

Reconstruire sa vie

Un cheminement singulier

Retrouver une identité, s'affirmer en tant que personne au-delà de la maladie psychique sont des aspects centraux du rétablissement. Travailler sur son mieux-être et sa qualité de vie est un projet possible. Mais comment s'y prendre? Quelques pistes.

UNE PERSONNE qui a traversé des crises psychiques peut-elle intégrer le traumatisme qui en découle, vivre avec et avoir l'espoir de se rétablir? L'idée d'un «rétablissement» peut sembler fantaisiste, mais elle fait lentement son chemin dans le domaine de la santé mentale.¹

L'objectif recherché ne vise pas une «réadaptation», une rémission complète ou le retour à des états qui ont précédé la maladie. Le propre d'un projet de rétablissement est de rechercher une amélioration des conditions de l'existence.

Le «Recovery movement»

Porter une étiquette diagnostique psychiatrique n'est pas toujours facile dans notre société. Le statut d'invalidé sous-entend l'isolement et la stigmatisation. Cette condition peut induire des blessures et entraîner des crises identitaires, sans parler de la honte et la culpabilité.

C'est aux Etats-Unis qu'est né, vers les années 80, un mouvement autour du rétablissement. A cette date commence à émerger une somme importante de témoignages d'anciens patients ayant réussi à poursuivre leur vie d'une façon gratifiante, en dépit d'un diagnostic psychiatrique. Des groupes de citoyens «survivants» (ex-patients) et de praticiens commencent également à dénoncer les traitements et l'idéologie d'un système de soins favorisant, d'après eux, l'oppression, la passivité et le devenir négatif.

La qualité des relations et de l'entourage s'avère aussi importante pour le rétablissement que le travail lié au changement individuel. Se rétablir, c'est aussi intervenir dans la société en tant que citoyen pour que les choses changent.

Soutenir que la santé ne dépend pas que de l'individu, c'est accepter que certaines situations sociales provoquent la détresse, altèrent la santé, donnent lieu au malaise existentiel, à la confusion, et que tout n'est pas déterminé exclusivement par la biologie.

On peut distinguer deux axes dans ce mouvement: celui de la militance et de l'engagement socio-politique pour améliorer les conditions des patients psychiatriques en institution et dans la société; celui des démarches personnelles de prise en charge de soi-même.

Le potentiel de guérison

Sur le plan collectif, ce mouvement interpellera les systèmes de soins et les entourages sociaux et culturels. Le mouvement proposera un changement d'attitude général restituant le «pouvoir» aux patients psychiatriques pour qu'ils retrouvent le contrôle de leur vie.

La cible première du mouvement sera le modèle réductionniste biologique: «un traitement essentiellement basé sur la médication et la stabilisation de la maladie mentale est une conception selon laquelle les gens resteront toujours malades»².

L'étiquetage qui réduit la personne à sa maladie sera questionné. Le diagnostic, utile à certaines fins de standardisation procédurale – des «patients» y trouvent parfois conformité et «asile» – entraîne une ségrégation entre les personnes dites malades et celles dites en bonne santé. Il est réducteur.

Le diagnostic est porteur de messages dont il faut «se rétablir».

La description de soi se trouve objectivée de l'extérieur et forgée à l'intérieur d'un cadre théorique inapte à se prononcer sur les perspectives d'évolution individuelle.

Il est aussi porteur de messages dont il faut «se rétablir»: messages qui consistent à dire que prendre des médicaments est la seule chose à faire, que tout ce qui est mental se réfère à des données biologiques, que la recherche en pharmacologie est une planche de salut, que la maladie est un désordre permanent, qu'elle est associée à un ou plusieurs gènes qu'induisent de façon permanente des déséquilibres chimiques au cerveau, etc., selon Fisher et Ahern (*id.*).

Les initiateurs du mouvement proposent un partage des responsabilités entre l'institution, le sujet résilient et les groupes d'entraide, éducatifs et sociaux présents dans la communauté.

Ce recadrage met l'accent sur le potentiel de guérison des «individus» plutôt que sur leurs déficits.

