

Le Sujet souffrant face à la Crise Quand le bateau de Thésée traverse la tempête...

Les aléas de la construction identitaire sont au cœur de nos pratiques psychothérapeutiques. Cette structure, parfois bancale, est fréquemment mise à l'épreuve au travers des différentes crises que nous sommes amenés à traverser. Dans ce contexte, l'identité se retrouve fréquemment mise à nue et la recherche d'un nouvel équilibre s'impose au sein de l'homéostasie psychique.

Les pratiques thérapeutiques et l'éthique aiguillant la prise en charge de la crise tendent à évoluer. Ainsi, le paradigme du rétablissement tend à devenir incontournable dans les débats gravitant autour de la crise. Dans cet article, nous nous intéresserons aux composantes centrales du concept de rétablissement et son application dans la prise en charge de la crise en hôpital de jour psychiatrique.

Enfin, nous avons développé récemment le service de postcure « Tremplin » comme une étape supplémentaire favorisant le rétablissement. Nous développerons ici les aspects novateurs de ce maillon thérapeutique.

Mots-clés : hôpital de jour psychiatrique, psychothérapie institutionnelle, crise, rétablissement, narrativité, identité

People experiencing a crisis: When the ship of Theseus is passing through the storm...

The vagaries of identity construction are at the heart of our psychotherapeutic practices. This structure, sometimes wobbly, is frequently put to the test through the various crises that we must go through. In this context, identity is frequently found exposed and the search for a new balance is essential within psychic homeostasis.

The therapeutic practices and ethics guiding the management of the crisis tend to evolve. Thus, the recovery paradigm is tending to become essential in the debates revolving around the crisis. In this article, we will focus on the central components of the concept of recovery and its application in the management of crisis in psychiatric day hospitals.

Finally, we recently developed the "Tremplin" aftercare service as an additional step to promote recovery. We will develop here the innovative aspects of this therapeutic link.

Keywords: psychiatric day hospital, institutional psychotherapy, crisis, recovery, narrativity, identity

Introduction

Autour de la notion de crise

L'étymologie du mot crise traduit une certaine gravité.

« Assaut » latin, « Séparation » et « Jugement » grecs, elle ne laisse que peu d'équivoque quant au caractère sérieux de ce à quoi elle se rapporte. Cette force inexorable est aussi protéiforme (e.g., « crise politique », « crise économique », « crise de la cinquantaine ») et constitutive de notre vie sociétale, individuelle mais aussi psychique.

Comme Denis et collaborateurs [9] le rappellent, il est cependant impératif de distinguer la « crise » de « l'urgence » en préambule. Ces deux entités se démarquent notamment en termes de temporalité et de temporisation.

La crise constitue un moment fécond où les fragilités individuelles s'expriment et l'état de crise peut être défini comme une « situation interactive conflictuelle » [11] (Fousson, Pastour, Zeltner, & Mauriac, 2013) et plus précisément comme une « perturbation temporaire des mécanismes de régulation d'un individu ou d'un ensemble d'individus » [9] (Denis, Vermeiren, & Deschietere, 2012 ; p.3.) qui ne peut être détachée du contexte dans lequel évolue la personne. Cette rupture d'équilibre est une menace aiguë pour l'intégrité physique, psychique et relationnelle du

sujet. Il s'agit donc d'une phase propice au changement, qu'il soit favorable ou défavorable.

Si cette crise est dépassée et qu'un équilibre homéostatique ne peut être atteint, l'état d'urgence apparaît, accompagné d'une souffrance insupportable pour l'individu. L'urgence, quant à elle, relève d'une prise en charge immédiate, avec un débordement des ressources du sujet et/ou du système [9] (Denis, Vermeiren, & Deschietere, 2012, p.2.). Une fois l'urgence contenue, l'individu transite à nouveau par un état de crise, cherchant à rétablir son équilibre psychique.

Fousson et collaborateurs [11] citent ainsi Andréoli, estimant que « le concept de crise permet de sortir de la question normalité/anormalité pour se placer dans celle des possibilités d'évolution qui caractérise chez un individu donné, l'alternance de crise/continuité. ». C'est notamment le cas pour les crises dites « de maturation », profondément liées à certaines phases de notre développement psychique (e.g., crise d'adolescence) et de nature plus prévisible que les crises dites « de situation » (i.e., imprévisibles et liées à des événements de vie particuliers).

Dès lors, où positionner l'hôpital de jour psychiatrique (HJP) dans cette dynamique ?

Un HJP est une structure à temps partiel qui permet aux patients de bénéficier

d'activités psychothérapeutiques groupales (Triffaux, Nasello, Luminet, Servais, Close, Quertemont, & Blavier [21]). Il représente une alternative entre une hospitalisation à temps complet et une thérapie individuelle ambulatoire. Les usagers ont alors la possibilité de participer à un panel varié d'ateliers thérapeutiques qui leur permettra d'appréhender leurs difficultés au sein d'un cadre bienveillant et contenant.

