



Ce que j'ai appris à l'école du métier de pair-praticien en santé mentale (PPSM)

Sommaire

4 **Avant-propos**

5 **Amorce**

6 **Questions sur le métier de PPSM**

8 **Vers une définition de la santé mentale**

La santé mentale comme enjeu : premières réflexions allant d'un concept, de pratiques collectives à sa situation propre.

Carnet de route

Commentaire 2023

12 **Enjeux éthiques de la pair-aidance**

Carnet de route

15 **La démarche diagnostique :**

Entre santé mentale et maladie : entre vie dans l'institution et hors de l'institution ; entre avis médical et construction de son propre « diagnostic », que dire du discours psychopathologique ? de la stigmatisation ?

Carnet de route

20 **Quelques outils de la psychiatrie :**

En regard de la notion de santé, réfléchir aux réponses apportées par la psychiatrie institutionnelle, aux outils utilisés, à leurs portées et leurs limites. Échange au sujet du vécu individuel à ce sujet. Faire travailler en groupe sur leur propre expériences et définitions.

Carnet de route

24 **Être dans un environnement professionnel.**

Carnet de route

29 **Posture professionnelle : analyse interactionnelle.**

Carnet de route

32 **Les outils de l'analyse institutionnelle pour comprendre les contextes.**

33 **Être dans un environnement professionnel :**

comment faire pour travailler dans un environnement qui vous a maltraité.

36 **Boîte à outils des interventions :**

Écoute active et l'entretien

Carnet de route

40 **Rôle et fonction du pair.**

Carnet de route

- 43 **Analyse de pratiques.**
Carnet de route
- 46 **Technique d'animation de groupe.**
Carnet de route
- 52 **Rapport à la violence.**
- 55 **Retour Plan de Crise Conjoint (PCC).**
- 56 **Action communautaire et rétablissement.**
- 63 **Approche relation d'aide et entretien motivationnel.**
Carnet de route
- 70 **Enjeux juridiques de la pair-aidance et droits des patients :**
Cadre légal et convention.
- 74 **Développer une approche critique et enjeu autour du rétablissement (sociologique).**
- 77 **Valorisation de l'expérience, bilan de compétences : CV1, CV2, CV3.**
Carnet de route

Avant-propos

Voici aujourd'hui le fruit d'un projet né en 2021 pendant la formation de pair-praticien en santé mentale (PPSM).

Pour un métier encore à créer avec la participation des apprenants et des formateurs, j'ai voulu prendre des notes du processus, tout en étant actif et présent dans la dynamique de notre groupe. Il en résulte une série de notes qui m'a permis de rédiger les résumés des jours de cours que vous trouverez ci-après.

Le point de vue est bien entendu subjectif, et il ne reflète pas l'ensemble de l'enseignement.

Le style, quant à lui, est délié, des phrases simples.

Des références ont été prises au vol, elles sont rendues de manière approximative.

Entrelacées avec les résumés des cours, vous verrez des pages du carnet de route de l'étudiant.

L'Amorce est le premier texte que vous pourrez lire, suivi d'une série de questions concernant la profession de PPSM.

Suivent les résumés et le carnet de route.

Le stage professionnel s'est déroulé à la fin du cursus. Il est brièvement évoqué. Le but de mon stage était la co-animation d'un atelier écriture et la mise sur pied d'une lecture-débat. Un lien avec les professionnels du soin et de l'aide a ainsi pu s'établir.

Le présent travail est un témoignage et une réflexion sur l'éducation des personnes concernées par un trouble psychique, leur émancipation, au travers de laquelle on peut discerner toute une série de difficultés pour l'inclusion et la participation.

Un mot encore sur la pair-aidance, le cœur du métier de PPSM, elle devrait être un chemin, un accompagnement, renforcée de savoirs-faire, et dans la présence des pairs, permettre le lien social.

Bonne lecture !

Jean-Marc Allaman

Amorce

14-15.02.21

Posture (imposture)

14.02.21

La posture professionnelle est comme un rôle de théâtre, c'est l'adhésion à un point de vue (par exemple défendre les intérêts de la profession), qui dans la lutte engagée professionnellement permet d'engranger de petites victoires (les accumuler pour l'idéal poursuivi), sans mettre en danger globalement la pensée, la raison, de celui qui porte cette lutte professionnelle.

On retrouve telle posture en politique par exemple.

La foi du militant, elle, constitue une raison de vivre, chevillée à la personne.

Ce jeu permet de ne pas s'impliquer personnellement, mais au nom d'une doctrine, d'un enjeu social.

Et dans sa perte, il permet de ne pas être atteint.

Le militant, qui n'a pas le recul professionnel, risque à chaque atteinte de perdre un peu de raison, jusqu'à vaciller sur sa base. Autrement dit, dans la lutte, chaque coup vient ébranler tout l'édifice. En santé mentale, l'apparition de troubles psychiques, ou leur résurgence, pourra alors en effet se manifester.

Peuvent se défendre : un discours personnel, individuel et militant (pour une cause) ; un discours professionnel collectif.

Au plan du contenu du discours, il s'agit approximativement d'intégrer le métier et les pratiques.

15.02.21

La posture professionnelle (positivisme, métier, pratique, etc.) est comme un rôle de théâtre, construit à côté de soi, et visible dans l'exercice professionnel seulement. Soi et sa pensée est indemne de l'action menée par le personnage, par sa posture professionnelle, construite (formée) comme le personnage.

La posture peut être engagée sans refléter pour autant la pensée de celui qui l'adopte. Il y a là une distanciation.

Cet engagement permet le jeu des acteurs présents autour d'un enjeu, et chacun en retire un élément de plus pour la consolidation de son rôle.

Hors de sa posture, la personne raisonne selon quelle est sa vie, selon ses intérêts quotidiens.

Ce jeu de la posture ou du personnage, évite la mise en danger de la pensée, de la raison, de celui qui porte une lutte professionnelle. Dans la lutte il y a des gains, il y a des pertes. C'est l'objet du métier qui les porte. La personne garde la tête froide.

Le militant a pour enjeu une cause, et bien que non-professionnel, il a également un théâtre à son action, et une réserve toute personnelle.

Cependant, sans distinction nette du rôle et de la personne, le militant risque à chaque atteinte de perdre un peu plus de raison, jusqu'à la voir vaciller.

Dans sa lutte, chaque coup vient ébranler tout l'édifice...

(On dirait qu'une personne peut jouer sur deux tableaux, que la confusion des deux correspond au trouble psychique, et que leur distinction est un moyen de soin du trouble psychique)

La posture, autour d'une doctrine, ou d'un enjeu social, écarte la mise en cause possible de l'intervenant.

À en parler, la posture devient prédominante, il n'y a plus de place pour l'ego.

Le discours personnel, individuel, est occulté, à sa place se substitue un discours collectif, professionnel.

Mais dans ce discours, n'y a-t-il pas des aspects de métier, collectif, et des aspects plus personnels, les pratiques individuelles ?

Sans doute de reprendre ces différents aspects et les mettre en dialectique apporterait des éclairages intéressants sur l'articulation de deux niveaux de langages, de double direction, de glissement d'un sens à un autre.

Le discours de la posture n'est-il pas qu'une diversion ?

FIN

Questions de Jean-Marc Allaman sur la formation PPSM / 15.05.21

- La formation de PPSM semble s'articuler selon trois axes, l'emploi professionnel auprès d'un employeur, l'aide professionnelle des pairs en souffrance, et aussi la promotion professionnelle des PPSM.
Pour développer une aide efficace de la part des futurs PPSM, ne devrait-on pas mettre un accent particulier sur l'aide des pairs en souffrance ?
(le lien contractuel est avec l'employeur, il devrait l'être aussi avec le pair-aidé, = idée ?)
- La posture de pair-aidance n'est pas définie.
Comment faire exister un débat à ce sujet, et collecter les réflexions pour un début de définition ?
- La pensée critique est un outil pour manier le discours, une parole structurée.
La critique constructive est un élément de développement de la pensée.
Cela nécessite-t-il d'être inclus dans une vision toujours positive du monde ?
Un peu de bienveillance ne suffit-il pas ?
- Les thématiques traitées en formation sont-elles proportionnelles au nombre d'engagements dans les différents domaines, institutions médicales, domaine du psychosocial, ou domaine culturel ?
Autrement dit, la formation dépend-elle des futures perspectives d'emploi, et des attentes des futurs employeurs ?
- Le groupe de parole est un paradigme structurel pour beaucoup d'organisations en santé mentale, il traite de thèmes autour du médical, du social et du culturel, notamment les questions sur les thérapies, la médication, les ressources de rétablissement, le lien social, l'activité.
Quelles sont les autres moyens structurels pouvant compléter l'action des groupes de paroles ?
- Est-ce qu'une réflexion sur la gouvernance de groupe, sur l'autogestion et l'autonomie, pourrait faciliter l'empowerment et la participation des personnes ?
- Quelles normes d'éthique (et de politique ?) le PPSM doit-il respecter ?
- Jusqu'où peut-on accueillir la souffrance d'un pair ? Aussi, y a-t-il une leçon, un enseignement de la souffrance (on peut le voir dans les arts et la culture, par exemple) ?
- L'expert par expérience est-il utile à lui-même, à la société ?
- Peut-on faire un choix professionnel, en ne sachant pas déjà à quoi ressemble la profession ?
Y a-t-il un profil de vocation PPSM ?
- L'utilité du professionnalisme réside à la base dans l'assurance de la bonne qualité de la relation contractuelle, et dans l'assurance de la normalité de la pratique.
Quelle est la norme pratique des PPSM, sachant qu'il s'agit d'un nouveau métier, peu documenté ?
Les expériences d'aides et leurs partages par la parole, ainsi que l'expérience du vécu (psychiatrique) forment l'expertise PPSM, qui sera valable auprès des pairs, auprès des employeurs, et auprès du public, de la société.
L'importance de cette nouvelle profession se trouve dans son utilité sociale novatrice, sa modernité, son aspect pionnier en santé mentale.
- Dans la pratique professionnelle, quels sont les dangers, quelles mises en danger peut-on supporter, avec quels outils, quelles armes ?

Vers une définition de la santé mentale,

La santé mentale comme enjeu : premières réflexions allant d'un concept, de pratiques collectives à sa situation propre.

04.05.21

Le but de la formation est de développer la notion de posture professionnelle de pair-praticien en santé mentale (PPSM).

Pour débiter le premier cours, nous avons reçu l'instruction d'amener un objet symbolisant pour nous la santé mentale. J'ai fabriqué un fagot de crayons de couleur retenu par un élastique, sensé représenté la ressource de créativité en santé mentale.

Pour aller vers une définition de la santé mentale, il allait falloir, après une revue positive de nos objets, passer par l'élaboration d'une pensée critique.

Les expériences individuelles, leur expression, sont mises en jeu collectivement, avec un esprit de bienveillance, afin de faire l'essai d'une définition commune de la santé mentale.

Le meilleur exemple d'application d'une pensée critique est celui de la notion de rétablissement, dans la distance qui peut séparer sa théorie de sa pratique.

Selon l'OMS, 2001, la Santé Mentale se définit comme suit :

« La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif, et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. »

Au niveau individuel, la pensée critique demande un effort, elle engage la personne, et elle est aussi présente avec ses temps d'arrêt, de repos.

Pour la communauté, le mouvement collectif génère des plans d'actions, tel celui de l'OMS pour la période 2013-2020. Sur les propositions pour agir au niveau collectif selon l'OMS, il subsiste des questions quant au respect de l'autodétermination des personnes, et à celui de leur empowerment. Il est également question de savoir qui peut définir les services dits intégrés et adaptés aux besoins, et quelles sont les stratégies adéquates de promotion et de prévention mentionnées. Le point du renforcement de l'information et de la recherche est présent, mais se pose la question de son application.

Sur les questions qui précèdent, des regroupements de pairs, tels les PPSM, sont à même d'exprimer une réflexion critique, et de faire bouger les idées. Ce que des pairs isolés n'auront que peu de chance d'accomplir.

Mais la grande question en santé mentale, c'est qui décide ?

Est-ce le système politique, avec la part du citoyen, ou est-ce le système de santé, les médecins et la psychiatrie ?

Déjà, le langage dominant, celui des gens de pouvoir, les autorités, la psychiatrie, n'autorise pas une bonne communication des besoins et des attentes des personnes concernées par un trouble psychique, elles ne sont pas entendues.

La ruse certainement est d'adopter, d'apprendre, autant qu'il est possible, ce langage dominant, de se l'approprier. Au risque de se retrouver tout simplement « récupéré » par le système dominant, d'y adhérer en oubliant sa lutte.

Il devrait s'agir plutôt de rétablir la communication entre deux ordres, l'ordre psychiatrique, et l'ordre des personnes concernées par un trouble psychique.

Mais au-delà de l'adoption du langage dominant, notre cours nous enseigne une nécessaire réappropriation de son langage, notamment les définitions de la santé mentale, du rétablissement, et du PPSM.

Nous développons une méthode de pensée critique afin de débrouiller cette difficile situation. Il convient d'abord de toujours ramener l'intérêt individuel à celui du groupe. Ensuite, en appliquant une pensée critique, évaluer le contexte, le particulier autant que le global. Puis, prendre du recul, objectiver.

On obtient ainsi la possibilité d'un discours, on peut défendre un point de vue, on se tient dans une posture. À noter que la posture est en mouvement, elle est réflexive.

Il existe beaucoup de discours au niveau individuel, ce qu'on nomme la posture vient sans doute les habiller, les enserrer dans un format, les formater. Et sans doute, il existe des discours qui demandent à changer, non de fond, mais de forme, de format.

Ou peut-être encore n'est-ce que la communication qui n'est pas bonne ?

FIN

Carnet de route

04.05.21

Premier cours de la série (18 jours pleins), un demi-jour.

La santé mentale comme enjeu.

L'intervenante a semblé donner les règles du jeu de la formation PPSM : règle principale, la posture, soit la critique positive constructive, allant du particulier au général (expérience de chacun).

J'ai vu s'y essayer nos premiers de classe, avec réussite. Pour moi, je n'ai ouvert le bec que pour présenter, en début de cours, mon objet symbolique de santé mentale, des crayons de couleur (outils pour travailler sa réalité), et me présenter brièvement. Je dis « premiers de classe », mais je ne devrais pas prêter le flanc à une vision de lutte de pouvoir, mais chercher une bonne camaraderie...

