

# **APPROCHE EXPÉRIENTIELLE** **et** **BIENTRAITANCE**



**PRENDRE EN COMPTE ET  
CRÉER DE L'EXPÉRIENCE**

**UN FIL D'ARIANE**

**DOCTEUR ALAIN MOREL**  
PSYCHIATRE  
DIRECTEUR GÉNÉRAL D'OPPELIA  
PRÉSIDENT DE L'ARPAE

# La bientraitance et approche expérientielle : parle-t-on de la même chose ? (1)

- **Pour l'HAS** « la BT est un des enjeux majeurs ». « Elle favorise :
  - l'implication des usagers dans leurs soins, dimension centrale de la qualité, de la sécurité des soins
  - La qualité de vie au travail, en se centrant sur le sens du travail,
  - Le développement de la démocratie sanitaire »
- **Pour l'ANESM** (« La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre », 2008) De la *bienfaisance* et la *bienveillance* à :
  - *L'empathie* et le non jugement de l'autre (Carl Rogers)
  - *la sollicitude* (Paul Ricoeur) : adopter envers l'autre, dans une relation dysymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre
  - *Le « care »* : le « prendre soin » dont la pratique implique de sortir de son propre cadre de référence pour entrer dans celui de l'autre
  - *La reconnaissance* : regarder l'autre favorablement pour qu'il ait une image positive de lui-même

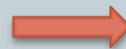
# La bientraitance et approche expérientielle : parle-t-on de la même chose ? (2)

**La définition de l'ANESM** : « La bientraitance vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance »

Ce risque est lié à la dysymétrie de la relation, qui donne

-> un pouvoir sur l'autre

-> un savoir sur l'autre



**Une relation de subordination**

- L'essentiel de la question de la bientraitance se trouve donc **dans la relation à l'autre**, entre soignant/soigné ou intervenant/utilisateur, **ses modalités et sa pratique**
- C'est précisément **ce à quoi l'AE apporte des réponses**

# L'approche expérientielle, c'est quoi ?



- Ni un dogme, ni une chapelle, ni une école...
- **Une approche qui se fonde sur quelques principes** tirés de l'évolution des psychothérapies et de celle de nos sociétés démocratiques
- **Un fil à tirer**, un fil conducteur... Un fil d'Ariane
- **Un appel à l'intelligence collective** pour réfléchir et agir ensemble auprès d'autrui et face des phénomènes complexes
- **Une voie théorique et pratique** pour avancer sur des thèmes comme « l'intentionnalité de soins » ou « l'alliance thérapeutique »
- Il faut dire qu'en matière de dysymétrie relationnelle, dans la « toxicomanie » on vient de loin...

# Quelques éléments pour définir l'AE



- Un mode de regard sur l'homme, sur l'autre, qui inspire une pratique de la relation d'aide (thérapeutique ou éducative).
- Avec un postulat : **l'expérience d'une personne lui appartient et n'admet aucun jugement de valeur** (Rogers : acceptation inconditionnelle, un climat relationnel sans jugement, compréhension empathique). C'est à partir de cette expérience que la personne peut **autodéterminer et construire** son bien/mieux être
- Un regard sur l'homme qui a aussi **une dimension sociale** car l'expérience n'est pas celle d'un individu hors du monde, mais celle qui naît de l'interaction entre l'individu et ses environnements, qui trouve son unité et **sa singularité dans ce que vit/ressent la personne**, ses actes et ses paroles.

# Évolutions des sociétés, évolutions des relations entre individus et institutions



- **L'évolution culturelle et sociale (« sociétale ») entraîne une évolution des rapports entre l'individu et la collectivité**
- La démocratie en question : représentative ? participative ? collaborative ? Une « démocratie sanitaire » ?
- L'individu usager des institutions sociales : « cible », « objet » d'interventions, « au centre », « expert », participe ? est associé ?... Cela se traduit en termes de **Droits**
- Mais le véritable enjeu est plus large : **quelle est la part d'autodétermination laissée à l'individu ?** Quelle est son « expertise » ? Comment est-elle prise en compte ?
- **L'usager de soins** et ses 3 niveaux d'expertise : **usager de service, usager-malade, usager porteur d'une expérience spécifique**