L'étape essentielle de cette dynamique est de veiller à sécuriser le patient. Ainsi, certaines situations d'urgences extrêmes (crise suicidaire) imposent le passage par une hospitalisation temps complet. Cette dernière fera office de sas contenant qui visera à apaiser les symptômes paroxystiques. L'HJP pourra ensuite trouver un rôle à sa mesure au sein des situations de crises et constituer un terrain fertile au changement. Les fragilités du patient pourront être exprimées et la recherche d'un nouvel équilibre homéostatique est envisagée.

Dans ce contexte, les HJP, véritables laboratoires relationnels, autorisent un examen approfondi de soi et de ses propres valeurs. Ceci au travers d'ateliers introspectifs, de suivis individuels, mais aussi de la triangulation entre les pairs. De plus, leur aménagement discontinu dans le temps permet à l'individu de garder un pied dans la société et de s'ajuster en temps réel face à ses difficultés.

Par ailleurs, les tendances éthiques en psychiatrie évoluent et tendent à positionner le patient en tant que principal acteur de son bien-être. Ainsi, la notion de « rétablissement » semble devenir incontournable dans le paysage psychiatrique comme l'une des voies de résolution privilégiées de la crise.

Nous proposons d'en détailler certaines caractéristiques et d'orienter notre réflexion sur les interactions entre ce concept et les HJP.

L'éthique du rétablissement

Le paradigme du rétablissement tend ainsi à territorialiser la psychiatrie : le projet ainsi que les divers objectifs de soins sont donc déterminés de manière prépondérante par la personne soignée. Le rôle des

différents thérapeutes se trouve alors dans l'accompagnement et la capacité de remise en question des comportements adoptés (coping) et des informations obtenues pour que le bénéficiaire pose des choix éclairés.

Sur le plan historique, Bonsack et Favrod [2] identifient trois phases dans l'évolution de l'éthique en psychiatrie. La première phase est celle de l'éthique asilaire. Cette étape vise à protéger la société des patients et inversement. La psychiatrie adopte une position « *paternaliste* » et « *contrôlante* » et établit des objectifs de stabilité et/ou de rémission symptomatique chez des patients qui perdront progressivement leurs capacités d'autonomie. Ces derniers deviendront alors « *les chroniques* » du système psychiatrique. Les interactions avec la société sont nulles et les patients évoluent en huis clos. La deuxième phase est celle de l'éthique post-asilaire (dès 1950). Face à la chronification de la patientèle, se développe le mouvement de la réhabilitation classique. Les patients sont alors pris en charge dans un milieu en interaction partielle avec la société. Leur autonomie est valorisée dans un milieu protégé et non pas au sein de la société en tant que telle. Dans ce contexte, certaines compétences sont entraînées afin de sortir partiellement de la passivité et de la dépendance. Enfin, la phase la plus récente, dite « *communautaire* » (dès 2000), est marquée par la prépondérance du rétablissement (ou de la réhabilitation psychosociale). Les patients sont maintenus dans leur milieu de vie ou dans une structure ouverte sur la communauté. Les interactions sont multiples et la notion d'autodétermination (« *Empowerment* ») devient centrale.

Où situer l'éthique des HJP dans ce continuum ?

Par son espace décloisonné et par la nature des soins temps partiel propres aux HJP, nous excluons d'emblée l'éthique asilaire. Toutefois, il semble que les pratiques de la réhabilitation classique et du rétablissement sont retrouvées au sein des pratiques des HJP. Cet argument est étayé par deux facteurs : le profil des patients et/ou la philosophie de la structure. En effet, au sein d'une structure favorisant l'éthique du rétablissement, différents profils de patients cohabitent. Ainsi, on retrouvera des patients ayant bénéficié de prise en charge plus lourdes et chroniques, avec parfois moins de ressources mobilisables, et des capacités décisionnelles parfois insuffisantes, avec une dépendance marquée vis-à-vis du système psychiatrique : ceux-ci bénéficieront plutôt d'une approche centrée sur la réhabilitation classique que sur le modèle de

réhabilitation psycho-sociale prôné par le rétablissement.

Par ailleurs, la philosophie de la structure portée par les équipes thérapeutiques joue également un rôle central. En effet, la psychiatrie a historiquement adopté un rôle d'expertise, les projets de soin étant régulièrement élaborés soit partiellement soit totalement sans l'aval des patients concernés, les reléguant à un statut de profanes qu'il faudrait protéger de certaines décisions.

En résumé, nous avançons l'idée que l'HJP pourrait se situer tantôt sur l'éthique post-asilaire, tantôt sur l'éthique rétablissement (i.e., une éthique communautaire), voire également en adoptant une position intermédiaire sur ces deux éthiques.

