

Vade-mecum du non-ré



tablissement

Porteur d'espoir, le modèle du rétablissement, voué à « révolutionner » la psychiatrie, devrait s'imposer. Pourtant, sur le terrain, il peine à s'implanter. Ce vademecum débusque les « vieux réflexes » soignants qui font obstacle au changement.

Je suis directeur des soins et responsable de l'accompagnement à Bru (1), un établissement médico-psycho-social pour adultes, comprenant une unité de psychiatrie de l'âge avancée (20 lits) et trois unités de maintien/réhabilitation (61 lits), spécialisées dans l'accueil des personnes souffrant d'addiction. Depuis 6 ans, le concept du rétablissement sert de socle à notre pratique : nous avons ainsi mis en place des formations, distribué des articles, adapté nos protocoles... Pourtant, sur le terrain, des résistances persistent, liées sans doute au contexte, au management, à l'histoire des soins, à la personnalité de chacun...

Mon intention ici est d'identifier et d'interroger point par point ces obstacles à l'implantation du rétablissement, puis, avec humour, de tenter de sensibiliser les soignants sur leur capacité à « empêcher ». Comment trouver le moyen d'aborder ces difficultés? De façon un peu provocante, j'ai conçu un « vademecum du non-rétablissement » (2) (voir encadré), dont l'objectif est de mettre l'accent sur nos travers et d'ouvrir le dialogue. L'hypothèse est la suivante :

Loïc ESPOSITO

Directeur des soins, Établissement médico-psycho-social Bru, Grandson (Vaud, Suisse).

si au fil du temps, le message n'est pas passé, peut-être faut-il utiliser un autre moyen pour transmettre cette philosophie, en s'appuyant sur un « *contre-modèle* ». Bref oser rire de nous et tirer la sonnette d'alarme ! Ce « *guide* » des impasses doit permettre de nous questionner, de nous stimuler pour, *in fine*, bousculer nos pratiques.

Je préciserai, s'il en est besoin, que cette réflexion s'inscrit dans un esprit bienveillant et respectueux du travail de chacun, tout en permettant l'auto-critique et l'ouverture. Pour les susceptibles, les perfectionnistes et les sensibles, et j'en fais partie, la lecture de ce *vade-mecum* est ainsi vivement recommandée.

PRATIQUE ET CONTRE-ARGUMENTATION SCIENTIFIQUE

Ce support propose donc une charte en 8 points (voir ci-contre), que je déclinerai à partir de nos pratiques d'accueil et d'accompagnement, en m'appuyant sur des articles récents pour apporter des contre-arguments théoriques validés.

1– Les symptômes et le diagnostic tu rechercheras (ou valoriser les ressources ?)

À l'arrivée du résident, nous avons tendance à nous centrer sur ses problèmes, pour évaluer le besoin de prise en charge, puis élaborer le projet d'accompagnement (problème/objectif/action/résultats). Rouvenaz et Rexhaj (2016) montrent que cette tendance à porter l'accent sur les difficultés, les symptômes et les diagnostics semblent une pratique régulière des soignants. Or, Bellier (2019) nous alerte sur trois risques : il est alors « *plus difficile de créer une alliance thérapeutique* », cela amène « *un biais de perception négative du patient* » et plus grave, se centrer sur le « *diagnostic posé agirait comme une prophétie auto-réalisatrice* ». Que faire ? En préadmission, nous avons commencé à questionner les ressources du patient, pour les intégrer d'emblée au projet d'accompagnement. Actuellement, nous réfléchissons à l'utilisation de l'échelle Aeres (Auto-évaluation des ressources) (3).

Se centrer sur le diagnostic semble rassurer le soignant, comme si, dès lors, la solution s'imposait, et qu'il suffisait ensuite d'adapter une sorte de protocole en fonction de la pathologie. D'après Provencher, il faut à l'inverse respecter « *le caractère unique de chaque démarche*

de rétablissement » (2002, p. 50). Aller à la rencontre de la personne au-delà du dossier médical permet de ne pas l'enfermer dans son diagnostic, son histoire, son vécu et lui donne la possibilité de changer, de se projeter dans un avenir différent. « *La personne attache une plus grande importance à qui elle veut être plutôt qu'à celle qu'elle n'est plus* » (Provencher, 2002, p. 40).

