannie ouverte par la gouvernance par les nombres et les algorithmes et par le poids grandissant des normes en lieu et place des lois. La lutte pour le rétablissement de quelques-uns se confond avec la lutte pour notre rétablissement à tous.

Il s'agit donc de se demander ce que serait un milieu favorable ou propice au rétablissement? Inversement, que serait un milieu, écoumène compris, qui ne se «soucierait» plus – en tant que mal adapté – à l'expérience du sujet rétabli? Ne conduit-il pas à faire une forte différence entre un *entourage géographique* qui entoure de façon abstraite un être vivant (notre environ) et un *entourage de comportement* [9, p. 431] qui suppose une sélection, dans l'environnement, de ce qui importe. Cet entourage de comportement initie, ce faisant, un «milieu taillé sur mesure», déclinaison d'une phénoménologie du blotissement à laquelle Bachelard nous a rendu sensible. Il est ce centre de perspective individuante grâce et à partir duquel aller aux abords du monde, au cœur duquel insiste ce fond commun d'une portance commune qu'est l'écoumène ou «la chair du monde» pour parler encore comme Merleau-Ponty.

### Mesurer le rétablissement: qui compte et qu'est-ce qui compte?

Ce qu'on compte n'est donc pas alors, ni toujours, ce qui compte selon qu'on se situe du point de vue du soignant, du malade ou du gestionnaire de santé; ou encore du milieu où ces trois interprétations se rencontrent. Un milieu de vie porteur est peut-être moins un dispositif que la reconnaissance de ce fond soutenant de la «portance commune» [11]. Ce peut être une communauté humaine soignante ou même la consistance de l'écoumène, qui permet que se ren-

contrent et entrent en discussion, dans un conflit des interprétations, ces différentes façons de comprendre ce qu'être rétabli engage.

Comment soutenir le milieu de vie, au sein duquel il est question de trouver des articulations secrètes entre différentes pratiques et plans de vie pour faire sa vie, pour qu'il permette de soutenir la dimension singularisante et individuante du rétablissement, et évite d'engendrer des milieux de vies invivables? Il s'agit d'inventer le monde commun comme un milieu d'institutions instituant et non d'institutions instituées. Nous ferons l'hypothèse que cela est possible en envisageant le milieu du rétablissement comme le déploiement d'un espace transitionnel où ces trois dimensions du rétablissement examinées ci-dessus – restitution curative, autonormativité existentielle, redressement comptable – sans exclure l'importance de la normativité sociale, peuvent se rencontrer, et non seulement s'affronter dans des relations de pouvoir. Cette espace de la transitionnalité a une signification à la fois épistémologique en osant résister à la querelle des idéologies; et une signification éthique, en mettant en suspens le jeu d'opposition des conflits de valeurs au profit d'une attention au processus d'une existence initiant une nouvelle allure de vie.

Certes, le rétablissement a besoin d'être évalué, l'évaluation étant une pratique incontournable en psychiatrie comme dans les soins en général. Mais en psychiatrie notamment, elle ne peut être dissociée de la clinique et de la thérapeutique. Il s'agit alors de se demander quelles sont les valeurs épistémologiques (psychanalyse, psychiatrie institutionnelle, sciences cognitives, approches comportementales ou neuronales) et éthiques (caractère origininaire de la relation de soin, efficacité, primauté de la socialisation comportementale, capacité à investir et se représenter son symptôme, efficience, conformité sociale, etc.) qui guident et soutiennent les pratiques d'évaluation. La psychiatrie, c'est sa singularité et sa chance, est traversée par des perspectives qui ne modélisent pas toutes de la même manière l'expérience de la maladie. Ces perspectives ne se prêtent pas toutes de façon identique à la valorisation par la quantification ou par la narration du rétablissement d'un patient. Les prescriptions des TCC ou des neurosciences se prêtent plus aisément, en raison de l'importance donnée aux informations et aux actes de cognitions, à l'évaluation quantifiée, analytiquement construite par indicateurs, bref à la langue de la mesure. Mais les approches existentielles et sociales attentives, quant à elles, au continuum, aux micro-événements, aux variations douces que déploie un processus de rétablissement et que suit le narratif y résistent. D'un point de vue comptable, si important quant à la prise en charge du financement du rétablissement – du financement des structures de médiations sociales au financement des pairs-praticiens –, c'est un enjeu redoutable d'ambiguïté. Il est, techniquement, plus facile de décompter une prescription d'actes séquencés qu'un accompagnement dans la durée. On devrait s'interroger alors. N'y a-t-il pas, dans la manière de compter / d'évaluer le rétablissement qu'encourage le *new public management* des institutions de santé, le partage d'un même paradigme informationnel entre les approches cognitives, les départements d'information médicale et les

services comptables de codage des actes, mettant au jour une surprenante et étrange congruence?

Poser la question des valeurs du rétablissement, pour l'évaluation dans la clinique, c'est donc se souvenir qu'une valeur représente quelque'un ou quelque chose, quantitativement, socialement, financièrement, qualitativement ou symboliquement. Un conflit de valeurs interroge la possible coexistence et l'articulation, sans domination ni primat d'une langue (celle des comptables plutôt que des conteurs ou des narrateurs pour parler comme Walter Benjamin) entre ces représentations. Un des enjeux institutionnels pour accompagner le rétablissement serait de soutenir et de faire exister l'extranéité du concept de rétablissement par l'invention d'un tiers espace. Il parviendrait à soutenir la création d'une approche interdisciplinaire, au sens de Barthes c'est-à-dire de «la création d'un objet qui n'appartienne à personne» [1, p. 8]<sup>2</sup>, du rétablissement. Pour Barthes, cet objet pourrait être le texte. Pourrait-on faire la suggestion que cet objet qui n'appartienne à personne pourrait être le rétablissement, sans pour autant déposséder l'usager de ses savoirs expérientiels?