Les limites du rétablissement

Comme toute approche, le principe du rétablissement dans la gestion de la crise a différentes limites. Effectivement, le risque serait de basculer vers une « *pratique normative* » en psychiatrie [13] (Le Cardinal et al., 2013) : vouloir dogmatiquement réintégrer les patients dans un parcours stéréotypés (e.g., remise au travail systématique). En ce sens, la philosophie institutionnelle des HJP donnent l'accent aux réunions d'équipe qui jouent un rôle capital pour éviter ce type de dérive. Elles permettent de confronter les différentes valeurs du personnel, de donner sens à la crise, au désir ou au besoin de changement et de s'assurer que ces dernières ne compromettent pas une prise en charge qui se veut centrée sur l'autodétermination du patient. Dans le même ordre d'idée, cette autodétermination se veut comme un « *fer de lance* » du rétablissement. De ce fait, le patient pourrait être accompagné dans des décisions qui apparaissent risquées pour les intervenants (e.g., objectif de consommation contrôlée chez un patient éthylique chronique). À notre sens, cette philosophie n'implique cependant pas une acceptation aveugle des désirs et objectifs des patients. Le rôle des thérapeutes est plutôt d'accompagner les usagers dans l'exploration de ses valeurs et objectifs, en s'assurant qu'une prise de décision éclairée soit réalisée tout en tenant compte des forces, faiblesses et obstacles éventuels.

Récemment, Melac [14] s'est intéressé à l'attitude des soignants en psychiatrie face au rétablissement. De nombreux professionnels ont été interrogés (i.e., infirmiers, psychiatres et internes), ce qui a permis à l'auteur de souligner plusieurs points.

LES AUTEURS

Maxime LOGNOUL
Héloïse GREIMERS
Julian A. NASELLO
Mireille CLOSE
Jean-Marc TRIFFAUX

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Département de Psychiatrie Université de Liège
Département de Psychologie Université de Liège
Liège
Belgique

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLPORT G. W., *Personality: a psychological interpretation*, New York: Holt; 1937.
2. BONSACK C., FAVROD J., *De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne*, Info. Psy. 2013 ; 89(3) ; 227-232.
3. BRONFENBRENNER U., *Making human beings human*, Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.
4. CARRE A., SHANKLAND R., FLAUDIAS V., MORVAN Y., & LAMBOY B., *Les psychologues dans le champ de la santé mentale : les perspectives en promotion de la santé mentale positive*, Prat. Psy. 2019. Doi : 10.1016/j.ppps.2018.11.009
5. CARVER C. S., & SCHEIER M. F., *Perspectives on personality*, London: Allyn and Bacon; 2000.
6. CHAROLLES M., & SCHNEDECKER C., *Conscience et identité : le problème des référents évolutifs*, Langages. 1993 ; 27(112) ; 106-126.
7. CLONINGER C. R., *A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states*, Psychiatr. 1986 ; 3 ; 167-226.
8. CLOUARD C., *La médecine narrative : une place pour la subjectivité et le récit dans les pratiques de soin ?*, In Clouard, C., Golse, B., & Vanier, A (Eds). *La narrativité : racines, enjeux et ouvertures* (pp. 85-102). Paris : In Press ; 2017.
9. DENIS J., VERMEIREN E., & DESCHIE-TERE G., *Soins médicopsychologiques dans une unité de crise et d'urgences psychiatriques*, Ann. Fr. Méd. Urg. 2012 ; 2(5) ; 310-316.
10. DORAIS L.-J., *La construction de l'identité. Discours et constructions identitaires*, in *Discours et constructions identitaires sous la direction de Denise Deshaies et Diane Vincent*, Les Presses de l'Université Laval, Culture française d'Amérique, 2004 ; 1-11.
11. FOUSSON J., PASTOUR N., ZELTNER L., & MAURIAUX F., « *C'est pas de la psy* » : extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie, Info. Psy. 2013 ; 89(2) ; 143-150.
12. HÄRKÖNEN U., *The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development. Scientific*, Articles of Vth International Conference, 2007 ; 1-17.
13. LE CARDINAL P., ROELANDT J.-L., RAFAEL F., VASSEUR-BACLE S., FRANÇOIS G., & MARSILI M., *Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives*, Info. Psy. 2013 ; 89(5) ; 365-370.
14. MELAC A., *Réhabilitation psychosociale et rétablissement : représentations dans une population de professionnels en Psychiatrie*, Thèse de Doctorat, 2018. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096342>
15. PACHOUD B., *L'hex des vécus, narrativité et définition réflexive de soi*, in Clouard, C., Golse, B., & Vanier, A (Eds). *La narrativité : racines, enjeux et ouvertures* (pp. 63-84). Paris: In Press ; 2017.

Premièrement, les concepts modernes du rétablissement seraient peu connus des intervenants, ceux-ci se centrant plutôt sur la définition médicale classique du terme (i.e., la définition paternaliste centrée sur la guérison de symptômes). Deuxièmement, l'autodétermination du patient dans l'établissement de ses objectifs thérapeutiques apparaissait difficile à accepter pour de nombreux professionnels. Troisièmement, la vision de la réhabilitation psychosociale s'apparentait majoritairement à celle de l'éthique post-asilaire : les unités de réhabilitation fonctionneraient comme un milieu protégé avec des interactions modérées avec le milieu. Quatrièmement, la pair-aidance s'avérait méconnue des intervenants interrogés, bien qu'elle semble susciter plus d'enthousiasme que le principe d'autodétermination. Néanmoins, considérer de façon concrète l'intégration des pair-aidants au sein des équipes de soins semble se heurter à plus de freins (e.g., comment intégrer au sein des réunions d'équipe d'anciens patients rétablis ?).

