

Bulletin national santé mentale et précarité

Incontournables savoirs profanes dans l'évolution des métiers d'aide et de soin

édito

Christian Laval
Jean Furtos

La prise en compte de la place et du savoir des usagers s'est souvent faite, en France, sous la modalité du conflit identitaire, tout particulièrement en santé mentale. Depuis plusieurs décennies, la politique de reconnaissance et de transmission des savoirs profanes s'est cependant progressivement imposée, par la loi. Mais voici que, dans ce champ que l'on croyait pacifié, les discussions actuelles sur l'introduction de pairs-aidants, ou médiateurs de santé rémunérés au vue de leur expérience de la maladie, porte à nouveau à incandescence les problématiques identitaires : qui est qui, qui soigner, qui est soigné ? Les pairs-aidants vont-ils remplacer à moindre coût les professionnels de santé ?

Les contributions de ce numéro sont pour la plupart, et c'est une surprise, marquées du sceau d'un consensus approuvateur, ou de critiques modérées ; elles ne reflètent pas le ton vif des discussions entendues ici ou là, au comité de rédaction de Rhizome, par exemple. Elles ont en tous cas l'avantage de resituer ce mouvement dans l'histoire de la seconde moitié du 20^{ème} siècle. L'entrée en scène des savoirs profanes n'est ni hexagonale ni psychiatrique. La toile de fond est celle du mouvement américain des droits civiques des années 60, qui mettent sur pied des principes et des pratiques en rupture avec le modèle médical, dont certains aspects ont été considérés comme maltraitants. Les scènes d'expérimentation sont celles des usagers de drogue, qui inventent les prémises d'une politique de réduction des risques, mais aussi celle des personnes handicapées autour de la notion de vie autonome.

Ce rappel historique, marqué du sceau de l'extériorité par rapport au monde psy, oblige à être attentif à la manière dont, depuis peu, des concepts comme le rétablissement (recovery), la notion précisément de pair-aidant, l'auto-support, l'éducation thérapeutique des patients, s'accrochent au contexte national, dans le secteur de la psychiatrie, et plus largement dans le champ de la santé mentale.

L'entrée de cette problématique dans le monde de la culture psy pose de nombreux enjeux où savoir, pouvoir et identité sont inextricablement liés.

Si le vécu personnel (professionnel et non professionnel) est en effet un élément à considérer pour la pratique des soins, on doit admettre possible une redistribution des savoirs professionnels et profanes. Parmi les questions mises en jeu, retenons en trois :

1. Si la reconnaissance des savoirs profanes, notamment issus de l'expérience de la maladie, va jusqu'à former, voire professionnaliser, ceux qui se définissent a priori comme des experts autodidactes, quelles en sont les conditions et les limites ?
2. Comment faire en sorte qu'une montée en généralité de l'expérience subjective, en elle-même précieuse, ne s'accompagne pas du risque réactionnel de standardisation managériale des pratiques, d'individualisation des responsabilités, ou, à l'inverse, d'une nouvelle langue de bois autour de l'idéalisation « du vécu » ?
3. Comment faire, enfin, pour que le mouvement de professionnalisation de l'expérience de la maladie, visant des compétences et des capacités individuelles, ne se substitue pas à ce qui s'est historiquement construit comme un savoir collectif d'usagers, concernés par une cause qui les implique sur une scène autant technique que politique ?



Didier Clémentet

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.orspere.fr

DOSSIER

La pair-émulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France
Eve Gardien p. 2-3

L'expérience du savoir et le savoir de l'expérience
Martine Lacoste p. 4

L'auto-support des usagers de drogues : concepts et applications
Marie Jauffret-Roustide p. 5-6

Savoir autodidacte et expertise des malades en psychiatrie
Emmanuelle Jouet et Tim Greacen p.7-8

Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille
Vincent Girard p.9 et 13

Doit-on professionnaliser les pairs-aidants ?
Bernard Durand p.10

La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs
Nathalie Lagueux p.11-12

Témoignages autour de l'Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes
Chougui Oizdane et Sylvie Muscedere p.13

Moi, Mourad Benaid devenu éducateur p.14

Définir la compétence
Bertrand Ravon p.15

ACTUALITÉS p.16

La pair-émulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France

Eve Gardien,
Sociologue, CCRA,
Chercheuse associée
MODYS, (CNRS
- Université Lyon2
- Université Saint-
Etienne)

Origines
L'introduction en France de perspectives renouvelées sur le handicap, portées par le mouvement social nord-américain Independent Living¹, est à l'origine de la création du terme « pair-émulation ». Ce mouvement pour la Vie Autonome s'est initialement développé dans le cadre d'un programme communautaire porté par l'université de l'Illinois à Champaign-Urbana dès 1962, programme visant à intégrer en milieu universitaire ordinaire des étudiants handicapés. Une véritable révolution architecturale de ce campus ainsi qu'une transformation profonde des représentations du handicap en découleront.

Le modèle de la réadaptation, impliquant une compréhension du handicap comme un problème strictement individuel, fait ainsi face à une alternative intellectuelle puissante : le modèle pour la vie autonome, laquelle considère le handicap comme un problème généré par l'environnement de la personne.

Cette expérience et les conceptions du handicap qui en ont découlé, se diffuseront largement et rapidement à travers le territoire nord-américain. Dans le même mouvement, elles s'enrichiront et se développeront considérablement en s'inspirant d'autres mouvements sociaux de l'époque tels les mouvements promouvant les droits civils, les mouvements de défense des consommateurs, les groupes d'entraide entre pairs, et ceux revendiquant la démedicalisation et la désinstitutionnalisation. Ainsi naîtra dans le milieu des années 70 à Berkeley en Californie le premier « Center for Independent Living ».

Naissance de la pair-émulation en France

Le vocable de pair-émulation est né à la fin de l'automne 1994, lors des premières journées nationales

pour la Vie Autonome, organisées par le GFPH². Ce terme de « pair-émulation » a pour origine un choix de traduction d'un concept porté par la philosophie pour la Vie Autonome. En effet, les vocables couramment mobilisés dans le contexte nord-américain étaient ceux de « peer conseling » ou encore de « peer support », usuellement traduits par les expressions de « support mutuel » ou bien de « conseil transmis par les pairs ». Mais cette option linguistique a été considérée par les acteurs français comme réduisant l'expérience vécue entre pairs au sein de ce mouvement social à une simple entraide. Or, selon eux, il s'agissait de bien plus que cela. En effet, les groupes d'entraide et les relations entre pairs leur semblaient être un espace social spécifique à l'intérieur duquel s'échangent les expériences du handicap, un modèle d'analyse particulier des situations de handicap, ainsi qu'un ensemble de compétences issues à la fois de l'expérience, à la fois de formations prodiguées au sein du Mouvement pour la Vie Autonome. En outre, le terme choisi pour traduction devait pouvoir permettre l'évocation d'un procès de changement suscité et accompagné par les pairs. Tout ceci explique que finalement le mot pair-émulation a été inventé pour désigner « la transmission de l'expérience par les personnes handicapées autonomes, pour les personnes handicapées en recherche de plus d'autonomie, avec le but de renforcer la conscience des personnes handicapées sur leurs possibilités, leurs droits et leurs devoirs³. » A l'échelle européenne, au sein du mouvement ENIL⁴, la pair-émulation est définie comme suit : « un outil d'apprentissage, le plus efficace pour partager l'expérience, les informations et transmettre un vécu personnel. Le but de la pair-émulation est d'aiguiser la conscience des personnes handicapées sur les discriminations physiques, psychologiques, culturelles, auditives ou

visuelles auxquelles elles sont exposées. La pair-émulation a pour but de favoriser une prise de conscience des personnes handicapées sur leurs possibilités de participation au sein de la société. La pair-émulation soutient efficacement les personnes handicapées afin qu'elles puissent influencer leur environnement physique et social pour leur meilleure participation dans leur famille et dans la société⁵. La pair-émulation repose sur l'a priori que les personnes handicapées sont les premiers experts de leur situation, les premiers certes mais pas les seuls. Autrement dit, il est attendu que toute décision concernant les personnes en situation de handicap soit prise en associant à tous les niveaux les personnes handicapées, des décisions à leur mise en œuvre.



Pratiques de la pair-émulation en France : constats et débats

Cet outil qu'est la pair-émulation a été mis en œuvre en France dès juin 1997, dans le cadre des programmes pilotes de la Commission Européenne, par la création d'équipes régionales de soutien par les pairs. Un travail avait alors été entamé en lien avec quelques centres de réédu-

¹ Mouvement pour la Vie Autonome.

² Le Groupement Français des Personnes Handicapées est une fédération.

³ Actes des premières journées sur la Vie Autonome organisées par le GFPH en novembre 1994.

⁴ European Network for Independent Living.

⁵ Définition du terme Vie Autonome, adoptée au Congrès de ENIL à Berlin, en octobre 1992.

La pair-émulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France (suite)

cation et de réadaptation fonctionnelle. Très concrètement, il s'est agi à cette époque d'organiser des rencontres entre personnes en situation de handicap au sein d'associations diverses, de visites en centre de rééducation, dans la visée de donner à connaître des expériences d'autonomie, les droits sociaux et administratifs essentiels, à transmettre une autre philosophie du handicap. D'autres acteurs du secteur du handicap se sont depuis emparés de cette notion de pair-émulation et développent des pratiques alternatives, notamment dans le champ des handicaps mental et psychique.

