

De l'exigence des pratiques orientées rétablissement...

S'engager résolument dans des pratiques orientées rétablissement reste encore une démarche difficile pour de nombreux soignants. Plaidoyer pour des soins porteurs d'espoir.

Plusieurs courants ont successivement construit et enrichi la psychiatrie et les pratiques en santé mentale : à grands traits, citons le traitement moral, les aliénistes, la psychanalyse, le secteur et l'avènement des psychotropes, les neurosciences et les approches psycho-comportementales et psychosociales et plus récemment, le courant du rétablissement. Depuis le décret de 2017, qui précise les modalités d'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM), orienter les soins vers le rétablissement n'est plus optionnel (1). C'est une décision de progrès, qui replace la personne et son projet de vie au cœur de la pratique, renouant avec l'humanisme, l'ADN de soins psychiatriques toujours fracturés par les idéologies. Cette orientation vers le rétablissement sous-entend d'une part une offre de soins et des services gradués selon les besoins évalués par la personne elle-même et d'autre part une limitation de l'institutionnalisation, des rechutes adoucies par des directives anticipées, des intervenants des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui collaborent pour faciliter les parcours et ne se substituent pas à la personne. Cela suppose également de prendre en compte le savoir expérientiel de l'usager, des pairs et des proches pour éviter des faux pas ou les retards dans les interventions.

CROIT-ON VRAIMENT À CE POTENTIEL ?

Le rétablissement est un processus fondamentalement personnel et singulier, qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses

sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen d'atteindre une vie satisfaisante, emplie d'espoir et productive malgré les limites liées à la maladie, selon Bill Anthony, un usager à l'origine du concept dans les années 1990 (2).

Mais ce potentiel, présent chez tous ceux qui expérimentent la maladie psychique, est-il vraiment expliqué lors de l'annonce diagnostique ? Les soins sous contrainte sont-ils discutés ? Après des mesures de contention, un entretien psychothérapeutique est-il toujours réalisé, pour évaluer le traumatisme et mobiliser les ressources pour le dépasser ? L'espoir peut-il encore s'exprimer en santé mentale, dans un contexte ravagé par un discours dominant de plaintes et de repli sur soi ?...

Rappelons les propos du psychiatre britannique G. Shepherd (3) : « *A chaque interaction le professionnel devrait se demander : ai-je en tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal ? Ai-je, tout en acceptant que l'avenir est incertain et que des revers se produiront, continué d'exprimer mon appui à la possibilité d'atteindre ces objectifs autodéterminés, de garder espoir et d'avoir des attentes positives ?* »

LA PLACE DES RÉCITS

Dans le processus de rétablissement, le langage utilisé et les récits des usagers sont essentiels et peuvent servir de médiateurs. Les pairs aidants y ont donc une place importante, les thérapies de narration également, qui viennent donner du sens à la maladie et aux parcours singuliers. Les thérapies plus techniques et standardisées sont certes utiles mais ne suffisent pas à retrouver, selon l'expression d'Hélène Provencher, infirmière et Pr en sciences infirmières (4), une « *vision fonctionnelle de soi* » c'est-à-dire qui permette un fonctionnement psychosocial optimal,

tenant compte de ses capacités et de ses ressources.

PASSER DE NOTRE AGENDA À CELUI DE L'USAGER

Le développement de services axés sur le rétablissement met donc l'accent sur les qualités personnelles des intervenants autant que sur leurs compétences professionnelles (attitude positive, créativité, sollicitude, compassion, réalisme, résilience). Se mettre au service du rétablissement de la personne est exigeant. Ce n'est surtout pas être un soignant passif, ni appliquer des protocoles, ni encore servir un idéal institutionnel. Il s'agit d'un changement de paradigme qui n'est ni enseigné ni valorisé actuellement. Passer de l'agenda du professionnel à celui du patient (5), être ouvert aux ressources du sujet et de l'environnement, savoir évaluer, porter des valeurs positives et d'espoir ! Nous avons des outils, osons nous rendre à l'évidence, osons changer !

1 – Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, JO du 29 juillet, voir www.legifrance.gouv.fr/, pris pour application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

2 – Anthony WA (1993) *Recovery from mental illness*, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16,4, p11-25.

3 – Geolf Shepherd, J. Boardman, M. Slade M. (2008) *Making recovery a reality*. London : Sainsbury Centre for Mental Health.

4 – Hélène Provencher (2002). *L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques*. *Santé mentale au Québec* 2002; 27 : 35-64

5 – Williamson (2002), *Ethics of assertive outreach (assertive community treatment teams)* *Curr opinion in Psy*, 2002 Sep; 15(5):543-7.

Élisabeth GIRAUD BARO

Psychiatre, Réseau Répsy et Samsah Le Serdac (Isère), membre du Conseil d'administration de Santé mentale France.