Cet apport qualitatif de la perception des professionnels par rapport à ce nouveau paradigme du rétablissement pousse de nombreux auteurs à définir ses valeurs centrales (Provencher & Keyes, [17] ; Le cardinal et al, [13] ; Carré, Shankland, Flaudias, Morvan & Lambois [4] ; Pachoud [16]). On peut ainsi citer : 1) l'espoir ; 2) le pouvoir (« *Empowerment* ») qui implique l'autodétermination, le choix, la responsabilisation du patient et la restauration de ses droits ; 3) l'inclusion sociale, définie comme la participation active à la communauté avec un accès équitable en comparaison aux autres citoyens ; 4) la lutte contre les préjugés et la discrimination sociale ; 5) la redéfinition identitaire et la réappropriation du sens, ou comme le disait Pachoud [15] « *redevenir auteur de sa vie* ».

Ces valeurs participent à l'établissement d'une philosophie de travail commune au sein des HJP et guideront, en partie, les professionnels dans l'accompagnement des personnes en état de crise.

Contexte politique belge et rétablissement

Comme partout ailleurs, il convient de souligner l'importance du contexte politique dans l'influence des pratiques en psychiatrie. Dans notre situation en Belgique, Melac [14] rappelle que la réforme des soins en santé mentale de 2009 a eu un impact capital. En interviewant Bernard Jacob, coordinateur fédéral, celui-ci argumente l'adoption de la vision du rétablissement et de l'éthique communautaire comme constitutive de cette réforme.

Toutefois, ses propos rattachent le risque « *normatif* » que nous évoquions précédemment : « *les soins et l'aide sont orientés selon une approche communautaire ; la réhabilitation psychosociale, le retour vers un logement autonome et vers la formation et l'emploi rémunéré. Ce concept de rétablissement s'adresse à l'ensemble des usagers des soins en santé mentale, quel que soit le trouble qu'ils présentent* ». Dans ce contexte et à la question « *peut-on faire du rétablissement au sein d'un hôpital ?* », le coordinateur répondra notamment par la création des équipes mobiles via le gel de financement de lits intra hospitaliers, transformant donc un système résidentiel en système communautaire ambulatoire. Cependant, la nécessité d'un lieu spécifique tel que les HJP, offrant la possibilité d'une prise en charge intermédiaire au domicile et aux hospitalisations à temps complet, semble indispensable dans la gestion de l'état de crise.

Narrativité et rétablissement

Ensuite, il nous paraît intéressant d'observer la notion de rétablissement sous l'angle de la narrativité. En effet, les notions de redéfinition identitaires telles qu'énoncées dans le rétablissement font écho à certaines notions amenées notamment par Paul Ricœur.

À la question « *Qui sommes-nous ?* », Paul Ricœur amène une notion innovatrice, à savoir, l'identité narrative. Citons ainsi Alain Vanier (2017, p. 28) lorsqu'il reprend cette notion, expliquant que « *nous sommes quelque chose comme la somme des récits que nous pouvons faire des événements de notre existence, comme ce que nous pouvons raconter de notre histoire* ». Le récit joue donc un rôle capital dans l'identité. Ricœur va également scinder l'identité en deux autres composantes : l'identité-ipse et l'identité-idem. L'identité-ipse est définie

comme le maintien de soi à travers la promesse que l'on a faite à autrui. Alors que Ricœur définit l'identité-idem au travers de la notion de caractère qu'il décrit ainsi : « *j'entends ici par caractère l'ensemble des marques distinctives qui permettent de réidentifier un individu humain comme étant le même* » (Ricœur, [18], p. 144). Il convient alors de souligner que ces facettes de l'identité ne se construisent que par rapport à un Autre (Vanier, [22], p.28).

D'autres auteurs corroborent l'importance que Ricœur donne au récit. Notamment, Pachoud ajoute ([15], p. 64-65) : « *[...] on peut choisir de porter son attention moins sur les événements ou le monde auquel le récit renvoie, que sur le rapport étroit, d'interdépendance, qu'il entretient*

BIBLIOGRAPHIE (suite)

16. PACHOUD B., *La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale*, Les cahiers du Centre Georges Canguilhem, 2018/1, n°7, pp. 165*180.
17. PROVENCHER H., KEYES C. L. M., *Une conception élargie du rétablissement*, L'information Psychiatrique 2010, 86, pp. 579-89.
18. RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil ; 1990, 432 pages.
19. SCALTSAS T., *The ship of Theseus*, *Analys.* 1980: 40(3); 152-157.
20. SMART, B. How to reidentify the ship of Theseus. *Analys.* 1972: 32(5); 145-148.
21. TRIFFAUX J.-M., NASELLO J. A., LUMINET O., SERVAIS C., CLOSE M., QUERTEMONT E., & BLAVIER A., *When Patient Care focuses on Alexithymia and Openness to Emotions in Psychiatric Day Hospitals: Change we can believe in?*, Submitted for publication.
22. VANIER A., *Inconscient et narrativité*, In Clouard, C., Golse, B., & Vanier, A (Eds), *La narrativité : racines, enjeux et ouvertures*, Paris : In Press ; 2017, pp. 21-40.

