

VAUD

Aider après la souffrance

Les pairs praticien·nes en santé mentale sont rares dans le canton. Roxane Mazallon travaille pour le CHUV et milite pour davantage de place pour cette profession de la santé si peu connue.

MARDI 14 DÉCEMBRE 2021 SELVER KABACALMAN



Roxanne Mazallon: «Je souhaite leur montrer qu'il est possible de transformer ces souffrances en force» OLIVIER VOGELSANG

ENTRETIEN Roxane Mazallon est pair praticienne en santé mentale. Elle est la seule à exercer cette profession dans le département de psychiatrie du CHUV. Son métier est d'ailleurs peu connu dans le pays. Pourtant, il est déjà bien établi ailleurs dans le monde. Elle préside également Re-pairs, l'association romande des pairs praticien·nes, en charge de leur formation. Depuis mars, elle a intégré l'équipe des soignant·es de l'hôpital de Cery sous la direction du professeur et chef de service Philippe Conus.

Qu'est-ce qu'une pair praticienne en santé mentale?

Roxane Mazallon: Il s'agit d'une personne qui a vécu des troubles psychiques, qui s'est rétablie et qui, grâce à la connaissance de la maladie, sa propre expérience et une formation certifiante, va soutenir des patients dans leur rétablissement.

Parlez-vous ouvertement de vos troubles psychiques passés?

Nous nous servons de notre vécu pour aider les autres, donc il le faut. Pour exercer ce métier, il faut être au clair avec son histoire et son parcours de soins. Toutefois, sur le terrain nous partageons surtout ce qui peut être utile aux personnes que nous accompagnons.

De quoi avez-vous souffert?

J'ai eu des troubles anxieux, des phobies, suivis d'une anorexie et de troubles du comportement alimentaire (TCA) qui m'ont conduite à une hospitalisation. Par la suite, j'ai traversé une dépression sévère. A cela s'est ajoutée une dépendance au cannabis et à l'alcool et des tentatives de suicide. En 2010, on m'a diagnostiqué un trouble bipolaire. Quand j'ai décidé d'avoir mon fils, il y a six ans, j'ai dû arrêter mon traitement de régulation d'humeur. On s'est rendu compte que je n'avais pas de fluctuations d'humeur, que je n'avais pas fait d'épisode maniaque et que ce diagnostic avait été posé alors que je consommais des substances. Le diagnostic a été remis en question. Cela fait six ans que je suis sans traitement.

Un mauvais diagnostic donc?

La question des diagnostics est toujours complexe. J'en ai eu plusieurs. Ce qui fait que j'ai un profil plutôt riche pour travailler avec mes pairs. J'ai pu, si je puis dire, «toucher à tout», ce qui me permet d'aider, même si cela a été très dur à vivre sur le moment.

Est-il toutefois possible de tisser vraiment un lien avec des personnes qui ont des histoires différentes de la vôtre?

Oui, car nous avons déjà deux bases communes: la souffrance psychique et l'hospitalisation. Ensuite, j'ai été concernée par un «grand panel» de maladies qui revient souvent chez les personnes qui ont des troubles psychiques.

Quel message leur portez-vous?

Je leur dis qu'il est possible de se rétablir, de vivre avec des troubles psychiques. J'essaie d'être un exemple, une image de rétablissement. Je souhaite aussi leur montrer qu'il est possible de transformer ces souffrances en force.

Concrètement, comment se passe une de vos journées?

Je fais des heures fixes. Un choix personnel pour avoir un cadre, j'estime toujours vivre avec des fragilités. Je demande un résumé de ce qui se passe dans le service, s'il y a eu de nouvelles entrées et je regarde où est-ce que mon intervention pourrait avoir du sens. Mon intervention n'est pas systématique. Cela dépend du besoin, du lien créé.

Je me présente à tous les patients du service. Je leur explique mon rôle, que je peux être là pour discuter, assister aux entretiens médicaux, les renseigner, faire des balades avec eux dans le parc, etc. J'essaie de leur montrer qu'il n'y a pas seulement la médication et la psychothérapie, mais aussi des ressources externes comme la médiation, la musique, l'art thérapie, la marche en forêt, etc. Qu'il est aussi important de connaître sa propre force et sa maladie. Les personnes ne peuvent se rétablir que si elles comprennent ce dont elles souffrent. On n'accepte pas de prendre une médication si on ne sait pas à quoi elle sert. Si on demande à un diabétique d'avaler une pilule sans lui expliquer pourquoi on lui impose ça, je doute que la personne l'accepte. C'est pareil ici.

Je leur demande également de se présenter, de m'expliquer pourquoi elles sont là, pour équilibrer la balance et créer un rapport horizontal.

Vous dites avoir encore des fragilités. Leurs souffrances ne vous affectent-elles pas?