Cette pratique de la pair-émulation semble avoir pour elle de nombreuses qualités. Aux dires des acteurs, elle présente l'avantage indéniable d'être une transmission de l'expérience directe et pratique de situations similaires à celle qu'il s'agit de résoudre. En ce sens, l'importance du savoir d'expérience est revendiqué. Le point de vue du spécialiste est alors souvent ramené à une forme de carcan intellectuel sans lien avec le vécu de la personne handicapée, imposant des solutions préformatées, et inhibant alors toute possibilité de créer de nouvelles solutions et adaptations par la force de réification d'un savoir surplombant. Ainsi, le pair-émulateur

(pair avec une expérience de vie autonome) est valorisé dans un rôle d'accompagnateur au changement. Son état de santé et l'exemple de ses capacités et compétences permettraient à la personne émulée de retrouver confiance en soi et d'être renarcissée par la découverte de son potentiel. Plus avant, être en lien avec un pair plus autonome faciliterait davantage la rupture avec des représentations incapacitantes que peuvent avoir intériorisées les personnes handicapées sur elles-mêmes lorsqu'elles sont très dépendantes d'autrui. L'émulation suscitée permettrait en outre de prendre des risques et de se développer, de participer davantage à la vie en société, ce qui est tout bénéfique à la fois pour la personne et pour la société. Enfin la pair-émulation serait un moyen de lutte efficace contre l'isolement, ou encore contre l'habitude de se laisser aller à la passivité pendant que les valides tentent de résoudre les problèmes en lieu et place d'une implication de la personne handicapée.

Si la pair-émulation présente des avantages, des limites peuvent aussi être énoncées. Cette pratique permet aujourd'hui, avec le recul, de mettre en avant des risques inhérents à toute relation humaine, lorsqu'un individu pourvoit aux besoins d'un

autre. Le risque d'emprise et de dépendance est inévitablement convoqué. L'émulation peut aussi être détournée pour devenir rivalité.

Devant ces responsabilités importantes du pair-émulateur, la question de sa formation, de sa professionnalisation, de son soutien et de son encadrement se pose. Si généralement, l'ensemble des associations promouvant la pair-émulation ont opté pour une formation de leurs membres actifs, reste qu'aucun consensus n'existe réellement quant aux contenus nécessaires, aux modalités pratiques de la formation, aux exigences requises pour pouvoir prétendre à la validation de la formation, etc. Par ailleurs, si le bénévolat est la règle à l'usage, le salariat est une condition possible et souhaitée de l'exercice de pair-émulateur. Là encore, de nouveaux débats émergent et de probables luttes sont en perspective. Car, en effet, quid du statut d'un usager qui devient professionnel ? De l'inscription de ce statut dans les conventions collectives de notre secteur ? D'une reconnaissance légale, institutionnelle et sociale ? Autant de questions qui demanderont donc dans les temps à venir, à être tranchées. ■

Modèle de la Réadaptation versus modèle de la Vie Autonome

	Modèle de la Réadaptation	Modèle de la Vie Autonome
Définition du problème	Handicap/inaptitude au travail	Dépendance aux intervenants, aux parents, etc.
Localisation du problème	L'individu	L'environnement, le processus de réadaptation
Solution	Intervention (médecins, physiothérapeutes, etc.)	Consultation, défense des droits, groupe d'entraide, consommation éclairée, élimination des barrières environnementales
Rôle social	Patient/client	Le consommateur
Qui contrôle ?	L'intervenant	Le consommateur
Résultats	Fonctionnalité corporelle maximum, emploi peut-être	La vie autonome

L'expérience du savoir et le savoir de l'expérience

Martine Lacoste,
Directrice Association
Clémence Isaure,
Toulouse,
Vice-Présidente
ANITeA.

Dès 1971, avant même qu'il ne crée Marmottan, Claude Olievenstein avait compris que le savoir théorique de la psychiatrie ne suffisait pas au soin en toxicomanie. La magie des effets de la drogue combinée à la singularité du parcours de chaque toxicomane, constituait un paramètre incontournable que n'avait pas considéré le DSM2. Cette intuition était confortée par le contexte répressif de la toxicomanie, tant en ce qui concerne les cultures supposées incitatives (le mouvement « hippie ») que, bien sûr, les usagers eux-mêmes, considérés comme des délinquants. Pas facile alors, de pousser la porte d'un établissement pour venir y chercher des soins.



Bruno Rousseau

La présence de Claude Olievenstein, qui choisit alors d'abandonner le paquebot de la psychiatrie pour considérer la toxicomanie, non plus comme un délit, ni même une maladie, mais comme « une rencontre entre une personne, un produit et un contexte culturel », venait bouleverser non plus seulement l'approche du sujet, mais aussi les pratiques des soignants. Pour mettre en phase des malades qui n'en étaient pas complètement, et des soignants qui entraient sur un terrain qui dépassait le cadre strict de leur discipline, il manquait aux premiers la garantie d'être considérés

pour ce qu'ils étaient – c'est-à-dire des individus à un moment donné d'un parcours de vie qui ne saurait être appréhendé ni avec le seul code pénal, ni avec une morale sélective – et aux seconds la part de l'expérience pouvant rendre préhensible ce phénomène (au sens de surveillance) dans le champ de leur discipline.

Seuls d'ex-toxicomanes, pour reprendre la terminologie d'une époque, étaient en mesure de faire disparaître les antagonismes supposés exister, a priori, entre des individus qui détenaient le savoir particulier du soin et ceux qui avaient l'expérience d'avoir été conduits « là où ils en sont ». C'est ainsi que Claude Olievenstein prit le parti de s'appuyer sur des ex-usagers pour donner aux arrivants les garanties préalables d'anonymat, de gratuité des soins et, plus encore, d'acceptation de leur histoire comme fondatrice du parcours à venir. De plus, grâce à eux, les suspicions de collusions de l'hôpital avec le pouvoir en place étaient levées. Pourtant, peu d'institutions avaient fait ce choix innovant, sauf quelques pionniers. Et il ne faut pas oublier, les dérives qui furent celles de la position de gourou occupée par Lucien Engelmaier, dit « Le Patriarche », qui « asservit » au prétexte de « pairs », d'anciens usagers militants de sa secte, soi-disant professionnels, mais dépendants du personnage et bénévoles remboursant des années la dette de leur « réhabilitation ».

En 1993, se met en œuvre la politique de Réduction Des Risques en France qui allait ouvrir une nouvelle étape dans ce travail avec l'usager expert. Pour l'ouverture d'un lieu d'accueil de Réduction Des Risques à Toulouse, forte de mon expérience à Marmottan, l'évidence fut de constituer une équipe mixte de professionnels et d'anciens usagers. Tout comme en 1970, aller volontairement demander de l'aide pour arrêter la drogue n'allait pas de soi (et cautionnait donc le

choix de Claude Olievenstein) ; dans les années 90, se présenter, en province notamment, pour échanger des seringues était tout aussi suspect... l'interdiction d'usage n'ayant jamais été remise en cause. C'est donc encore cette double garantie de confiance qui a permis de gagner le pari de santé publique porté par la Réduction Des Risques. Il ne faut pas oublier qu'en 1992, ASUD (Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues) avait largement contribué à l'évolution du regard porté sur des usagers de drogues. Ils sont devenus, avec des professionnels, les leaders de la mise en œuvre de cette politique.

Toutefois, cette implication n'a pas été sans risque, notamment lorsque les associations ont fait le choix d'intégrer des pairs proches d'une dépendance récente, sans l'accepter. Dès lors, leur proximité avec les usagers les plaçait dans des situations impossibles à tenir et, dans un conflit de loyauté, voire une injonction paradoxale.

Il semble donc impératif que l'employeur d'une équipe mixte adopte une position claire quant aux attentes formulées à l'égard de ces salariés. Ces attentes doivent d'être concrètes et réalisables. C'est une des conditions sine qua non pour mener une action efficace et assurer un équilibre de travail à l'ensemble de l'équipe.

Ainsi se sont fondés de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques, une clinique expérimentale est née autour du concept de « Care » (prendre soin), incluant une dimension citoyenne par la reconnaissance d'une égale valeur de la parole.

Les apports de cette rencontre entre expérience du savoir et savoir tiré de l'expérience, sont probablement à même de répondre à de nouveaux enjeux, tant sociaux que sanitaires. ■

L'auto-support des usagers de drogues : concepts et applications

Marie Jauffret-Roustide,

Sociologue et chercheuse en santé publique, Institut de Veille Sanitaire et CERMES3 – Equipe Cesames (Inserm U988/Université Paris Descartes/Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales/CNRS)

Du toxicomane à l'usager de drogues l'expertise des usagers de drogues peut apparaître paradoxale dans la mesure où elle confère des qualités à des populations dont les pratiques sont réprimées par la loi et dont l'identité sociale est disqualifiée. En effet, la toxicomanie est généralement associée à des images de déchéance, d'aliénation : le « drogué » est présenté comme ayant perdu totalement la maîtrise de sa vie et le contrôle de lui-même. Les qualités de volonté personnelle, de responsabilité et d'autonomie lui sont niées.

Ainsi, dans la sphère publique, seul le savoir des spécialistes a longtemps été perçu comme légitime sur les drogues et le savoir profane des usagers restait réduit à la sphère intime, au silence et à la culpabilité.

A la fin des années 1980, la mise en place de la politique de réduction des risques a constitué une condition de « possibilité » de la participation des usagers de drogues aux politiques publiques. Au début de l'épidémie de sida, l'annonce du taux de contamination massive des toxicomanes en France (50%) et l'apparition progressive du référentiel de réduction des risques se sont accompagnés de la promotion de la figure de l'usager de drogues moins connotée moralement que celle du toxicomane ou du drogué. Dans le champ des politiques publiques, la décision d'autoriser la vente libre des seringues en 1987 a été très rapidement suivie d'effets positifs, le partage des seringues s'est considérablement raréfié, en passant de 48% à 13% en 2004. Ce changement de pratiques a permis de faire évoluer la représentation du « toxicomane » irresponsable et suicidaire vers un « usager de drogues » plus responsable, en mettant en évidence le fait que les usagers de drogues étaient capables de s'occuper de leur santé, de se protéger eux-mêmes

et de préserver les autres. Le développement des traitements de substitution aux opiacés à partir de 1995 a également permis aux usagers de s'inscrire dans un mode de vie de moins en moins centré sur la recherche quotidienne du produit.

