

Voies nouvelles en psychiatrie. Situation de crise et soutien entre pairs

Shery Mead et David Hilton

Volume 27, numéro 1, printemps 2002

Rétablissement (1) et Travail (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014540ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014540ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Mead, S. & Hilton, D. (2002). Voies nouvelles en psychiatrie. Situation de crise et soutien entre pairs. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 83–101. <https://doi.org/10.7202/014540ar>

Résumé de l'article

Les interventions psychiatriques en situation de crise sont au centre du conflit entre traitement non volontaire et systèmes de rétablissement et de bien-être dans les services de santé mentale. Bien que la crise puisse signifier tout autre chose pour les personnes qui la vivent, la population en général a appris à y répondre avec une crainte alimentée par les médias. Un contrôle social accru, appelé par erreur « traitement », s'en est suivi. Cela n'aide en rien la personne et, en fait, contribue à confondre davantage celle qui tente de donner un sens à son expérience. Cet article propose un changement fondamental dans la compréhension et le travail en situation de crise psychiatrique. Au lieu d'objectiver et de nommer l'expérience de la crise en relation avec le construit du trouble, l'objectif est de développer une façon de penser plus relationnelle et contextuelle relativement à la réaction ou à la réponse à la crise. En ce sens, les auteurs explorent les concepts de réciprocité, de planification proactive, d'élaboration d'un pouvoir négocié et d'une définition commune, des risques et de la sécurité, de « ré-écriture ou de re-construction » (re-storying). Finalement, ils présentent une discussion sur l'élaboration de stratégies de recherche appuyant les nouvelles façons de penser au sujet de la crise. Les auteurs, qui ont vécu des expériences personnelles de crises et d'hospitalisation, ont été impliqués dans l'élaboration de programmes de soutien entre pairs depuis 1990. Dave Hilton a été l'un des premiers directeurs à rendre des fonds accessibles pour l'implantation de programmes de soutien entre pairs à la grandeur de l'État. Shery Mead est ex-directrice de trois agences de soutien entre pairs, dont une ressource alternative gérée par les personnes utilisatrices. Elle est consultante pour les programmes de soutien-conseil entre pairs et pour les programmes traditionnels en santé mentale aux États-Unis.



Voies nouvelles en psychiatrie. Situation de crise et soutien entre pairs

Shery Mead*

David Hilton**

Les interventions psychiatriques en situation de crise sont au centre du conflit entre traitement non volontaire et systèmes de rétablissement et de bien-être dans les services de santé mentale. Bien que la crise puisse signifier tout autre chose pour les personnes qui la vivent, la population en général a appris à y répondre avec une crainte alimentée par les médias. Un contrôle social accru, appelé par erreur « traitement », s'en est suivi. Cela n'aide en rien la personne et, en fait, contribue à confondre davantage celle qui tente de donner un sens à son expérience. Cet article propose un changement fondamental dans la compréhension et le travail en situation de crise psychiatrique. Au lieu d'objectiver et de nommer l'expérience de la crise en relation avec le construit du trouble, l'objectif est de développer une façon de penser plus relationnelle et contextuelle relativement à la réaction ou à la réponse à la crise. En ce sens, les auteurs explorent les concepts de réciprocité, de planification proactive, d'élaboration d'un pouvoir négocié et d'une définition commune, des risques et de la sécurité, de « réécriture ou de re-construction » (*re-storying*). Finalement, ils présentent une discussion sur l'élaboration de stratégies de recherche appuyant les nouvelles façons de penser au sujet de la crise. Les auteurs, qui ont vécu des expériences personnelles de crises et d'hospitalisation, ont été impliqués dans l'élaboration de programmes de soutien entre pairs depuis 1990. Dave Hilton a été l'un des premiers directeurs à rendre des fonds accessibles pour l'implantation de programmes de soutien entre pairs à la grandeur de l'État. Shery Mead est ex-directrice de trois agences de soutien entre pairs, dont une ressource alternative gérée par les personnes utilisatrices. Elle est consultante pour les programmes de soutien-conseil entre pairs et pour les programmes traditionnels en santé mentale aux États-Unis.

Sarah avait été bénéficiaire de services en santé mentale la plus grande partie de sa vie. Diagnostiquée comme souffrant de troubles bipolaires, et vu son histoire, on l'avait avertie qu'elle vivrait des épisodes de manie. Elle était si habituée à ce régime qu'elle se préparait pratiquement elle-même chaque année à son hospitalisation. Cette année, au début d'août, elle s'est rendue au centre local pour pairs. Elle a décrit son insomnie, ses pensées rapides (*racing thoughts*), des images de mort et de sang et une urgence à courir dans le bois avec un couteau. Au lieu

* M.t.s., consultante, Plainfield, New Hampshire.

** M. A., directeur, Office of Consumer Affairs, New Hampshire.

d'appeler son *case manager*, j'ai parlé avec elle du fait de m'être souvent sentie comme cela et comment j'en avais été terrifiée. Nous avons beaucoup parlé de ces images de mort et de sang et avons partagé nos expériences communes. Nous avons toutes deux parlé de notre passé de violence. Elle m'a finalement raconté cette histoire d'un mois d'août, où elle avait été kidnappée, retenue dans une cabane et violée de façon répétée. Finalement relâchée, elle s'était mise à courir à travers la forêt pendant longtemps, sans savoir où elle était ni ce qu'elle devait faire. Plusieurs années après, juste avant le mois d'août, quand elle en parla finalement à son *case manager*, il lui conseilla de mettre son passé « derrière elle ». C'est exactement ce qu'elle fit, mais toujours pas loin derrière. Hors de sa vue, mais pas hors de son expérience.

Le jour où nous nous sommes rencontrées, nous avons toutes deux inséré notre passé dans la conversation. Nous avons partagé des stratégies et des idées. Nous avons surtout bâti une relation fondée non sur l'évaluation mais sur des vérités partagées et une empathie mutuelle. Chaque année depuis, Sarah demande aux gens de « l'entourer » en août. Elle leur parle et ils lui parlent. Son expérience n'est pas nommée, elle est attestée. Elle ne souffre plus de délires, elle a de forts sentiments. Elle ne se voit plus comme perdant le contrôle, mais plutôt comme très souffrante. Cette douleur a maintenant une signification pour elle. C'est son histoire et son expérience et elle a commencé à les transformer. Elle en aide maintenant d'autres à élaborer des plans et des stratégies pour passer à travers des crises de façon différente ou encore pour les prévenir complètement.