avec l'expérience vécue qu'il appréhende et restitue ; l'expression narrative des vécus s'avère alors être l'un des principales formes de réflexivité, une ressaisie de ses propres vécus qui en enrichit la conscience. Le récit devient alors le support d'une compréhension et d'une conscience accrues des situations, récentes ou plus anciennes, qui conditionnent notre rapport au futur, nos choix, nos orientations, nos décisions. ». L'auteur fait ensuite le lien entre la notion de narrativité et de reconstruction identitaire dans le processus de rétablissement. Pour illustrer son propos, Pachoud [15] citera d'ailleurs Anthony Giddens, sociologue, pour lequel les alcooliques anonymes auraient été les premiers à promouvoir la notion de rétablissement. Ceux-ci la lient avec de profonds changements identitaires de redéfinition de soi, au travers de la narrativité à l'œuvre dans les groupes de parole. Il fera également référence à Larry Davidson, pour qui « [...] le récit est à ses yeux le mode d'expression - et de description - privilégié, tant de l'expérience de la maladie et de ses conséquences sociales, que du changement de point de vue qui amorce et soutient le processus de rétablissement. [...] Ces récits sont l'expression de l'expertise expérientielle de ces personnes, mais aussi un des ressorts de leur redéfinition

identitaire, ces deux aspects étant liés. »

[15] (Pachoud, 2017, p.80).

Enfin, Clouard [8] évoque la notion de « l'éthique narrative » pour interroger la place du récit dans les soins médicaux.

Celle-ci serait complémentaire à « l'éthique médicale » classique, centrée sur le dogme de l'« evidence-based medicine », et délaierait les spécificités propres des individus ainsi que leurs subjectivités. Cette éthique médicale aurait historiquement laissé place à la bioéthique dans les années 70 qui, comme le mentionne Clouard ([8], p.91), « s'est efforcée, avec plus ou moins de succès, de concilier les exigences scientifiques d'une médecine performante, et les considérations morales et humanistes qui lient le partenaire de soin ».

Actuellement, la place prépondérante maintenant laissée au récit a ainsi permis la naissance des concepts de médecine narrative et d'éthique narrative, où les récits des patients mais aussi des équipes sont reconnus comme étant des éléments majeurs des prises en charge thérapeutiques. Dès lors, on peut voir se dessiner un lien intime entre les notions de

rétablissement et de narrativité. Le récit constituant un média essentiel au processus de rétablissement.

Dans ce contexte, la psychothérapie inhérente au modèle des HJP représenterait un terrain fertile d'accès aux récits de vie des patients. Les individus en crise se confronteront à leur situation de vie et leur réalité via leur propre récit, mais aussi par celui des autres patients, qui peut-être, leur feront écho. L'expression narrative favorise de manière robuste un processus de rétablissement et un accompagnement global dans la gestion de la crise.

Quid des arguments scientifiques étayant le modèle du rétablissement ?

Provencher et Keyes [17] ont proposé une revue de littérature étayant l'utilité du modèle du rétablissement au travers du concept de « santé mentale positive » (SMP). Tout d'abord, ces auteurs distinguent plusieurs notions de la SMP. En effet, l'hédonie (i.e., le bien-être émotionnel), le fonctionnement psychologique positif (i.e., le bien-être ou le fonctionnement psychologie positif) et le fonctionnement social (i.e., le bien-être ou le fonctionnement social positif) sont des notions différentes de la SMP (Cf., Tableau 1).

Hedonia (c.-à-d. bien-être émotionnel)

Affect positif : intéressé par la vie, de bonne humeur, heureux, plein de vie.

Qualité de vie déclarée : plutôt satisfait ou très satisfait de sa vie ou de certains domaines dans sa vie.

Fonctionnement psychologique positif (c.-à-d. bien-être psychologique)

Acceptation de soi : conserve une attitude positive envers soi-même et accepte la plupart des aspects de sa personnalité.

Croissance personnelle : reconnaît son propre potentiel et la possibilité de se développer ; démontre de l'ouverture à de nouvelles expériences.

Sens à la vie : donne une direction et un sens à sa vie.

Maîtrise de l'environnement : exerce sa capacité à gérer et organiser son environnement pour satisfaire ses besoins personnels.

Autonomie : fait preuve d'autodétermination en ayant ses propres standards ; peut résister aux pressions sociales.

Relations positives avec les autres : a des relations chaleureuses, satisfaisantes et confiantes ; démontre de l'empathie et est capable d'intimité

Fonctionnement social positif (c.-à-d. bien-être social)

Acceptation sociale : garde une attitude positive envers les autres ; reconnaît et accepte les différences chez les autres

Actualisation sociale : croit que les gens, les groupes sociaux et la société ont du potentiel et peuvent évoluer ou se développer positivement.

Contribution sociale : voit sa vie comme étant utile à la société et ses activités comme étant appréciées par la société et les autres.