Ce temps disponible a pu rendre possible un engagement des usagers de drogues dans des activités militantes (investissement dans des groupes d'auto-support) ou à vocations professionnelles (embauche dans équipe de réduction des risques), et s'est accompagnée d'une autonomisation des usagers de drogues dans la sphère sociale.

Les groupes d'auto-support, comme moyen d'action pour faire valoir l'expertise des usagers de drogues

L'auto-support peut être défini comme la volonté de « patients » de mettre l'accent sur leur expérience et leur autonomie pour se soigner, s'aider ou défendre leurs droits ; et part du principe que les besoins des patients ne sont pas suffisamment ou mal pris en compte par les institutions et les professionnels : le soutien entre pairs leur apparaît alors comme une manière de pallier ces déficiences (Katz et Bender, 1976). L'auto-support constitue une « solution alternative » qui per-

met aux usagers de drogues de se retrouver « entre-soi », de rompre avec les représentations en cours et de promouvoir un « usager de drogues » sujet, responsable, citoyen, ayant repris le contrôle de sa vie et acteur de sa prise en charge.

Selon Trautmann (1995), deux types de groupes d'auto-support peuvent être distingués : les groupes d'entraide, du type Narcotiques Anonymes qui s'inscrivent dans le modèle de l'abstinence et proposent des réunions de groupe à vocation thérapeutique ; et les groupes d'intérêt du type ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues) qui s'inscrivent dans le modèle de l'anti prohibitionniste, de la réduction des risques et de la citoyenneté des usagers.

En 1984, les groupes Narcotiques Anonymes sont créés en France, dans la lignée des Alcooliques Anonymes apparus en 1935 aux Etats-Unis, et dans le sillage des mouvements évangéliques. Les Narcotiques Anonymes sont des Programmes en Douze Etapes, qui proposent à leurs membres une voie vers l'abstinence et le « rétablissement », après « l'acceptation » de la « maladie dépendance ». Ces groupes sont régis par Douze Traditions qui promeuvent la démocratie, le



Bruno Rousseau

L'auto-support des usagers de drogues : concepts et applications (suite)

volontariat, l'anonymat et une autonomie financière et idéologique. Ces groupes d'entraide produisent une forme d'expertise de l'usage de drogues axée sur la dimension émotionnelle et sensible. La fréquentation des groupes de parole permet aux usagers d'organiser leur quotidien autour de réunions, favorisant l'expression des émotions et l'entraide entre membres. Des principes spirituels valorisant l'adoption d'un nouveau mode de vie basé sur « l'honnêteté, l'ouverture d'esprit et la bonne volonté », le « juste pour aujourd'hui » sont proposés aux usagers.

Le parrainage met en œuvre une relation privilégiée entre le parrain et son filleul qui s'appuie sur le « principe de l'aidant », selon lequel on s'aide soi-même en redonnant aux autres ce qu'on a reçu. Au sein des réunions et de la relation de parrainage s'exerce un processus d'identification selon lequel seul un pair pourrait comprendre réellement un autre pair car ils ont vécu le même type d'expérience. Enfin, la dimension communautaire du groupe Narcotiques Anonymes revêt la forme d'une « fraternité », qui offre aux usagers la reconstruction d'une micro communauté d'appartenance leur permettant de s'inscrire dans de nouveaux réseaux de sociabilité favorisant la stabilisation de l'abstinence.

Concernant les groupes d'intérêt, ASUD est créé en France en 1992 dans le contexte de la réduction des risques. Ce groupe s'inscrit dans la lignée des associations contestataires de patients des années 1970 qui rompent avec le modèle des groupes thérapeutiques et revendiquent la volonté de valoriser un « stigmate » ; et dans le modèle du sida des années 1980, porté par AIDES autour du malade acteur et réformateur et Act-Up autour de l'empowerment. Le groupe ASUD s'inspire des « syndicats de junkies » créés aux Pays-Bas au début des années 1980 sous la forme de groupes politiques qui luttent contre la stigmatisation et la marginalisation des usagers de drogues. Ces groupes revendiquent une

version forte de la politique de réduction des risques qui interroge la question des drogues d'un point de vue éthique du droit pour chaque individu à disposer de son corps et à consommer librement des produits psychoactifs, et qui considère que la marginalisation sociale et la situation sanitaire dégradée des usagers de drogues sont une conséquence du cadre légal et politique des drogues, et du regard stigmatisant que la société porte sur les usagers. ASUD pose ainsi de manière centrale la dépénalisation de l'usage et la citoyenneté des usagers comme revendications politiques. Les techniques d'intervention du groupe s'appuient principalement sur l'édition d'un Journal intitulé « ASUD. Le journal des drogués heureux » qui informe les usagers sur l'évolution des politiques de réduction des risques, met en œuvre le principe de l'éducation par les pairs en mettant à disposition des usagers des conseils sur les techniques de consommation à moindre risque, et constitue un espace d'observation et une tribune d'expression des besoins des usagers de drogues.



Paradoxes et limites de l'expertise profane des usagers de drogues

Dans leur diversité, les groupes d'auto-support d'usagers de drogues font valoir que les usagers seraient les mieux à même de connaître les besoins des autres usagers car ils détiennent les « secrets » de leurs pratiques et ont partagé des expériences de vie auxquelles les non initiés c'est-à-dire les professionnels ne peuvent pas avoir réellement accès. L'auto-support met en avant des compétences de vie (life

skills) des usagers de drogues pour la prévention et la prise en charge : compétences pharmacologiques (effets des produits), sociales (connaissance des réseaux d'usagers), techniques (pratiques de consommation), morales (codes spécifiques au monde des usagers). A travers les groupes d'entraide et les groupes d'intérêt, ce mouvement promeut la valorisation des savoirs profanes par le biais d'une expertise subjective, technique, et sensible.

Cette expertise des usagers de drogues promue par l'auto-support est confrontée à des limites et des paradoxes, principalement liés au contexte social et légal de l'usage de drogues en France, mais également aux conditions d'application locale du concept d'auto-support. Tout d'abord, les groupes d'intérêt sont confrontés à des difficultés dans le recrutement des militants, car l'investissement dans des groupes d'intérêt trouve peu d'écho auprès des usagers de drogues les plus socialement précaires qui sont soumis à la « culture de la survie » au quotidien ; et auprès d'usagers « insérés » socialement qui ne souhaitent pas dévoiler leur usage de drogues, par crainte de la stigmatisation et des conséquences sur leur mode de vie. De plus, si la typologie distinguant groupes d'intérêt et groupes d'entraide est opérante du point de vue conceptuel, elle peut être discutée du point de vue de son application pratique. En effet, certaines associations affiliées à ASUD, telles que l'association ASUD Marseille, souhaitent s'extraire de cette distinction entre groupes d'intérêt et groupes d'entraide, en revendiquant une affiliation plus large à la démocratie participative dans le champ de la santé. Cette association pourrait alors être qualifiée de « groupe d'entraide citoyenne », car elle revendique l'application concrète de la relation d'aide, en permettant aux usagers de retrouver leurs capacités pour occuper une place de citoyens dans l'espace social ; et de faire des choix « raisonnés » dans le domaine de la santé, à travers l'application du principe de réduction des risques. ■

Bibliographie

Jauffret-Roustide M (sous la direction de). 2004. *Les drogues : une approche sociologique, économique et politique*. Paris: La documentation française.

Jauffret-Roustide M. 2010. Narcotiques Anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée Plurielle. Parole, Pratiques & Réflexions du social*. N°23, p. 93-108.

Trautmann F. Peer support as a method of risk reduction in injecting drug-user communities: experiences in dutch project and the "European peer support project". *The Journal of Drug Issues*, 1995; 25: 617-628.

Savoir autodidacte et expertise des malades en psychiatrie

Emmanuelle Jouet,
Docteure en sciences de
l'Éducation,
Laboratoire de recherche
EPS Maison Blanche

Tim Greacen,
Directeur du
laboratoire de recherche,
EPS Maison Blanche

La prise en compte de l'expérience et du savoir des malades est une des évolutions actuelles de la conception de la santé. Ainsi, l'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP), self-management, est largement établie tant au point de vue des objectifs et concepts que des pratiques. Axe majeur des recommandations internationales¹, elle s'inscrit en France dans les recommandations nationales (Direction Générale de la Santé) et la Haute Autorité de la Santé (HAS) rend obligatoire la mise en place d'une politique d'ETP dans les établissements de soins.

Dans les maladies chroniques somatiques, l'ETP favorise l'apprentissage de savoirs ou de gestes d'auto soins mais aussi les compétences psychosociales comme le sentiment d'efficacité personnelle, l'estime de soi, la capacité à mobiliser un réseau social, le coping ou la résolution de problèmes.

Quatre spécificités de la santé mentale au regard de l'apprentissage des malades

Si l'ETP est largement installée dans de nombreuses pathologies chroniques (rhumatisme, diabète, hémophilie...), les professionnels commencent à les mettre en œuvre en psychiatrie, permettant quatre constats :

- L'acte d'apprentissage est déjà au cœur de la pratique des soignants et du parcours de soins de la personne. Dans l'offre de soins actuelle, des savoir, savoir-faire, savoir-être peuvent être schématiquement identifiés à divers stades du traitement. Lors de la prise du traitement (prise de médicaments et thérapies), on apprend à définir la maladie et ses symptômes, connaître le traitement, ses effets. Lors du retour dans la communauté, des pratiques d'apprentissage sont proposées, par exemple les étapes définies par la remédiation cognitive, et lors de la phase

de rétablissement, la personne s'appuie sur ses compétences psychosociales.