Des relations de réciprocité sont généralement très utiles aux personnes pour reconstruire et renommer leurs expériences et prendre en main leur rétablissement (Mead et al., 2001). Les personnes sont en mesure de partager leurs histoires et d'examiner dans quelle mesure leur histoire « apprise » est basée sur un construit social ou encore sur des « vérités » imposées (Mead et Hilton, 2001). Au lieu que l'une analyse ou évalue le sens de l'histoire de l'autre, les deux s'engagent dans un dialogue enrichissant. À partir de véritables liens avec d'autres, les vieux patterns peuvent se révéler ; ce qui pour une personne apparaissait hors contrôle avant, fait maintenant partie de la conversation (Evans et Kearny, 1996). Lorsque de vieux patterns apparaissent, les personnes peuvent soutenir les changements chez l'une et l'autre. Les deux peuvent offrir une perspective lorsque l'une ou l'autre semble bloquer, et chacune peut offrir du support d'une manière qui permette l'épanouissement mutuel, le partage des risques et une occasion d'empathie réciproque et d'approfondissement de leur relation. En racontant et en par-

tageant les histoires en commun (comme dans les programmes de soutien entre pairs), les personnes peuvent commencer à remettre en question le discours dominant, adopter un nouveau langage et créer finalement un environnement qui leur offre du soutien sans avoir recours aux moyens restrictifs des services d'urgence.

Les programmes de soutien entre pairs ont été à l'avant-garde de l'exploration de nouvelles pratiques. Ils reposent sur la découverte que ni l'une ni l'autre personne n'est un expert, que des relations de soutien fournissent le lien nécessaire et que de nouveaux contextes offrent de nouveaux moyens pour donner un sens à son expérience. Les communautés de pairs ont maintes fois montré que la remise en question des pratiques traditionnelles mène à une transformation personnelle, relationnelle et culturelle, comme on l'illustrera ici. Cette manière d'être avec les personnes peut offrir au monde de la santé mentale de nouvelles façons de penser quant aux crises, à la fois pour les prévenir et pour réagir.

Tout au long, nous présenterons des expériences personnelles que nous avons vécues et qui façonnent certaines de ces pratiques. Nous allons montrer que le soutien entre pairs est au cœur des nouvelles tendances qui émergent en intervention de crise. Spécifiquement, on soulignera l'importance d'une planification proactive et d'une nouvelle réponse « réactive » aux crises, pour conclure par quelques recommandations pour fins d'évaluation et de recherche.

Planification de crise

La planification proactive est la meilleure solution en toute circonstance. Lorsque des personnes se retrouvent dans un environnement où on ne les juge pas mais qui les laisse parler de leur expérience, elles peuvent souvent à partir d'une situation particulière identifier certaines choses qui les aident à apprendre et à grandir ; elles peuvent aussi commencer à identifier les choses qui les ont figées dans des patterns et de vieilles façons de transiger avec les autres. La planification de crise devrait être un processus interactif. Au sein de ce processus, l'objectif est que chacun tente de comprendre comment l'autre a appris à donner un sens à son expérience. Il est utile d'y poser des questions qui peuvent ouvrir aux deux personnes de nouvelles perspectives. Au lieu d'avoir à répondre à des questions de type acquiescement et évaluation de risques, par exemple, les personnes pourraient explorer comment elles pensent que les autres décriraient leur crise (Pearce, 1998). Ce point de vue leur permet de se distancer de la rhétorique traditionnelle et de s'observer « être » en crise. Au lieu de présumer que le langage symptomatique est

le même pour tous, on réfléchit à la signification clinique des termes pour chacun; ou même on évite totalement le langage pathologique. Partager des expériences similaires aide aussi à briser le sentiment d'isolement et dirige la conversation au-delà des contraintes traditionnelles (deviner quoi dire pour obtenir ce qu'on veut mais ne pas en dire trop afin d'éviter de s'enfermer). Sans ce processus de dialogue et cet effort pour comprendre en profondeur l'expérience de l'autre, les deux personnes tombent dans la rhétorique traditionnelle de la maladie et du traitement (Bentz, 1989; White, 1990).

L'effet fut cathartique pour moi (S. M.) lorsque j'ai été capable de parler à un pair de mon expérience de mutilation (chose pour laquelle j'éprouvais beaucoup de honte et que je gardais secrète). Au lieu de l'étiqueter, l'autre personne a dit avoir vécu une expérience semblable et trouvé des moyens d'apprendre de ces situations. Conséquemment, elle était en mesure d'exprimer sa douleur autrement. Pour la première fois, j'ai senti de l'espoir. Je me sentais moins comme une « folle » aux comportements bizarres et davantage en mesure de penser à de nouvelles ressources qui me mèneraient au changement. Cela m'a aussi permis de réfléchir à la douleur dans un langage qui ait un lien avec mon histoire de violence plutôt qu'en tant que symptôme. Avec le temps, ces connaissances m'ont amenée à comprendre le contexte de certaines des expériences difficiles que j'avais vécues. Cela a aussi soutenu ma capacité d'être en relation à travers une crise sans tomber dans le rôle du patient.

Il est aussi pertinent de préciser comment sera la relation dans ce processus d'interview interactif. Des lignes directrices sont utiles afin de minimiser les problèmes de pouvoir (Ellis et al., 1997) et d'assurer la sécurité des deux personnes. Lorsque les personnes établissent des plans qui respectent la relation, des situations difficiles (même avec des choses absurdes) peuvent être négociées. Par exemple, une personne peut s'estimer incapable de contrôler son comportement quand elle traverse une période difficile et l'autre peut lui rappeler que c'est difficile de rester auprès de quelqu'un qui te fait peur à mourir. Les deux personnes, parlant chacune à partir de son expérience, peuvent proposer des idées sur les stratégies qu'elles utiliseront pour maintenir la sécurité de la relation, et en faire leur guide si des difficultés surgissent. À mesure que la relation se construit et que chaque personne se sent valorisée, de nouvelles façons de penser et de faire deviennent possibles.