Cohérence sociale : s'intéresse à la société et à la vie sociale ; trouve que le monde dans lequel il vit est intelligible, prévisible et signifiant.

Intégration sociale : a un sentiment d'appartenance à la communauté ; se sent soutenu par les gens et la communauté.

Tableau 1

En se basant sur le concept SMP, les auteurs concluent en proposant un modèle plus intégratif, à savoir, la « santé mentale complète ». D'une part, ce modèle reposerait sur les fondements de la SMP (i.e., hédonie, fonctionnement psychologique positif et fonctionnement social positif) et, d'autre part, sur l'état symptomatique de la maladie (i.e., défini par la mesure des symptômes pathologiques). Ces deux composantes ayant été révélées statistiquement comme deux facteurs indépendants.

Le message clé de ce nouveau modèle est alors le suivant : l'amélioration symptomatique n'est que modérément associée à une amélioration de la SMP. Autrement dit, se centrer exclusivement sur l'aspect symptomatique des troubles psychiatriques négligerait une grande part de la « santé mentale complète » de nos patients.

Toutefois, des études supplémentaires sont encore nécessaires mais la situation actuelle suggère que l'accompagnement de la crise au travers du paradigme du rétablissement offre une plus-value significative au développement de la santé mentale complète.

Le service postcure « Tremplin »

Les grands principes de la narrativité et du rétablissement guident consciemment et/ou inconsciemment la prise en charge de la crise en HJP au travers des ateliers, de la triangulation groupale, du cadre instauré et via bien d'autres aspects. Cependant, avec l'expérience acquise depuis ces cinquante années, un constat s'est imposé : passé un certain délai, les bénéfices de la prise en charge en HJP peuvent s'amoinrir, pouvant même amener à une certaine dépendance institutionnelle non souhaitable.

Afin de gagner en efficacité des soins, un service postcure « Tremplin » a été imaginé et mis au point par Mireille Close, psychologue de l'institution et responsable du service postcure. Étant un tremplin entre le curatif et la réinsertion, consolidant les acquis et le travail amorcé au préalable, ce service amène avec bienveillance la personne au statut de citoyen-autonome-actif en s'appuyant sur le principe de l'empowerment. Le passage au préalable en hospitalisation est un pilier fondamental pour amener la personne à une introspection approfondie. Il s'agit d'ailleurs d'un prérequis exigé avant le

passage au sein du service postcure. Le service postcure, en pleine conscience des différentes évolutions, attardera davantage sa prise en charge sur la notion de santé mentale complète.

Le service « Tremplin » est totalement démedicalisé, ouvert aux personnes aspirant à regagner une autonomie et à mettre en œuvre un projet visant la réinsertion dans la société. Le suivi réalisé s'apparente à du coaching, ne mettant plus en évidence la décompensation, mais bien la projection positive, l'activation et la réinsertion. Les ressources et les besoins des personnes accompagnées, redéfinies à la suite de leur hospitalisation de jour, constitueront les piliers de l'accompagnement en postcure. Bien que l'aspect symptomatique et psychothérapeutique continue à être travaillé en parallèle via un suivi ambulatoire régulier.

La prise en charge en postcure se base sur trois axes distincts (Cf., Tableau 2, exemple d'horaires en postcure) :

- L'axe prévention : consiste en une approche psycho-éducative permettant de consolider les acquis (e.g., atelier sommeil, gestion du budget, hygiène de vie alimentaire, etc.) ;
- L'axe relationnel : vise à élaborer les habilités relationnelles des bénéficiaires (e.g., jeux coopératifs, intelligence émotionnelle, gestion des conflits, communication non-violente, etc.). Les relations virtuelles, de plus en plus présentes dans notre société sont également abordées (e.g., sensibilisation aux dangers d'internet).
- L'axe projectif : comprend la mise en place d'un projet personnalisé en termes de réinsertion socio-professionnelle (e.g., aide à la création de curriculum vitae, de lettre de motivation et préparation aux entretiens d'embauche ; évaluation des différentes aspirations professionnelles avec bilan de compétences éventuel ; relais vers des services ad hoc ; accompagnement à la recherche d'emploi ou de bénévolat).

Une semaine type à la postcure Limites de la prise en charge postcure

Le programme de la postcure, tel que formulé actuellement, est proposé identiquement à l'ensemble des bénéficiaires. Toutefois, face à la variété du contenu proposé, des difficultés (i.e., absentéisme, irrégularité, désinvestissement et perte de motivation) se sont posées avec certains profils de patients aux pathologies plus chroniques. Ce constat nous a donc amené à ne pas proposer la postcure à l'ensemble des patients, voire à les référer à des services spécialisés. Cette sélection présente cependant un risque, à rattacher au risque de la pratique « normative » évoquée auparavant.

La métaphore du bateau de Thésée, un outil de compréhension de soi ? Afin de proposer un fil conducteur aux bénéficiaires qui transitent d'une hospitalisation à temps partiel ou complet vers un suivi en postcure, nous avons créé un

atelier se basant sur la métaphore du bateau de Thésée.