Aussi, la posture n'engage que le métier, les buts poursuivis et l'aide fournie n'ont semble-t-il que peu d'importance, il semble s'agir plus de se faire accepter, par la posture et le discours, par les autres professionnels (collègues et futurs collègues) que de développer l'aide aux souffrants psychiques, avec leur participation. En l'écrivant, j'entends cette séparation que je fais pour un professionnel d'être soi et de s'occuper d'autrui. Séparation qui n'est sans doute qu'artificielle, et qu'il faudrait que je dépasse pour n'être pas que du côté patients. Mais la militance...

FIN

Jean-Marc Allaman / Formation PPSM 1

13.05.23 / Commentaire sur Vers une définition de la santé mentale, ou la santé mentale comme enjeu.

On est au début, on nous donne l'objectif de la formation, acquérir la « posture » PPSM.

La posture ici est une attitude savante, presque une position sociale privilégiée.

Mais ce cours doit nous amener vers une définition de la santé mentale, vers l'enjeu qu'elle représente. Et vers la notion de rétablissement.

Avant d'atteindre aux enjeux précités, un outil est mis à la disposition des participants, le regard critique. Développé comme un moyen d'appropriation et d'apprentissage, il en vient à glisser ensuite vers la notion de langage dominant (celui de la psychiatrie). On sait ce langage très chatouilleux, la moindre critique le blesse. Il conviendrait, semble-t-il, d'adopter ce langage sans le critiquer. Certains se passeront du regard critique, croyant être enfin entendus, mais les attentes et les besoins resteront au placard. Le conseil est de voir ce que ce langage signifie, et d'y opposer son regard critique sur des notions telle la santé mentale, le rétablissement, etc.

Imiter le langage dominant est un choix insuffisant s'il ne s'accompagne pas de la critique personnelle acquise par l'expérience de la souffrance psychique.

Pour un dialogue d'alter ego dégagé de pseudo-dominance.

//Le regard critique est sans doute le résultat d'une longue maturation, d'une grande expérience. Je crois qu'une simple méthode ne suffit pas, en tout cas pas celle de l'acquisition d'un langage dominant comme la psychiatrie, quelle est alors l'originalité ?

J'ai fréquenté plusieurs écoles, chacune m'a apporté un regard critique, aujourd'hui je suis dans leur composition. L'analyse, l'idéologie, le point de vue, la dialectique brechtienne, forment des axes du regard que je porte sur les choses et les situations de mon environnement. Avec le jeu de l'identification, si besoin.

Enfin, je ne manque pas de répéter le besoin vital de (r)établir la communication entre deux ordres (ou plus ?), l'ordre psychiatrique, et l'ordre des souffrants psychiques.

14.05.23 / Langage dominant

Parler de langage dominant est une jolie manière de dire, il s'agit d'une production de l'idéologie dominante, la psychiatrie, qui se dérobe.

Le dialogue, c'est confronter les idéologies, construire ensemble le monde de demain.

Imiter l'autre n'est pas servir la création, la réflexion.

La différence critique, la distinction, nourrit le débat.

Contradiction, opposition critique, ce ne sont pas adhésion à l'idéologie dominante de la psychiatrie. Ce sont révolte.

Que sont langage dominant et langage dominé, leur dialogue n'existe pas, inféodé à la domination. Comment équilibrer les paroles en présence ?

On le voit, la critique est productive, alors que l'imitation ne semble qu'un temps d'attente et une approbation de l'idéologie imitée.

Imitation est-elle adhésion, est-ce une comédie, un moyen de connaissance, sans influence sur la foi personnelle ?

La dialectique de la contradiction et de l'imitation, c'est des temps pour chaque, l'esprit critique s'appliquant à son objet dans un langage propre à la personne.

Pourquoi les langages se domineraient-ils ? Les idéologies sont en lutte, la psychiatrie et ses alternatives, la société du citoyen.

FIN

Enjeux éthiques de la pair-aidance.

10.05.21

Mes notes de ce cours sont maigres.

Pour plus de développements, on peut se reporter au support de cours.

Une question pour résumer ce que représente l'éthique :

- Comment faire pour bien faire ?

D'autres questions concernant l'éthique auront une coloration plus morale.

On distingue trois niveaux pour l'application de l'éthique :

- La sphère privée
- La sphère professionnelle
- La sphère publique

Pour les responsabilités qui incombent au PPSM, on définit également trois catégories :

- La responsabilité envers soi-même
- La responsabilité envers les bénéficiaires
- La responsabilité envers les collègues et l'employeur

Ces éléments permettent déjà de déterminer le rôle du PPSM, et sa posture en emploi.

FIN

Carnet de route

10.05.21

J'ai salué, au début du cours de ce matin, par internet, puis je me suis tu.

Enjeux éthiques des PPSM, la pair-aidance.

Le PPSM au centre, le « bénéficiaire » à la périphérie, l'attitude (posture) professionnelle, le rôle et la gueule de l'emploi. Je suis fâché, de deux cours déjà, de formatage à l'œuvre, comme les professionnels de tous horizons le veulent pour « intégrer » en équipe les PPSM, surtout pas de révolution, d'apport et de pouvoir (participation) des « bénéficiaires » (on n'ose pas dire pairs...).

Même avec les pairs-aidants, les pairs-aidés doivent le rester, ils n'amènent pas de solutions... Sauf que par leur expérience (et c'est peut-être ce qui est terrible), les PPSM auront un accès facilité, une meilleure communication dans l'aide, un outil de pouvoir de plus dans la relation d'aide, mais vraisemblablement pas un outil d'émancipation, d'empowerment, de rétablissement et d'autonomie. Grain de folie sous cloche, pas de changement, d'avancée sociale, de déstigmatisation, d'inclusion, juste une normalisation hors de volonté de nos pairs.

Je me blinde à aider professionnellement, et j'oublie la camaraderie militante de lutte (mais qu'a bien pu signifier cette lutte déjà ?). Et je ne sais pas, j'ignore encore, comment intégrer un militantisme ébouriffé à ces normes professionnelles corsetées qu'on nous a déjà servies par deux fois, deux cours de quatre heures. Peut-être ne pourrai-je pas le faire, abandonnerai-je, sans laisser la formation. Peut-être réussirai-je à faire le certificat, en échouant la cause qui m'anime depuis tant d'années ? (et par rapport à laquelle je donne aussi des signes de fatigue...). Mais...

10.05.21

Peut-être pour la suite dois-je trouver un angle (d'attaque), afin d'exprimer ce que je ressens, le besoin de liberté et d'autonomie, comme moteur de la relation d'aide et de la relation professionnelle.

11.05.21

Me mettre à ma table. Écrire.

J'ai pensé vous adresser une lettre ouverte, de l'irréductible gaulois. Mais non, pas de lui, de moi, votre pair. Je verrai cela plus tard.

Nos cours (deux cours) ont été l'un l'art de la manipulation positive ou pouvoir discursif, l'autre l'éthique professionnelle (et non l'éthique en elle-même...) ou comment je dois me comporter pour être en emploi, comment me comporter pour bien me comporter sans être sanctionné (autorité).

La santé mentale et le rétablissement semblent rester sous l'égide de la médecine, le social et la culture en semblent bien éloignés.

Les dires sur l'emploi en tant que PPSM situent ce métier dans les institutions médicales presque exclusivement. Le soin est groupe de parole, sur les médicaments, sur les thérapies, etc.

Vais-je continuer la formation ? Comment ? Comment exprimer mon désarroi, mon désaccord ? À voir.

13.05.21

Prendre le leadership par la contestation. Un classique...

Comment faire autrement, par l'utilisation de la pensée critique ?

Oui, le professionnalisme permet d'assurer la bonne qualité de la relation contractuelle, l'assurance d'une normalité de la pratique.

Mais d'abord, quelle est la norme pratique du PPSM ? Elle est en formation ?! Quelle certitude ? Aucune. Quel certificat ? On verra bien !

En attendant, je définis, je définis, je pratique là où je suis, je note mes expériences d'aide, je les partage, je forge ce cœur de métier.

J'ai la chance de mon vécu, ne pas galvauder mon parcours dans la poursuite de la gloire professionnelle... Je serais faux, à côté du chemin du rétablissement que je partage avec le pair. C'est une question d'humanité, aller avec l'autre, pas toujours contre, ou tout contre. Cheminer ensemble, un bout de chemin, est-ce trop demander, une philosophie, se lier, se délier. J'accepte la vulnérabilité, un écho à mes propres peurs. Un moment.

Le travail ? Une mise en danger, funambule ? Formation professionnelle, les outils pour me défendre, les armes... Mais leur exercice, l'ouverture laissée au lien, au dialogue...

Je vais me plaindre à rester le seul ouvert, alors que d'autres travaillent à se fermer à la souffrance... À n'être ouvert que là où elle est maîtrisée, où le professionnel a le dessus.

Disparaît ce que nous apprend la souffrance, un monde qui ne communique plus, à oublier.

À cet endroit, c'est peut-être l'art et la culture qui rétablissent du lien et du sens à une souffrance, non muette.

En attendant, je ne souffre plus, ou bien moins, je réussis, je dépasse mon passé. Et que fais-je des vestiges, de tout ce temps passé de mon histoire, de mes malheurs ?

Ai-je eu le temps d'y réfléchir, de ne pas simplement un jour jeter tout cela, et ne plus y penser ?

Par écrit, je cherche à faire quelque chose, décrire un mouvement, tranquille, de mon âme en proie à l'angoisse de devoir établir un choix professionnel.

Derrière une souffrance exigible, la vocation peut prendre place. Avec toutes ces valeurs d'horizons multiples, sentiments et émotions hérités d'une histoire pas plus brillante qu'une autre...

FIN

La démarche diagnostique :

entre santé mentale et maladie ; entre vie dans l'institution et hors de l'institution ; entre avis médical et construction de son propre « diagnostic », que dire du discours psychopathologique ? de la stigmatisation ?

20.05.21

Pour le cours *La démarche diagnostique*, il y a eu un travail préparatoire.

On peut opposer la démarche diagnostique à la souffrance, parfois cela sera une aide, parfois une entrave. De plus, si on considère le patient en hôpital psychiatrique, il faut bien reconnaître que son statut de citoyen est mis à mal, et un diagnostic pourra marquer le début de sa stigmatisation. Prenons le diagnostic dans son aspect positif : le médecin-psychiatre déterminera son avis selon le modèle biomédical, ou selon le modèle biopsychosocial. Ce dernier considère les éléments que l'OMS en 2001 définit pour la santé mentale : *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.* Le diagnostic permettra au psychiatre d'orienter une thérapie.

Parmi les déterminants de la santé mentale, on distingue des facteurs individuels, tels que la biologie, l'intellect, les relations sociales, ou des facteurs économiques et sociaux, ou encore des facteurs sociétaux, les infrastructures et l'environnement, une politique sociale et économique, sans oublier tout l'apport de la culture.

Dans ces déterminants, la stigmatisation trouve aussi les lieux de son expression.

Selon l'OMS (sur son site internet), la santé mentale est déterminée dans ses dimensions socioéconomiques, biologiques et environnementales.

Le modèle biopsychosocial semble le mieux représenter ces différents aspects que sont le social, le psychologique, et le biologique.

Mais face au diagnostic médical, qu'en est-il d'une construction de son propre « diagnostic » ? Bien sûr, d'abord, s'écouter, définir ses besoins et ses attentes, et se tourner vers ses ressources. Bref aperçu d'un chemin de rétablissement...

Le diagnostic peut entraîner la stigmatisation, contre laquelle la personne aura une lutte permanente. Ainsi, sans diagnostic, la souffrance aurait-elle aussi une issue possible ?

Derrière le discours psychopathologique, on oublie les dimensions sociales et environnementales de la personne, on tente de l'enfermer dans le jargon médical.

On oublie de prendre en compte les origines de la maladie. S'il s'agit d'un trouble biologique, alors bien sûr des médicaments seront utiles, mais si le déterminant est environnemental, soit un trauma, alors la réponse sera aussi médicamenteuse, oubliée de la personne et de son histoire.

Oubliées, les compétences de la personne, le côté sain du malade n'est pas promu, on l'enferme dans la maladie, il est stigmatisé.

Sombre tableau, bien sûr, mais quelques pistes montrent des moyens de se sortir de ce blocage :

- Ne pas utiliser le jargon médical, se concentrer sur les moyens d'atténuer la souffrance, sur des ressources de rétablissement et d'autonomie.
- Développer les liens sociaux, les activités et projets.
Cela suppose d'avoir eu une réflexion sur soi, son parcours, son vécu psychiatrique, ses moyens de rétablissement.
Que suis-je, à nouveau, et avec quelles forces ?
- Lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation. Une lutte permanente. Pour être intégré, inclus dans la société, ne pas être qu'un cobaye de médecin-psychiatre...
- Et militer, peut-être avec des groupes de pairs.

FIN de la partie préparatoire

La démarche diagnostique. LE COURS

Notion de diagnostic.

Pour la définir, nous allons poser cette question de principe :

Qui dit quoi à qui, avec quels outils ?

Les champs d'application seront :

- La santé, versus la maladie.
- Le normal, versus le pathologique.

La santé est un état de bien-être, une aptitude à gérer le quotidien, et une participation à la communauté (d'après OMS, 2001).

Pour le PPSM, on préférera peut-être cette définition de Jean Furtos (2004) : *Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte.*

De quoi parlons-nous, si l'on parle de diagnostic social ?

Sous cette étiquette, on pourra par exemple parler d'un état des lieux du réseau social de la personne, sans être normatif.

Le pair-aidant peut le faire, mais son rôle est de donner une place au pair, et de partager avec lui en résonance son expérience.

Il existe un mécanisme de la communication de soi avec l'autre, soit ici du pair-aidant au pair-aidé, mais il n'est pas décrit.

Une question de justification de la possibilité d'un pairage est posée :

- Est-on en droit d'être pair-aidant pour des pairs présentant d'autres troubles psychiques que soi ?
Une sous-question : suis-je le bon pair-aidant, la bonne personne, pour telle situation, tel pair ?

Pour atteindre à plus de clarté, ce genre de tensions réflexives, d'ambivalences, demandent à être gérées, et à être intégrées au discours. Mais comment ?

Référence à la mythologie grecque, le mythe d'Esculape avec son bâton et son serpent.

Hygie, fille d'Esculape.

Le serpent, venin et médicament, représentant la dangerosité et la santé, qui se déplace au sol, et qui par sa mue montre sa capacité de transformation.

Esculape veut faire rêver le patient, dans un sommeil réparateur.

La ligne proposée dans ce cours pour envisager la psychiatrie d'aujourd'hui est le modèle biopsychosocial (voir réf. Engel), une évolution du modèle biomédical.

La folie est affaire de médecine, puis elle devient celle des sciences sociales, dans le sens aussi d'un certain « contrôle » social.

La définition des normes engage chacun à des comportements prédéterminés, où se jouent la capacité de discernement et la responsabilité individuelle.