- L'ETP telle que définie par l'HAS chevauche les lisières de la psychoéducation et fait d'ores et déjà partie de nombreux programmes de soins. Par exemple, le programme pour les personnes vivant avec un trouble schizophrène, centré sur l'information et la maladie, proposé par le CH de Sainte Anne à Paris où sont mis en place des programmes d'acquisition de compétences psychosociales ; à la clinique médicale du château de Garches, le Docteur Gay développe un programme de psychoéducation à l'attention des personnes bipolaires. La psychoéducation se définit alors dans le champ de la psychiatrie comme de l'éducation thérapeutique du patient. C'est pourquoi, les professionnels ont le sentiment qu'ils mettent en œuvre ce type de programme et ont des difficultés à intégrer ce qui diffère réellement de leur pratique quotidienne.

L'analyse des recommandations de l'HAS permet néanmoins de séparer ces champs :

- Pour les pratiques classiques de soins : théories sur la personnalité et ses troubles ; techniques de soins ; formation relative élaborée uniquement par les professionnels ; contrat de soins légalisé par textes ; évaluation relative.

- Pour l'Éducation Thérapeutique du Patient : théories de l'éducation ; techniques d'apprentissage des savoirs et des compétences biopsychosociales ; formation exigée ; co-construction des programmes avec les usagers obligatoire ; contrat éducatif au cas par cas ; évaluation obligatoire.

- Les soignants sont confrontés à leurs représentations de la maladie et de l'éducation (par exemple, le déni de la maladie représente un obstacle pour apprendre à son sujet). De plus, le terme « Education » renvoie généralement au système formel scolaire et le lien avec la démarche de soins n'apparaît pas aisé-

ment. Enfin, les professionnels se reconnaissent peu dans ces pratiques et redoutent de faire passer le « soin » au second plan.

- Il existe des obstacles vis à vis de l'apprentissage des personnes vivant avec un trouble psychique lié par exemple aux expériences antérieures d'échec dans le cadre formel de l'école et aux difficultés vis-à-vis des apprentissages notionnels et méthodologiques.

Des pratiques efficaces d'empowerment et de rétablissement au savoir expérientiel

Malgré ces difficultés, il existe en psychiatrie des pratiques prouvées qui favorisent l'apprentissage de savoirs et de compétences. Ces approches éducatives sont par exemple :

- des interactions entre pairs,
- des contenus adaptés, basés sur la résolution de problèmes concrets de tous les jours et sur la réalisation de buts accessibles et co-construits avec les malades,
- des formes interactives,
- un état d'esprit de groupe positif reposant sur l'espoir et l'encouragement,
- des soutiens individualisés.

Ces interventions sont essentiellement construites sur les notions d'empowerment et de rétablissement social. Ces approches favorisent des aspects du savoir qu'une personne vivant avec une maladie chronique peut développer, notamment hors de la relation soignants-soignés. Ce savoir est défini comme issu de l'expérience, dans notre cas de l'expérience de la maladie, savoir dit expérientiel.

Le qualificatif « expérientiel » apparaît en 1998 à propos du diabète, en parallèle avec la notion de patient expert introduite, elle, aux États-Unis dès 1985. Cette référence à l'expert peut être comprise de façons complémentaires :

- une personne ayant une expertise dans un domaine, reconnue par la société – expertus : éprouvé, qui a fait ses preuves. L'adjectif « expert à, en, dans... » se réfère à « une personne, à ses activités,

¹ Charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la santé, 1986.

Savoir autodidacte et expertise des malades en psychiatrie (suite)

à ses gestes et désigne quelqu'un qui a acquis une grande habileté, un grand savoir-faire dans une profession, une discipline grâce à une longue expérience ».

- une personne vivant une expérience, qu'elle soit subie (l'expérience de la vie, de la maladie) ou choisie – ici, l'expérience devient un « fait vécu » qui consiste à « acquérir, volontairement ou non, ou à développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde ».

- une personne ayant une expérience pour vérifier des hypothèses – en référence à la méthode expérimentale de Claude Bernard, l'expérience devient alors « l'ensemble des connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie, et prêtes à être mises en pratique ».

C'est bien par une formation expérientielle que le vécu in situ d'une maladie se métamorphose en savoirs et qu'un malade se transforme en expert : « les adultes se forment aussi en dehors de lieux et de systèmes de formation institués, en vivant des expériences, [et elle est ainsi] le produit d'expériences qui n'ont pas comme finalité première la formation » (Bonvalot, 1991). Emergent ainsi de nouvelles pratiques et figures d'une personne vivant avec une maladie chronique² dans le système de santé.

Patient expert, nouvelles pratiques et nouveaux métiers
Dans le programme EMILIA³, les usagers sont considérés comme co-chercheurs et co-formateurs. Ainsi ils ont construit et évalué les formations auxquelles ils ont participé. Dans le module « Sensibilisation au handicap psychique » (2008-2009) à l'attention des conseillers des missions locales de Paris, ils ont témoigné de leur parcours. Le module « Devenir témoin des services psychiatriques » co-construit et animé avec la FNAPSY, a permis de les former au préalable⁴,

à savoir témoigner de son expérience, être capable de représenter et d'aider d'autres usagers mais également de tenir un rôle dans des formations professionnelles. Leur présence facilite alors les échanges, légitime le vécu de la personne, modifie les représentations des troubles psychiques. Les usagers ont également mis en œuvre leurs compétences par la participation à des conférences nationales et internationales.

Deux recherches ont aussi été développées avec eux : « Gestion de la douleur dans les Centres Médico-Psychologiques » à Maison Blanche et « Enquête sur les représentations et pratiques de la ville des usagers des services de santé mentale »⁵. Ils ont été formés à l'administration des questionnaires, ont participé à l'analyse des données et ont présenté les résultats dans des conférences publiques.

EMILIA a permis également à des usagers de trouver un emploi (un usager est devenu assistant de recherche à l'EPS Maison Blanche) : une telle valorisation de l'expérience de la pathologie ayant des effets en retour sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard de personnes souffrant de pathologies chroniques. De nombreux développe-

ments similaires sont en cours (MB Projekt au Danemark, peer support aux USA, pairs-aidants au Canada, médiateurs de santé en France).

Conclusion

Il apparaît un double mouvement dans le champ de l'éducation appliquée à la santé et spécifiquement à la santé mentale. D'une part, l'ETP qui se situe du côté du système de soins formels, et d'autre part, le développement des compétences issues de l'expérience du vécu de la maladie, où l'on est en dehors du système de soins et de formation tout en interagissant avec eux. Ces deux domaines ne sont pas en opposition et le croisement se fait au niveau du savoir expérientiel de la personne qui vit avec un trouble psychique. De nombreuses recherches tendent à montrer aujourd'hui les avantages (et les difficultés) pour l'ensemble des acteurs (soignants, usagers, proches, communautés, professionnels...) à considérer la maladie comme un épisode autodidacte, au cours duquel de nouveaux savoirs et compétences peuvent être acquis favorisant le rétablissement et l'autonomie des usagers ainsi que la relation soignants-soignés. ■

² Coord. Jouet, E., Flora, G. « La part du savoir des malades dans le système de santé », *Pratique de formation et Analyses*, 57-58, Juin 2010

³ *Empowerment of Mental Illness Service Users : Lifelong Learning, Integration and Action (EMILIA)* : recherche-action menée avec mise en pratique et étude sur l'usager-expert par des stratégies de formation mises en place en s'appuyant sur les compétences acquises dans le parcours de soins, dans une démarche de réinsertion sociale des patients. Cf. Greacen T. et Jouet E. « Le projet Emilia : l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion », *Information psychiatrique*, n°10, (84), 2008, 923-929.

⁴ Greacen T et Jouet E. « Devenir acteur non seulement de sa santé mais aussi du système de soins ; la formation EMILIA des usagers de la psychiatrie pour apprendre à témoigner de son expérience en tant qu'usager » in livre à sortir.

⁵ Séminaire Ville et Santé Mentale, 9 décembre 2009, Université Paris 7.



Yvette Lallemand

Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille

Vincent Girard,
*Coordonateur d'une
 équipe de santé
 communautaire
 Assistance Publique-
 Hôpitaux de Marseille /
 Médecins du Monde*

« Autant que possible, tous les servants (de l'asile), sont choisis parmi la catégorie des malades mentaux. Ils sont, plus que les autres, compétents dans ce travail exigeant, car ils sont plus souvent, gentils, honnêtes, et humains » (Pinel¹).

Dans la diversité des sociétés étudiées par les chercheurs en sciences sociales, certaines personnes ont un itinéraire thérapeutique particulier qui les amène à être initiées, par l'expérience même de la maladie et de la cure, au pouvoir de guérir.

Les textes décrivant les fonctionnements des asiles français aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, révèlent que le personnel qui y travaille est souvent recruté parmi les malades guéris. Le patient devenu professionnel, le plus connu des aliénés français fut sans aucun doute Jean-Baptiste Pussin, qui, selon certains auteurs, fut, plus que Pinel et avant lui, celui qui libéra les malades de leur chaînes².

Un des actes symboliques du changement fondamental de paradigme dans le traitement de la folie au XIX^{ème} siècle fut le fruit de la rencontre entre un ancien malade « guéri », Pussin, devenu professionnel au sein d'un asile, et un médecin, Pinel.

Pinel fut l'un des premiers médecins travaillant dans les asiles à parler de rétablissement et de guérison à propos de la maladie mentale³.

La psychiatrie contemporaine anglo-saxonne, sous l'impulsion initiale d'un mouvement d'usagers de la psychiatrie, et devant un corpus scientifique s'accumulant depuis plus de quarante ans, se saisit à nouveau, un siècle plus tard, de cette idée du rétablissement, en proposant d'utiliser le savoir des personnes rétablies. Les acteurs des politiques de santé utilisent aujourd'hui le terme de « soins orientés autour du rétablissement ».

Un outil singulier des soins orientés autour du rétablissement est d'engager des personnes réta-

blies comme professionnels au sein des équipes soignantes psychiatriques.