Cette expérience a été illustrée par l'histoire de ce jeune homme longtemps hospitalisé pour des épisodes psychotiques et qui désirait les traverser désormais sans hospitalisation ni augmentation de sa dose de

médicament. Au cours de l'entrevue, nous avons parlé en détails des choses que tous les deux nous voulions aborder et de ce que nous pourrions sentir d'intolérable. Il était étudiant en écopsychologie et voulait utiliser notre programme de répit comme structure pour réfléchir à la question de la psychose à partir de cette perspective. Le moment vint malheureusement d'avoir recours au programme. Le médecin l'avisa que prendre le risque de ne pas augmenter sa médication pourrait le mener à un traitement non volontaire. On lui dit aussi qu'il était beaucoup trop vulnérable pour traverser cette période en ayant recours au seul soutien de ses « pairs ». Malgré ces conseils, mon ami eut recours au programme de répit. Il a tenu le coup quatre jours à parler avec les pairs, chacun partageant ses expériences similaires et ses perspectives uniques. Ils ont aussi travaillé avec les lignes directrices de son plan de crise pour se rappeler de partager les responsabilités. Personne n'avait peur des « comportements bizarres » ou des façons étranges de penser et personne ne lui imposait une signification. Après neuf jours de répit (et plusieurs jours pour récupérer du sommeil) il a senti un répit... sans avoir à augmenter sa dose de médicaments et sans traitement non volontaire. En fait, il est retourné à l'école et a rédigé un texte relatant son expérience. Certains commentaires étaient très intéressants. Par exemple, il a écrit :

C'était vraiment fantastique d'être avec plusieurs personnes qui me connaissaient de façons différentes et qui avaient toutes leur propre version de ce genre d'expériences. À travers toutes ces conversations, je pouvais prendre les choses que je considérais importantes et rejeter le reste que je considérais comme de la « folie ». À mesure que j'apprends ce qui m'arrive et le genre de choses qui semblent importantes, je peux commencer à comprendre quels genres d'événements pourraient contribuer à ces situations et quels genres de choses pourraient m'aider à prendre un autre chemin. (Crocker, 1998.)

Il a aussi mis l'accent sur une autre question qui est tellement importante mais qui passe inaperçue dans les soins traditionnels :

Ce qui était vraiment bien était d'avoir toutes ces conversations intenses, je pouvais garder le contact avec les personnes et continuer à transiger à travers certaines conversations. Je pouvais apprendre de certaines de leurs expériences et je pouvais aussi être d'un soutien certain lorsqu'elles vivaient des difficultés car nous avons bâti une confiance réciproque et une relation empathique.

La crise sans planification

Qu'arrive-t-il lorsque les personnes sont déjà en situation de crise ? Ici, l'engagement s'inscrit dans un besoin urgent d'interagir de façon à

aider les personnes à se sentir en sécurité, en lien, confortables et en compagnie de personnes qui comprennent ce qui leur arrive, mais peuvent ne pas être dans la même réalité. En l'absence d'une planification pré-crise préalablement négociée, cela implique l'établissement d'une relation empreinte de respect mutuel et de responsabilité qui sera cruciale pour permettre aux personnes d'accepter de l'aide ou même de s'engager dans une relation. Ce processus implique :

- Avoir du respect pour « l'histoire » racontée. Ne pas porter de jugement et être attentif aux thèmes qui pourraient permettre une conversation mutuellement éclairante.
- Rester alerte au moment où la peur ou l'inconfort auraient tendance à pousser l'une ou l'autre personne à poser un problème de pouvoir ou de contrôle.
- Négocier des façons d'être avec l'autre afin d'assurer un sentiment de sécurité pour tous (se sentir confortable, soutenu et suffisamment en lien pour traverser une expérience émotive intense).
- Faire de la place au développement d'une nouvelle histoire « partagée ». Bâtir une relation où les processus des deux personnes contribuent à une meilleure compréhension de l'expérience sans que l'une ou l'autre n'impose sa façon de comprendre. Créer de nouvelles manières de comprendre (pour les deux) qui mènent au développement d'une relation de confiance et offrent des occasions d'utiliser la crise comme expérience de croissance personnelle.

Lorsque les personnes éprouvent pour une raison ou une autre des états de détresse émotionnelle extrême, les tentatives de négocier et de s'engager sont affectées par une rupture de l'utilisation habituelle du langage et de la communication (Pearce et Littlejohn, 1998). Comprendre que les événements de crise sont des états de peur, peu importe l'histoire présentée, permet à la personne qui en soutient une autre de s'ancrer dans la compréhension que la priorité est d'aider l'autre à se sentir bienvenue, en sécurité et entendue. Contradiction, remise en question ou réfutation créent des dynamiques de jeu de pouvoir inutiles et des relations pathologiques, et mènent au secret et au contrôle. Il devient au contraire essentiel dans les premiers stades de l'engagement de permettre à l'autre de parler de sa perception de son expérience le plus en détail possible, sans étiquette, évaluation ou interprétation. Loren Mosher, du projet Soteria (Mosher, 1995, 113), en parle non comme « un traitement ou une guérison mais plutôt une approche phénoménologique qui tente de compren-

dre l'expérience psychotique de la personne et sa propre réaction à l'expérience, sans la juger, l'étiqueter, y déroger ou l'invalider».

En même temps, la personne qui soutient écoute attentivement ; elle doit être d'accord pour s'engager dans une réflexion critique d'elle-même et examiner dans quelle mesure elle comprend vraiment, par opposition à une interprétation ou à une réaction. Si les deux personnes ne se connaissent pas et que leur première interaction survient quand l'une est en crise, il est crucial de construire les fondements d'une relation qui n'entretienne pas de vieilles dynamiques. Dans les rôles traditionnels d'« expert » et de « patient », les deux personnes finissent par être bloquées. La personne en crise peut se sentir soit aliénée soit dépendante et celle qui la soutient sent qu'elles ne sont plus présentes, mais reviennent plutôt aux habiletés et aux connaissances professionnelles. Le processus consistant à *s'impliquer* (*stepping in*) tout en se *distançant* (*stepping back*) est au coeur de l'élaboration de nouvelles réponses aux crises. Il fournit l'occasion d'explorer mutuellement « l'essence » de l'expérience relationnelle tout en créant les fondements d'une relation significative orientée vers l'apprentissage et la croissance des deux personnes (Jordan, 1992).