La balance des discours mesure le langage de la pathologie contre celui de la souffrance, son taux dira-t-on.

Les néologismes dans notre formation :

- Neurotypique, neuroatypique, normopathe, neurodivergence, etc.

Mais que fais-je de la médiocrité du monde, se demande le génie, se demande le fou ? Serions-nous supérieurs à cette dite médiocrité ?

Revenons au rôle du PPSM, qui est d'accueillir et d'accompagner, de soigner des pairs.

La psychologie trouve ses fondements chez Sigmund Freud, qui décrit le conscient, l'inconscient, et le subconscient. La psychanalyse, le cognitivisme, le comportementalisme, les thérapies (éco-) systémiques et familiales, et d'autres encore, s'inscriront ensuite dans le développement de cette discipline.

Question cruciale à présent, comment s'engager dans de nouveaux paradigmes et développer une pensée complexe ? Ce qui suit va peut-être nous éclairer.

On dira que la salutogenèse est complémentaire de la psychopathologie. La salutogenèse, c'est déjà une image de soi en bonne santé, c'est aussi un sentiment de cohérence, dans les besoins de comprendre, de mettre du sens, d'agir.

En acte, le sens est orientation. Pour l'intellect, il est signification. Pour l'affect, c'est un sentiment. Cette trilogie du sens met en jeu les possibilités et les forces de la personne, elle ne la réduit pas à une psychopathologie.

Intermède

Un jeu collectif avec des petits papiers carrés de plusieurs couleurs autour du thème de soi et sa santé, pour aboutir à une image permettant de décrire par oral une sensation par personne.

Pour revenir au début, sur La démarche diagnostique, penchons-nous encore sur la définition du diagnostic médical.

Diagnostic vient de dia-, qui veut dire par, à travers, qui indique la séparation, la distinction, et de -gnose, la connaissance, le discernement.

Note / Un ensemble de symptômes forme un syndrome, qui peut conduire à un diagnostic.

Références (approximatives) :

- Ian COT
- Gaston Bachelard
- Construire l'autre comme semblable / Louise Blais, 2004.
- Emile Zola
- Remarques..... / Alain Ehrenberg, 2004. Anthropologie-Sociologie.
- Soi et « productivité » - normes / H. Provencher.
- Souffrance et goût du monde, travail sur soi, artiste / Friedrich Nietzsche.
- Histoire de la folie / Michel Foucault, 1961.
- Corps infirmes et sociétés /J.-H. Sticker, 1997.
- Médecine-Philosophie / G. Canghilem.
- Segal ZV, 2006 (?)
- Sense of coherence / Antonovsky.
- Définition / Eric Bogaert.
- CIM (OMS) Classification Internationale des Maladies, et des troubles mentaux, et troubles du comportement.
- DSM (US) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

FIN

Carnet de route

27.05.21

J'écris encore. C'est déjà ça.

C'est la crise, ou j'en suis sorti.

Ne plus savoir si je dois continuer ou pas, comment, sur quels critères.

Depuis peu, des questions, des remises en cause, se posent à moi, sans que je trouve des réponses, il y a des accalmies.

Mon engagement est pour les pairs souffrants psychiques, je me vois en métier pour eux, pas pour complaire à l'institution psychiatrique.

Une posture professionnelle est l'adhésion à la politique d'un employeur, une autre d'avoir métier à aider les gens, défendre une cause, ici celle des souffrants psychiques.

Je suis partagé, emmené vers la pratique psychiatrique, cela me déplaît.

La crise, continuer, ne pas continuer, m'emmène dans un mal-être, que je ne résous pas.

Jusque-là savant d'une attitude étudiante à adopter pour chaque cours, une stratégie comportementale, je me retrouve nu de stratégie pour aborder les prochains cours. Les stratégies semblent se perdre, pour de l'improvisation, stratégie spontanée.

La stratégie, une protection ?

FIN

Quelques outils de la psychiatrie :

en regard de la notion de santé, réfléchir aux réponses apportées par la psychiatrie institutionnelle, aux outils utilisés, à leur portée et leurs limites. Echange au sujet du vécu individuel à ce sujet. Faire travailler en groupe sur leurs propres expériences et définitions.

11.06.21

L'animateur se présente, présente le cours, et propose une visite de groupe à l'institution Soteria à Berne (existe aussi à San Francisco...). À organiser...

Selon l'intervenant, la psychiatrie a vécu dernièrement deux grandes révolutions, d'abord l'inscription dans la loi des droits des patients, vers les années 1990, puis le développement des Pairs-praticiens en santé mentale, vers les années 2020. Une manière, pour la psychiatrie, d'adhérer aux revendications des souffrants psychiques.

Le mouvement plus que décennal de l'antipsychiatrie est isolé, réduit au seul combat contre les neuroleptiques, et même si certains de ces médicaments peuvent être tolérés dans la pratique antipsychiatrique.

Se pose évidemment la question de l'appropriation d'un traitement, de son acceptation par la personne.

Des considérations philosophiques, et les effets d'un trouble psychique, peuvent conduire le choix de la personne pour un traitement.

Mais, si le traitement ne comporte pas de neuroleptique, son absence est rarement soutenue par l'ajout d'alternative. Si une alternative existe !

Pourquoi se former comme Pair-praticien en santé mentale ?

D'abord pour se faire plaisir, pour se sentir utile, pour affronter des défis (comme dans tout acte d'engagement...), et ici plus précisément, pour être un intermédiaire entre soignants (ou travailleurs sociaux) et patients, entre le professionnel et le souffrant psychique.

Liste non-exhaustive d'outils de la psychiatrie pour aider les personnes :

- Symptômes / Ecoute / Soulagement
- Diagnostic
- Psychothérapies, TCC, Systémique, Psychanalyse, etc.
- Médicaments / Pharmacopée (neuroleptiques, calmants).
- Chambre fermée, isolement
- Traitements forcés
- Perfusion
- Abstinence, contrôle
- Ergo-, art-, musico-, thérapies (ateliers culturels, projets)
- Sport, sophrologie, méditation, tapping, jardinage, etc.
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, mouvement des yeux lié à un reprocessing de la mémoire, en cas de stress post-traumatique)

- Diététique (par ex. Omega-3)
- Packing
- CBD
- Groupes de paroles
- Les pairs-praticiens en santé mentale

Mais encore :

- Les directives anticipées
- Le plan de crise conjoint (PCC)
- Le Revim
- L'Eladeb
- La décision partagée
- La notion de rétablissement / recovery

Et encore des jeux, qui sont des compétences :

- Les jeux de rôles / le psychodrame
- Un jeu comme Michael's game, le jeu des hypothèses (J. Favrod et coll.)
- Jeu Compétence, pour entraîner les habiletés sociales (J. Favrod et coll., éd Horizon Sud)

Ou diversement encore :

- Le génogramme et la généalogie
- L'analyse fonctionnelle (TCC)
- La crise de calme, pour une cohérence cardiaque, avant une prise de parole
- Des « alternatives » (dont les bénéfiques sont un contrôle respiratoire, une focalisation mentale, et une pratique répétée)
 - o Hypnose
 - o Acupuncture
 - o Sophrologie
 - o Yoga
 - o Méditation Pleine Conscience
- La phytothérapie
- La réflexologie
- Les massages
- Les groupes de paroles (Prévention pour addictions ou pour le rétablissement, par exemple)
- EEEP / Echelle pour l'Evaluation de l'Expérience Psychotique, qui se présente sous forme d'un jeu de cartes (J. Favrod et coll.)
- Neurofeedback / avec capteurs, type EEG
- Thérapie comportementale dialectique
- Les électrochocs (effets sur la mémoire ? à documenter)

Il est à noter que nombre d'alternatives peuvent être assumées par le PPSM, quand de son côté la psychiatrie officielle doit répondre à la validation de sa pratique dans le cadre de l'EBM, Evidence Based Medicine.

Nombre de ces ressources sont à compter sous la pair-aidance, ayant été plébiscitées par les mouvements d'usagers, et faisant parties des possibilités de rétablissement telles qu'ils les ont définies.

Il faut être également prudent quant à la iatrogénicité de certaines ressources, ne pas générer plus de mal que de bien. Aussi, faire la part des choses entre soi et son trouble, permet d'éviter des erreurs.

Question : qu'en est-il de la philosophie institutionnelle, de l'idéologie psychiatrique ?
Est-elle prête à céder du terrain à ses alternatives ?

Le champ des maltraitances, de la violence de la psychiatrie, sous ses formes de contentions (physique, chimique), d'isolement, de traitements forcés, occupe beaucoup d'esprits en lutte avec la psychiatrie institutionnelle.

De son côté, la psychiatrie est souvent face à un défi de cohérence, qu'elle n'arrive pas toujours à relever.

Un jeu de reconnaissances réciproques permettra-t-il un jour d'intégrer des systèmes différents, et de résoudre la question complexe de la violence et des maltraitances ?

L'intervenant nous donne un conseil, engageant soi, et une possible aide :
Faire du mieux qu'on peut, et être aidé pour améliorer ce mieux.

Lorsque l'on se trouve avec une personne qui entend des voix, ou une autre qui a des idées délirantes, ou une troisième qui fait des crises de paniques, comment peut-on faire avec ?
Il n'y a pas de réponse à ce stade.

Il est fait mention de l'alliance thérapeutique, le lien entre l'infirmier et le patient, ou entre le pair-praticien et le pair.

Tenir compte également des implications émotionnelles de part et d'autre de la relation.

Au niveau des symptômes, il convient de faire la différence entre un ressenti intérieur de la personne, et leur expression, qui signe leur évidence.

Un réflexe, avec la symptomatologie, est de se référer (le médecin-psychiatre) au DSM américain (Diagnostic and Statistical Manual.../ US) ou au CIM de l'OMS (Classification Internationale des Maladies). Exemple de diagnostics : Bipolarité, Borderline, Dépression, etc.

De l'importance du Désobéir, du Mentir, d'Esquiver, et ajoutons de Déguiser.

Question : le PPSM est-il un soignant ou un aidant ? ou les deux ?

Autocritique : essayer de se changer avec bienveillance...

Références (approximatives) :

- seretablir.net, site de J. Favrod
- Théâtre du Vécu
- blaiserochat.ch
- Dr Depene / addictologie (?)

FIN

Carnet de route

13.06.21

Journée sur les outils de la psychiatrie.

Présentation de soi des uns et des autres.

Pour ma part : - Je suis Jean-Marc Allaman, je viens de Genève et du Valais, je suis étudiant en pair-praticité afin de consolider la pair-aidance que je déploie déjà dans mon association L'Expérience, à Genève. Les autres se présentent également.

Chacun évoque des outils qu'il connaît en psychiatrie, et aussi des alternatives.

Pour le rétablissement, qui semble un instrument réapproprié par la psychiatrie institutionnelle...

Des questions se posent sur la formation, je ne sais plus trop lesquelles... Il semble que des différences de niveaux soient considérées, frustrant une partie de la classe. Référence est faite aux gens du réseau romand de santé mentale. J'en connais quelques-uns.

J'ai distribué des rapports d'activité 2020 de l'Expérience. Une camarade s'est intéressée à l'Expérience. Une autre camarade m'a passé un tuyau pour un stage. Quelques liens informels.

Des jeux d'habiletés psychosociales sont proposés par l'intervenant en lien avec le cours, qui m'ont permis de participer avec d'autres à une convivialité. Intégration en petits groupes.

Dans des débuts de jeux de rôles proposés par l'intervenant, à un moment, j'ai pu commencer à lui répliquer en tant qu'infirmier (rôle) à son problème de patient (son jeu), en lui partageant quelques mots, un début de dialogue, qu'il a interrompu pour poursuivre le cours sur cet exemple d'interaction. Je résume...

Quoi d'autre ?

Un peu d'expérience des outils de la psychiatrie et alternatives a pu être exprimée. Des paroles du rétablissement ?

FIN

Être dans un environnement professionnel.

02.07.21

Très vite, la question a glissé à qu'est-ce qu'un professionnel, et quel est le processus de professionnalisation ?

Quelques références nous sont données, en lien avec la santé mentale.

Au point de vue du langage, le terme profession au sens moderne existe depuis environ un siècle, la notion de métier étant plus ancienne.

La profession, c'est une communauté de pairs, de pratiques, voire de règles internes.

Par leur contribution à résoudre des situations, par les tâches qui leur incombent, et grâce à leurs compétences, les professionnels obtiennent un salaire.

Une problématique dans les réseaux professionnels est la transition de problèmes depuis le cadre professionnel vers le lieu de vie du client.

De plus, il faut avoir conscience que les institutions vivent souvent selon un principe de ré-organisation permanente. Les institutions essaient d'être dans la flexibilité et le décloisonnement, deux principes essentiels.

La profession est un rôle social, qui se joue dans un certain secteur d'activité (par exemple, le psychosocial), et qui est protégé, pour certaines professions, par des lois et des réglementations. Ou encore un code de déontologie.

Nous sommes répartis en quatre groupes, pour discuter autour de l'identité professionnelle.

Le premier groupe parle de l'expertise du pair-aidant, de son recul par rapport au vécu psychiatrique, de l'écoute qu'il peut avoir.

Le praticien est un professionnel de la pair-aidance, le pair-aidant est souvent bénévole.

Le choix professionnel est important, c'est lui qui va permettre au pair-praticien d'être rémunéré pour son travail.

On peut voir le pair-praticien comme un intermédiaire entre un employeur, une institution, et la personne aidée, le pair.

Dans l'ordre des prestations offertes par le pair-praticien, on trouve l'accueil, très important, l'accompagnement, tout en écoute et en partage, la création de projets avec le pair, et aussi possiblement un soutien administratif, une assistance sociale.

Une attention particulière est portée sur la défense des droits des personnes, sur la militance, et sur la déstigmatisation, pour que le pair puisse choisir de s'engager.

Avant de résumer les paroles du deuxième groupe, quelques notes.

- a) Le travail d'acteur peut être intéressant pour le pair, et pour le pair-aidant. Il s'approche de la notion d'empowerment, que nous retrouvons ici dans le terme d'actorialité, cette capacité à jouer.

- b) Quelques dimensions professionnelles :
- Le credo personnel (par exemple, aider les autres)
 - Un contrat à négocier
 - Des compétences à engager (motivations professionnelles de métier)
- c) Peut-on parler d'expert par expérience ?
Il semble que la formule ne soit pas bonne, il s'agirait de requalifier ce qu'est l'expertise du pair-praticien.

Pour le deuxième groupe, l'identité professionnelle du pair-praticien en santé mentale s'entend au travers d'un certain nombre de valeurs, telles le soutien et le conseil, le partage d'expérience, l'empathie, la bienveillance.