2– Des limites tu poseras, des preuves tu exigeras (ou co-construire le projet ?)

Dans le contexte d'accompagnement des personnes souffrant de dépendance à l'alcool, ou de polytoxicomanie, nous avons tendance à construire un parcours de réhabilitation pour le résident, avec des étapes à passer. Évoquant le processus de rétablissement, Favrod, Rexhaj et Bonsack attirent notre attention sur le fait qu'« *une personne "entière" peut être blessée par ce qu'on lui dit, par les limites qu'on lui met* » (2012, p. 37). Ils précisent que « *les professionnels peuvent aussi ajouter des obstacles au rétablissement en exigeant que la personne fasse ses preuves* » (p. 36). Ces auteurs m'ont ainsi fait prendre conscience de la relation que

j'instaurais avec les usagers : je pensais « *travailler* » l'autonomie, alors que finalement, j'avais beaucoup d'attentes et d'exigences « *inconscientes* ». J'installais ainsi la personne dans un rôle très scolaire, où elle devait montrer sa capacité à satisfaire nos demandes. J'étais persuadé que le rétablissement, c'était construire un parcours « *pour* » l'autre...

3– L'échec tu puniras (ou accueillir les expériences ?)

Provencher décrit l'institution comme « *un lieu où la personne [peut] se permettre d'essayer, d'échouer et d'essayer à nouveau* » (2002, p. 37). Ses échecs deviennent ainsi des opportunités de changement. Rouvenaz, aujourd'hui pair-aidant, renforce cette idée en précisant qu'il n'y avait pas d'« *obligation d'efficacité* » dans la relation qu'il a pu développer avec son accompagnante (une infirmière) (2016, p. 19). En osant expérimenter et apprendre des « *arrêts et reculs* », nous quittons le champ de la sanction, de la punition pour entrer dans celui de l'échange avec la personne pour transformer ces pseudo-échecs en « *moments privilégiés* » (Provencher,

Un « contre-modèle » humoristique du rétablissement

A– Recommandations :

- Attention, ce guide est strictement réservé à l'usage des professionnels, et ne doit pas être discuté avec les résidents.
- Ce cadre doit être à appliquer pour tous les résidents.
- Lorsqu'un problème apparaît, merci de contacter immédiatement le médecin, qui prendra les décisions nécessaires en l'absence de la personne concernée bien entendu : principe de sécurité ! Les règles et le cadre sont au service des résidents pour leur bien, malheureusement ils n'en ont pas conscience.
- Vous devez vous faire respecter.
- Dernière mise en garde, ne vous remettez surtout pas en question, en cas de doute répétez plusieurs fois la devise.

B– Devise : « Le problème c'est eux, la solution c'est nous ! »

C– Charte :

- 1– Les symptômes et le diagnostic tu rechercheras
- 2– Des limites tu poseras, des preuves tu exigeras
- 3– L'échec tu puniras
- 4– Expert tu seras
- 5– La confiance et l'espoir tu abandonneras
- 6– Tes compétences tu oublieras
- 7– Seul tu travailleras
- 8– Avec perfection et sans honte tu guériras
- 9– La colère tu sanctionneras
- 10– Impersonnel tu seras (5)

2002, p. 50). L'occasion de faire un lien entre l'échec, la punition et la honte, et comme nous le conseillent Lepore,

(2002, p. 46). Au contraire, nous devons favoriser un « *climat de confiance* » et une « *croyance dans le potentiel de la*

en place d'un nouveau projet au sein de l'établissement, avec des équipes pluridisciplinaires, connectées avec l'extérieur



Cette psychiatrie désuète, irrespectueuse, d'un autre siècle, doit faire place à une approche humaniste et positiviste... »

Manghi et Zullino (2017, p. 29), de « *refuser soi-même de revêtir une fonction d'instance morale* ».