Sans doute que le concept de rétablissement a une signification dans l'histoire, et peut-être aussi la concurrence, de la théorisation de la vie psychique et des enjeux d'existence qui s'y déploient. Celui d'un passage d'une psychopathologie structurale où les tableaux de rétablissement correspondent à des logiques classificatoires à une psychopathologie des processus créateurs qui accompagnent des existences dans des mouvements, des processus. Dans cet esprit, le rétablissement n'est plus alors un programme à atteindre mais un processus à accompagner. On pense aux analyses de Winnicott et à la place faite à la théorie de la transitionnalité qui met l'accent non pas sur le désir refoulé mais sur l'importance du couple trouver/créer qui active l'autonormativité, personnelle et institutionnelle, évoquée ci-dessus et qui définit le rétablissement comme une autre allure de vie. Avec le rétablissement, envisagé dans cette dynamique processuelle, le sujet fait l'expérience d'une puissance d'exploration de formes, de redéploiement de possibles préinsistitués et préformés, non encore venus à la figuration sur fond de cet ébranlement ontologique qu'est la maladie et que Winnicott nommait «l'agonie primitive» [14, p. 207].

Il peut y avoir une tentation à voir les trois définitions du rétablissement que nous venons de proposer s'opposer sans jamais se rencontrer. Cela laisse la porte ouverte à autant de prises de pouvoir et de logiques de domination dans une querelle des idéologies dont les théorisations des soignants, les savoirs expérientiels des usagers et la puissance de la gouvernance par les nombres relevant de ce que Foucault nommait «biopolitique», active.

Mais il n'y a pas de rétablissement en général. Il est, à chaque fois, une manière de se rapporter au milieu comme un réseau d'équilibres portant et porteur. Telle est la portance spatiale et relationnelle qui fait que le rétablissement ne va pas sans une modification de l'accueil dans le contexte de vie et une refiguration des équilibres qui sont toujours des compromis et des résultats d'arbitrages et d'un

parcours de la reconnaissance. Cela interroge la tendance du milieu de vie à passer de légitimes objectivations à une sédimentation du social peu ouverte à l'expérience inédite du rétablissement de l'autre. Il n'y a pas de rétablissement sans relation à un milieu, mixte d'institutions et de nature pour nous les humains. Les institutions médicales et sociales sont moins les douaniers que les passeurs qui accompagnent pour franchir le seuil, mobilisant une intelligence liminale. Si tel est le cas, cette question du rétablissement est une question pour tous et pas uniquement pour le patient, le malade, fut-il nommé usager. Le rétablissement mobilise notre participation interne et externe au milieu de vie individuant qui soutient, suscite, et en cela soigne. L'enjeu est thérapeutique, mais il est aussi éthique et critique eu égard à une société ou à des institutions qui rendent malades. Penser le rétablissement comme mise en travail de soi, de nos relations et de nos manières de faire monde et d'être au monde nous reconduit à notre être humain sur la Terre comme à notre établissement partageable.

## Notes de bas de page

<sup>1</sup> Il faudrait ici examiner l'impact, dans la sémiologie médicale, des manières de dire la maladie engagée dans la traduction successive, au cours de son histoire, entre les mots de la langue, le langage des nombres en tant qu'entité mathématique et l'encodage informatique. Voir [7]).

<sup>2</sup> L'interdisciplinaire, dont on parle beaucoup, ne consiste pas à confronter des disciplines déjà constituées (dont, en fait, aucune ne consent à s'abandonner). Pour faire de l'interdisciplinaire, il ne suffit pas de prendre un «sujet» (un thème) et de convoquer autour deux ou trois sciences. L'interdisciplinaire consiste à créer un objet nouveau, qui n'appartienne à personne [1].

## Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## References

- 1 Barthes R. Le bruissement de la langue. Essais critiques 4, Paris, Seuil, 1984.
- 2 Bergson H. La pensée et le mouvant. Paris: PUF/Quadrige, 2013
- 3 Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: PUF, 1966
- 4 Delecroix V. Apprendre à perdre. Paris: Editions Payot et Rivages, 2019
- 5 Gadamer H-G. Philosophie de la santé. Paris: Grasset, 1998
- 6 Gaille M. Santé et environnement. Paris: PUF, 2018
- 7 Herrenschildt C. Les trois écritures. Langue, nombre, code, Paris: Gallimard, 2007
- 8 Goldstein K. La structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine. Paris: Gallimard, 1951
- 9 Merleau-Ponty M. Psychologie et pédagogie de l'enfant. Lagrasse: Verdier, 2001
- 10 Mondzain M-J. Confiscation. Des mots, des images et du temps. Paris: Les liens qui libèrent, 2019
- 11 de Saint Aubert E. «Introduction à la notion de portance», Archives de Philosophie, 2016/2 (Tome 79), p. 317-343. doi: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.3917/aphi.792.0317>.
- 12 Supiot A. La gouvernance par les nombres. Paris: Fayard, 2015
- 13 Taylor C. Le malaise de la modernité. Paris, Éditions du Cerf, 1994
- 14 Winnicott DW. La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques. Paris: Gallimard, 2000
- 15 Forget M, A la demande d'un tiers, Paris: Grasset, 2019