Les atouts du PPSM : 1) partager des connaissances acquises, 2) mise en valeur du pair, 3) émuler la confiance et l'estime de soi, 4) développer une image positive, 5) tenir compte de la spiritualité de la personne.

Une petite discussion a lieu pour savoir si on peut considérer le PPSM comme une sorte de trait d'union ?

La question reste ouverte.

Quelques notes avant de retrouver le groupe suivant :

- a) Le PPSM n'est pas toujours en pleine santé, parfois il a des difficultés, notamment en regard de son trouble psychique.
Des symptômes, tels des dépenses inconsidérées, ou encore la peur d'être abandonné, peuvent momentanément l'empêcher d'exercer son métier.
- b) Le rétablissement est un processus, il représente la compétence du PPSM, son expertise.
- c) Il est de la compétence du PPSM d'accompagner les personnes dans le processus de rétablissement.
- d) Dans quelle mesure le PPSM est-il formé à l'auto-réflexivité et à l'auto-évaluation, pour toujours être conscient de ses limites et de ses besoins ?
Selon les contextes et les ressources, il existe des méthodes de résolution de problèmes, et d'évaluation continue de situation.
Mais la question s'adresse bien sûr aux personnes en charge de notre formation.

Pour le troisième groupe, dans les compétences souhaitées du PPSM, il y a la gestion de l'échec (vs espoir), et une bonne capacité d'analyse et de synthèse.

Si on considère le PPSM comme une sorte de traducteur entre le pair et le soignant, il y a un besoin de compétences relationnelles d'aide ou thérapeutiques qui soient professionnalisées, et cadrées, avec un début et une fin.

Il faut savoir garder des distances avec le pair, tout en faisant preuve de bienveillance et de chaleur humaine.

Au centre de l'action du PPSM se trouve le pair aidé, l'autre que soi.

Et aussi, apprendre à ne pas « coloniser » l'autre.

Le quatrième groupe ajoute à ce profil professionnel du PPSM des dimensions comme avoir le recul émotionnel, avoir un regard externe, en cas d'alerte psychique, et enfin être participatif de la formation continue des professionnels (cours, stages, rendez-vous).

Notes :

- a) Un conseil : pour les recherches d'emploi, il est très utile de dire quelles compétences on a dans le processus de rétablissement.
- b) L'attention est attirée sur le fait qu'en emploi, le PPSM va devoir considérer un large spectre de diagnostics.
- c) On nous dit d'apprendre au pair-aidé à se révolter (pour plus d'autonomie, plus d'expression de l'autodétermination).
- d) Dans l'enseignement, on se trouve dans une posture réflexive, où jouent des stratégies de coping (faire avec), sous forme de témoignage de l'expérience de patients, quant à leur chemin de maladie ou de soins, ou leur processus de rétablissement, et jouent aussi de réponses humaines, prises dans des revues, de la littérature, ou simplement l'expression propre.
Le cocktail est prêt, on peut commencer à parler du modèle du rétablissement, et des éléments de ce modèle.
- e) Comment c'est dans la recherche ?
Dans la recherche, on conçoit et on rédige des projets (de recherche). Cela nécessite une solide expérience personnelle et des connaissances sur le savoir des patients. Il y a la mise en œuvre des projets. Puis viens la récolte des données en quantité et en qualité, suivie de l'analyse de ces données. Puis la rédaction des rapports et des articles scientifiques. Enfin, il y a la communication des résultats de recherche (publications, etc.).
- f) Question : qu'en est-il des PPSM et les problèmes juridiques qu'ils peuvent rencontrer ?
- g) Les PPSM forment-ils une communauté de pratique ?
Différents facteurs influencent cette communauté :
 - La demande du marché, les besoins clients
 - L'offre de prestations, les produits
 - Les résultats, la productivité, les financements
 - La compétition et les luttes de pouvoir par rapport à de nouveaux marchés
 - La coopération, la cohérence, l'interdisciplinarité, les alliances
 - La formation, le développement de nouvelles compétences / nouvelle offre, nouvelle demande
 - L'innovation
 - Etc.
- h) Une question de définition devrait permettre de distinguer le patient-expert du PPSM.
- i) Et n'oublions pas qu'en emploi le PPSM a aussi sa part de travail administratif...

Références (approximatives)

- Revue française Santé Mentale
- Site internet : www.seretablir.net
- Youtube, vidéos de Prof. Ch. Bonsack (La saillance aberrante, etc.)
- Lieu d'accueil, voir Douglas Hospital

FIN

Carnet de route

03.07.21

Bonne journée hier.

J'ai entrevu la possibilité de travailler en recherche en santé mentale, ça me plait. D'autant que mon association L'Expérience à Genève est un laboratoire psychosocial.

Les interactions en classe ont été bonnes et fructueuses.

Autour de la pair-aidance et de sa professionnalisation, la relation d'aide ou d'entraide a été bien partagée, en lien avec des aspects qui caractérisent plus la position professionnelle, savoir prendre du recul, médier, etc.

Des exemples de pratiques pair-aidantes ont été donnés. Cela a pu dégager quelques potentialités du métier de pair-praticien. Et le définir, selon un des intitulés de cours.

Mes camarades, tous bien impliqués dans la pair-aidance et sa philosophie, ont pu partager, et moi avec eux, une approche de la vie professionnelle avec cette pratique.

Discussion avec une camarade sur son projet à Genève. À suivre.

Avec une autre camarade, proposition de présenter L'Expérience à une conférence après l'été. À suivre.

FIN

Posture professionnelle : analyse interactionnelle

09.07.21

Le cours a ce titre.

Sur la base d'une vidéo d'entretien d'explicitation (un groupe de parole), on voit que l'outil d'analyse permet l'observation d'une interaction, et d'y voir un certain nombre de révélations.

Question vocabulaire, que signifient déontique, ou épistémique ?

L'analyse interactionnelle vient de l'analyse conversationnelle (Sacks, 1992), sur la base de données audio-vidéo naturelles, des parole-en-interaction... A SUIVRE...

Le principe de l'analyse interactionnelle est l'observation audio-vidéo d'une interaction et sa transcription, puis son interprétation. Des hypothèses sont émises, des tests sont faits, et, s'il y a lieu, l'interactionnel et l'émotionnel sont revus. (déroulement clinique).

L'intervenant nous donne l'interprétation d'une transcription, on y voit notamment une stratégie d'atténuation (petit ceci, petit cela, etc.), et une situation de statuts différents.

Dans ce genre d'exercice, on peut choisir le dévoilement de soi ou plus simplement le partage d'expérience, selon une convention ou des choix personnels.

Dans l'analyse interactionnelle, les paroles agissent en dévoilement, en divulgation d'une difficulté. Le processus conduit soit au statu quo de la difficulté, soit à l'accès à des programmes de rétablissement, à l'exemple du programme HOP (Honesty, Open, Proud) aux Etats-Unis, ou d'autres alternatives.

Le travail du PPSM comprend une part d'aide et de soins, et une part d'administratif. Dans la première, le jeu émotionnel représente une vraie compétence interactionnelle.

Conseil pour un contrat PPSM : avoir son objectif bien en vue, agir avec méthode, et...

En recherche, dans des jeux de rôles, des jeux de simulation psychosociale, testés avec des patients-experts ou des acteurs, on peut vérifier avec des personnes lambda des hypothèses d'une expérience. De la théorie au résultat, c'est le niveau de l'expérimentation, de la recherche.

Le programme PEPS (programme émotions positives pour la schizophrénie, www.seretablir.net) entraîne huit compétences en huit étapes ou cycles, qui sont 'savourer', 'anticiper un plaisir', 'capitaliser un événement réussi et le reprendre', etc.

Entre maintenant, où je me souviens d'un bon moment du passé, et le projet futur que j'en fais à nouveau, il peut y avoir ce que nous appellerons une déviation d'entrée, un des mécanismes de l'anhédonie.

Dans la relation, le pouvoir peut être partagé de manière symétrique (dans le partenariat, la collaboration), il peut aussi l'être de manière complémentaire, un en haut et un en bas.

Une relation d'égalité peut aussi exister, quand bien même nous verrons des différences de savoir d'un côté et de l'autre (on écrira $K+ = K-$, avec K pour Knowledge).

Il est à noter qu'un lien de pouvoir asymétrique peut sur le temps être considéré comme un lien symétrique, oscillant entre les pôles du pouvoir.

De Stefanovic & Peraklyá (2014), on peut dégager trois ordres de l'interaction.

La déontique s'occupe de ce qui est du pouvoir.

L'épistémique, ce qui est en lien avec les savoirs, les connaissances, les territoires d'expertise dans les interactions, les rapports de place (la légitimité, l'accès au savoir).

Troisièmement, l'émotionnel, les émotions dans la conversation, les phénomènes d'implication et d'affiliation.

Les compétences forment l'expertise, par exemple la faculté de prescrire pour un médecin ; le vécu psychiatrique du PPSM constitue une expertise.

Mention des premiers droits des patients à Genève en 1987.

Dans sa capacité à écouter, le PPSM devrait ne pas s'impliquer, et désimpliquer le pair-aidé. Ainsi, le partage d'expérience peut se faire sans implications.

Le PPSM s'affilie peu à peu à ce que raconte le pair-aidé, on aura une implication contrôlée...

Mais bien sûr, dans la relation d'aide, le PPSM restera confronté aux émotions, sentiments et ressentis dans l'interaction.

Les facettes de la relation sont, je le répète, déontique, épistémique, et émotionnelle. Avec cela, on va considérer les enjeux présents, on cherchera à imposer une action, ou à connaître mieux le sujet, ou encore à comprendre le vécu de la personne.

Revenant sur les relations de pouvoir, il se peut que dans une relation de subordination, le subordonné soit en fait une éminence grise.

Y a-t-il des stratégies déontiques, stratégies de pouvoir ?

Elles sont à penser, il est des sujets brûlants, comme le droit des patients, le droit de ne pas être forcé à prendre un traitement, de n'être pas violenté, maltraité, par la psychiatrie (prenons l'exemple des PAFA).

Mais on peut aussi établir une différence entre la contrainte réelle, et la contrainte perçue. (... !)

Conseil : Visitez la bibliothèque de l'école !

Références (approximatives) :

- Programme PEPS, www.seretablir.net
- Une expérience ordonnée, Tutt et Hindmarch, 2011, Harris et al., 2012
- Programme HOP (US)
- Stefanovic & Peraklyá (2014), sur l'analyse interactionnel
- Laborit (1952), sur le largactyl, 1^{er} neuroleptique

FIN

Carnet de route

12.07.21

Jeux de rôles

Jouer un rôle c'est sûrement quitter ou abandonner la totipotence, la toute-puissance (que l'on retrouve dans certains troubles psychiques), la maîtrise, l'expertise, de son auteur, pour mieux improviser, être spontané (?), incarner un personnage.

Le rôle d'un personnage ne se confond pas à sa vie, superposition, correspondance, il n'est qu'artifice, artificiel.

L'auteur dicte les mots du rôle, j'écris cette note, venue d'un jeu de rôle proposé en pays PPSM par un intervenant, entre un pair-praticien et son pair-aidé (binôme), joués là par un camarade et moi (d'autres binômes ont joué).

Les rôles sont tenus avec plus ou moins de bonheur, la distance prise d'avec le self-control, la maîtrise de soi, est plus ou moins bien vécue.

Le rôle et le théâtre semblent de bons moyens pour lâcher des crispations et prendre du recul face à l'adversité. Sauf d'être fauché dans ce mouvement.

Mais pensons aussi au rôle de l'improvisation, ou à celui de l'effet feedback ?

FIN

Les outils de l'analyse institutionnelle pour comprendre les contextes

23.08.21

J'ai bien participé à ce cours, mais je n'ai pas pris de note, j'ai suivi avec les autres les deux documents qui nous ont été remis au début.

Je n'ai donc pas de commentaire à transcrire ici, on se référera aux deux fascicules distribués.

Documents :

- 1) « Analyse institutionnelle » pour PPSM, Charles Chalverat, août 2021
- 2) Cadre, processus et phases de développement de l'institution, notes pour un exposé, Charles Chalverat, sans date

FIN

Être dans un environnement professionnel : comment faire pour travailler dans un environnement qui vous a maltraité ?

24.08.23

Le premier rôle et la première mission du pair-praticien en santé mentale (PPSM) est l'accueil de la personne, la demande de ses besoins et de ses attentes, en bref, le respect de son autodétermination.

Il ne s'agit pas de lui présenter un catalogue de prestations, ni d'actes, ou d'un quelconque cahier de charges.

En somme, il s'agit pour le PPSM de s'adapter à la demande (qui est une création propre de la personne), il n'y a donc pas vraiment de modèle pour le PPSM.

Les ressources de PPSM peuvent être des moyens, gestes ou objets, des habiletés. Au plan de son action, on trouve l'aspect pratique, celui du cognitif, et celui du comportemental.

Quelques éléments d'outils théoriques :

- Dans l'inconscient, l'état limite entre la névrose et la psychose est appelé état borderline.
- La théorie bio-sociale détermine des origines de troubles psychiques d'une part dans la génétique, et d'autre part dans l'environnement.
Celui-ci peut comprendre des faits conduisant à une invalidation de la personne, comme des trauma, etc.

Aussi, l'origine d'un trouble psychique n'est pas si importante pour le travail d'un PPSM, ni le diagnostic d'ailleurs. Il convient de toujours voir chez la personne quels sont les besoins, les attentes, les demandes.

Essai de définition du caractère borderline :

anticipation, surattention (acuité aiguë) que l'on peut mettre en parallèle avec un profil HP (Haut Potentiel).

Une stratégie, une conduite, peut s'établir sur une journée, en dressant par exemple une carte, où s'inscrivent des chaînes d'actions, possiblement analysables, et qui permettent de voir quels seraient des déclencheurs de crise, et la suite à leur donner.

L'intervenante nous parle de l'inventaire de ses ressources et compétences. Elle en dénombre environ 250, où le choix et l'efficacité sont très divers.

Pour aujourd'hui, l'intervenante nous parle de prévention, ce que cela signifie pour elle.

Elle évalue en permanence ses actions, selon un schéma de tensions, pour lesquelles elle utilise une échelle de 1 à 10.

Au quotidien, si les actions sont moindres et qu'il y a moins de stimuli, la vigilance peut se relâcher un peu.

Mais la planification a toujours son importance, même s'il y a place pour un peu d'imprévu.

L'intervenante nous dit ne pas se sentir enfermée dans un tel programme, se sentir libre.

Une note : la vigilance est là pour éviter des dangers, elle dénote une peur, sans doute acquise dans un trauma dans l'histoire de la personne.