# I- L'utilisateur-expert en tant qu'utilisateur de service



- « Avec les « **savoirs d'usage** », on suppose que les pratiques des usagers forment une expérience sociale, urbaine, culturelle, etc. et que cette expérience, cumulée et réfléchie, permet de déduire des compétences inédites. Ces savoir-faire efficaces portent sur les choses du quotidien, souvent mal identifiées ou considérées comme mineures. »

Alain Vulbeau, Chef du Département des Sciences de l'éducation, Nanterre, Informations sociales, CNAF, 2010

- Entre en contradiction avec la logique institutionnelle (-> lois de 2002)

## II- L'utilisateur-expert en tant que malade



- Malades du **Sida** :
  - « Ne faites rien pour nous sans nous ! » 1994 GIPA (Greater Involvement of People living with Aids)
- Dans **d'autres pathologies** : diabète, hépatites, autisme (Michelle Dawson, patiente autiste devenue collaboratrice de sa psychiatre dans la recherche sur l'autisme), **schizophrénie** (Paris 8 et AFPRA : un malade comme formateur avec un professionnel dans des formations auprès de professionnels),...
- Entre en contradiction avec le savoir médical et de spécialiste
  
- **Dans les addictions** :
  - L'individualisation des soins pour prendre en compte la diversité des problématiques addictives -> se centrer sur le patient :  
« Les soignants sont amenés à **centrer leurs actions sur le patient**, au lieu de se contenter de s'organiser autour d'un programme thérapeutique standardisé, auquel les patients seraient invités à s'adapter ». Henri-Jean Aubin « de l'approche par produit au concept d'addiction », Projet n°282, 2004

### III- L'utilisateur-expert du fait de son expérience de vie



- **La conception de l'addiction intervient fortement sur le type de rapport entre usagers/intervenants**
  - Alcoolisme : les mouvements d'entraide -> alliance autour de la maladie chronique dont la guérison passe obligatoirement par l'abstinence totale et définitive
  - Toxicomanie : les associations d'usagers -> alliance autour de la RdR (aider à diminuer les risques)
  - Aujourd'hui, définir une nouvelle alliance autour de la reconnaissance de l'expertise d'usage, la collaboration et l'autodétermination dans les soins
- La particularité de l'addiction est qu'**elle constitue en soi une expérience** subjective et systémique dont le changement ne peut provenir en dehors d'elle-même
- => passer du « centrer sur » à « collaborer avec »