Un exemple d'une telle situation s'est produit dans un environnement clinique avec un ami qui travaillait en santé mentale. Au cours d'une période d'une semaine, un des patients était de plus en plus en détresse à la vue de la lumière du détecteur d'incendie dans sa chambre. Il avait dit au personnel qu'il s'agissait selon lui d'un micro du FBI et qu'il devait avaler toutes ses pilules afin de s'assurer « qu'il ne parlerait pas ». Lorsqu'il fut relativement calme, le personnel lui rappela qu'il s'agissait simplement d'un délire paranoïde. S'il devenait agité, on augmenterait sa dose de médication et si on craignait une surdose, on le retirerait de sa chambre pour le mettre en isolement. Ces réactions ont simplement eu comme effet de « déconnecter » cet homme de toutes les personnes travaillant dans l'unité. Plus longtemps il s'y est trouvé, plus son stress a augmenté. Finalement, il criait la plupart du temps affirmant que la lumière rouge était en fait un vaisseau spatial qui voulait l'emporter. Il était terrifié et quelle que soit la quantité de médication, sa peur ne s'atténuait pas. À la fin, mon amie s'est trouvée à faire son quart de travail à cette unité. Elle avait été mise au courant, et on ne l'encourageait pas à établir un contact avec l'individu. En fait, le personnel lui parlait à la blague du vaisseau spatial et de « l'extra-terrestre ». Bien que mon amie veuille agir convenablement comme membre junior de l'équipe, elle était aussi très consciente du sentiment d'invalidation et d'étiquetage qu'éprouvait la personne. Elle-même avait vécu une expérience de

peur du même genre et savait quel dommage pouvait résulter de voir nier son expérience. Lorsqu'elle eut finalement la chance de rencontrer cet homme, il était sérieusement en détresse. Il lui criait qu'elle devait faire attention au vaisseau spatial alors que la terreur le mettait au bord des larmes. Elle s'assied avec lui, consciente de son inconfort à elle; elle l'écouta attentivement et calmement et l'interrogea sur son expérience. À mesure qu'il parlait et était validé dans ses sentiments, il commença à se calmer. Il se mit à expliquer que la lumière du vaisseau (ou le micro du FBI) avait provoqué un sentiment de danger. Mon amie lui relata une histoire semblable où les gens ne l'avaient pas écoutée et avaient plutôt qualifié ses peurs de réaction démesurée. Finalement, elle lui suggéra de l'aider à couvrir la lumière. Il accepta avec enthousiasme. Pas d'augmentation de médicaments ni d'évaluation particulière, mais le début d'une relation où la négociation et le respect encadreraient leur progrès mutuel. D'apporter un aperçu de soi à la relation fournit à l'autre personne le sentiment qu'elle n'est pas seule dans ce qu'elle vit. Construire cette réciprocité et cette connexion est l'aspect le plus important d'une relation qui guérit. À ce sujet, Judith Jordan (1992) écrit : « Lorsque des personnes éprouvent le sentiment de sécurité qu'une véritable validation installe, elles sont en mesure d'établir un contact qui permet aux deux d'avoir un impact sur la direction de la crise ».

La peur, l'inconfort et le pouvoir

Le message voulant qu'il faille constamment nous éloigner de l'inconfort est implicite dans notre culture. Nous « gelons » des sentiments forts, nous tentons de « calmer » les gens, et nous ne nous sentons compétents que si nous arrivons à faire que les autres se « sentent mieux ». Notre culture n'en est pas une qui tolère la douleur, les sentiments difficiles ou les sentiments affectifs inhabituels. Aussi l'inconfort a-t-il tendance à nous faire éliminer la différence, à voir les gens sous notre perspective et à tenir les choses pour normales seulement quand nous nous sentons confortables. Un exemple répandu, c'est quand quelqu'un se comporte de façon différente dans un endroit public. Les gens font tout pour fuir cette situation, ils l'ignorent ou encore font appel aux autorités afin de la corriger. Cela m'a vraiment frappée, il y a plusieurs années dans une épicerie. Un homme se promenait dans une allée, se parlant à lui-même d'une façon plutôt emphatique. Il semblait troublé, mais pas violent. Les gens évitaient cette allée comme la peste. L'atmosphère était tendue à la grandeur de l'établissement. Vous pouviez pratiquement voir les gens éloigner leurs enfants afin qu'ils ne posent pas de questions, et vous pouviez deviner déjà que quelqu'un s'apprêtait à appeler la police. Finalement, je me suis approchée de l'homme et lui ai dit qu'il semblait

très bouleversé. Je lui demandai ce qui n'allait pas et si je pouvais faire quelque chose. Je lui mentionnai aussi que j'avais déjà eu des problèmes dans une épicerie. Il se mit à pleurer et dit qu'il ne savait pas quoi faire. Il me dit qu'il devait sortir mais ne savait pas comment. Je l'aidai à trouver la porte et sa bicyclette. Bien que je n'aie pas su où il est allé et ce qui se passa plus tard, il me remercia et me signifia qu'il appréciait ma préoccupation. Bien que je ne puisse faire autrement que de m'inquiéter, je pouvais sentir la connexion qu'un simple geste peu engendrer.

Bien que la plupart des personnes de soutien ne s'engagent pas dans une situation de crise dans le but de contrôler l'autre personne, leur propre sens d'inconfort peut les amener à être trop directives et contrôlantes, dirigeant les interactions tout en créant un cadre de pouvoir déséquilibré pour les interactions futures. Au pire, la réponse à la crise est contrôlée par la peur de la responsabilité. Les professionnels de la santé en situation de soutien peuvent être plus préoccupés d'éviter une poursuite judiciaire (ou une réprimande de leur superviseur) que de construire une relation enrichissante pour les deux personnes. Même en toute bonne volonté, la personne en détresse se fait dire qu'un certain traitement serait « bon pour elle » ou encore se fait demander de signer un contrat de sécurité ; elle ne fait plus partie du dialogue. Ces personnes sont vues comme une éventuelle menace judiciaire et peuvent aussi commencer à se voir comme étant incontrôlables ou même se déconnecter complètement. Lorsque des relations sont entièrement basées sur une évaluation de risques, elles sont par nature aliénantes (White, 1995). Il est crucial que les personnes de soutien se prémunissent rigoureusement contre leur propre besoin « d'arranger les choses », « d'agir correctement » ou de déterminer elle-même le résultat. Il est crucial qu'elles soient toujours conscientes de la dynamique de pouvoir inhérente à une telle relation d'aide. Qu'elle soit subtile ou explicite, la dynamique de pouvoir crée un déséquilibre et impose une direction à l'expérience tout en mettant en place les interactions déséquilibrées futures.