L'histoire de vie de l'intervenante est décrite comme un chemin de montagne, pour lequel maintenant elle s'estime équipée.

Sur son chemin :

- L'acceptation
- L'environnement des proches
- Les séjours traumatisants
- La TCD (Thérapie Cognitive Dialectique, programme Prisme)
- Le travail sur l'estime de soi
- Le travail sur la déstigmatisation (savoir, non-jugement)
- La formation PPSM / la chance de sa vie, dit-elle
- La famille
- La montagne
- Son psychiatre
- L'anthroposophie

Vocabulaire :

- chaping, apprentissage par approximation (exemples : marcher, manger) et sous-jacent, impulsivité, spontanéité, vivacité.

Une discussion a lieu autour des outils pour les professionnels :

- avoir une prise en charge humaine, d'adulte à adulte
- traiter un patient psychique avec la même qualité qu'un patient somatique
- co-décision et empowerment
participation au rétablissement
compétences, reconnaissance, validation
- dialogue avec le PPSM
- debriefing de crise
- plan de crise conjoint (PCC)
- empathie de la part des professionnels
- réagir aux communications des pairs-aidés
- notion de compagnonnage avec le PPSM
- accompagner dans la crise, et suivi ? quelles sont les limites
- pouvoir demander un arrêt de prise en charge, si besoin

Dans le syndrome borderline, on peut voir une personne provoquer une douleur sur elle-même, par exemple en se scarifiant, ou avec de la glace, de l'ammoniaque, des cailloux, etc., pour garder le contact avec la réalité, conserver une cohérence de la raison.

Apprendre à faire avec, ce sont les stratégies de coping, elles utilisent les ressources à disposition, autant dans la psychiatrie que dans ses alternatives.

Aussi pour la médication, ses effets secondaires, un éventuel sevrage, etc.

Le PPSM utilise les compétences et les ressources de la personne pour développer des stratégies de coping. Des exemples de ressources sont : un élastique, pour se faire un peu mal, comme un rappel, le yoga, la méditation pleine conscience, etc.

La psychoéducation est un terme réservé dont il sera question plus tard.

Suggestion : il serait bon, en psychiatrie, que le debriefing de crise soit intégré dans les soins.

Une idée est lancée, pour intégrer des PPSM en psychiatrie, qu'ils soient des gardiens de chambre fermée, pour les soins aigus.

Un exemple de coping : lire à haute voix pour « couper » les voix intérieures...

Une question : comment motiver, interpeller le pair-aidé ? (et des actions).

Et suffit-il d'entendre les attentes, les besoins, ou faut-il provoquer un peu, doucement ?

Dans l'écoute et avec sa capacité de réponse, le PPSM peut accueillir et accompagner un pair.

En étapes, cela donne :

- créer le lien /utiliser une porte ouverte
- cadrer les besoins et les attentes
- avoir une réflexion
- partager des ressources
- mener des actions et des projets
- avoir un suivi

Il existe un phénomène de résonance entre le pair-aidant et le pair-aidé (autour du vécu de la souffrance). Le lien peut être rassurant ou déstabilisant, par périodes, dépendant de la qualité du rétablissement en jeu.

Références (approximatives) :

- Thomas Inde / stimulus-diagnostic
- Marchal Linehan / Thérapie Cognitive Dialectique, TCD
Changer le rapport aux symptômes.
Trois vagues de TCC / comportementale / cognitive / émotionnelle
+ Note : marché, jeu de la reconnaissance
- Film « Gleich und anders »
+ site internet de Katia Vonlanthen

FIN

Boîte à outils des interventions : écoute active et l'entretien

Sous-titre : conduite d'entretiens professionnels ; enjeux, réflexion et outils de l'écoute.

13.09.21

Les éléments de base de l'entretien sont le non-jugement, l'empathie, l'écoute, l'ouverture, l'abnégation (le recul, et émotionnel). L'intervention prendra une orientation solutions. De la dédramatisation et de la patience seront nécessaires.

En entretien, de possibles absences d'écoute peuvent permettre de reprendre son souffle. En tout cas, la responsabilité et l'éthique professionnelles sont engagées.

D'après Winnicot, la relation à deux est en fait une relation à trois. En considérant l'aire transitionnelle entre les personnes, c'est-à-dire l'espace culturel ambiant, on définira la relation entre trois univers. Cette trilogie, intégrant les deux intervenants, peut être appelée culture.

Le conseil fait-il partie des outils du PPSM ?

Pas toujours, il s'agit plutôt de développer le cadre permettant à la personne de se déterminer, ce qui sera sa manière d'être conseillée...

Des jeux nous permettent de travailler des éléments de communication, notamment une communication non-verbale, au travers de dessins et de symboles sur une feuille de papier, pour prendre conscience des échanges écoutant-écouté.

Notes : 1) C'est l'écouté qui peut évaluer la qualité de la communication ; 2) À l'empathie émotionnelle peut s'ajouter l'empathie situationnelle, par exemple un intérêt à connaître quel est le domicile de la personne, ou si elle a des enfants, quels sont ses revenus, etc.

Il est important, dans la relation d'aide, d'avoir une considération positive inconditionnelle de l'autre.

Il y a l'entretien, il y a l'avant, il y a l'après.

Avant l'entretien, il peut y avoir un geste de détente, par exemple aller marcher quelques minutes.

Pendant l'entretien, on s'engage à écouter, communiquer, répondre.

L'intervenante nous invite à nous questionner sur les notions de rétablissement et d'empowerment.

Sous-titre : écoute active, conduite d'entretien

27.09.21

Recette de base : préparation, action, retour sur action/réflexion

Les outils de l'écoute active (EA) :

- Être attentif
- Utiliser les questions (qui, quoi, comment, quand, où, etc.)
- Reformuler : permet une vérification, de faire la différence entre la réalité perçue et la réalité vécue

- Recadrer : revenir sur une séquence précise, permet un changement de point de vue
- Confronter la personne à une ambiguïté, permet de mettre en balance deux situations contraires ou paradoxales
- Schématiser : donner une image de synthèse, une métaphore, dire en résumé
- Prendre des notes en respectant le choix des mots de la personne

Les limites personnelles doivent être respectées, en faisant notamment attention à l'effet miroir dans l'entretien.

Dans l'écoute active (EA), il ne s'agit pas de résoudre pour l'autre, mais de lui permettre d'élargir et de comprendre par le témoignage, le récit.

Cependant, à sa demande, un conseil peut être donné à la personne, et le PPSM peut, de son côté, donner un avis qu'il estime important.

Note : il faut bien se rendre compte qu'une technique d'entretien est différente d'une simple volonté d'aide. C'est un outil professionnel.

Dans l'écoute active, il peut exister une sensibilité et une opposition de la personne à la prise de notes par le PPSM pendant l'entretien. Pour éviter une gêne à cet endroit, le PPSM peut déclarer cette prise de notes à la personne, montrant ainsi un signe de confiance. Au surplus, le PPSM peut proposer à la personne de prendre aussi des notes.

Note : le PPSM peut négocier la qualité de vie de la personne avec les intervenants (notion de réseau).

Il est fait lecture d'un texte de Virginia Satir, et s'ensuit une analyse en classe.

Un étudiant parle des troubles du spectre de l'autisme, indiquant que le spectre s'étend de l'autisme non-verbal à l'autisme logorrhéique, et demande quelle aide à l'autisme pourrait être développée. Pour réponse, et comme solutions d'aide, la logorrhée est considérée comme difficile d'accès pour une aide, alors que paradoxalement l'autisme non-verbal, de son côté, peut trouver des formes de contact par des langages non-verbaux, la présence, la respiration, le temps, la voix. L'approvisionnement d'un autiste non-verbal passerait-il par le mimétisme ?

Note : le symptôme conduit à la recherche de solution ?

Note : l'entretien a un objectif de dialogue par rapport à une problématique (centrage).

Note : il existe différentes terminologies selon les écoles psy (PPSM, etc.) en exemples, les termes : addiction, ou trouble psychique, etc.

Note : ambivalences d'adjectifs, dans le langage
exemples : dépensier-généreux, jaloux-passionné, etc.

Entre étudiants, des entretiens ont lieu sur différentes problématiques, pour essai.

Puis, lecture par l'intervenante d'un conte, « Jean, mon hérisson », suivi d'une analyse, aussi des personnages, à l'aide de la grille SWOT, qui détaille les forces et les faiblesses, et les opportunités et les menaces, des caractères.

Il est question de résistance et de résilience, d'image de soi.

Références (approximatives) :

- Antoine Bioy / se former à la relation d'aide / sur Carl Rogers et son approche humaniste, et la qualité d'être de l'aidant
- Peter Brook, L'espace vide / théâtre
- Steve de Shazer, Insoo Kim Berg / théorie systémique
- Friedrich Nietzsche

FIN

Carnet de route

26.09.21

Hier, trois heures de cours pour la régulation des stages. Ils devaient être distribués le 4 octobre, mais en fait ils ont tous été distribués hier.

Brève présentation, pas de temps de réflexion sur les propositions. Je pense que presque tous les stages étaient distribués d'avance, on nous a emmené dans un petit jeu pour nous calmer.

Nous étions dans une salle de classe, mais quelques étudiants n'étaient là que virtuellement, par internet.

Une heure environ a été consacrée à des présentations de deux étudiants, parlant de la pair-aidance, leur parcours, la formation, la promotion du métier, et l'encouragement aux pairs-étudiants de se motiver et de s'engager dans cette profession, de militer avec l'association des pairs-praticiens en santé mentale Re-pairs.

Une question d'une étudiante a été posée : - est-ce qu'à travers vos propos vous estimez que les étudiants de notre classe n'en font pas assez ?

Je n'ai pas eu le stage que je désirais, c'est dommage. Ayant ouvert le choix à plusieurs possibilités de stages, c'est une sorte de plan B qui m'a été attribué.

Ainsi, tout le temps et le déroulement prévus de l'attribution des stages a-t-il été chamboulé pour une distribution éclair détournant les écueils critiques, les hésitations, et la réflexion.

FIN

Rôle et fonction du pair-praticien en santé mentale

04.10.21

En Suisse romande, environ un tiers des PPSM ont un emploi. Dans d'autres régions, cela peut atteindre les deux tiers.

Question : quelle est la capacité d'un PPSM à négocier ses tâches, son cahier des charges, pour un contrat ?

Question : lors de son engagement, un PPSM peut-il se présenter à l'équipe professionnelle dans une réunion ?

Valeurs utiles en emploi : espoir, autodétermination, défense des droits, relation humaine (distance professionnelle), être intermédiaire entre les soignants et les patients.

La relation réciproque du PPSM avec le pair-aidé est doublée d'une autre relation réciproque avec l'employeur (double réciprocité).

Question : y a-t-il une concurrence professionnelle avec les infirmiers ? (faire le boulot sympa..., avoir les relations humaines..., etc.)

Question : quel est le cahier des charges d'un PPSM ?

On a de la peine à le définir, à le faire exister.

Dans sa relation au pair-aidé, le PPSM permet à la personne de communiquer. Cette facilitation existe également entre pairs-aidants. Le PPSM répond à la demande du pair-aidé.

Question : y a-t-il un modèle standard de PPSM ?

Question : N'y a-t-il pas une idéalisation du métier de PPSM, qui doit se confronter aux différentes attentes et projections du terrain ?

À toutes les questions au sujet du cahier des charges du PPSM, vous pouvez imaginer vos propres réponses, et ainsi déterminer ce que sont vos limites.

Un texte nous est donné en référence à lire, « Super pair », apparemment créé par une Intelligence Artificielle (IA). Les caractères de modestie et d'humilité sont mis en avant.

Question : comment faire reconnaître le rôle et la fonction du PPSM ?

C'est quasiment un travail de lutte syndicale, au-delà du simple fait de rémunérer le professionnel qu'est le PPSM.

Il est aussi important de parler de ce métier dans l'équipe professionnelle qui accueille le PPSM, que d'en parler dans son entourage et avec ses soutiens.

Question : quel est exactement le rôle de la pair-aidance dans la discussion que nous avons ici ?

Une vignette est donnée pour discussion et recherche de solutions. Il est demandé de s'appuyer sur la technique d'entretien.

Une anamnèse de quinze minutes est menée, le drame d'une femme est figuré. La parole est continue et calme.

Ce que semble pouvoir apporter le PPSM, c'est d'accompagner la personne pour une balade ou une discussion. Mais pour les aspects de la médication, de la curatelle, du logement en foyer, le PPSM ressent un sentiment d'impuissance à répondre, à faire quelque chose.

Il a l'impression que les choses lui sont imposées par cette femme.

Son réflexe pourra être de transmettre les informations, et ainsi de participer à l'élaboration réseau du projet de vie de la personne.

Dans l'équipe professionnelle, un rapport par oral du PPSM peut être une compétence appréciable.

Question : le titre de ce cours est « Rôle et fonction du PPSM », comment est-ce que s'y intègre la notion de pair-aidance ?

La définition du pairage est difficile à donner, mais pas impossible.

Le point de vue peut être d'atteindre un objectif, on y réussit ou non, mais un travail a été effectué.

Autrement dit, le PPSM peut résoudre la difficulté de l'aidé, à moins qu'il ne délègue le problème.

C'est une question d'efficacité.

Outils pour le métier de PPSM :

- Une des intervenantes nous passe l'idée d'établir un carnet de bord, ou de participer à des supervisions ou des interventions, ou encore d'utiliser une citation de référence pour chaque pair-aidé
- L'autre intervenante nous rend attentifs à certains aspects du métier :
 - Remettre en question ses certitudes, les situations sont souvent plus complexes qu'il n'y paraît
 - Faire preuve d'humilité
 - Ne pas surinvestir
 - Savoir pourquoi on fait ce métier, pour retrouver un rôle, un statut perdu, dans la société
 - Faire attention aux attentes importantes
 - Garder les pieds sur terre
 - ...

FIN

Carnet de route

04.10.21

Ça va mieux, mais quel après-midi !

Thématique du rôle et de la fonction du pair-praticien.

J'étais bien en arrivant, bonjour, je prends place à côté d'un camarade, fond de classe.

À part la place du pair-praticien et son rôle économique, rien. Si peu de la pair-aidance.

Vraiment, j'endure cette formation. Aucune aide pour faciliter ma parole. Normal, la concurrence. À peine, j'ai dit mon désaccord de parler déjà salaire, j'ai dû me taire, contrit.

J'avais peu d'énergie, en hypostimulation depuis le weekend. Je suis lessivé, peut-être bien pour une énergie étrange des derniers jours.