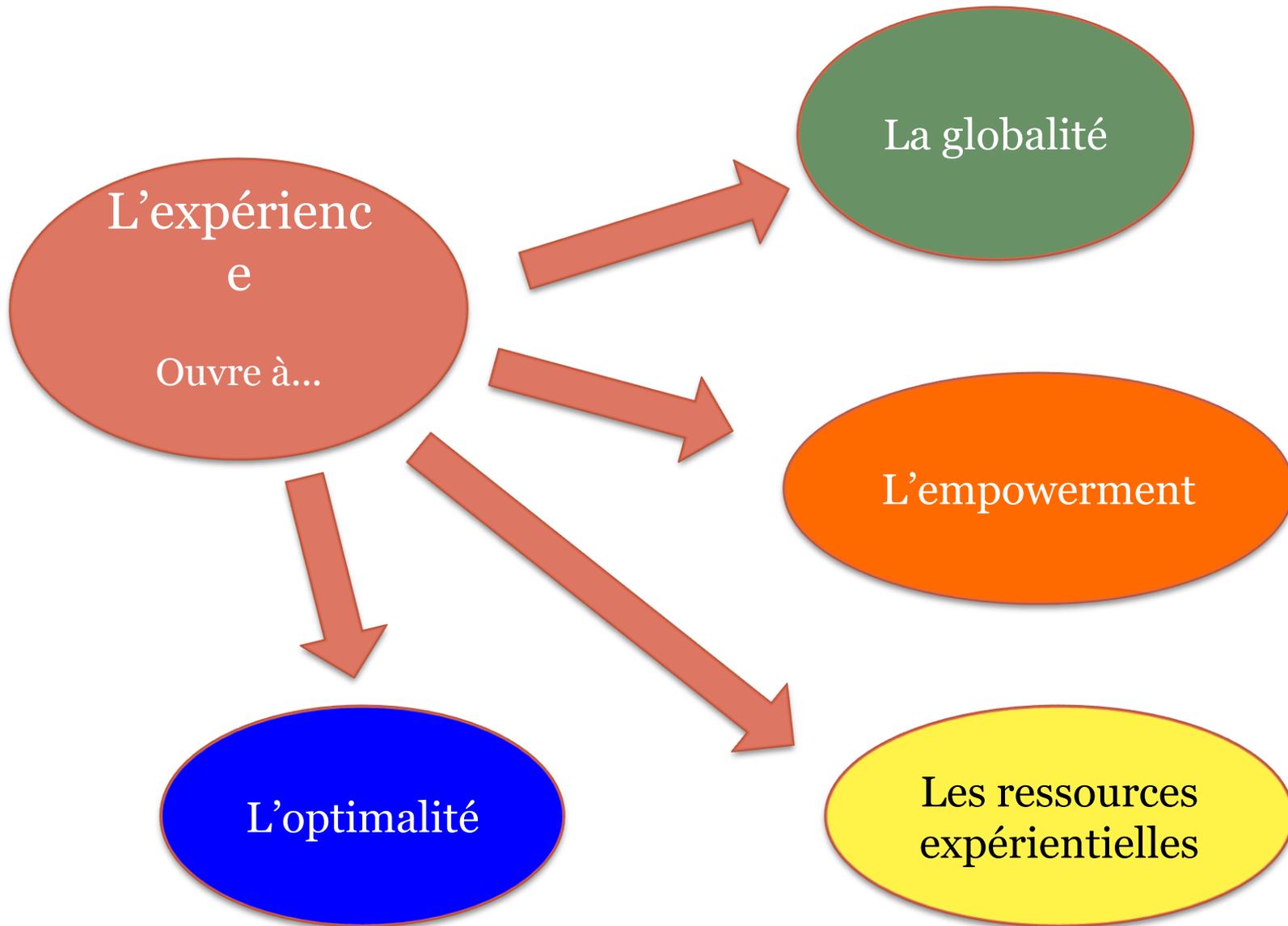
# L'addiction en tant qu'expérience spécifique



- **L'expérience psychotrope :**
  - Une expérience psychocorporelle qui s'inscrit dans une histoire personnelle, la recherche de sensations et la gestion des émotions
  - Une expérience psychosociale qui s'inscrit dans une famille, un contexte culturel et moral, et un mode de vie
- **L'addiction est une expérience subjective**
  - Une relation au monde, une identité
  - L'addiction pathologique est la manifestation de l'échec de la « solution » addictive
  - Qui peut dire s'il souffre de son addiction ?
- **Il n'y a pas de changement autre que celui qu'opère le sujet**
  - ex des TSO comme de toute forme de thérapie => accompagnement

# L'expérience addictive est-elle source de savoir ?

- **Des savoirs sur quoi ?** (Aide mémoire RdR chapitre « RdR, savoirs profanes et professionnalisation » A Lalande, P Chappard)
  - Des savoirs construits dans la consommation : les effets, le plaisir, la souffrance, la gestion des séquences, faire face aux effets indésirables
  - Des savoirs de l'expérience de vie : le sens et les bénéfices de l'addiction, le mal être sur lequel elle se greffe, les moments heureux, les aspirations...
- **Des savoirs complémentaires de ceux des professionnels ?**
  - A condition d'abandonner l'idée que le professionnel possède un savoir sur l'autre (« qq'un qui explore et non qq'un qui sait » Greenberg)
  - Antinomique avec un modèle de maladie => plus d'autodétermination que celle octroyée par l'autre (médecin, gourou, groupe...)
  - Les 3 principes de Rogers (acceptation sans condition de l'expérience de l'autre, non jugement, empathie) permettent la rencontre et la collaboration : questionner l'expérience d'usage et instaurer une relation d'aide (pilote et copilote)
  - Cela exige de laisser une place aux usagers « à tous les étages » des institutions et interventions qui les concernent



L'expérience

Ouvre à...

La globalité

L'empowerment

L'optimalité

Les ressources  
expérientielles

# La globalité

Le sujet ne peut être réduit à son addiction

La problématique addictive a deux versants :

Comportement ayant perdu son contrôle et facteur de souffrance

révélateur d'un mal être (difficultés de vie, psychotraumatismes, troubles concomitants...)