Cet atelier nous permet d'aborder diffé-

Eysenck, Cattell, Cloninger, Linton, Costa et McCrae, pour citer les plus connus.

Au vu de l'évolution des approches du concept de personnalité, on peut considérer la personnalité comme une configuration singulière de traits qui va déterminer nos comportements, pensées et sentiments. En tant que processus actif et

Lundi & Vendredi : 12h-17h		Mercredi : 8h30 - 13h30	
12h-13h	Sport	8h30-9h30	Petit-déjeuner & entretiens individuels
13h-14h	Déjeuner & entretiens individuels	9h30-10h30	Relaxation ou activité corporelle
14h-15h15	Atelier	10h30-10h45	Pause & entretiens individuels
15h15-15h30	Pause & entretiens individuels	10h45-12h45	Atelier
15h30-16h45	Atelier	12h45-13h30	Déjeuner - entretiens individuels
16h45-17h	Rangement & entretiens individuels		

Tableau 2

rentes notions complexes comme la personnalité, l'identité et le changement, notions fréquemment évoquées avec l'individu en crise. Le bateau de Thésée est une métaphore qui a initialement été proposée par le philosophe grec Plutarque (années 45-125). Il décrit dans « *Parallel Lives* » Thésée, un roi mythique d'Athènes qui possédait un navire auquel on donnera son nom. Les Athéniens conserveront cette embarcation en prenant soin de remplacer progressivement les pièces de bois usagées par de nouvelles exactement similaires.

Plutarque va alors énoncer un problème philosophique qui fera couler beaucoup d'encre : un objet dont tous les composants ont été remplacés par des composants similaires demeure-t-il le même objet ?

Dans notre atelier, nous proposons une variante de la métaphore en la comparant à un voyage.

En effet, le bateau quitte un port A pour se rendre à un port B et, au fil du voyage, les pièces anciennes sont remplacées par de nouvelles similaires. Nous interrogeons d'emblée les bénéficiaires sur leur positionnement face à la question énoncée précédemment (i.e., un objet dont tous les composants ont été remplacés par des composants similaires demeure-t-il le même objet ?) et les invitons à définir (avec leur vocabulaire) les différents points qui étayent leur choix. Un rassemblement d'idées et de réflexions des bénéficiaires est alors réalisé par le thérapeute qui servira de base d'illustrations pour l'argumentaire. Un volet théorique est alors abordé pour introduire les notions de personnalité, d'identité et de perception du changement. Selon Allport [1], la personnalité est l'« *organisation dynamique, au sein de l'individu, de système psychophysiques qui déterminent son comportement caractéristique et ses pensées* ». De nombreuses définitions ont été proposées par de nombreux auteurs tels que

dynamique (Carver, & Scheier, [5]), les différents traits qui la composent vont alors avoir un potentiel de modulation plus ou moins variable au cours du temps. Pour illustration, Cloninger [7] va proposer de distinguer les tempéraments (i.e., des composants de la personnalité qui reposent une base génétique) des caractères (i.e., des dimensions qui vont être déterminées majoritairement par l'apprentissage). Dans les deux cas, il s'agit de dispositions durables mais dont les déterminants sont différents. Concomitant à la notion de personnalité s'insère l'identité. L'identité est définie comme « *le caractère de ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps* » (Dictionnaire CNRTL¹). Elle renvoie à un aspect de continuité de soi à soi. On la définit également comme « *la façon dont l'être humain construit son rapport personnel avec l'environnement* » [10] (Dorais, 2004, p. 2).

Dorais va attribuer plusieurs caractéristiques à l'identité.

D'une part, il ne s'agirait pas d'une qualité intrinsèque à l'individu mais plutôt d'un rapport à l'environnement. D'autre part, l'identité est une entité qui va se construire, notamment, dans le relationnel. Pour rappel, on retrouve en d'autres termes ces mêmes notions chez Paul Ricoeur. Dès lors, on comprend rapidement que les aspects de personnalité et d'identité reflètent des facettes différentes mais complémentaires d'un même ensemble. En effet, il y aurait un moteur biologique et environnemental qui va propulser le panel de traits qui compose l'individu. De plus, l'individu va entretenir un rapport à lui-même qui va s'inscrire dans une interaction ténue avec l'environnement (physique et social). Le modèle bioécologique du développement humain de Bronfenbrenner [3] illustre également ces différentes notions. Ce modèle propose de placer l'individu au centre d'une imbrication de systèmes (i.e., micro, meso, exo et macro) qui vont avoir un impact direct ou

¹ Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales

indirect sur, notamment, sa personnalité et son identité (Cf., Figure 1).

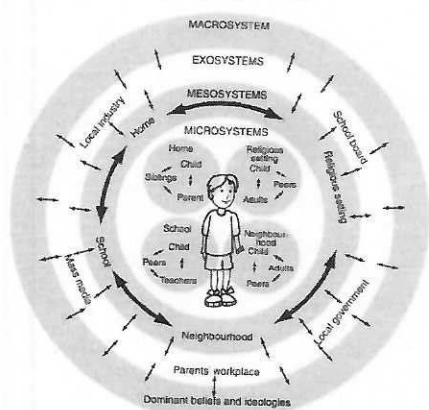


Figure 1 [12]

Enfin, le média principal qui va permettre à l'individu de réaliser une élaboration cognitive de sa situation ou de sa définition, c'est la narration, le récit. La narration constitue en quelque sorte le ligand entre la succession d'événements de vie que va parcourir l'individu. En élaborant son discours, l'individu va générer un sens, distribuer des rôles et définir son identité.