On ne sait tellement pas la pair-aidance que peut mettre en œuvre le pair-praticien, que le titre de la discussion semble n'être qu'un prétexte à parler en périphérie du sujet, voire d'en être encore plus éloigné. C'est la frustration par rapport aux expériences des uns et des autres. La parole est captée, non distribuée, non travaillée. Ou alors j'ignore comment. J'y retourne demain, un jour blanc, noir, ou coloré ?

FIN

11-1 Analyse de pratique

05.10.21

Pour débiter l'analyse de pratique, nous allons agir en quatre étapes.

D'abord, définir ce qu'est l'analyse de pratique, puis donner ses finalités et ses règles, puis une méthodologie, et ensuite un processus de base.

L'analyse de pratique n'est pas un bureau des plaintes, ni une instance de décision institutionnelle, elle se situe au niveau du métier. Elle n'est pas une instance d'évaluation, ni un groupe de parole.

L'analyse de pratique est plutôt une supervision, une vision élargie d'une situation.

Dans le cadre institutionnel, et s'appuyant sur l'expérience professionnelle, l'analyse de pratique est un espace tiers, neutre et sécurisé, où le regard est égalitaire, et où les styles peuvent être très divers, pour donner du sens à l'expérience professionnelle.

La finalité de l'analyse de pratique, c'est d'aller chercher le vivant avec celles et ceux qui ont vécu une problématique dans leur travail, afin de muscler le savoir de l'expérience professionnelle.

L'analyse de pratique est une co-construction dont les règles sont : la confidentialité, le droit à l'erreur, le respect des limites, le non-jugement, et la mobilisation des ressources du groupe.

La méthodologie de l'analyse de pratique :

- Présenter une situation concrète, une problématique, ou un thème... ayant émergé dans la pratique professionnelle :
 - o Quelles sont les attentes du supervisé ?
 - o Quel récit fait-il ?
 - o Quelles questions peut-on lui poser ?
 - o Quelles hypothèses peut-on émettre ?
 - o Quels éléments d'amplification peut-on lui donner ?
 - o Et quelles perspectives se développent ?

La responsabilité du supervisé est sa capacité de répondre dans son rôle et avec la situation donnée.

- Avoir une réflexion intégrant la notion de complexité. D'abord, situer et nommer les tensions et les enjeux :
 - o Les aspects administratifs, relationnels, juridiques, économiques, sociaux, etc.
 - o La différence entre travail réel et travail prescrit
 - o La cohérence entre mission, mandat, et valeurs personnelles
 - o ...
- Être ouvert à la créativité, par l'humour, le jeu, le langage non-verbal, le recours à des métaphores, ...

Pour le processus de base, une feuille le résumant nous est donnée. On peut s'y référer pour suivre le processus et les dimensions de l'analyse de pratique.

Suit un exercice pratique d'analyse de pratique, avec les étudiants présents, et dont un présente une situation.

11-2 Analyse de pratique

05.04.22

Exercices d'analyse de pratique, les étudiants présents et l'intervenante. Trois situations sont présentées et analysées, selon :

- Déroulé de la situation
- Questions objectives
- Questions subjectives
- Amplification (apport d'éléments)
- Hypothèses
- Situation par soi-même
- Conclusion
- Remerciements

En respectant les valeurs de confidentialité, de non-jugement, de bienveillance.

11-3 Analyse de pratique

28.04.22

Deux étudiants présentent à la classe leur situation à analyser.

Références (approximatives) :

- François Schenk
- Le triangle de Karpman, illustrant une circularité entre les rôles de victime, de bourreau, et de sauveur

FIN

Carnet de route

23.10.21

Déjà, on a ajouté à nos jours de formation, une demi-journée en plus par voie de cours par internet sur le Plan de Crise Conjoint (PCC). Ce n'était pas dans le contrat de départ pour la certification PPSM.

Ceci n'empêche pas de le faire.

Mais, demande concomitante, on veut que nous remplissions en nom propre un Plan de Crise Conjoint (PCC). Les questions sont très personnelles, les réponses ne le seront pas moins.

Dans le contexte d'une école, et d'une classe, comment envisager l'utilisation des données sensibles contenues dans le PCC, comment éviter un usage frauduleux de celles-ci, comment se résoudre à signer un tel document ?

Encore une fois, ceci n'empêchera pas de remplir un PCC.

Un fake ? Et même, là aussi il sera écrit sous le sceau de la confidentialité.

En l'école, qui aura accès à pareil document, quelle utilisation en sera faite, qui garantira, ou pas, sa confidentialité ?

J'avoue que je vous poserais bien ces questions, autant de défis, mais que j'ai décidé de continuer à jouer le jeu, et que je rendrai une version confidentielle et non signée de Plan de Crise Conjoint.

FIN

Technique d'animation de groupe

01.11.21

Pour ce cours, les intervenantes commencent par nous donner les objectifs de la journée. Nous devrions tout d'abord avoir les éléments de théorie, les définitions de différents groupes. Ensuite viendront les principes d'acquisition des outils d'animation, et les difficultés inhérentes. Puis un lien pourra être établi entre l'animation de groupes d'entraide et celle de groupes institutionnels (parallèles entre groupes de paroles, réunions, etc.).

Pour la théorie, nous allons parler du groupe. Celui-ci est défini à partir de trois personnes. Que trouve-t-on dans un groupe ? De l'entraide, une animation de partage de la parole, éventuellement une animation thérapeutique.

Le rôle de l'animateur est de donner un cadre, et alternativement d'apporter un savoir (de l'information).

Le fait de se retrouver entre pairs dans le groupe facilite l'identification et l'appartenance à celui-ci. Le groupe réunit de multiples avantages : une force plus grande ensemble, une solitude rompue, l'expression des émotions, l'entraide, l'appartenance, les tabous brisés, la gestion du quotidien ou des médicaments, le fait de se sentir accepté, la motivation et l'espoir, l'émulation, un cadre quotidien (être ponctuel, respecter les règles, etc.), il peut aussi « lancer » une dynamique.

Pour le rôle de l'animateur, pour sa manière d'animer, on retiendra :

- Il est garant du cadre, et quant au contenu des discussions, il peut donner son avis.
- Il est chargé de la continuité du groupe (à l'interne, ouvrir et fermer l'espace, accueillir, poser les règles, introduire la séance, discuter la thématique du jour ; à l'externe, informer, maintenir l'existence du groupe).
- Il doit être identifié en tant qu'animateur et animer la séance.
- Il est un facilitateur de la parole, il distribue la parole, interrompt le cas échéant, ou il relance avec des questions.
- Comme il l'aura annoncé en début du groupe, il pourra être amené à limiter un temps de parole devenant trop long.
- Il est le garant des valeurs du groupe, et dans cet espace de bienveillance, il pourra glisser des petits mots de sympathie, et éventuellement dire son humeur.

Pour l'animateur PPSM, quelle différence y a-t-il avec le modèle présenté jusque-là ?

Selon une étude de la HETSL (dont je n'ai pas les références...), l'animateur PPSM agit comme un miroir positif du pair-aidé ; il représente l'espoir du rétablissement ; il permet une identification (notion de transfert psychanalytique) ; il permet des questions plus concrètes autour du quotidien ; il est un lien entre les vécus des différents participants. Il peut avoir plus de facilité à parler de son expérience et de son rétablissement, il peut accueillir la souffrance du pair-aidé.

Un truc : parler du quotidien est parfois un bon prétexte pour changer de sujet...

On se pose la question de savoir si on va imposer ses solutions ? Cela ne paraît pas adéquat. De plus, dans le langage, on essaiera d'éviter les : - Je pense que... ; - Il faudrait que... ; etc. Pour cela, il pourra

être bon d'animer en co-modération.
Et que faire des silences ?

Deuxième partie, quels sont les outils de l'animation ?

En premier, on peut parler de l'identité du groupe, de ses valeurs : la bienveillance, le non-jugement, la confidentialité, etc.

Pour l'accueil, il convient d'être un peu en avance, de pouvoir aménager l'espace.

Avant le début de séance, il y a des échanges entre les participants, verbaux et non-verbaux, des regards, etc.

On notera les prénoms.

Il y a ainsi une influence sur la dynamique de la séance qui suit. Les échanges restent simples et chaleureux.

Pour la définition des valeurs du groupe, c'est collectivement qu'elle se crée.

En second, il s'agit de discuter du rythme, de la fréquence, de la durée.

La durée ne devrait pas excéder une heure et demie, mais en réalité, c'est le groupe qui détermine ce temps de réunion. Des temps en dehors peuvent aussi être prévus, par exemple dans un café.

Il est important de faciliter l'accès pratique jusqu'au lieu du groupe.

Il est également un point de vigilance dans la régularité de la tenue des rencontres du groupe (par exemple, une fois par mois).

Maintenant viennent les thématiques pour les groupes d'entraide.

À priori, le thème de discussion du groupe n'est pas donné par l'animateur, ce sont les participants qui l'amènent. En premier, un thème est demandé aux participants, le choix est fait à la majorité, à moins qu'une thématique importante et urgente réclame l'attention du groupe en priorité. À défaut, l'animateur pourra faire une proposition.

Des exemples de thèmes : - les émotions, le temps ; - l'humeur ; - la séparation ; - l'abandon ; - la crise ; - l'alimentation ; - les voyages ; - le sommeil ; - la routine ; - les rencontres ; - les médicaments ; - la spiritualité ; etc.

Les questions peuvent être formulées en « je », pour plus de respect entre les participants.

Il est important de partager son expérience de vie, les émotions, le sens, tout en évitant d'inutiles bla-bla.

La pair-aidance de l'animateur PPSM, c'est aussi la conviction profonde que les participants ont leur propre savoir de leur expérience, et qu'il s'agit là d'entraide (non d'aide).

Le déroulement d'une animation de groupe :

- Souhaiter la bienvenue à tous les participants.

- Donner des informations, concernant les règles du groupe, l'horaire (fin du groupe), et rappeler l'interruption de parole possible si la personne parle trop longuement.
- Tour de table pour que chacun se présente, le prénom et l'humeur du moment. Rappel du droit au silence.
- Choix du thème, à la majorité, ou selon l'urgence, ou sur proposition.
- Discussion.
- Tour de table, comment je repars du groupe.
- Merci pour la présence et le partage, et annonce du prochain groupe.

Éventuellement, on peut faire un résumé écrit de la réunion, en respectant la confidentialité.

Pour un groupe d'entraide, la circulation de la parole est dépendante de la personnalité de l'animateur.

De plus, il est bien de pouvoir aussi oser le silence.

Et la relance est aussi possible, y compris en demandant une relance à un participant.

Une charte et des règles sont des objets qui se créent de manière collaborative, par le groupe.

Ils contiennent ce qui est nécessaire pour que chacun puisse s'exprimer :

- Les aspects de confidentialité.
- Le respect de la parole de l'autre, et le non-jugement.
- Le droit au silence.
- Etc.

Quelques outils d'animation, qui sont autant de sources d'inspiration pour l'expression des personnes :

- Le photo-langage.
- Les post-its, de couleur et aussi pour y écrire des mots.
- L'aromathérapie, stimulation de sens.
- La visualisation (dans le cadre d'une démarche de rétablissement).
- La musique.
- Le matériel de dessin, et parler ensemble autour du dessin créé.
- Des photos personnelles.

Quelles sont les difficultés rencontrées en animation de groupe, et leurs résolutions ?

Il peut y avoir des difficultés de structure, lorsqu'on ne trouve pas de lieu pour se réunir.

Au niveau du participant, on peut se trouver face à une personne avec une forte loghorrée, ou qui présente un état émotionnel fort, ou encore sous l'effet de certains médicaments ou d'une addiction active.

Une circulation de la parole au sein du groupe peut permettre de ménager les sensibilités en reliant l'individuel au groupe.

Du côté de l'animateur, les difficultés peuvent être multiples.

Il peut ne pas avoir la compétence nécessaire pour parler d'un sujet, par exemple.

Il peut être amené à ne pas respecter la confidentialité, par exemple dans le partage avec les collègues de l'équipe.

Il peut être confronté à une personne délirante, et ne pas savoir comment gérer la situation.

Il peut manquer de tact, pour suffisamment ménager les sensibilités.

Lorsqu'un participant parle trop, sans limite, l'animateur peut interrompre la réunion (y mettre fin), afin de dire son incompetence à communiquer avec la personne, de pouvoir l'orienter ailleurs, et d'ainsi pouvoir confirmer son rôle d'animateur.

Il ne s'agit pas d'exclure.

Les buts d'un groupe d'entraide sont psychologiques et sociologiques, on entend les difficultés de la psyché, on s'entraide pour l'organisation de la vie sociale des personnes.

Plusieurs pistes pour résoudre les difficultés en animation de groupe :

- Utiliser un point de vue de meta-communication.
- Rappeler les règles et les objectifs du groupe au début de la réunion, cela permet de recadrer plus facilement le cas échéant.
- Prendre la personne à part, faire appel à sa responsabilité.

L'animateur est responsable pour soi, et pour le groupe.

Concernant la posture du PPSM, on peut se poser la question de son positionnement en tant qu'allié du pair-aidé, ou de l'institution ?

Également, on peut se poser la question de l'alliance de l'institution avec l'utilisateur ?

Ainsi, une co-animation avec un PPSM et un soignant, serait-elle le meilleur moyen de défendre les intérêts du pair-aidé ?

Mais un poste de PPSM dans une institution nécessite forcément de s'accommoder des valeurs de celle-ci. De même pour le langage et le jargon, pour éviter d'être repris par les collègues de l'équipe. Cependant, la posture professionnelle oblige-t-elle de ne pas partager son vécu, son expérience (une partie du bagage du PPSM) ?

S'agit-il d'adopter un compromis, entre soi et le rôle professionnel, une sorte de distance, permettant aussi d'éviter le burn-out, et d'autres soucis ?

De ce côté, on peut attendre de l'institution qui emploie le PPSM, qu'à l'embauche, elle puisse apprendre à son employé quelles sont ses exigences.

De manière générale, il est attendu du PPSM un soutien et un accompagnement des personnes, ce qui rentre dans les buts du PPSM, avec entre autres l'entraide entre pairs, et cette conviction profonde que les pairs-aidés ont leur propre savoir de leur expérience.

On voit là que les groupes de paroles représentent fortement des lieux de la pair-aidance.

Que faire pour éviter l'épuisement professionnel ?

Après un groupe, un rituel pour soi, un petit moment, peut être pratiqué.

On peut enlever la casquette PPSM pour redevenir « soi ».

En rentrant, dans le train, sur le chemin de la maison, on peut méditer un peu.

On écoute de la musique.

On marche.

On change d'habits.

On fait une pause « bulle » (vide et détente).

On échange avec l'équipe professionnelle (avec des personnes de référence).

Ou encore avec son réseau de connaissances, ses personnes-ressources.