Sécurité et risque

Il est clair que le suicide ou encore l'homicide représente le risque ultime et il n'est pas étonnant que ces événements évoquent un sentiment d'impuissance et de peur. Au cours des années où j'ai formé des personnes qui font de l'aide entre pairs et des professionnels de la santé, j'ai trouvé que, peu importe leur promotion de la liberté de choix, quand le sujet du suicide se présente (même s'il s'agit seulement de sentiments nommés), les gens ont tendance à se retirer du dialogue et à commencer à tout analyser. À ce moment-là, si une personne en crise dit qu'elle se sent comme moins que rien et qu'elle est fatiguée de tout, on la perçoit

comme étant en situation de danger imminent. Lorsque les sentiments sont vus à travers les lunettes du risque, la personne de soutien scrute ses propres commentaires par crainte de déclencher une réaction suicidaire. Qu'il se produise un changement de pouvoir ou que la personne soit soumise à un traitement non volontaire, c'est la peur qui a produit le résultat. La relation n'est plus mutuelle et les possibilités de donner un nouveau sens à l'expérience sont interrompues.

Une des façons les plus subtiles de prendre du pouvoir est le recours au « contrat de sécurité ». Ce document est souvent jugé obligatoire lorsqu'une personne parle de ses idées suicidaires ou se fait du mal mais donne néanmoins l'impression qu'il y a encore place pour la négociation au sein de la relation. C'est vraiment selon nous un moyen de contrôler l'inconfort de la personne qui soutient. En d'autres mots : « Je ne peux vraiment m'engager dans une relation avec toi à moins que tu signes ici ». À cette fin, le langage de la sécurité s'est éloigné de sa signification première (se sentir accepté et validé) et a pris le virage de la gestion de risques. Le résultat, encore une fois, est que la personne de soutien dicte la norme et prend le contrôle, laissant l'autre avec un sentiment d'insécurité et doutant de ses capacités de prendre les bonnes décisions. Malgré que la plupart des personnes aient eu des idées suicidaires (au moins une fois dans leur vie), parler dans le contexte d'une relation d'entraide de ces sentiments continue d'être tabou. Fait intéressant, la plupart des personnes qui, au sein du système de santé mentale, ont des histoires extrêmes de traumatisme et d'abus, trouvent que les sentiments suicidaires sont conformes aux messages reçus dans leur enfance (« Tu devrais être mort » ; « T'aurais dû ne jamais naître » ; « Je te tuera si tu parles », etc.) Ces sentiments sont devenus une réponse typique, une réaction de coping au sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance. Signer un contrat de sécurité au lieu de parler des sentiments douloureux est seulement une autre façon de générer de l'impuissance.

Il y a plusieurs années, j'ai fait appel à un service téléphonique d'urgence. Je me sentais vraiment horrible ; je me retrouvais à nouveau dans mes patterns d'automutilation et songeais à mettre fin à mes jours. J'avais eu du mal à conduire ma voiture jusqu'à mon domicile ; je m'étais égarée, arrivant à la maison pour me rappeler que mes enfants devaient rentrer dans quelques heures. J'avais appelé le service d'urgence afin de laisser sortir la pression et être en forme à l'arrivée des enfants. Ne connaissant pas la travailleuse, j'étais prudente dans le choix de mes mots ; toutefois, elle commença rapidement à m'interroger à partir du protocole standard d'évaluation de risque suicidaire. Te sens-tu en sécurité ? Penses-tu au suicide, as-tu un plan ? J'ai dit que j'avais toujours des pen-

sées suicidaires et que j'appelais afin de cesser les idées obsessionnelles de me mutiler. La travailleuse n'a même pas demandé ce qui se passait dans ma vie. Elle ne s'est pas préoccupée du fait que je traversais une bataille juridique difficile au sujet de la garde de mes enfants, que mon passé psychiatrique était utilisé comme menace, que j'étais étudiante à temps plein avec en plus un travail à temps partiel, et mère monoparentale de trois jeunes enfants. Pour elle, j'étais tout simplement « à risque ». Elle me demanda de signer un contrat de sécurité. Je commençai immédiatement à me retirer de la conversation. Je commençai à me demander si mes sentiments étaient plus dangereux que je ne le pensais. Je commençai à me demander si je n'étais pas naïve et si en fait cette femme ne savait pas des choses que j'ignorais. J'ai signifié mon accord quant à une entente avec elle, sachant qu'elle appellerait probablement la police si je ne l'assurais pas que j'allais bien et que je l'appellerais plus tard si je me sentais en détresse. Je la remerciai grandement, raccrochai le téléphone et me mis à pleurer. Ce qui mijotait avant l'appel était maintenant rendu à un point d'ébullition et j'étais convaincue de mourir. À ce moment, il n'y avait plus de place pour évacuer ces sentiments et je devins plus convaincue de mes inaptitudes. Elle avait en main un contrat qui, j'en suis sûre, lui donnait le sentiment d'avoir fait un bon travail, et moi, je me retrouvais à porter l'affect pour nous deux.

Au lieu de recourir sans cesse aux contrats ou aux ententes, nous devons devenir plus à l'aise avec « l'inconfort ». Je me demande, par exemple, ce qui serait arrivé si cette femme avait commencé la conversation avec un « que s'est-il produit ? », « qu'est-ce qui se passe ? » et non « qu'est-ce qui ne va pas ? », ou encore si elle avait été en mesure de deviner la métaphore inscrite dans mon obsession d'automutilation, et « d'être » tout simplement avec ma douleur. Je me demande si les choses auraient été différentes si cette femme m'avait dit qu'elle avait peur mais qu'elle tiendrait le coup avec moi. Et finalement, je me demande ce qui se serait produit si elle avait traversé cette barrière et m'avait dit avoir eu, elle aussi, une expérience similaire et des sentiments et des pensées semblables. Même quand les personnes n'ont pas les mêmes expériences, construire une relation mutuellement empathique est la seule façon pour elles de pouvoir construire « une nouvelle histoire partagée ».