Petite histoire du concept de rétablissement

Largement développé depuis 15 ans dans les pays anglo-saxons, le concept de rétablissement reste méconnu en France. Les psychiatres français emploient plus volontiers les termes de stabilisation et de rémission et restent souvent attachés à l'idée de chronicité.

Le « rétablissement » est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il est né dans le champ de la santé mentale en Amérique du Nord dans les années 70-80. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers le mouvement d'associations d'usagers, dans le sillage du mouvement pour les droits civiques. Dans un second temps, ce concept a été repris par différents chercheurs qui ont mis en évidence la réalité épidémiologique, clinique, sociale et politique de ce phénomène. Des enquêtes conséquentes et répétées depuis plus de quarante ans, montrent que 40 à 60 % des personnes atteintes de schizophrénie se rétablissent plus ou moins rapidement, et peuvent mener une vie satisfaisante. Devant cette nouvelle évidence scientifique et la pression des associations d'usagers, les professionnels soignants anglo-saxons réforment, avec plus ou moins de profondeur, leur système de soin en santé mentale, en se référant à ce nouveau concept depuis plus de dix ans.

Des critères de rétablissement ont été proposés, comme l'intégration dans la communauté, la capacité à se gérer soi-même, à développer des activités sociales, à se redéfinir et à reconstruire un sens de soi. Aujourd'hui, le « rétablissement » propose une façon nouvelle de penser le soin. Il existe des soins orientés autour du rétablissement et des politiques nationales de santé construites à partir de ce paradigme. Les personnes malades y prétendent jouer un rôle de pre-

mier plan dans la co-construction et la mise en place de ces nouvelles politiques de santé, de ces nouvelles pratiques de soins, ainsi que dans les recherches conduites dans ces domaines. Ce terme s'oppose en outre à l'idée d'incurabilité des personnes malades et à une image de personnes faibles et sans capacités, ce qui est une violence supplémentaire qui leur est faite. Le rétablissement parle du parcours et du combat des personnes face à la maladie et à l'exclusion. Une politique du rétablissement reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et utilise leurs compétences.

Petite histoire du programme de médiateurs en santé mentale à Marseille

Un exemple paradigmatique de l'utilisation de ces compétences est la professionnalisation, dans les équipes de psychiatrie, de personnes ayant vécu l'expérience, à la fois de la maladie et du rétablissement, comme médiateur/intermédiaire.

Le programme médiateur de santé mentale s'inscrit dans un contexte historique local particulier. Dans les années 90, à Marseille, l'irruption de l'épidémie de SIDA modifie la lecture sanitaire de la toxicomanie. Une politique de santé, venant des pays anglo-saxons, « the Harm reduction model »⁴, va proposer, au sein d'une palette de stratégies, que des usagers interviennent comme intermédiaires entre le système de soin dit « de droit commun » et les personnes malades, dans une démarche d'« aller vers ».

Le recrutement se faisait alors sur des critères de connaissance du milieu des usagers de drogues et de compétences en termes de création de lien, mais pas sur les compétences liées à une trajectoire de rétablissement de l'addiction.

Le programme de médiateur de santé mentale, co-construit par Médecins du Monde et l'APHM⁵, intègre progressivement, depuis 2005, des personnes inscrites dans des processus de rétablissement, comme professionnels dans une équipe

¹ Weiner D.B. 1979. The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document « observations of Citizen Pussin on the Insane ». American journal of Psychiatry, 36(9), 1128-1134.

² Caire Michel. 1993. Pussin avant Pinel, L'information psychiatrique, 69, 8, 1993, 529-538.

³ Davidson L, Rakfeldt Jaak, Strauss J. 2010. The roots of recovery movement in psychiatry. Lessons learned. Edt willey-blackwell.

⁴ Feroni I, Apostolidis T., 2002. Drogues et toxicomanies : politiques de prévention et usages des drogues à Marseille : Faire Savoirs, 2002, (1), 19-26.

⁵ Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Doit-on professionnaliser les pairs-aidants ?

Que de changements dans l'implication des usagers de la santé et plus spécifiquement de la psychiatrie depuis les pionniers du « self help », dans les années trente aux Etats-Unis, avec l'émergence du mouvement des « alcoholics anonymous ». L'apparition du sida, cinquante ans plus tard, a donné un essor considérable à cette notion, et aux USA comme en France, elle a conduit certaines associations à des engagements militants sur le plan social et politique.

Bernard Durand,
Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine,
ancien psychiatre des hôpitaux

En psychiatrie, le concept d'usager a été préféré par les intéressés à celui de patient. Deux catégories se positionnent en fait comme usagers, les familles regroupées au sein de l'UNAFAM et les usagers eux-mêmes regroupés au sein de la FNAPSY.

Depuis la loi du 4 mars 2002 sur les droits des usagers, ils siègent dans les conseils d'administration des hôpitaux et dans les commissions de conciliation, devenues ensuite les commissions des relations avec les usagers et de la qualité des soins (CRUQ), ce qui pose immédiatement la question de la formation de ces représentants si l'on ne veut pas qu'ils ne soient qu'un alibi.

Mais à côté des ces fonctions représentatives, la question de l'entraide a été centrale dans le développement tant de l'UNAFAM que de la FNAPSY et très vite s'est posée la question des aidants : aidants-familiaux pour l'UNAFAM, pair-aidants pour la FNAPSY qui avait développé, avant même l'instauration des Groupes d'entraide mutuelle, des formes d'entraide évoquant les pratiques des Clubhouses anglo-saxons.

La création des GEM¹ a officialisé ces pratiques et permis de les développer sur une plus grande échelle. Cette innovation a constitué une avancée majeure, par ce qu'elle implique de changement de regard sur les personnes soignées en psychiatrie. Elle a permis de constater une foultitude de situations qui confirme la pertinence de cet outil de solidarité et de facilitateur de lien

social qui se démarque de tout objectif thérapeutique.

Il est apparu flagrant, avec ces GEM, que des patients qui vivent des périodes de stabilisation ou de rémission prolongées, peuvent constituer une composante d'appui pour d'autres patients. On le constate quotidiennement lorsqu'un adhérent sait suggérer à tel autre adhérent de reprendre contact avec son psychiatre, trouver les mots qu'il faut pour tel autre qui vit un moment difficile, prendre l'initiative avec d'autres usagers d'aller chercher à son domicile celui qui ne donne plus signe de vie depuis quelques jours.

Si l'idée de « pairs-aidants » va ainsi de soi, les choses deviennent plus compliquées lorsqu'il s'agit de vouloir leur donner un statut. Car cette possibilité d'entraide souvent très subtile, se nourrit de l'expérience vécue et de la capacité de la partager et non d'une place définie dans un dispositif aussi pertinent soit-il. Le pair-aidant est avant tout une situation qui se décline au participe présent : c'est un gérondif, mais ça ne saurait être un statut qui irait sûrement à l'encontre de cette solidarité partagée.

Faut-il pour autant en rester là ? Car en effet, la FNAPSY s'est engagée dans une expérience de formation d'usagers baptisée « formation de médiateurs de santé-pairs », soutenue par le CCOMS² et financée par la CNSA³. L'idée de former des usagers dont certains ont pris des responsabilités dans les GEM ou sont même devenus animateurs est tout à fait légitime en soi, mais en revanche nous nous interrogeons, lorsque nous lisons dans le projet de cette formation qu'il s'agit d'intégrer « un nouveau type de professionnels dans les équipes soignantes ». Il nous semble que cela va introduire des confusions dont ni les pairs-aidants, ni les professionnels du soin ne tireront bénéfice. C'est justement le fait que ces pairs-aidants ne sont pas des professionnels, mais justement des pairs qui leur donnent cette pertinence dans l'accompagnement de certains des leurs. Les mettre en position de soignant, même

s'il s'agit d'un nouveau type, c'est quelque part les invalider en tant que pair. Sans compter le risque des financeurs omniprésents qui trouveront là une opportunité pour réduire le nombre de postes de soignants.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas leur proposer des formations, cela ne veut pas dire non plus qu'on leur refuse cette position particulière d'expert dont parle Claude Finkelstein : « *Nous devenons experts de notre pathologie et partenaires avec les experts que sont nos thérapeutes. La mise en synergie de ces deux expertises, dans le respect mutuel, est pour nous la véritable alliance thérapeutique sans laquelle notre vie devient un enfer* ».

J'irais même plus loin en affirmant qu'ils peuvent être aussi des experts dans la formation des professionnels. Je pense, qu'avec la prudence qui s'impose, il faut absolument leur donner la parole dans les cursus de formation des soignants, y compris celle des psychiatres. Mais toujours en tant qu'usagers, car ceux qui deviennent des soignants, et il y en a, sont alors dans une autre position que pair engagé dans une démarche « d'empowerment » comme l'on dit aujourd'hui.

Lorsque l'on prend connaissance d'une étude récente cofinancée par la Fondation de France et soutenue par la FASM Croix Marine⁴ sur l'accueil des familles des jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie, on voit d'emblée l'intérêt de concevoir des médiateurs de santé, tant pour les patients que pour les familles, mais n'en faisons surtout pas des soignants. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas les rémunérer, mais ayons un peu d'imagination pour qu'on leur laisse leur place particulière à côté et en synergie avec les soignants dont ils peuvent par ailleurs contribuer à faire évoluer les pratiques.

Il me semble que si cette initiative est intéressante, il faut repenser néanmoins le statut de ces futurs médiateurs pour leur laisser leur place originale et précieuse de pair et se méfier du risque de récupération de cette démarche dans une logique de soins à l'anglo-saxonne. ■

¹ Groupe d'Entraide Mutuelle

² Centre Collaborateur de l'OMS (Lille).

³ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

⁴ Pratiques en santé mentale 2010 n°4.