On se réserve quelques heures le soir pour décompresser.

On essaie d'avoir un travail à temps partiel.

On met en place des moments de debriefing après certaines réunions.

Simplement, on peut téléphoner à quelqu'un, un ami.

Le Graap, groupement d'accueil et d'action psychiatrique, a développé un schéma concernant son but et les liens avec la personne, son expérience, et le devenir de celle-ci.

Ce que propose le Graap à la personne, c'est le développement communautaire.

Après que la personne, souvent isolée, avec son expérience individuelle, se soit inscrite au Graap, elle est incluse dans des activités de rencontre, de partage, d'entraide.

C'est le premier niveau du développement communautaire. Le second est l'échange des savoirs, qui conduira à la construction d'une expertise partagée, réappropriée par la personne.

Viendra ensuite ce qui est de la diffusion de l'expertise, qu'est-ce qui est aidant, qu'est-ce qui ne l'est pas. Les résultats pourront intéresser les institutions, les médias, la recherche.

Note : lien entre savoir et expertise ? -> L'expertise est un savoir que l'on a la capacité de transmettre.

Le schéma décrit plus haut, du développement communautaire, est bien sûr empreint de militance, et sous-tendu d'action toute politique, mais à considérer de manière humble.

Pour l'animation de groupe, deux perspectives s'offrent à nous, l'animation en solo, ou la co-animation.

Peut-être la pratique nous donnera-t-elle le sens de ces deux techniques de l'animateur PPSM de groupes.

Et l'isolé, celui qui ne parle pas, qu'en fais-tu ? Tu lui poses une question !

FIN

Carnet de route

02.11.21

Journée sur les techniques d'animation de groupe. Groupes de parole essentiellement.

De la journée, j'ai pris des notes, je suis peu intervenu, une fois, pour donner deux exemples de difficultés rencontrées en réunion de groupes animés par le passé.

Rien d'autre sur cette journée, il faut se référer aux notes d'hier pour plus de détail.

Mais ce journal est l'occasion pour moi de poser une question : que pensé-je aujourd'hui de ma formation de pair-praticien en santé mentale ?

Tout d'abord dire mon impression que l'entraide et l'espoir (l'espoir de grandir, d'apprendre, et de s'en sortir) sont absents de la formation, au profit du phénomène de compétition...

Entretenir l'entraide et l'espoir, c'est un art de vivre, un savoir-vivre, une philosophie du vivre ensemble...

Il y a une contradiction entre ce qui est fait, la manière d'envisager ce métier d'entraide et d'espoir, et l'esprit dans lequel on l'apprend (un contexte de compétition).

Autrement dit, ne devrait-on pas vivre la pair-aidance pour apprendre la pair-aidance (les camarades sont des pairs, et c'est la pratique qui fait la pair-aidance...) ?

Faire vœu de pair-aidance et ne pas vivre la pair-aidance avec ses pairs camarades de classe est paradoxal...

De plus, des objectifs formulés en engageant la formation, je n'ai rien obtenu (notamment en terme d'acquisition de discours de métier, et de travail de l'expression, la voix et la prise de parole).

Malgré tout, je suis la formation.

Ma formation est à côté, en marge de la formation donnée.

Par opposition plus que par imitation, dans cette marge, j'avance vers l'acquisition d'un discours, d'un langage, à l'image d'un enfant, mais il reste bien plus écrit que parlé. Une part d'inconnu est aussi sous-jacente à ce processus, la mémoire et l'histoire ont encore leur charge inconsciente.

Ainsi, je sens que ma formation s'inscrit dans la formation PPSM dans sa globalité.

FIN

Rapport à la violence

05.11.21

Première question : est-ce que la violence est un effet de certaines émotions ?

Ajoutons qu'il existe aussi des origines sociales à la violence.

La violence n'est pas que physique, un langage peut être violent, par exemple des menaces.

Qu'en est-il de la violence lors d'une légitime défense, comme pour l'armée de milice suisse ?

Lors d'un suicide, il y a violence envers soi-même. Et la menace du suicide autour de soi, dans son entourage, est également une violence.

La question des antidépresseurs est posée, peuvent-ils conduire au suicide ?

Est-on amené à la violence, ou a-t-on un choix et une responsabilité de la violence ? Par exemple en cas de violence domestique.

Le rôle des addictions n'est pas non plus à négliger.

Dans une scène de ménage, par exemple, la violence contre les objets représente une menace pour l'entourage, une autre violence.

Quels peuvent être les facteurs de l'émergence de la violence ?

Ils peuvent être environnementaux ou architecturaux, des travaux continuels, ou une température insupportable, ou un enfermement tel le lion en cage, où le lieu de ne faire que les cent pas. Ainsi, la personne se charge en émotions, et seule une action de réflexion ou une parole partagée peut permettre la mise en place d'une résolution de problème.

Statistiquement, le lieu du plus grand risque de violence est sa propre maison !

L'anhédonie, caractérisée d'un manque de plaisir, se retrouve dans la dépression : quels liens avec la violence ?

Dans les origines de la violence, il y a celles psychologiques, comme la dépréciation personnelle, la stigmatisation, et d'autres. Il y a celles qui proviennent d'une variabilité de l'humeur, sensible à la critique, et dont il faut veiller à garder le contrôle...

D'une vidéo prise dans un hôpital psychiatrique de Lyon, on a pu voir une personne au comportement violent, désinhibée, mais la réaction du personnel infirmier est d'abord l'ignorance, ne

pas avoir de lien significatif avec la personne, afin de l'objectiver, de ne pas lui montrer de signes d'empathie, en attendant de pouvoir la saisir de manière musclée et de la soumettre à contrainte.

La question de la hauteur de ton du langage utilisé pouvant être un déclencheur de violence est posée.

Avec notre cerveau reptilien, la peur induit des réflexes de survie.
Pour la peur, rappelons-nous des trois F : Fuir-Frapper-se Figier.

L'influence du PPSM en emploi, outre la démonstration d'un rétablissement en marche, est aussi marquée par un changement dans le langage des équipes.

Lors d'une crise, il importe de baisser la pression, aller si possible à l'extérieur.
L'ambiguïté entre l'agressivité et la reconnaissance peut être utilisée comme amorce de résolution au travers d'un geste comme offrir une cigarette...

Il faut rester attentif au comportement corporel, qui peut rester menaçant, alors que les paroles et les pensées se sont radoucies.
La première réaction est de verbaliser la peur, puis, si cela est insuffisant, on peut reculer, se protéger. Ensuite, on pourra verbaliser l'atteinte à l'alliance thérapeutique.

Devant des comportements dangereux, il est recommandé de fuir, d'éviter, de se tenir à plus de deux mètres, debout.
D'autres recommandations nous ont été données, elles ne sont pas reprises ici.

Ensuite de l'éclat de violence, quelle élaboration à partir de la crise peut-il y avoir ? On pourra par exemple développer des stratégies d'affirmation de soi.

Parlant des benzodiazépines et de leur utilisation, peut-on en déterminer une atteinte sur la mémoire à court terme ?

Schéma d'analyse de la dangerosité

D'une position basse, où le risque est faible, et où les options sont multiples, vers une position haute, où le risque est élevé, avec peu d'options, on peut distinguer cinq stades :

- Il est possible de désamorcer la situation
- Il faut négocier
- Une consigne est proposée
- Une requête ferme est faite

- Contrainte, si la requête n'est pas satisfaite

Différents niveaux de violence :

- Agité
- Perturbateur
- Destructeur
- Dangereux
- Léthal

FIN

Jean-Marc Allaman / Formation PPSM 14

Le Plan de Crise Conjoint (PCC) / Retour

05.11.21

Il était demandé à chacun, avant le cours, de suivre un cours PCC sur internet, avec évaluation et attestation finale.

Le présent cours est un retour en classe de ce didacticiel.

Nous discutons du PCC sur la base d'exemples de contrats PCC.

La seule note dont je dispose pour ce cours est que le PCC n'a pas de valeur légale, il s'agit plutôt d'une sorte de contrat.

Les supports de cours étaient, quant à eux, bien fournis

Régulation de l'école

05.11.21

Un moment de régulation de nos études a lieu, pour préciser les conditions d'obtention du certificat PPSM, stage et examens, on espère pour fin juin (à cause de Covid).

FIN

Action communautaire et rétablissement

22.11.21

Introduction

Ce jour-là, l'intervenant nous a demandé quelles avaient été nos motivations avant d'entreprendre la formation, et quelles étaient les perspectives de chacun pour après.

Dans les motivations, on a pu retrouver différentes dimensions, allant de la volonté de réadaptation professionnelle à celle d'être reconnu dans sa légitimité de pair-aidant, en passant par le désir d'acquérir des compétences de rétablissement, d'avoir de l'espoir et de donner un sens à son expérience, de mieux connaître la psychologie et de rechercher la congruence, de pouvoir partager son vécu, ou encore de défendre les droits et les intérêts des patients.

Pour les perspectives, il y a le désir de continuer à travailler en santé mentale comme pair-praticien, en tant que professionnel ou en tant que bénévole, auprès de personnes concernées par un trouble psychique, de proche ou de professionnel de l'aide et du soin.

Certains se destinent à une carrière dans l'enseignement ou dans le coaching.

Le pair-praticien en santé mentale s'engage à défendre une action d'aide et d'accompagnement, il peut également promouvoir des ressources de rétablissement alternatives à la psychiatrie, telle la zoothérapie, la méditation pleine conscience etc...

Santé mentale et action citoyenne

La santé mentale, selon le modèle biopsychosocial, intègre la dimension sociale du bien-être psychique. Elle sera fonction de déterminants sociaux, tels la situation sociale, le niveau d'instruction, les environnements social et physique, l'accès aux services de santé, la culture, le réseau social, le travail, la géographie, le genre.

Dans sa définition de la santé mentale de 2001, l'OMS mentionne que la personne doit pouvoir contribuer à la vie de sa communauté.

La participation sociale est un facteur de la santé mentale. La vie de la communauté et les actes citoyens influent directement sur la santé mentale.

Faire partie de groupes d'entraide de personnes concernées par un trouble psychique est un bon exemple de participation citoyenne.

La légitimité citoyenne donne à l'être humain sa dignité et les droits d'être et d'agir dans sa communauté.

Selon le sens et l'utilité que l'on donne à la citoyenneté, elle peut être considérée comme un but du rétablissement.

La participation sociale est une question de liens. Ceux-ci se fondent le plus souvent sur des points communs entre les personnes. Ils s'effacent dans l'apparition de rivalité.

Aussi, ignorer l'autre, le méconnaître, peut être source de stigmatisation et de rejet.

Dans la participation sociale, le lien se noue donnant du sens à l'action de la personne.

Les groupes d'entraides

Il existe un différentiel médical-social entre le moment d'une hospitalisation en psychiatrie et ce qui vient après. A l'hôpital, les besoins des personnes sont plutôt d'ordre médical, alors qu'après, en dehors, ils sont plus d'ordre social.

Il y a dans les institutions (hôpitaux psychiatrique, etc...) un certain manque de préparation à la sortie des personnes. Des comportements acquis en hôpital psychiatrique (HP) peuvent ne pas correspondre au contexte social hors hôpital.

Dehors, les personnes peuvent être un peu désorientées, et lorsqu'elles apprennent l'existence des groupes d'entraide, certaines y adhèrent et y trouvent, entre pairs, de l'information et du réconfort, ainsi que des ressources pour le rétablissement.

D'autres voies existent en sortie d'institution.

Notre intervenant, par exemple, s'est engagé dans une formation de diplôme universitaire (DU) de Médiateur Santé Pair à Paris, dans le but de travailler la dimension professionnelle en plus de celle de l'expérientiel. Pour un métier de pair-aidant professionnel, de pair-praticien.

Un travail nous a été demandé, sur les groupes d'entraide et les collectifs, c'est-à-dire de pouvoir lister des avantages et des défauts de telles structures.

Pour avantages : un sentiment d'appartenance, le partage avec autrui, la création d'un réseau social, la valorisation, le sentiment d'utilité.

Pour défauts : la monotonie, les conflits, une mauvaise animation (dysfonctionnement), un manque d'humour et de légèreté, la lutte avec les autres, le risque de surinvestissement, le risque de l'interlocuteur unique (l'animateur ?), la complaisance (parfois utile), et le manque de reconnaissance par les professionnels de l'aide et du soin.

Ce tableau ne donne pas une image très positive des groupes d'entraide et des collectifs, bien que leur existence et leur travail soient à la base de l'action communautaire.

Action communautaire

Les groupes AA (alcooliques anonymes) sont des groupes d'entraide, la parole qu'ils permettent s'articule autour de valeurs telles l'honnêteté ou l'authenticité, ils sont un des meilleurs exemples d'action communautaire.

Tels les AA, nombre de groupes d'entraide fondent l'action communautaire, autant de solutions pour le rétablissement, dans un esprit de pair-aidance.

Pour mettre en perspective la pair-aidance, dans son passage des groupes d'entraide à l'action communautaire, je vous invite à lire l'article d'Audrey Linder (2018) : Des patients aux soignants : les appropriations du « rétablissement » par les professionnels de la psychiatrie /InterPares,7,19-25.

Modèles (thérapeutiques)

Le programme thérapeutique pour les personnes dépendantes de produits addictifs, appelé modèle Minnesota, a été créé au début des années 1950 dans l'état du Minnesota aux Etats-Unis, et s'inspire des douze étapes de rétablissement élaborées par les alcooliques anonymes (AA).

Il est à noter que le programme des douze étapes, adapté, existe aussi chez les narcotiques anonymes (NA).

En médecine des maladies chroniques, selon l'OMS, c'est le programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) qui permet d'améliorer la qualité de vie de celui-ci, et de mieux l'accompagner dans ses projets de vie.

En psychiatrie, un tel programme existe également, on l'appelle psychoéducation.

Ces programmes, assez largement inspirés de l'action communautaire peuvent être appelés des pratiques orientées rétablissement, permettant le traitement de dépendances ou de troubles psychiques.

La place du Pair-Praticien en Santé Mentale

Notre intervenant est enseignant en France dans la formation Bachelor de Médiateur Santé Pair, une sorte d'équivalent du Pair-Praticien en Santé Mentale en Suisse.

Il nous met en garde contre des dérives possibles dans un emploi institutionnel de pair-aidant professionnel.

Il nous dit le manque de cohérence parfois, entre une gestion des risques pour le pair-praticien et une qualité des soins définie par l'institution.

Les risques peuvent être dans le lien au patient, dans les collaborations avec l'équipe professionnelle, ou encore dans sa propre fragilité.

De plus, l'usage trop répété du témoignage personnel est déconseillé, la pratique peut se révéler épuisante.