Construire la réciprocité, créer de nouveaux résultats

Pendant plusieurs années les théoriciens narratifs (White, 1990, 1995) ont utilisé le concept de « raconter à nouveau » (re-storying) avec beaucoup de succès. Plus qu'un exercice de restructuration cognitive,

cette pratique utilise le cadre de la relation pour négocier une nouvelle signification des expériences de vie. Ayant tous des réponses typiques et prévisibles à nos expériences, c'est seulement à travers une relation que de nouvelles façons de percevoir peuvent commencer à remettre en question nos suppositions passées (McNamee et Gergen, 1999). Ce processus est plus dramatique en situation de crise quand une personne hésite entre une « déconnexion totale » et le chaos, et pourtant, il s'agit de la période la plus cruciale. Il s'agit en fait d'une période de transformation potentielle. Judith Jordan a écrit en 1992 : « Contrairement à la capacité de rebondissement, la transformation suggère non pas seulement un retour à l'état préalable, mais un mouvement qui traverse le stress ou la souffrance jusqu'à une intégration nouvelle qui comprend davantage au plan personnel et relationnel ».

L'une des méthodes pour soutenir une nouvelle histoire est l'approche narrative d'extérioriser le problème (White, 1990, 1995). Même dans des états extrêmes de détresse émotionnelle, la plupart des personnes trouvent que de se « connecter » aux autres à partir d'un processus de dialogue permet de faire émerger un nouveau point de vue sur la situation et offre une occasion d'agir contre le « problème » au lieu d'être contrôlé par lui. White (1990) offre plusieurs exemples de situations où les personnes en crise sont invitées à réfléchir sur l'influence ou l'impact du problème sur leur vie immédiate. Le dialogue est orienté vers ce que peuvent faire la personne de soutien et celle en situation de crise pour empêcher le problème de « prendre le dessus » (White, 1990). À partir de cette perspective, les gens peuvent réunir les capacités de se séparer du problème et du pouvoir qu'il a sur eux, pour ainsi faire quelque chose pour elles-mêmes et se sortir de la situation avec ce que White (1990) appelle « un résultat unique ».

White (1995) invite aussi les personnes à explorer le sens du problème dans un contexte social et politique. Il écrit que « les discours de la pathologie nous permettent d'ignorer à quel point les problèmes pour lesquels les gens demandent de l'aide sont souvent ancrés dans les structures d'inégalité de notre culture, y compris celles relatives au genre, à l'ethnie, à la race, à la classe sociale, à l'économie, à l'âge, ainsi de suite » (p. 115). Ce nouveau cadre permet aux deux personnes d'analyser jusqu'où ces messages affectent des populations entières et il plaide en faveur d'une approche militante d'élimination du problème au lieu de l'approche traditionnelle qui s'en tient à une analyse du cas et au traitement par médicament.

J'en ai été vraiment frappée récemment alors que j'ai été appelée à passer du temps avec une femme diagnostiquée comme schizophrène

et menacée d'être traité contre son gré. En même temps qu'elle se tortait les mains et gémissait littéralement en réaction aux voix qui la dénigraient, j'écoutais la honte et la culpabilité qui la rendaient « folle ». Ces voix lui disaient qu'elle était une mère horrible et que tout le monde le savait. Le message était qu'elle devrait se tuer avant d'infecter à nouveau ses enfants. De plus, son expérience d'hospitalisation la plus récente avait inclus des rondes quotidiennes de dix minutes avec une équipe de médecins et d'étudiants en médecine qui avaient tous tenté de la convaincre qu'elle devait accepter sa maladie, prendre tous les médicaments qui lui étaient prescrits (sans lui parler des effets secondaires) et suggéraient qu'elle était peut-être trop « fragile » pour être un parent à cette étape de sa vie. Lorsqu'elle s'est mise à craindre que la médication prescrite ne fasse qu'infecter davantage ses enfants, le médecin suggéra un traitement non volontaire avec médication forcée. Entendant son histoire, je ressentais l'intensité de sa peine. Il n'y guère de pire expérience pour la plupart des mères que d'être menacées de perdre leurs enfants, ni chose plus nuisible que de se faire dire que vous êtes un mauvais parent. Nous avons commencé à nous demander ensemble (à mesure que j'en apprenais de son expérience récente) comment il se faisait que des femmes monoparentales sont blâmées pour négliger leurs enfants quand elles travaillent et accusées d'abuser du système si elles ne travaillent pas. Nous nous demandions comment ce message opprimant avait été intériorisé, et ce qu'elle pouvait faire pour y tenir tête. Comme elle pensait aux actions à prendre, je lui racontai une histoire semblable à la sienne : le personnel d'une unité psychiatrique m'avait dit que j'étais en déni de ma maladie et que le stress d'être parent déclenchait mes symptômes. Je lui confiai comment cela m'a presque tuée jusqu'à ce que je prenne conscience que ce qui m'avait gardée en vie et m'avait donné de l'énergie avait été d'être avec mes enfants. Nous nous sommes mises à pleurer toutes les deux en pensant à cette douleur, à cette honte et à cette culpabilité et à ce cadeau d'avoir des enfants merveilleux. Une semaine plus tard elle se retrouva chez elle et se réintégra tranquillement dans sa communauté avec mon soutien et celui d'une autre mère monoparentale. La transition entre l'hôpital et le retour à la vie qui est considéré comme la période la plus dangereuse par les gens du système de santé mentale (Warner, 1995), pourrait moins à voir avec le sortie d'un « environnement sécuritaire » d'un hôpital et plus avec la négociation de la stigmatisation, intériorisée et extérieure, de la maladie mentale.

Créer une nouvelle histoire partagée suppose la volonté de prendre des risques dans une relation même lorsque nous sommes inconfortables. En cela, nous devons prendre conscience que nous entrons dans

une situation comprenant non seulement nos propres « histoires » et perceptions mais aussi un rôle prescrit qui tend à renforcer davantage l'imposition d'un sens à l'autre personne (par exemple un diagnostic ou une interprétation pathologique) (Gergen, 1991). Finalement, si nous pouvons tous les deux retourner en arrière après une crise et en discuter, nous pourrions développer un nouveau plan qui contribuera à prévenir d'autres crises et nous offrira plus d'occasions d'apprendre et de grandir.