Le rétablissement n'est pas une ligne d'arrivée. C'est un chemin. Ma crainte se portait au début sur les chambres de soin car en raison de mes TCA, j'ai vécu en isolement pendant quatre mois et cela a été traumatique pour moi. Là-dessus, j'ai une certaine sensibilité. Mais je l'utilise pour faire évoluer les choses et amener des points de vigilance auprès de l'équipe soignante.

Etes-vous entendue sur ces «points de vigilance»?

Oui, mais tout ne change pas pour autant. Il y a des lois et un fonctionnement institutionnel. Une personne qui est très désorganisée ou qui constitue un danger pour les autres est mise quand même en isolement et doit être surveillée de près. Mais j'amène mon soutien auprès des patients pour qu'ils soient toujours entendus.

Je les aide à préparer leurs entretiens médicaux pour qu'ils s'expriment sur ce qui est important ou difficile pour eux. Je leur explique qu'ils ont le droit de changer de psychiatre, de demander leur diagnostic, d'avoir un avis sur le traitement. Ces choses ne sont pas forcément naturelles ou acquises. Le personnel soignant peut être intimidant. De l'autre côté, je demande souvent à l'équipe soignante de demander l'avis du patient. Je ne suis ni d'un côté ni de l'autre, juste une sorte de médiatrice entre les deux mondes.

Avez-vous rencontré des résistances du côté du personnel lors de votre intégration?

Non, l'intégration s'est bien passée parce qu'il y a eu une bonne préparation avant mon implantation. Des rencontres ont été organisées au préalable pour permettre à l'équipe de comprendre ce qu'est un pair praticien, son rôle et son intervention. Cela permet d'apaiser les craintes dès le départ. C'est un nouveau métier, un changement de paradigme. Entendre la voix d'un ancien patient, ce n'est pas commun, surtout si celle-ci est pleinement intégrée à une équipe de soins.

En tant que présidente de l'association romande, quelle est votre appréciation de votre implantation sur le terrain?

Nous ne sommes pas suffisamment nombreux. L'association est déficitaire, elle ne reçoit aucun financement, mis à part les cotisations des membres. Il y a aussi le problème de financement de la formation, ce qui fait qu'elle n'est pas renouvelée chaque année. En ce moment, nous avons 200 personnes sur une liste d'attente. Il y a aussi très peu de postes sur le terrain. Le monde médical doit s'ouvrir à cette pratique.

La nécessité des groupes de parole

MARDI 14 DÉCEMBRE 2021 SELVER KABACALMAN

Chaque premier jeudi du mois, un forum patient·es-soignant·es est organisé à Cery. Le but? Partager idées et réflexions sur les soins, l'offre et le fonctionnement de l'hôpital. Permettre aux patient·es et aux soignant·es d'échanger ouvertement. Cette prise de parole est encouragée par le chef de service, le professeur Philippe Conus. «Le soin se construit avec les patients eux-mêmes. Il est temps de sortir d'un certain degré de paternalisme qui consiste à faire croire que les soignants savent et les patients ne connaissent rien», explique-t-il. «Ces rencontres permettent de donner une force de parole aux bénéficiaires et d'identifier les changements nécessaires.» Même s'il ne peut s'empêcher de souligner la difficulté d'être à la fois dans le partenariat et la contrainte. A Cery, un patient sur trois arrive sous contrainte, à la suite d'une décision prise par un médecin ou un juge.



«Il y a des patients qui savent bien exprimer leur souffrance, d'autres ont besoin d'aide» Pr Philippe Conus

Faire évoluer les pratiques prend du temps. «Ces trente dernières années, nous avons constamment tenté d'améliorer nos pratiques

par divers biais, en collaborant avec les proches des patients pour comprendre comment ils vivent, puis en allant les voir à domicile par le biais d'équipes mobiles et en intégrant les points de vue transculturels. Il était temps de renforcer le partenariat et de réellement prendre en compte l'avis des patients à l'égard des soins que nous proposons, pour définir nos axes de développement et améliorer nos approches.»

Un paradigme loin d'être facile à mettre en place. Les forums de patient·es et l'intégration de pairs praticien·nes dans les institutions publiques sont un premier pas. Pour le professeur Conus, engager Roxane Mazallon fut une évidence. Il a été convaincu de cette pratique après un voyage en Australie où il a vu ce métier à l'œuvre. «Les pairs praticiens et praticiennes comblent un vide entre le savoir des soignants et la souffrance des patients», relate-t-il et d'ajouter: «Il y a des patients qui savent bien exprimer leur souffrance, d'autres ont besoin d'aide. Nous pouvons avoir toute la bonne volonté du monde, quand on n'a pas vécu une souffrance de l'intérieur, cela nous reste étranger. Avoir l'éclairage d'une pair praticienne, c'est précieux.»