La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs

Nathalie Lagueux,
Travailleuse sociale et usagère,
Coordonnatrice du programme québécois Pairs Aidants Réseau

En 2006, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) et l'Association des personnes utilisatrices de services de la région de Québec (APUR) déposaient conjointement à la demande du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un projet visant à développer une stratégie québécoise pour favoriser l'embauche et l'intégration de pairs-aidants au sein des services de santé mentale. Ce projet s'inscrit en réponse à l'un des importants objectifs du plan d'action ministériel 2005-2010 : La force des liens, qui préconise l'embauche de pairs-aidants dans 30% des équipes de suivi intensif et d'intensité variable.

Le mandat du programme Pairs Aidants Réseau vise à promouvoir l'embauche et l'intégration de pairs-aidants dans les services de santé mentale au Québec, offrir des outils de formation et des mesures de soutien aux pairs-aidants ainsi qu'aux milieux d'embauche. À l'heure actuelle, le programme Pairs Aidants Réseau est le seul programme francophone à l'international. Son expertise est de plus en plus recherchée dans les pays où le français est une langue officielle.

Le rôle de l'intervenant pair-aidant

La fonction de pair-aidant fait référence à un membre du personnel vivant ou ayant vécu un trouble grave de santé mentale. À partir de son expérience de la maladie et de sa compréhension de son processus de rétablissement, le pair-aidant aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui les aide à se rétablir¹.

Afin d'assurer la spécificité de son rôle, le pair-aidant doit redonner espoir aux personnes utilisatrices, soutenir et responsabiliser la personne dans son processus de rétablissement et apporter

son expertise et maintenir présentes dans l'équipe les préoccupations envers la diminution de la stigmatisation, la nécessité de redonner de l'espoir et d'assurer la pleine participation de la personne au choix des services.

Une formation incontournable

Depuis 2008, Pairs Aidants Réseau forme une vingtaine de personnes chaque année. Pour la première fois cette année, ce programme de formation est offert en collaboration avec la Direction générale de la formation continue de l'Université Laval et appuyé par l'École de service social. En effet, l'École de service social a accepté d'agir en tant qu'unité de rattachement pour cette formation offerte dans le cadre d'unités d'éducation continue par la DGFC de l'Université Laval à Québec. L'enseignement est offert par mesdames Nathalie Lagueux et Noémie Charles, travailleuses sociales et co-auteurs de la formation en intervention par les pairs. Toutes deux sont des personnes vivant un trouble mental. Ce programme de formation a été créé entièrement par des personnes utilisatrices. De plus, afin de bien transmettre le savoir expérientiel, la prestation de la formation est offerte par des personnes ayant connu l'expérience de la maladie mentale et du rétablissement.

La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs de Pairs Aidants Réseau s'est inspirée généralement de deux modèles de programme offerts par et pour des personnes utilisatrices de services : le *Certified Peer Specialist de la Géorgie (USA)* et le *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)*. En 2007, la coordonnatrice et une autre personne utilisatrice ont été mandatées

pour aller en Géorgie suivre la formation destinée aux pairs-aidants spécialistes. Cette formation (*Certified peers specialist : CPS*) est reconnue officiellement par l'État de la Géorgie et par une quinzaine d'autres États.

Tous les modules constituant la formation sont conçus pour aider les participants à comprendre leur rôle en tant que pairs aidants, à apprendre les habiletés nécessaires pour le réaliser et à les aider à réfléchir à travers leur rôle unique de personnes ayant fait l'expérience des troubles mentaux et du rétablissement.

La formation en intervention par les pairs est d'une durée totale de 112 heures. Les étudiants participent à dix jours de formation répartis sur deux semaines. L'enseignement porte principalement sur les étapes dans le processus de rétablissement, le rôle de pair-aidant ainsi que ses outils d'intervention spécifiques incluant le Plan d'action pour le rétablissement de la santé (WRAP). D'autres modules complètent la formation, entre autre les principaux troubles mentaux et la gestion des symptômes et les droits et recours en santé mentale.

La formation est suivie d'un stage de 35 heures durant lequel les stagiaires sont jumelés avec d'autres pairs-aidants à l'embauche. Finalement, suite au stage, un séminaire-intégration permet aux étudiants de faire un bilan de leur stage et d'échanger entre eux sur les obstacles rencontrés et les facteurs facilitant dans leur expérimentation sur le terrain. Pour recevoir l'attestation de formation, les étudiants doivent assister à tous les cours et réussir l'examen final (écrit et oral). Une collation des grades est organisée chaque année dans le cadre du congrès du ministère de la santé et des services sociaux.



Didier Clémencet

¹ Lagueux, N., Charles, N. et D. Harvey (2008). Guide de référence à l'usage des milieux embauchant des pairs-aidants. Programme québécois Pairs Aidants Réseau, Québec.

La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs (suite)

Critères d'admission pour la formation

La formation s'adresse aux personnes vivant ou ayant vécu un trouble grave de santé mentale, intéressées à s'investir dans une formation en intervention par les pairs et désireuses de travailler à titre de pairs-aidants dans le réseau de la santé mentale (avec un salaire équitable sur le marché du travail régulier).

La formation offre aux participants des cours basés sur l'acquisition de connaissances et d'habilités nécessaires afin d'exercer avec professionnalisme leur rôle spécifique de pair-aidant. Les candidats sont sélectionnés selon leur capacité à porter un regard sur leur propre processus de rétablissement, leur expérience avec la maladie et leurs expériences d'implications sociales et de travail. Les personnes occupant un poste de pair-aidant dans un service de santé mentale ou qui intégreront assurément un emploi suite à la formation sont prioritaires.

esprit d'appartenance, à nouer des liens et à favoriser la dynamique de groupe. Les pauses et les repas sont pris en commun. Le soir, il est possible d'expérimenter en groupes des activités axées sur le rétablissement. Les pairs-aidants mettent rapidement en pratique entre eux ce qu'ils ont appris en classe. L'entraide mutuelle leur permet d'échanger sur les stratégies qui leur ont permis de franchir les obstacles qui se sont dressés devant eux. Ces informations seront précieuses lorsque ces derniers interviendront auprès de leurs pairs. Ainsi, des pairs-aidants mentionnent que la formation aura été bénéfique pour leur rétablissement. Plusieurs disent y avoir beaucoup cheminé.

« La formation m'a permis de « structurer » mon processus de rétablissement et de transformer mon vécu en outils concrets pour la pratique. Elle permet également d'approfondir la connaissance de soi, de se reconnaître entre pairs et de créer des liens qui seront essentiels dans nos expériences professionnelles. » (Pair-aidant certifié, cohorte 2009)

Profil type de l'intervenant pair-aidant

En général, les employeurs recherchent des pairs-aidants certifiés par le programme Pairs Aidants Réseau et répondant à des critères similaires à ceux de la formation. Le profil du candidat s'apparente habituellement à celui de la clientèle fréquentant les services offerts par le milieu d'embauche. Par exemple, la personne recherchée pourrait avoir connu, outre le trouble de santé mentale, des problèmes de toxicomanie et d'itinérance similaires à ceux rencontrés par la clientèle. Cette préférence entraîne des conséquences directes sur le sens même du travail de pair-aidant. Puisque le pair-aidant devient un modèle de rétablissement et d'espoir pour ses pairs, il est important qu'il soit crédible à leurs yeux. Pour cette raison, le candidat devra

avoir vécu une expérience partagée ou similaire à celle des clients. De plus, certaines habilités sont requises chez le pair-aidant telles que²:

- Être en mesure d'utiliser adéquatement et de manière positive sa propre expérience pour aider ses pairs et pour redonner espoir. Éviter l'étalage.
- Avoir la capacité de bien gérer le stress.
- Faire preuve de patience, de tolérance, de sensibilité et de souplesse.
- Avoir de la facilité à établir un lien significatif.
- Avoir la capacité de mobiliser et de stimuler les usagers à s'engager dans un processus de rétablissement.
- Être en mesure de montrer l'exemple, d'être un modèle positif pour les usagers.
- Utiliser ou avoir utilisé des stratégies d'adaptation et être en mesure d'aider les usagers à identifier ce qui les aide à se rétablir.
- Aimer le travail en équipe et reconnaître l'expertise des autres professionnels.

Conclusion

Actuellement, 68 pairs-aidants ont été formés et 30 d'entre eux travaillent dans les services de santé mentale. Ces nouveaux partenaires québécois sont devenus de véritables porte-étendards dans le développement de cette pratique incontournable pour offrir des services réellement axés sur le rétablissement.

Au Québec, plusieurs services de santé mentale reconnaissent la valeur des pairs-aidants en se prévalant de leur approche d'intervention par les pairs. À l'heure actuelle, 30 ressources en santé mentale (réseau public et communautaire) embauchent des pairs-aidants. Ces derniers ont un salaire équivalent à leurs collègues de travail. Ils sont de plus en plus recherchés pour leur expertise et de plus en plus reconnus comme des acteurs incontournables dans le système de soins. ■

² Dizon, L., Krauss, N., & Lehman, A. (1994). Consumers as Service Providers: the Promise and Challenge. *Community Mental Health Journal*.



Bruno Rousseau

Un formulaire d'inscription et un pré-test servent d'outils pour procéder à la sélection des candidats pour la formation.

Les participants sont invités à demeurer sur place durant la formation. Cette modalité vise entre autre à faire naître un

Témoignages autour de l'Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes

AFTA,
Pôle Est,
CH Le Vinatier, Bron

L'accueil Familial Thérapeutique pour Adultes (AFTA) est une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie. Il utilise les savoirs profanes des familles qui se forment à cet effet. Il s'organise sous la responsabilité de l'hôpital et doit permettre la poursuite du traitement. Une équipe pluridisciplinaire fait également le lien entre la famille d'accueil et la personne accueillie, entre le patient et son thérapeute. Une personne nommément désignée de la famille est agréée et rémunérée par l'hôpital.

Témoignage de Madame Chougui Oizdane, Famille d'Accueil.

Famille d'accueil est un métier à plein temps. Il faut pour faire ce métier aimer les gens, être à l'écoute, être attentif au comportement et aux humeurs changeante des autres.