Recherche et évaluation

La recherche en santé mentale a été fortement influencée par la recherche effectuée en sciences « naturelles ». Nous cherchons désespérément des « guérisons » aux défauts biologiques et tentons de trouver des relations de causalité entre la biologie et les « symptômes » et ensuite entre le « traitement » et les « symptômes ». Au lieu de penser à des niveaux multiples de systèmes (comme en d'autres sciences humaines), nous examinons les prédispositions génétiques, le fonctionnement cognitif et la gestion de symptômes. Comme pour le reste du débat positiviste/naturaliste, il y a peu ou pas d'intérêt (ni de fonds en conséquence) pour comprendre le sens que certaines actions et comportements ont pour les individus, les familles ou les communautés ; peu de considération est apportée au contexte dans lequel le sens est donné ; et il n'y a pas d'indicateurs pour changer les pratiques ou les croyances culturelles (Bentz et Shapiro, 1998 ; Bleicher, 1982 ; Bray et al., 2000 ; Denzin, 1997 ; Fetterman et al., 1996 ; Gergen, 1982 ; Holstein et Gubrium, 2000). Plus encore, pour plusieurs personnes qui font l'objet de recherche, la diminution des symptômes est seulement ce qui est visible au monde extérieur. Évacué de la discussion est l'impact plus ou moins grand de la médication qui laisse les gens pratiquement sans sentiments, dans une certaine léthargie et qui, plus insidieusement, renforce l'identité de patient psychiatrique. En d'autres mots, au lieu de travailler vers la transformation et le rétablissement, la recherche continue de soutenir le contrôle social.

Parmi les méthodes avec lesquelles on a tenté d'étudier le changement d'un point de vue écologique ou systémique, on retrouve l'ethnographie, l'herméneutique, la phénoménologie, la méthode narrative et la recherche-action. Je me suis intéressée en particulier à l'étude ethnographique il y a plusieurs années en lisant le livre de Sue Estroff, *Making it Crazy* (1981). Contrairement aux gens de la recherche clinique que j'avais lus en santé mentale, Estroff avait, elle, vécu personnellement un programme communautaire de santé mentale. Ses conversations et interactions se faisaient avec des cliniciens et des personnes utilisatrices de

services avec l'objectif de comprendre la culture de la santé mentale. Elle travailla à mieux comprendre le contexte dans lequel les relations s'organisaient, le sens qu'il avait pour toutes les personnes impliquées, et la différence entre les conversations des personnes quand elles étaient en situation de dépendance (p. ex. clinicien/utilisatrice, utilisatrice/utilisatrice). En outre, elle a mis beaucoup d'attention à comprendre comment ses propres relations changeaient avec chaque participant, à mesure qu'on réinterprétait son rôle et ses suppositions au sujet du projet. Dans cet exemple éloquent, Estroff démontre qu'en construisant une compréhension des dynamiques culturelles, elle était en mesure non seulement de s'engager dans des discussions au sujet de ce qu'elle voyait, mais de documenter ses propres changements et perceptions au sujet des traitements et des résultats.

Ce genre d'études a des implications énormes sur l'évaluation des réponses alternatives aux crises. Non seulement fournit-il un regard privilégié sur la culture de la santé mentale, il permet aux praticiens, aux personnes utilisatrices et aux chercheurs de s'engager dans un dialogue au sujet des changements à effectuer au sein du système. Les personnes utilisatrices peuvent réfléchir aux changements que leurs propres interprétations et leurs actions conséquentes ont eus par rapport à leur histoire racontée auparavant ; les cliniciens peuvent réfléchir sur leurs suppositions et pratiques changeantes ; et les uns et les autres peuvent partager les changements qui se sont effectués sur la base de leur nouvelle dynamique relationnelle. Cette conversation présente des défis à toutes les pratiques « frontalières » qui gardent les gens enfermés dans des réponses d'action/réaction. Finalement, à mesure que ces relations mutuellement responsables deviennent normatives, nous pourrions constater des changements dramatiques dans les façons dont la population en général comprend la crise psychiatrique

Il est clair qu'il y a des avantages énormes à pratiquer des approches alternatives à ce qu'on appelle la crise psychiatrique. Judith Jordan (1992) écrit de façon éloquente :

Se joindre à d'autres dans un soutien mutuel et dans des relations significatives nous permet de sortir de l'isolement et de l'impuissance. Dans cette connexion, l'énergie circule à nouveau ; se joindre à d'autres est un antidote puissant à l'immobilisation et à la fragmentation. Il s'agit donc d'un antidote au traumatisme. Plus encore, la capacité de se joindre à d'autres et de se mobiliser peut faire avancer les efforts en vue de bâtir une société plus juste. (p. 9)

Références

- BENTZ, V. M. SHAPIRO, J. J., 1998, *Mindful Inquiry in Social Research*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- BENTZ, V. M., 1989, *Becoming Mature : Childhood Ghosts and Spirits in Adult Life*, New York, Aldine de Greyter.
- BLEICHER, J., 1982, *The Hermeneutic Imagination : Outline of a Positive Critique of Scientism and Sociology*, London England, Routledge and Kegan Paul.
- BRAY, J. N., LEE, J., SMITH, L., YORKS, L., 2000, *Collaborative Inquiry in Practice : Action, Reflection and Making Meaning*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- CROCKER, C., 1997, Personal communication.
- DENZIN, N., 1997, *Interpretive Ethnography : Ethnographic Practices for the 21st Century*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- DOMENICI, K., 2001, *Engaging Communication in Conflict : Systemic Practice*, Thousand Oaks, CA, Sage
- ELLIS, C., KIESINGER, C., TILMANN-HEALY, L. M., 1997, *Reflexivity and Voice*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- ESTROFF, S., 1981, *Making it Crazy*, Berkeley, CA, University of California Press.
- EVANS, D., KEARNY, J., 1996, *Working in Social Care : A Systemic Approach*, Brookfield, Vt, Ashgate Publishing Company.
- GERGEN, K., 1982, *Toward Transformation in Social Knowledge*, New York, Springer Publishing.
- GERGEN, K., 1991, *The Saturated Self : Dilemmas of Identity in Contemporary Life*, New York, Basic Books.
- GUBRIUM, J., HOLSTEIN, J., 1997, *The New Language of Qualitative Method*, New York, Oxford University Press.
- JORDAN, J., 1992, *Relational Resilience, The Stone Center Papers*, Wellesley College, Wellesley, MA.
- MCNAMEE, S., GERGEN, K., 1999, *Relational Responsibility ; Resources for Sustainable Dialogue*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- MEAD, S., HILTON, D., CURTIS, L., 2001, Peer support: A theoretical perspective, *The Journal Of Psychiatric Rehabilitation*.