4– Expert, tu seras (ou être un accompagnant?)

Selon T. Bellier (2019), le soignant a « *l'habitude de décider à la place des patients* ». Dans la philosophie du rétablissement, Provencher tranche : « *L'intervenant abandonne son statut d'expert. Il devient un consultant* » (2002, p. 51).

Sur ce point, les résistances au lâcher-prise sont fortes. Au sein de l'institution, nos messages sont bien souvent paradoxaux : nous valorisons cette approche, et en même temps, c'est le référent du patient qui remplit le projet de soins, propose des actions, renforçant ainsi l'idée que l'expert, c'est lui... Cependant, en utilisant depuis quelques mois les échelles d'auto-évaluation type Eladeb (Échelle Lausanne d'évaluation des besoins) (4), nous renforçons « *le pouvoir d'agir* » des résidents. Notre rôle d'accompagnant nous permet de co-construire un projet, de favoriser leur *empowerment* car « *la prise en compte des projets et des attentes individuelles est primordiale* », soulignent Favrod, Rexhaj et Bonsack (2012, p. 36).

5– Confiance et espoir tu abandonneras (ou accorder confiance et espoir?)

Dans notre institution, nous avons longtemps effectué des dosages de stupéfiants ou des alcoolémies, instaurant ainsi un climat de méfiance, un rapport gendarme/voleur. Ces tests étaient faits pour vérifier que le résident ne consommait pas de produit, et pour nous rassurer. Finalement nous avons perdu le sens des soins et surtout la confiance des usagers. Avec le recul, j'ai le sentiment que nous enfermions la personne au sein de sa problématique. « *La résignation et le désespoir empêchent de se projeter dans l'avenir et de croire en soi et en son potentiel* », souligne Provencher

(Provencher, 2002, p. 51). Rouvenaz ajoute « *Seuls ceux qui prenaient le temps de m'écouter ont gagné ma confiance* » (2016).

6– Tes compétences tu oublieras (ou développer des compétences pour rencontrer l'Autre?)

Face à l'évolution de notre métier, j'ai souvent observé, chez moi et mes collègues, un doute, voire un trouble : si je ne suis plus un expert, ai-je toujours des compétences? S'il s'agit d'accompagner l'autre là où il veut, est-ce que je ne deviens pas une sorte de spectateur?... Rexhaj nous éclaire et précise que l'accompagnement se fait « *en préservant l'expertise et les compétences des professionnels* » (2016, p. 18). Ces compétences sont un support théorique et pédagogique que nous pouvons « *mettre à disposition* » de l'usager (Rouvenaz et Rexhaj, 2016, p. 19). Parmi elles, « *les qualités d'écoute et le respect du rythme et des possibilités de transformation* » de chaque résident (Provencher, 2002, p. 37). Les compétences, mais aussi les qualités humaines du soignant participent à instaurer un climat de confiance, d'ouverture et à penser différemment son rôle d'accompagnant. En renonçant au rôle de « *sachant* », nous accueillons autrui dans sa singularité, avec ses ressources, son expérience et ses stratégies. Rouvenaz a une façon bien à lui d'expliquer cela : « *en me faisant gentiment comprendre qu'il faut avancer. Gentiment mais ouvertement!* » (2016, p. 17)

7– Seul tu travailleras (ou travailler en équipe pluridisciplinaire?)