Il faut que toute la famille soit d'accord, donc nous en avons beaucoup parlé, l'idée a fait son chemin. Lorsque j'ai eu la place pour pouvoir accueillir une personne, et bien je me suis lancée, et ma petite famille avec moi.

Il n'est pas facile d'accueillir une personne que l'on ne connaît pas, aussi bien pour elle que pour nous, car nous avons tous nos petites habitudes. Au début, on regarde, on écoute comme si on s'appropriait les uns les autres. Et puis on met en place des règles bien définies que chacun se doit de respecter.

Il nous faut beaucoup répéter pour que les choses s'imprègnent ; cela implique beaucoup de patience. Parler et montrer des endroits pour les gestes du quotidien comme par exemple montrer la boulangerie pendant plusieurs jours (ou mois) jusqu'à ce que la personne qui n'était pas capable d'y aller seule au début y parvienne et y aille. Ce n'est peut être rien pour certains mais, croyez moi, lorsqu'elle atteint ce petit but, elle se sent fière et comblée ; nous le voyons bien à l'expression de son visage et cela pour plein de petites choses qui font la vie.

Il faut parfois trouver des astuces pour que la personne s'intéresse à quelque chose alors qu'on

sait que rien ne l'intéresse. Il se peut parfois qu'une personne évolue ou que, pour une raison qui nous échappe, elle régresse ; il faut alors essayer de comprendre et de repartir à zéro. Ce n'est pas un échec pour autant, et c'est pourquoi je disais qu'il fallait être très patient, car rien n'est jamais acquis. Il faut savoir qu'il n'y a pas que les accueillis qui évoluent ; pour ce qui est de notre famille, mes enfants ont beaucoup appris. Il y a donc un enrichissement des deux côtés et une grande satisfaction. C'est pour cette raison que je trouve ce métier formidable et que je suis fière de faire partie des familles d'accueil thérapeutique.

Témoignage de Sylvie Muscedere

Pour moi, infirmière travaillant dans une équipe pluridisciplinaire de l'AFTA, les Familles d'Accueil deviennent auprès des patients accueillis des savants du quotidien, du partage du quotidien. Elles offrent aux accueillis une scène de vie familiale stable autour des valeurs de la famille : être ensemble et séparé, le partage et ses limites.

Les professionnels ont des compétences et des savoirs qui ne sont pas les mêmes que ceux des familles. A partir de rencontres dans le service et surtout lors de Visites à domicile (VAD), je rentre moi aussi dans leur intime et le partage. Mon rôle infirmier est de « piloter » l'accueil au plus près, et dans les familles, d'accompagner la relation où elle se déroule, de les aider à décoder ce qui se passe dans leur jeu relationnel avec l'accueilli et comprendre leur type de relation. Le travail avec l'équipe pluriprofessionnelle est le gage d'une prise de distance suffisante, qui régule ce qui autrement pourrait tourner en fusion ou en ambivalence non maîtrisées.

Vivre avec un sujet psychotique n'est pas facile ; je crois que la grande majorité des soignants en psychiatrie ne pourraient pas le faire, je me demande même parfois comment les familles d'accueil y arrivent. ■

Merci aux familles d'accueil qui ont collaboré à ce témoignage.



Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille (suite)

de « psychiatrie précarité ». Ce programme pilote marseillais s'est inspiré du programme de travailleurs pairs développé depuis 1995 à New Haven (Etats-Unis). Il a construit, depuis 2003, des liens de partenariat en termes de recherche et d'échange de pratiques avec l'équipe anglo-saxonne de Larry Davidson, Yale Program for Recovery and Community Health. Aujourd'hui 3 médiateurs sont

salariés d'une équipe mobile psychiatrie précarité de 14 professionnels. Ils développent des compétences dans le travail de rue, mais aussi à l'hôpital et dans les visites à domicile. Ils tentent de convaincre les institutions de s'adapter aux besoins des personnes, aident les « patients » à mieux négocier leur droits et mieux comprendre les règles du jeu et les stratégies de rétablissement. En appartenant aux

deux mondes, celui des malades ou ex-malades et le monde des soignants, ils sont les témoins privilégiés des différences de points de vue et des ponts qu'il reste à construire entre ces deux mondes. Ils sont aussi la preuve que le rétablissement est une réalité et que c'est une expérience qui peut apporter un savoir supplémentaire essentiel qui doit être diffusé par les pairs. ■

Moi, Mourad Benaiad devenu éducateur

Je suis né en France en 1959, mes parents sont rentrés en Algérie en 1964/65. J'ai été cadre dans une entreprise commerciale entre 1982 et 2000, puis je suis revenu en France pour ne plus repartir en Algérie. J'ai cherché du travail par les petites annonces. Je n'avais pas de papiers ; donc, aucun droit. Puis je suis arrivé à P. à l'accueil de jour avec six francs en poche. Des fois je ne payais pas, je me faisais arrêter. A la fin de la saison, le patron m'a payé par chèque, donc je suis venu à P. pour ouvrir un compte. Mais c'était très difficile, sans papiers je n'avais pas la possibilité d'en ouvrir un. Et puis ça a marché. Entre-temps, j'ai fait des démarches pour des papiers. J'ai passé neuf mois à l'accueil de nuit. Puis il y a eu les Plans Locaux pour l'Insertion et l'Emploi (PLIE). Je suis allé voir une assistante sociale, je savais que c'était possible, j'avais un acte de naissance comme quoi j'étais né en France. Je me suis inscrit à l'ANPE : on m'a autorisé à travailler dans des boîtes d'insertion, d'intérim... J'ai commencé à travailler tout en étant à l'accueil.

Pourquoi aujourd'hui je suis dans le social ? J'y suis arrivé par accident. Je voulais faire autre chose, je me suis présenté à l'AFPA¹, on m'a proposé de faire plombier. Plombier, soudeur, ce sont des métiers pour moi qui sont difficiles mais avec les études que j'ai faites je pensais pouvoir faire mieux. J'ai fait un CAP de tourneur ; j'étais marié, j'avais une fille en Algérie.

C'est à cette période, au centre, que j'ai commencé à aider les gens pour ne pas dire accompagner. A l'époque, c'était un peu du charitable. J'aidais les gens parce que je suis gentil. Entre-temps, plein de choses ce sont passées au centre. Une personne qui touche le RMI et qui ne connaissait pas mon nom m'appelle, me donne 200 francs et me dit : « tu me les rendras quand tu auras de l'argent ! ». Et puis il y a eu le recrutement d'un travailleur social qui est devenu un bon chef de service et ça ne pouvait pas coller car je marchais sur ses plates-bandes. Je faisais un peu n'importe quoi, j'étais usager. Il y a eu des clashes avec lui. Il me parlait de choses que je ne comprenais pas.

Pour moi, ce n'était pas n'importe quoi, accompagner des personnes à la Sécurité Sociale pour remplir des formulaires (CMU), à l'hôpital aussi celles qui n'étaient pas prêtes pour une démarche de soins, avec des problèmes d'alcool, alors que le travailleur social avait parlé avec la personne et avait un projet avec cette personne. Le travailleur social voyait très bien que la personne n'était pas encore prête. On ne discutait pas entre nous, aujourd'hui on discute. Il y avait beaucoup d'affect, parce que c'était mes potes. Une personne faisait un sevrage sauvage, il fallait que je la vois une fois par jour, je la surveillais ; la personne est restée 2 à 3 ans sans boire mais a rechuté. Je la forçais presque, elle le faisait pour moi et non pour elle. Je parle beaucoup des problématiques d'alcool car moi-même étant ancien alcoolique, j'ai failli perdre beaucoup de choses.

Je ne suis pas resté usager/bénévole trop longtemps : 5 mois. Puis j'ai été recruté en tant qu'animateur. En fait, c'était gardien de nuit, on appelait ça animateur. Pourquoi moi ? Parce que je ne posais pas de problème. Les usagers qu'il y avait à ce moment-là étaient tous dans une problématique d'alcool. J'avais peut-être une compétence de relationnel. Le travailleur social n'a pas arrêté de me dire : « il faut faire ta formation d'éducateur ». Il m'a incité à la faire pour me professionnaliser. J'ai laissé traîner. Un an après, j'avais ramené ma femme et ma fille ; j'ai choisi « l'accueil ». J'ai alors bénéficié d'une formation en alternance qui m'a donné accès au concours d'éducateur. Pendant deux ans, j'ai travaillé, j'allais le jour en formation, j'ai été admis (j'avais fait ça en secret). Je suis éducateur depuis cinq ans.

Ce n'est pas une rupture, mais je vois l'aide d'une façon différente. L'une des premières questions que j'ai posée lors de ma formation, c'est, « *est-il pareil d'aider une personne malvoyante à traverser quand on le veut bien ou de le faire quand on est payé ?* »

Ce n'est pas la même chose ; ce n'est pas plus pur. Aujourd'hui, je me dis que le fait d'être professionnel, ce n'est pas pur mais je le fais, c'est compliqué à expliquer. La crainte de devenir professionnel, la perte de bonne conscience. Plus ça avançait, plus je me déshabillais, je laissais plein de choses derrière pour être professionnel. Ceci dit, je ne me sens pas différent, je ne mets pas ça en avant, même si quand il y a des débats avec des éducateurs je me dis : « *tu ne vas pas m'apprendre, je connais mieux* ». Je ne le dis pas. Je connais peut-être mieux les usagers qui sont dans la précarité, mais je ne sais pas si je les aide mieux qu'un autre. Je ne le pense pas. Des fois, je me prends pour un donneur de leçon, le fait d'avoir déjà vécu ça.