- MEAD, S., HILTON, D., 2001, *Peer Support: A Systemic Approach to Mental Health*, Working paper.
- MOSHER, L., 1995, *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, Clinical Practice Series, American Psychiatric Press.
- PEARCE, B. W., LITTLEJOHN, S., 1997, *Moral Conflict: When Social Worlds Collide*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- PEARCE, B. W., PEARCE, K. A., 1998, Transcendent storytelling: Abilities for systemic practitioners and their clients, *Human Systems*, 9, 167-185.
- WARNER, R., 1995, *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*, Clinical Practice Series, American Psychiatric Press.
- WHITE, M., 1995, *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*, Adelaide, Australia, Dulwich Center Publications.
- WHITE, M., EPSTON, D., 1990, *Narrative Means to Therapeutic Ends*, Adelaide, Australia, Dulwich Center Publications.

ABSTRACT

Crisis and connection

Psychiatric interventions for crisis care lie at the center of the conflict between forced treatment and recovery/wellness systems in mental health services. Though crisis can mean completely different things to people who have the experience, the general public has been taught a unilateral fear response based on media representation. More and more this has led to social control but is erroneously still called treatment. This does nothing to help the person and in fact further confuses people already trying to make meaning of their experience. This paper offers a fundamental change in understanding and working with psychiatric crises. Rather than objectifying and naming the crisis experience in relation to the construct of illness, our goal is to develop a relational, contextual way of thinking about crisis response. In that we will explore the concepts of mutuality, proactive crisis planning, the development of negotiated power and meaning, risk and safety, "re-storying" and finally we will offer an argument for creating congruent research strategies that support new ways of thinking about crisis. The authors, who had personal experience with psychiatric crisis and hospitalization, have been involved in the development of peer programs since 1990. Dave Hilton is the director of the Office of Consumer Affairs in New Hampshire and was one of the first OCA directors to access funds for statewide peer support program implementation. Shery Mead is the past director of

three peer support agencies including one peer run crisis alternative. She currently consults with peer support and traditional mental health programs nationwide.

RESUMEN

Vías nuevas en psiquiatría. Situación de crisis y sostén entre iguales

Intervenciones siquiátricas en situación de crisis están en el centro del conflicto entre tratamiento no-voluntario y sistemas de reestablecimiento y de bienestar en los servicios de salud mental. Aunque la crisis puede significar otra cosa para las personas que la padecen, la población en general ha aprendido a responder con un cierto temor alimentado por los medios de comunicación. Un control social aumentado, llamado por equivocación “tratamiento”, resultó. Esto no ayuda y contribuye a confundir más a la persona tratando de dar un sentido a su experiencia. El artículo propone un cambio fundamental en la manera de comprensión y el trabajo en situación de crisis psiquiátrica. El artículo propone un cambio fundamental en la comprensión y el trabajo en situación de crisis psiquiátrica. En vez de objetivar y llamar la experiencia de crisis en relación con el constructo del turbio, el objetivo esta de desarrollar una manera más racional y contextual de pensar relativamente a la reacción o a la respuesta a la crisis. Los autores exploran así los conceptos de reciprocidad, de planificación proactiva, la elaboración de un poder negociado y de una definición común, de los riesgos y de la seguridad, de re-escritura ou de re-construcción (*re-storying*). Finalmente, presentan una discusión sobre la elaboración de estrategias de investigación apoyando nuevas maneras de pensar la crisis. Los autores, cuales han vivido experiencias personales de crisis y de hospitalización, han sido implicados en la elaboración de programas de apoyo entre iguales desde 1990. Dave Hilton ha sido uno de los primeros directores a abrir fondos para la implantación de programas de apoyo entre iguales en el Estado. Shery Mead es ex-directora de tres agencias de sosten entre iguales de los cuales un recurso alternativo dirigido por personas usuarias. Está consultora para programas de sosten-consejo entre iguales y para programas tradicionales en salud mental en Estados- Unidos.

RESUMO

Situação de crise e ajuda mútua

As intervenções siquiátricas em situação de crise estão no centro do conflito entre o tratamento involuntário e os sistemas de recuperação

e de bem-estar nos serviços de saúde mental. Embora a crise possa ter outro significado para as pessoas que a vivenciam, a população em geral aprendeu a responder a ela com um temor alimentado pela mídia. Este fato ocasionou um maior controle social, chamado erroneamente de “tratamento”. Isto não ajuda em nada o paciente, e na verdade, contribui para confundir ainda mais aquele que tenta dar um sentido à sua experiência. Este artigo propõe uma mudança fundamental na percepção e no trabalho em situação de crise psiquiátrica. Ao invés de objetivar e de dar nomes à experiência de crise em relação ao fundamento do problema, o objetivo é desenvolver uma maneira de pensar mais relacional e contextual segundo a reação ou a resposta à crise. Neste sentido, os autores exploram os conceitos de reciprocidade, de planificação pró-ativa, de elaboração de um poder negociado e de uma definição comum, dos riscos e da segurança, de “reescrita ou de reconstrução” (*restorying*). Finalmente, eles apresentam uma discussão sobre a elaboração de estratégias de pesquisa apoiando as novas maneiras de pensar a respeito da crise. Os autores, que vivenciaram experiências pessoais de crise e de hospitalização, estiveram implicados na elaboração de programas de ajuda mútua desde 1990. Dave Hilton foi um dos primeiros diretores a providenciar fundos acessíveis para a implantação de programas de ajuda mútua em todo o Estado. Shery Mead é ex-diretora de três agências de ajuda mútua, dentre elas, uma fonte alternativa gerada pelos pacientes. Ela é consultora para programas de ajuda-conselho mútuo e para os programas tradicionais em saúde mental nos Estados Unidos.