Il y a encore peu, j'avais une conception très autocentrée de l'accompagnement, qui se résumait à des soins dispensés par l'infirmier, référent et garant de la situation, ce qui comportait un risque de lourdeur et d'épuisement. Le groupe de travail sur l'organisation des soins psychiatriques au niveau cantonal, la mise

pouvant apporter des « *pratiques multi-sectorielles* » (Provencher, 2002, p. 52), a permis de faire évoluer le cadre et les représentations. Nous avons élargi notre vision du soin, qualifié aujourd'hui d'accompagnement, et répertorié nos offres et intervenants en interne et en externe. Dorénavant, il s'agit de présenter au patient ces ressources diverses, pour élaborer avec lui son parcours de soins. Acteur de son rétablissement, il bénéficiera de psychoéducation, d'informations, de médiations thérapeutiques, d'atelier socio-éducatif, qu'il aura choisis.

8– Avec perfection et sans honte tu soigneras (ou accueillir sa vulnérabilité?)

Le « *Sois parfait* » est assez répandu chez les soignants, et je n'y échappe pas! Est-ce une stratégie pour cacher la honte de ses imperfections? Ce sentiment de perfection conduit par ailleurs à la volonté de guérison et non plus au rétablissement.

Provencher souligne à l'inverse l'importance pour le soignant de reconnaître « *ses forces et faiblesses* » (2002, p. 39). La formule de Rexhaj prend alors tout son sens : « *avoir conscience des blessures et valeurs fondamentales de chacun* » (2016, p. 18), pour « *construire un sentiment d'appartenance commune* ». Ce ne sont pas nos forces, notre supposée perfection, qui nous relie et nous font avancer, mais bien la reconnaissance, voire le partage de notre vulnérabilité. Girod (2019) pointe toutefois que la peur du regard de l'autre et de son jugement rend difficile cette ouverture sur soi. Pour dépasser cela, « *notre rapport à nos propres expériences honteuses doit être questionné* » (Lepore, Manghi et Zullino, 2017, p. 29). Des groupes d'entraide ou de pairs entre accompagnants permettraient peut-être d'avoir un espace non jugeant pour partager ces ressentis. Si à Bru nous avons instauré des supervisions, il n'existe pas réellement d'espace où le soignant peut déposer sa honte et recevoir des « *encouragements offerts par les*

pairs » (Provencher, 2002, p. 50). Ces espaces devraient être créés pour prendre soin des collaborateurs.

9– La colère tu sanctionneras (ou permettre le changement à travers elle ?)

Au cours du processus de rétablissement, « la colère justifiée » (Provencher, 2002, p. 40) semble une étape importante. Comment cette colère peut-elle s'exprimer au sein de l'institution ? Avec quelles conséquences ? Dans les institutions, les résidents le disent : leurs colères ont souvent pour conséquence une augmentation de traitement, un cadre renforcé voire un risque d'exclusion et finalement un renforcement de la honte, du non-agir, de la peur... La colère ou la révolte sont pourtant des façons de sortir de la honte liée aux troubles (Girod, 2019), avec la parole et les groupes d'entraide. L'expression de cette colère permet *in fine* un renforcement de l'estime de soi.

CONCLUSION

C'est cet esprit de colère, de rébellion que j'ai souhaité transmettre avec ce *vade-mecum*, qui n'est d'ailleurs pas exhaustif (5). Si nous parvenons à reconnaître ensemble nos travers, nos « habitudes », ces mouvements qui semblent partir de nos tréfonds, et à être solidaires, nous pourrions (peut-être) faire émerger une nouvelle synergie, une bienveillance, et nous dégager de cette « charte ». « Ce n'est pas en regardant la lumière qu'on devient lumineux, mais en plongeant dans son obscurité. Mais ce travail est souvent désagréable donc impopulaire »,

nous dit C. Jung. Travaillons sur notre part d'ombre ! Le soignant doit en quelque sorte lutter contre son propre « besoin de guérir », de « sauver », de penser et faire à la place de l'autre... Cette psychiatrie désuète, irrespectueuse, d'un autre siècle, doit faire place à une approche humaniste et positiviste.

Comment aider les soignants à s'appuyer sur ce *vade-mecum* ? En pratiquant une auto-évaluation basée sur leurs compétences ? En créant un groupe de pairs praticiens, lesquels semblent être les acteurs principaux de cette nouvelle philosophie ? Faut-il nommer des garants du modèle ? Le directeur, le soignant, l'humain que je suis, doit encore s'interroger sur son rétablissement, son accompagnement et son style de management... et vous ?