Aujourd'hui j'essaie de comprendre comment je peux échanger. Pour moi, le fait de limiter les séjours est un problème. Je ne suis pas régulateur du système, je suis éducateur, j'accueille les personnes qui n'ont pas d'hébergement. La première chose que je fais, c'est sécuriser leur séjour, leur dire « *et bien vous êtes ici jusqu'à ce que vous ayez envie de partir* ». Certains professionnels n'arrivent pas à comprendre ça. Je l'ai vécu et c'est concret. Par rapport à des règlements intérieurs, on ne peut pas dire à une personne « *si t'es bourré tu ne rentres pas, si t'es pas bourré tu viens* ». Mais de quel droit j'irai dire à un professionnel qui ne me connaît pas « *j'ai vécu ça, voilà comment je l'ai ressenti* ». Je suis impulsif, j'ai peur de moi-même, mais la formation m'a fait beaucoup de bien. J'ai un seuil de tolérance, sûrement parce que j'ai vécu ce que j'ai vécu. Je suis dans les deux extrêmes. Je suis anti contraintes avec les personnes qui sont accueillies. Cela me met en colère toutes ces contraintes. Il est quand même grave d'entendre dire des professionnels, « *c'est déjà bien, on leur offre un gîte et un couvert* ».

Je continue un diplôme de Hautes Etudes en Pratiques Sociales.

Propos recueillis par Christian Laval et Adrien Pichon

¹ Association Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes

Définir la compétence

La notion de compétence s'est imposée dans le monde du travail salarié avec une nouvelle conception des relations professionnelles privilégiant l'esprit d'initiative, l'autonomie et la responsabilité.

Ce modèle (ou ce mouvement) valorise l'implication des intervenants et les incite à mobiliser leurs différentes ressources (y compris personnelles) en fonction des situations rencontrées. Dans le langage commun des professionnels, les « professions classiques du travail social » s'opposent aux « nouveaux métiers de l'intervention sociale ».

Bertrand Ravon,
Sociologue, Université
Lyon2/MoDyS-CNRS

A partir de l'ouvrage de Jacques Ion et Bertrand Ravon, *Les travailleurs sociaux*, 2005, pp. 19-24, avec l'aimable autorisation des Editions de La Découverte.

Plus précisément encore, les notions de titre/qualification s'opposent à celles de poste de travail/compétence. Dit autrement, deux logiques de légitimation de capacités s'affrontent : l'une centrée sur la certification collective et prédéfinie des conditions d'exercice de l'activité, l'autre sur la reconnaissance des aptitudes en situation effective d'intervention.

La distinction du métier et de la profession

De prime abord, l'opposition entre métier et profession ne semble pas évidente. « La profession renvoie au système des emplois, à leur hiérarchisation dans le cadre de relations professionnelles négociées et instituées, alors que le métier réfère davantage aux activités, à ce qui est effectivement mis en œuvre, au travail » (Autès, 1999, p. 224).

On comprend mieux pourquoi les « professions » entrent plus facilement dans les statistiques : la reconnaissance statutaire d'une activité professionnelle est un long processus dont l'une des étapes décisives est justement son inscription dans les nomenclatures administratives. On comprend également mieux pourquoi on tend aujourd'hui à définir le champ à partir d'une description des métiers plutôt que des professions : faute d'encadrement collectif et

administratif d'un grand nombre d'activités, la comparaison des logiques de légitimation, de certification des métiers (ce qui en fait des professions) s'avère illusoire, lorsque dans le même temps (celui du pragmatisme et de l'évaluation notamment), on s'accorde davantage à reconnaître les travailleurs à partir du travail effectué, à partir de situations effectives d'intervention.

La disjonction des titres professionnels et des postes de travail

Cette première délimitation peut être consensuelle, elle n'interdit pas le conflit. Et la délimitation devient particulièrement incertaine lorsque les définitions de la profession ou du métier n'arrivent plus à concilier les titres professionnels (qualifications) et les postes de travail (compétences).

Les « métiers du social » de moindre qualification, mais il en serait de même dans le champ du sanitaire, sont soucieux de repousser les frontières du travail pour y prendre place lorsque les lieux d'exercice se rapprochent très sensiblement du travail social. Au contraire, les « professions » les plus reconnues redoutent la dévalorisation que pourrait entraîner une extension incontrôlée de l'appellation à des agents peu diplômés, voire non diplômés, pour des activités mal définies. La qualification des emplois devient dès lors une instance de légitimation fondamentale du champ et un opérateur essentiel de ses délimitations.

La tension entre compétences et qualifications

En ce sens, l'arrivée de nouveaux praticiens dans un champ particulier ouvre un large chantier relatif aux modalités et aux enjeux de la qualification dans le travail. D'une part, le bénévole ou l'usager tend à être compté comme un travailleur, son recrutement étant davantage fondé sur ses aptitudes à mobiliser ses compétences ou sur capacités, notamment à se former. Bon nombre de nouveaux intervenants sont recrutés pour des qualités non professionnelles, identifiés qu'ils sont par leurs appartenances (« issus du milieu ») et leurs difficultés (chômeurs potentiels, usagers des systèmes de santé). Enfin, l'extension de l'accompagnement social a contribué à généraliser un travail relationnel qui repose sur un fort engagement personnel.

Ces nouvelles compétences ne sont pour la plupart pas certifiées par les instances légitimes. Elles viennent donc menacer les qualifications professionnelles du champ, alors même que les organisations traditionnellement représentatives des différents secteurs du travail social connaissent une certaine recomposition.

Au cœur de la distinction métier/profession, la tension entre compétences et qualifications devient un enjeu crucial. La notion de professionnalité, et non plus de professions, en ce qu'elle permet d'intégrer les structures d'emploi et les formations, mais aussi les savoir-faire, les postures et les expériences devient dès lors un enjeu décisif de légitimation.

L'engagement non qualifié au travail, précisément parce qu'il est subjectif, suppose, pour être reconnu comme une compétence, un travail collectif de réflexion et d'élaboration après-coup sur le travail entrain de se faire, ce que Yves Clot nomme le « travail au carré ». La reprise de l'action et de ses contextes permet en effet d'évaluer les compétences à l'aune des situations dans lesquelles elles se sont déployées. Ainsi reconnues (et éventuellement redéfinies), elles restent donc mobilisables comme des ressources pour les actions à venir. ■



Yvette Lallemand

Bibliographie

Autès M., 1999, *Les paradoxes du travail social*, Dunod.

Clot Y., 2008, *Travail et pouvoir d'agir*, PUF.

Lichtenberger Y., 2003, « Compétence, compétences », *Encyclopédie des ressources humaines*, Vuibert.

Nous avons lu

■ Violence de l'insécurité

Didier Robin, Puf, coll. Souffrance et théorie, oct. 2010.

Le sentiment d'insécurité frappe par son intensité et, en tant que sentiment, il est forcément vrai. Néanmoins, les idées et images qui lui sont associées peuvent s'avérer trompeuses. L'insécurité, en effet, n'est pas toujours là où on l'imagine, ni les dangers tapis là où l'on croit les trouver. Ainsi, en dépit du sens commun, dans notre société individualiste, nous avons dix fois plus de « chances » de nous suicider que d'être assassinés. Comment envisager objectivement dès lors les tenants et aboutissants du sentiment d'insécurité ? Comment jeter les bases d'une sécurité véritable ? Où situer la violence ? Pour aborder ces questions, l'auteur s'appuie sur diverses données issues de pratiques éducatives et psychothérapeutiques.

■ Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance

Publication dirigée par Catherine Félix et Julien Tardif

Le colloque « Actes éducatifs et de soins : entre éthique et gouvernance », qui s'est déroulé en juin 2009 sous l'égide de l'Université de Nice-Sophia Antipolis et de l'Adsea 06, a donné lieu à l'édition électronique de ses actes le 1^{er} octobre 2010. A consulter sur le site : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/>

Agenda

■ L'hôpital psychiatrique hors les murs, quels enjeux après 50 ans de sectorisation ?

Conférence-débat le Jeudi 2 décembre 2010 de 17h00 à 19h00 à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble, Campus, 1030 Avenue Centrale 38400 St Martin d'Hères.

Renseignements et inscriptions (gratuites) auprès de Nélia Bondiguel.

Tél : 04.76.56.44.54 - Fax: 04.76.56.45.37 - nbondiguel@ch-saint-egreve.fr

■ Usagers, précarité et santé mentale

La FNARS organise une journée thématique nationale le jeudi 2 décembre 2010.

Lieu : Résidence internationale de Paris, 44 Rue Louis Lumière 75020 Paris.

Contact : laura.charrier@fnars.org

■ Care et soins psychiques

L'ONSMP-ORSPERE organise le mardi 7 décembre 2010 une Journée d'Etude, sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, en collaboration avec l'Université Lyon2/ MoDyS-CNRS.

Lieu : 8 Avenue Rockefeller, Amphithéâtre C, Lyon 3^{ème}.

Renseignements et inscriptions (gratuites) auprès de Nathalie Breure

Tél : 04 37 91 53 90 - nathalie.breure@ch-le-vinatier.fr

■ Accès aux soins : les équipes mobiles pour quoi faire ?

Le 2^{ème} Congrès national de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie se déroulera le mercredi 8 décembre 2010 à l'amphithéâtre Charcot de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris.

Contact : Monique Thouvenin - Tél : 01 30 81 87 52

secretariat-eric@ch-charcot78.fr



Nous remercions l'Association Itinéraires Singuliers qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres de la 1^{ère} Biennale d'art singulier qui a accueilli la collection itinérante d'Intim'errance.

7 allée de Saint Nazaire – 21000 Dijon.

Site: www.itinerairesinguliers.com

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de la Cohésion Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Katia AMORETTI, infirmière coordinatrice EMPP - (Nord Isère)
- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyran-Montd'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, ONSMP
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Laurent EL GHOZI, président ESPT
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Carole FAVRE, infirmière (Le Cannet)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFES, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGCS
- Christian LAVAL, sociologue, ONSMP
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUJEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Rose-Marie ROYER, USH (Paris)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.orspere.fr
Impression : Imprimerie BRAILLY
(St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 000 ex.
ISSN 1622 2032
N° CPPAP 0910B05589