Une fois cette introduction théorique réalisée avec les bénéficiaires (de manière simplifiée), nous apportons des éléments de réponse à notre question initiale. Plusieurs auteurs (Smart, [20] ; Scaltsas, (19) ; Charolles, & Schnedecker, [6]) vont dresser un tableau de réponses à la problématique du bateau de Thésée. Effectivement, un phénomène majeur va influencer le positionnement des individus : l'inter-perception.

L'inter-perception est la perception intersubjective que vont avoir des individus sur un même objet. Cette perception dynamique va être ensuite partagée ou non et doit en découler un potentiel consensus. Le regard que vont alors porter les individus sur ce bateau recomposé de nouvelles planches dépendrait du consensus généré par les individus. En tant que processus dynamique, cette perception peut évoluer en fonction d'éléments apportés par certains sujets. Transposé à l'humain, supposons qu'un individu réalise ce même

voyage et, continuellement, ses cellules soient renouvelées par des cellules similaires. La métaphore du bateau de Thésée prendra alors deux aspects supplémentaires : l'intra-perception (i.e., la perception que l'Objet aura de lui-même) et le produit de l'interaction intra versus inter-perception. En effet, à l'issue du voyage, c'est dans une dynamique d'interactions et d'échanges ténus (de perception) que l'individu cible sera considéré comme le reflet d'un changement substantiel ou non. Rompre cette dynamique d'interaction conduit nécessairement au tourment. Bien entendu, de nombreux facteurs vont influencer cette décision comme, par exemple, le degré de proximité qui était entretenu avec l'individu ou encore la durée du voyage. Toutefois, une limite s'impose à la perception humaine.

En résumé, comprendre les déterminants qui vont façonner un individu est complexe. Par ailleurs, c'est potentiellement par une meilleure compréhension d'éléments théoriques aux facettes intriquées et complémentaires que l'on peut générer un regard méta-analytique sur le parcours d'un individu, voire sur son propre parcours. Inviter les bénéficiaires à réaliser un travail de réflexion autour d'une métaphore leur permet de verbaliser une multitude d'interrogations. L'idée centrale de cet atelier vise à les accompagner dans une dynamique intégrative de leur parcours de soins : créer un fil conducteur de leur passé, leur présent et leur futur ; mais également de cerner les éléments qui ont une amplitude de modification plus importante que les autres. On voit ici se dessiner les liens avec les concepts d'identité narrative et le paradigme du rétablissement.

Enfin, nous insistons sur la fonctionnalité première de la perception humaine, percevoir majoritairement le saillant. Effectivement, nous ne percevons consciemment que les changements substantiels et, d'ailleurs, si l'humain percevait tous les changements, il aurait la tête qui tourne...

Conclusion

En conclusion, les HJP offrent un espace et une continuité temporelle spécifique, propices à la gestion de la crise et à l'exploration des différentes résolutions possibles. En effet, ces caractéristiques uniques permettent de se redécouvrir à travers son introspection et via le regard des pairs, tout en gardant un lien important avec le monde extérieur et les difficultés que le patient y rencontre.

Dans ce contexte, les HJP peuvent utiliser au mieux l'état de crise avec une richesse singulière dans l'exploration identitaire. Cependant, le paradigme du rétablissement modifie profondément le paysage psychiatrique actuel. Les tendances sociétales et politiques tendent à l'incorporer progressivement au sein de nos pratiques cliniques et à l'adopter comme une philosophie guidant les soins de santé mentale en général et donc la gestion des crises. Les HJP sont amenés à appréhender cette évolution et à opérer une réflexion quant à la manière d'intégrer ce paradigme dans leurs pratiques. Toutefois, comme évoqué précédemment, il demeure un risque de basculer vers une pratique normative. Dès lors, ce risque doit être conscientisé afin de prévenir des dérives dans nos prises en charge, voire de préserver un droit à la chronicité. Par ailleurs, l'intérêt de la gestion des crises selon le modèle du rétablissement apparaît florissant sur le plan scientifique, notamment à la suite des résultats issus de la santé mentale complète. Il paraît important de poursuivre les recherches en ce sens en portant un intérêt particulier à la plus-value des HJP dans ce contexte. Ses caractéristiques spécifiques permettent de rassembler les expériences, de sécuriser les patients face à la tempête de la crise et de planifier le voyage introspectif et narratif des patients, tel un port si l'on reprend la métaphore de Plutarque...

Il m'est doux de penser qu'après moi, grâce à moi, les hommes se reconnaîtront plus heureux, meilleurs et plus libres².

² André Gide, *Thésée*, Gallimard Folio, 1981, 138 pages