Je vous souhaite un joyeux rétablissement !

1– Pour en savoir plus sur l'établissement Bru : <https://emsbru.ch>

2– Le *vade-mecum*, d'après le dictionnaire Larousse, est « un manuel que l'on garde avec soi pour le consulter ». Ainsi dans le domaine des soins, il est rassurant d'avoir dans sa poche de blouse des recommandations à porter de mains. La racine latine « viens avec moi », éclaire mon choix pour ce terme. Le *vade-mecum* du non-rétablissement, c'est peut-être, ce qu'on porte en soi, ce qu'on emmène dans la relation lorsqu'on est emporté par nos travers, nos habitudes ou bien par un fonctionnement institutionnel.

3– Développé à l'Institut de Psychologie de l'Université de Lausanne, Aeres est un outil d'auto-évaluation des ressources adapté aux patients souffrant de troubles psychiatriques. Il se présente comme un jeu de cartes permettant d'aborder 31 ressources selon trois dimensions : les qualités personnelles, les loisirs et passions et les ressources sociales ou environnementales. Voir *Évaluer les ressources du patient*, T. Bellier, P. Delmas et M. Antonini, Santé mentale, hors-série formation, août 2019.

4– Eladeb est un instrument d'auto-évaluation des difficultés et des besoins du patient. Il se présente comme un jeu de 20 cartes, présentant 20 items dans 4 domaines (Conditions de vie, Pragmatique du quotidien, Vie relationnelle et réseau social, Sphère de la santé), qui propose de hiérarchiser les problèmes et d'enclencher des prises en charge adaptées aux besoins exprimés. Voir *Eladeb : un outil d'auto-évaluation des besoins*, V. Pomini, P. Ferrari, C. Hayoz, Santé mentale, n° 166, mars 2012.

5– En relisant ce travail, Gilles Rouvenaz, pair praticien, a proposé un dixième point pour la charte : « Impersonnel tu seras » (ou l'importance de mettre une distance dans la relation soignant/soigné)

BIBLIOGRAPHIE

- Bellier, T., Delmas, P. & Antonini, M. (2019). *Évaluer les ressources des patients*. Santé mentale, n.s.
- Favrod, J., Rexhaj, S. & Bonsack, C. (2012). *Le processus du rétablissement*. Santé mentale, 166, 32-37.
- Girod, I. (2019). *(communication orale) Honte et formes de résilience*. Lausanne : eesp
- Lepore, R., Manghi, R. & Zullino, D. (2017). *La honte en clinique psychiatrique*. Aporia, 9(2), 26-30.
- Provencher, H. (2002). *L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques*. Santé mentale au Québec, 271, 35-64.
- Rouvenaz, G. & Rexhaj, S. (2016). *Rétablissement : « Nous nous sommes fait confiance »*. Santé mentale, 209, 14-19.

Résumé : La philosophie du modèle du rétablissement semble évidente. Elle vise à donner du pouvoir à l'autre, afin qu'il puisse se rencontrer, retrouver de l'espoir, redonner du sens à sa vie et finalement décider (4 ingrédients du modèle). Pourtant, sur le terrain, elle peine à s'imposer, en particulier car elle remet profondément en cause la posture du soignant, et les habitudes de prises en charge. A travers son expérience personnelle, l'auteur, directeur des soins, explore ces freins. En 9 points, il décline les étapes des soins « classiques » et les interroge face à la théorie du rétablissement. Il élabore ainsi un *vade-mecum* du non-rétablissement, sorte de « contre-modèle », dans une provocation bienveillante, pour éclairer la part d'ombre du soignant, aider à la réflexion et inviter au changement.

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Attitude du professionnel – étude critique – Humour – Pratique professionnelle – Rétablissement – Soignant.