- **Le sujet est un**, il fait lui-même la synthèse de ses émotions et de ses connaissances (exp. psychosociale et biologique)
- L'approche ne peut être que systémique et **transdisciplinaire** : « bio-psycho-sociale », multidimensionnelle, écologique...
- Les soins ne peuvent être qu'**intégrés**

## L'empowerment

**En + des droits d'expression des usagers, installer des dispositifs de collaboration individuels (dans les programmes thérapeutiques) et collectifs avec des représentants (RdR, évaluation...). Et... L'éducation par les pairs...**

**Groupes d'auto-supports...**

**Usagers chargés de mission...**

- Chacun à un pouvoir d'agir sur soi et autour de soi
- L'approche soignante expérientielle vise le renforcement de ce pouvoir d'agir
- Il n'y a pas qu'un pouvoir d'agir individuel, il y a aussi un empowerment institutionnel et communautaire (un pouvoir d'agir collectivement)

**Les  
ressources  
expérientielle  
s**

**Des expériences  
de la personne  
éclairent sur la  
fonction de  
l'usage, les limites  
posées, le rapport  
à l'intensité et au  
contrôle, sur les  
aspirations,  
l'attachement à  
son mode de vie,  
les moyens d'en  
changer**

**Il n'y a pas d'autodétermination sans  
la reconnaissance de ces ressources**

L'approche conventionnelle (centrée sur  
l'abstinence et qui génère la culpabilité) en  
dénie l'existence

**Au-delà de la motion de principe,  
quelles sont elles ?**

Des ressources pratiques

Des ressources de sens

La connaissance des limites...

**La première des collaborations devrait  
être d'évaluer ces ressources**

L'approche conventionnelle se centre toujours  
sur l'évaluation de ce qui fait défaut, ce qui est  
pathologique, ce qui met en échec...

**Créer des outils pour cela...**

## L'optimalité

L'utilisation optimale de ses capacités pour parvenir de façon la plus stable possible à cet état

Outil : la boussole de la prévention = les 4 points cardinaux du bien être

Plaisir <-> santé

Liberté <-> socialité

- Tout être vivant possède une capacité d'adaptation, d'homéostasie et de réparation
- Quelle finalité ? Le bonheur ? Le bien être ? La satisfaction ? La santé ?
- Ex : **La santé** (selon la promotion de la santé) en tant que capacité à gérer au mieux ses potentialités, ses contradictions et conflits (...), une adaptation modulée à son environnement (...), la construction d'un bien être physique, psychique et social (L Lizé, le sociographe 39)
- Favoriser le processus d'autorégulation, d'auto-changement, d'autoréparation = agir là où ce processus se trouve bloqué
- Sachant que c'est un état subjectif, instable, réversible
- Ce qui est visé : une disposition d'esprit à l'autodétermination et au bien être
- Soigner c'est créer de l'expérience alternative à la souffrance

# Les pratiques expérientielles



- **Renforcer le processus d'optimalité**  
(l'« actualisation » la « satisfaction » la « gestion »)  
donne une autre vision des objectifs des interventions/soins...
- **Des soins :**
  - Mettre en place un dispositif collaboratif
  - Accompagner et soutenir le changement autodéterminé à travers des expériences alternatives
- **De la prévention :**
  - L'éducatif prime en tant qu'apprentissage à décrypter son expérience et à faire des choix.
  - Développer les régulations communautaires.

# En guise de conclusion



- Les enjeux sont très importants derrière ces questions « conceptuelles » :
- Pour la société et la prévention:
  - sortir d'une vision binaire et centrée sur la contrainte/pression extérieure
  - Gagner en efficacité dans une société addictogène
- Pour les institutions de soins :
  - établir une nouvelle alliance avec les usagers en passant de l'appel à leur participation à la mise en place de véritables collaborations
- **C'est un très grand chantier...**

*« Tout ce qui se fait pour moi, sans moi, est fait contre moi » Nelson Mandela*

*« Dans les pays démocratiques, la science de l'association est la science-mère. Le progrès de toutes les autres dépend du progrès de celle-là. » Alexis de Tocqueville*

*« La rencontre de l'Autre m'engage, et cela je ne peux le fuir... Car ce que je fais, personne d'autre ne peut le faire à ma place. Le nœud de la singularité, c'est la responsabilité. »  
Emmanuel Levinas*