En Suisse, la discussion sur cette problématique se développe depuis plusieurs décennies, mais il reste encore beaucoup à faire, comme l'explique A. Riesen, dans un article des «Cahiers psychiatriques»: «*La clinique renvoie encore à la population une image d'exclusion et de sentiments négatifs (folie, dangerosité, violence, ségrégation...) qui ont peu à voir avec la réalité des troubles psychiques et de la souffrance vécue. Ces représentations limitent les véritables progrès que l'on est en droit d'attendre dans l'accueil et les soins des personnes qui désirent être traitées avec humanité et le minimum de perte de liberté.*»³»

Les phases de reconstruction

Programme en soi ou complément à d'autres interventions thérapeutiques, le travail autour du rétablissement est une création constante de sens. Il ouvre la voie à une identité propre et à un mieux-être. Quelques paliers peuvent être identifiés dans ce processus de reconstruction.

La déchirure et le traumatisme, dans un premier temps, peuvent éclipser tout espoir d'évolution. L'indignation et la négation nous emportent, avant que nous puissions entamer une phase de deuil et d'acceptation. Deuil de ce que nous ne serons jamais et reconnaissance de nos limites.

Notre fonctionnement peut alors être mieux évalué, laissant la place à une «recentration» sur nos qualités et nos valeurs. Un nouveau regard peut enfin apparaître.

Il restera donc à expérimenter cette nouvelle vue sur le monde en tant que «personne» et non en tant que «patient» ou «malade psychique». Précisons que dans le quotidien, ces phases sont relativement enchevêtrées.

La démarche du processus de rétablissement peut se comparer à une sorte d'expédition sur un territoire où la con-

Se rétablir, c'est...

- 1 **Se reconnaître et s'accepter** comme on est, dans sa potentialité de devenir; **travailler le deuil** d'une identité idéale irréalisable; **se voir autrement** et non seulement comme un malade.
- 2 **Mieux connaître ses limites** pour prévoir ses crises et prendre avec anticipation les mesures appropriées; **reprenre son pouvoir** de décision aussi dans son traitement; **se penser comme une personne**, globalement.
- 3 **Travailler son mieux-être** et sa qualité de vie; **exploiter ses propres ressources** et son potentiel d'évolution; **partager** son expérience et s'enrichir du soutien des autres.

naissance et l'exploitation de sa propre singularité permettent au sujet de se repérer dans ses parcours comme s'il regardait une carte.

Il n'y a pas de cheminement idéal pour passer «d'esclave à maître de sa destinée». Chaque participant est libre de choisir son rythme et son itinéraire. Attiré par des pics ou des vallées, il établira son propre programme, certains circuits étant préférés à d'autres. Des compagnons de voyages, «tuteurs de résilience», seront de la partie.

Améliorer sa qualité de vie, considérer autrement sa propre image, intervenir sur l'entourage social ne sont pas des qualités acquises une fois pour toutes. Il ne s'agit pas d'atteindre l'«équilibre parfait», mais d'entretenir le processus constamment. Reprendre confiance en soi est un chemin «qui se fait en faisant».

Bien sûr, essayer, c'est aussi oser courir le risque d'échouer. Mais l'échec est une source importante de prise de conscience et d'apprentissage. L'impression de revenir en arrière qui en découle n'est qu'à

moitié juste. C'est peut-être du déjà vu mais à un niveau supérieur!

Envisager la vie comme une surface d'expérimentation continue, ouvrir ses portes à l'apprentissage et la poursuite d'une vie gratifiante en dépit de la maladie sont des projets rayonnants qui peuvent nous accompagner toute la vie! ■

Carlos León,
docteur en psychologie,
Centre de jour et d'expression
de Plainpalais,
Association Parole

¹ Sources: l'OMS, les revues «Community Mental Health Journal» et «Santé mentale au Québec».

² «PACE (Personal Assistance in Community Existence): une approche qui va plus loin dans l'empowerment», Daniel B. Fisher et Laurie Ahern, in «Santé mentale au Québec», vol. XXVII, No 1, 2002.

³ «Une expérience de conseiller-accompagnant», A. Riesen, in «Cahiers psychiatriques», n° 27, 1999.