

Le rétablissement raconté par les adhérents de groupes d'entraide mutuelle.

Interrogés sur ce qu'évoque pour eux la notion de « rétablissement », des usagers de la psychiatrie, adhérents des groupes d'entraide mutuelle (*Au fil de la mosaïque, Bon pied bon œil, GEM et toi ?, Heureux coin, Janus, Juste ensemble, Nouveau cap, Soleil, Vannes horizon*) ont répondu par de nombreux témoignages où ils expriment le mieux-être vécu par eux dans leur GEM et le chemin que l'entraide leur a permis de parcourir.

Ce que le GEM apporte est raconté en termes de respect, d'écoute et de solidarité, et aussi de sentiment de sécurité entre personnes qui peuvent se comprendre parce que partageant une même fragilité, et dont le vécu entre en résonance. *Être accueilli dans son être tout entier, trouver un énorme soutien dans les moments difficiles : l'entraide est un phénomène mutuel, naturel et gratifiant. J'ai retrouvé le goût des autres,* dit l'un, *je suis sorti de mon isolement,* dit l'autre. *Chacun apporte sa raison,* dit une personne, et une autre parle d'une aide « à la Confucius » : *si tu me donnes un poisson je mangerai un jour mais si tu m'apprends à pêcher je mangerai toute ma vie !*

un apprentissage du vivre avec la maladie, une reconstruction : *réinventer sa vie différemment, se réapproprier sa vie.* Elles disent l'espérance : *Penser avoir un avenir, prendre son envol...*

Le mot « confiance » revient souvent : *repandre confiance en soi, avoir la confiance des autres.* Et aussi tous les mots de l'estime de soi : *Pouvoir donner à l'autre, donner à son tour, se sentir capable, se trouver des dons, avoir à nouveau envie de faire des choses, reprendre de l'assurance, participer à des décisions et des choix, prendre des responsabilités. Exister, par rapport à soi, et au regard des autres.*

Il y a enfin le sentiment de retrouver une place dans la société : *se sentir sujet, citoyen à part entière, appartenir à un groupe, une société, retrouver une place citoyenne et politique dans la cité.*

Pas à pas, nous avançons pour être nous, dit quelqu'un.

Nous remercions Daniel Bestin d'avoir organisé cet échange, au sein du Comité National InterGEM (CNIGEM).

Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale »¹.

Les conditions et les étapes du rétablissement.

Des parcours de rétablissement et des études portant sur les récits qui en sont faits – études menées par les auteurs mêmes de ces récits ou par des chercheurs recourant à des méthodes qualitatives –, se dégagent une série de facteurs-clés, conditions au processus de rétablissement ou dimensions principalement concernées par ce processus. Nous nous limiterons à mentionner les facteurs les plus souvent retenus : 1) L'espoir, et pour commencer la croyance que le rétablissement est possible ; 2) la restauration du pouvoir d'agir (*empowerment*) et d'un sentiment de contrôle sur sa vie, et par suite aussi de responsabilité ; 3) la reconstruction (narrative) d'une identité personnelle, d'un sentiment unifié de soi ; 4) la restauration du sens.

Enfin, parmi les facteurs de soutien au processus de rétablissement, un des plus régulièrement soulignés concerne l'entraide entre pairs et, de façon générale, la dimension relationnelle.

Si chaque parcours de rétablissement est singulier, il s'avère néanmoins qu'il partage avec les autres quelques étapes-types que plusieurs chercheurs ont tenté de spécifier². On retrouve essentiellement l'idée d'une première phase de « moratoire » (déli, repli, révolte ou désespoir face à la maladie), puis une phase de prise de conscience de la possibilité du rétablissement, préalable à une phase de préparation (avec un repérage de ses ressources, mais aussi de ses objectifs propres ou de ses valeurs), avant la phase de reconstruction puis de croissance dans lesquelles se développe et se consolide le rétablissement³.

Le tournant éthique des pratiques de soutien au rétablissement.

Développé initialement par des courants militants de personnes qui ont fait l'expérience du rétablissement et souhaitent par solidarité soutenir ceux qui s'engagent à leur tour dans cette démarche, ce type d'approche a fait rapidement preuve de sa pertinence et de son efficacité, au point que nombre de

professionnels de la santé mentale se sont ralliés à cette perspective. Il est très frappant que l'intérêt pour ce type de pratique ait déjà conduit la plupart des pays anglo-saxons (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande) à faire du rétablissement un principe directeur de leur politique de santé mentale¹.

L'engouement pour cette approche ne doit cependant pas faire perdre de vue les transformations qu'elle requiert dans l'organisation des prises en charge, pour que les pratiques soient véritablement réorientées vers la promotion et le soutien du rétablissement. La priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir un projet en veillant à optimiser le recours aux ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche. En ce sens, ce type de pratique est guidé prioritairement par des valeurs² (notamment de respect et de promotion de l'autodétermination), plus que par des critères d'efficacité. Ces valeurs constituent la dimension éthique propre à la démarche de rétablissement et impliquent une assez profonde redéfinition des rapports entre « accompagnants » et « accompagnés ».

Bernard Pachoud, psychiatre.

Enseignant à l'Université Paris-Diderot CREA
(CNRS-École polytechnique) et CRPMS
(Université Paris-Diderot)
bernard.pachoud@gmail.com

Rétablissement ou amélioration ?

L'expérience des familles de l'Unafam.

Une prudence respectueuse

Réhabilitation, restauration, rétablissement, réinsertion, mots durs, mots difficiles ; « les mots ont peur comme des poules », au dire de Verlaine. Les familles de l'Unafam sont très prudentes devant ces termes : elles expriment mieux leur expérience en espérant voir leur proche atteindre *un palier d'amélioration* d'un certain « pouvoir être soi », dans un progressif arrangement avec le « vivre avec » des troubles psychiques, toujours latents. Les mots sont si dangereux et la souffrance si grande.

Le respect des personnes qui souffrent d'abord. Parler à leur place n'est pas facile. Encore moins devant la diversité si grande des pathologies ; l'incertitude si large des diagnostics (schizophrénies, bipolaires, etc.), recouvrant des formes sans doute fort diverses, plus ou moins graves ; l'incertitude si éten-

1. Anthony WA (1993), Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

2. Andresen R, Oades I, Caputi P. The expérience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust. N Z J Psychiatry* 2003 ; 37 (5) 586-94. Noiseux S. (2007), Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement. *Santé mentale*, 120, 17-24.

3. Favrod J, Scheder D (2004), Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Rev. Med. Suisse Romande*, 2004 Apr., 124(4) : 205-8 [http://homepage.hispeed.ch/ferome_Favrod/retablir.pdf].

1. Amering, M & Schmolke M. (2009), *Recovery in Mental Health. Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell.

2. Slade, M (2009), *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.