La Maison Perchée – Un exemple de pair-aidance professionnelle

Notre intervenant nous a montré un exemple de structure professionnelle de pair-aidance, La Maison Perchée

<https://www.maisonperchee.org>

C'est une association fondée sur une équipe de pairs-aidants professionnels, pouvant en option proposer un suivi médical, et le cœur de son action est la pair-aidance.

Projets spontanés des étudiants

Les étudiants sont invités à réfléchir à un projet d'action communautaire et à le présenter. Le temps est court pour penser à des projets élaborés, la spontanéité et l'approximation sont de mise.

Il y aura 4 projets, dont un est la reprise d'une réalisation ancienne.

C'est là un peu le lieu d'un brainstorming sur des idées de projets, sur les moyens de leurs réalisations, sur tous les aspects enfin qui permettent d'écrire un dossier pour obtenir de quoi réaliser le but poursuivi.

Une note est introduite par notre intervenant : pour des demandes de fonds n'hésitez pas à donner d'abord une valorisation économique avant d'utiliser des arguments humains et n'hésitez pas à utiliser l'argument de l'économie dans le domaine de la santé...

Le premier projet est la création d'un lieu de répit. Cela suppose un lieu pour des gens stressés ou en souffrance, le répit est une trêve sur un chemin de vie difficile.

Mais le public cible reste à définir.

La question se pose : la prise en charge sera-t-elle bénévole ou professionnelle.

Le deuxième projet est un « établissement pour l'estime de soi ».

Son but est de permettre de travailler son apparence, son estime de soi, en dehors de considération de pathologie (psychisme ou addiction)

L'image utilisée est celle d'un ascenseur entre la tête et le corps (concordance).

Les moyens à utiliser sont : des pairs praticiens en santé mentale, un coiffeur, un véhicule « van ».

Il s'agirait là d'une alternative à la psychiatrie pour le bien-être de la personne, par les soins corporels.

Les valeurs défendues sont l'accueil et la confiance, entre autres.

Le troisième projet « un Rêve ».

Il s'agit d'un lieu d'accueil, de rencontre, d'ancrage.

Toutes les ressources de psychiatrie et d'alternatives sont à disposition. Le lieu de l'action est un château. Mis à disposition par un mécène, qui couvre également les autres dépenses.

Sont employés, salariés, quatre pairs praticiens en santé mentale.

Dans les ressources, on trouve toutes les psychothérapies existantes, toutes les associations dans le domaine de la santé mentale, tous les moyens de sociothérapie, toutes les alternatives à la psychiatrie (exemples : aquagym, sophrologie, méditation pleine conscience, etc..).

Le quatrième projet est L'Expérience Nouvelle

Je remercie le camarade qui a pris des notes et me les a passées, et qui sont la base du résumé ci-après.

J'ai proposé à notre groupe de quatre étudiants, comme projet d'action communautaire à présenter après à la classe, de réfléchir sur une évolution du projet préexistant L'Expérience, une association à Genève depuis 1999, dont je suis le président.

Chacun m'a posé des questions ou a amené des éléments nouveaux. Je résume nos propos sous forme de dialogue entre les questions (Q) et les réponses (R) :

Q - Peux-tu décrire brièvement le projet auquel tu penses ?

R - Il s'agirait de développer l'association L'Expérience qui a maintenant plus de 20 ans d'existence. Cette association s'adresse à des personnes concernées par un trouble psychique, à des proches et des amis.

Le but serait de promouvoir L'Expérience sur le territoire genevois, et d'arriver à terme à ouvrir tous les jours avec un programme d'activités.

Q - Quelles valeurs sont à défendre dans ce projet ?

R - Des valeurs d'entraide, de solidarité, de partage de compétence, de créativité, de gestion participative.

Q - Quels sont les objectifs à poursuivre ?

R - Ce sont d'abord la lutte contre l'isolement et la stigmatisation, puis la création de liens sociaux, et d'activités artistiques ou artisanales, de groupe de paroles, de possibilités de faire du sport et des loisirs, de partager des espaces culturels.

Q - Et comment comptez-vous arriver à ce résultat ?

R - L'engagement de plusieurs pairs-praticiens en santé mentale sera nécessaire, et des appuis ponctuels d'autres professionnels seraient utiles.

Le nombre de membres actifs devrait être doublé, voire triplé.

Le nombre de membres de soutien devrait pouvoir être multiplié par dix.

Ceci devrait se faire en gardant le plus possible l'aspect famille, petite structure.

Q – De quels moyens devrez-vous disposer pour réaliser ce projet ?

R – Tout d'abord, le local de 100m² devrait être porté à 300m², et se situer en centre-ville de Genève. Il faudrait disposer de moyens financiers pour le loyer, les salaires, le matériel. On doit donc trouver des sponsors, des dons de fondations, des aides comme le Fonds Regio, ou les EPI (Etablissement Public d'Intégration, Genève), avoir l'appui des autorités, l'Etat et la Ville de Genève, etc.

Q – Quels seront vos besoins de collaborations au niveau du réseau romand des ressources en santé mentale ?

R – Nous sommes déjà membre de la faîtière romande la CORAASP (COordination Romande des Associations d'Action en Santé Psychique), et nous aurons certainement avantage à adhérer à l'association Re-Pairs des pairs-praticiens en santé mentale. De plus, une collaboration avec un spécialiste des demandes de fonds nous serait profitable (un tel spécialiste connaissant bien le réseau romand des ressources en santé mentale).

Q – Quels ont été vos modèles d'inspiration de L'Expérience à ses débuts ?

R – Nos sources d'inspiration ont été l'association Arcade 84¹, et aussi l'AGIS (Association Genevoise d'Insertion Sociale), et en fait surtout des personnes au sein de ces structures. Mais aussi, un voyage au Québec m'a permis de visiter une ressource de santé mentale nommée CAMÉÉ, pour Centre d'Activités pour le Maintien de l'Équilibre Émotionnel, petite structure à Montréal depuis 1994, et dont la philosophie correspondait à celle de L'Expérience.

Leur rencontre a été réconfortante dans la possibilité et l'espoir de faire vivre une petite structure fonctionnant par et pour des personnes concernées par un trouble psychique.

Q – Enfin, quels écueils ou obstacles pourraient empêcher ce projet de se concrétiser ?

R – Il y aurait les tensions et les conflits entre partenaires du projet à éviter.
Penser trop grand, oublier de garder une dimension petite structure à l'aspect familial. Aller trop vite dans le changement serait aussi une erreur.
Une peur est celle d'un défaut de reconnaissance
La peur du contrôle par ceux qui financent la structure est aussi présente.
Et la perte d'autonomie est aussi redoutée.

Q – C'était ma dernière question, je vous remercie de vous être prêté au jeu.

R – Merci à vous.

¹ Voir "Approche sociale et communautaire de l'ergothérapie", Alain Riesen et Roger Schuler (Arcade 84), in Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie, dir. M.-J. Manidi, Les Cahiers 43, ed. éesp, 2005, Lausanne, IX 305-332.

FIN

Approche relation d'aide et entretien motivationnel

13.12.21

Nous commençons par parler de l'alliance thérapeutique, qui doit assurer la sécurité (to be secure) et la bonne collaboration dans la relation d'aide.

Le rapport collaboratif permet de cerner le problème, et de définir des objectifs en rapport, de faire un diagnostic, et d'établir une méthode thérapeutique.

Pour le problème considéré, il y a eu des étapes d'aggravation, et dans l'ici et le maintenant, il y a soit survie avec plus d'aggravation, soit un temps pour la réflexion et l'analyse conduisant à une méthode thérapeutique, qui pourra être évaluée.

À titre d'exemple, on parle de cas de crise de panique, ou de trouble anxieux.

Dans l'alliance thérapeutique, il y a constitution de la problématique, qui peut être abordée par le renforcement négatif de l'évitement, ou au contraire par le renforcement positif de la récompense.

Dans l'alliance thérapeutique, on devra se passer de l'évitement, de l'échappement, de la réassurance, et de l'exposition kamikaze.

On fera attention que pour un même diagnostic, pour un groupe de personnes, il y aura selon les situations différentes stratégies, différentes méthodes thérapeutiques.

Différents facteurs relationnels sont à dépasser : l'agressivité, la séduction, etc.

Également la réactance, l'opposition ouverte.

Et la résistance, où la personne est d'accord de tout, mais ne fait rien.

Une note : le patient commande, le thérapeute pilote.

L'alliance thérapeutique, c'est un peu le passage de deux personnes qui s'évaluent, à deux personnes qui collaborent, cherchent à résoudre des problèmes.

Les critères du rapport collaboratif (selon Carl Rogers) sont d'être, dans le for intérieur du thérapeute :

- Être empathique, et percevoir la réalité vécue.
- Être authentique et apprendre à être à l'aise (avec la situation de la personne et avec son propre malaise). C'est être sensible sans être réactif.

On parle un peu de l'accueil bas-seuil, est-ce une compétence du PPSM ?

Être professionnel, c'est avoir un statut (par exemple pair-praticien en santé mentale), une technique, une méthode, des compétences, et la capacité de les exposer.

Il semble qu'avoir plus de compétences conduit à plus aimer les gens, et à être plus professionnel.

L'intérêt et les valeurs du professionnel sont bien sûr les gens, mais le professionnel évitera les considérations affectives.

Le PPSM peut partager son savoir expérientiel, c'est sa compétence majeure.

Dans ses qualités, il peut partager un bon esprit d'équipe, et des solutions simples qui seront les plus efficaces.

La qualité d'empathie lui permet de ressentir et de restituer avec compréhension la réalité vécue de la personne.

Pour une forme de l'entretien professionnel, on peut avoir :

- L'accueil, un mot de bienvenue et un lien avec la séance précédente.
- Une sorte d'ordre du jour, avec des points à traiter.
- Le traitement des points.

Être authentique, c'est : être à l'aise (avec son malaise), dans des situations cliniques, avec ses émotions, sentiments, pensées propres.

Note : il est aussi important de dire ce qu'on fait, que de faire ce qu'on dit (professionnel).

Le professionnel chaleureux trouvera toujours les personnes sympathiques.

Professionnel ? Un statut, des compétences de relation, un réseau professionnel, etc.

Note : les gens ne consultent pas s'ils vont bien...

Il existe une technique d'entretien individuel, qui peut être adaptée pour le couple.

Elle comprend l'entretien motivationnel, le questionnement socratique (principal outil en thérapie cognitive), et l'entretien structuré ou semi-structuré.

L'apprentissage de la technique demande beaucoup d'entraînement.

Elle peut se dérouler selon la méthode des 4R : Recontextualisation (aller du général au spécifique), Reformulation, Résumé (pour concordance, redémarrage), Renforcement.

Question : a-t-on les pensées de ses émotions ?

Question : la dépression est-elle une panne d'euphorie ?

Dans le cadre professionnel, pour aborder les paroles de l'affect et des émotions, il est possible d'employer ce qui est appelé « la crise de calme » (technique respiratoire).

Des paroles peuvent contenir plusieurs strates de sens, et nécessiter une attention particulière.

Questions pour comprendre, questions pour recontextualiser :

- Question pour comprendre : pourquoi ?
- Question pour recontextualiser : en quoi craignez-vous le plus de ne pas vous en sortir ?

Trois types de reformulation : la répétition, la précision de terme, la formulation d'hypothèses.

Note : les patients ont toujours raison, le thérapeute a toujours tort.
Sur ce constat, s'engage le dialogue, fait de questions et de réponses.

S'il peut exister au cours du dialogue, le résumé se retrouvera toujours en fin d'entretien.

En théorie, le renforcement est celui de l'alliance thérapeutique, de la collaboration active des protagonistes.

Note : du côté des habitudes, il ne s'agit pas de les désapprendre, mais plutôt d'apprendre autre chose...

Il est important de définir ce qui doit être renforcé, de reconnaître la souffrance, et de ne pas minimiser le problème.

Le métier de PPSM, ce sont des techniques, des pratiques, comme ici l'entretien motivationnel, par exemple.

Les signes de la validation de la parole de la personne sont un bon moyen de renforcer l'empathie.

Le renforcement doit aussi être celui des ressources du patient.

Le schéma d'une méthode d'auto-observation nous est présenté. Il est appelé « Le petit vélo », de par l'image qu'il donne.

Il s'agit du double lien entre le thérapeute et le patient, et de la position en observateur du thérapeute.

L'auto-observation du professionnel lui permet de déterminer des avantages et des inconvénients dans l'entretien, et de pouvoir se positionner sur ce qu'il fait, ce qu'il ressent, ce qu'il pense.

Note : une citation attribuée à Bertolt Brecht : ...dans la règle, cherche l'abus...

Il serait intéressant, une fois, de mieux définir cette relation du thérapeute et du patient, faite de symétrie et de complémentarité.

La maîtrise de la relation d'aide passe par celle d'une technique telle l'entretien motivationnel que nous voyons aujourd'hui, afin de se maîtriser soi, instrument de la thérapie. Ceci va avec la maîtrise du diagnostic.

Ainsi, le PPSM, par son métier, peut se mettre au service de la médecine, fréquenter les équipes médicales.

Approche relation d'aide, entretien motivationnel.

Pour la thérapie, pour soi dans la thérapie (le thérapeute), le schéma général de la technique est de définir les avantages, les inconvénients, et les risques, afin de développer une méthode thérapeutique qui soit avantageuse.

Une note (bis) : le patient commande, le thérapeute pilote (petit vélo).

Question : quelle est l'utilité de la technique apprise aujourd'hui pour le PPSM ?

La technique apprise aujourd'hui doit devenir un automatisme pour le PPSM.

L'espoir donné par le PPSM, par son propre rétablissement, doit également lui permettre de repérer chez le pair-aidé le moment où il ouvre de l'espoir.

Il existe aussi une sorte de « contagion » des émotions, une action de coloration émotionnelle dans l'entretien.

En réponse, on peut essayer d'objectiver, de n'avoir pas (ou peu) de sentiments.

Dans l'entretien, peuvent être utilisées encore la technique de réattribution, et la technique du rembobinage (reprise).

Dans l'entretien, les pièges relationnels sont nombreux :

- Chercher à convaincre le patient.
- Débattre.
- Questionnement médical, administratif (questionnaire).
- Faire dire au patient ce que le thérapeute attend qu'il dise.
- Essayer de modifier une position réaliste.
- Travailler à la place du patient.
- Aller trop vite.
- Aller trop lentement.

Pour un problème, par exemple d'addiction, le thérapeute (ou le PPSM) peut se retrouver face au déni de la personne, un travail d'acceptation devra se faire.

L'autre doit être considéré avec grand respect. Dans la relation, l'autre est en quelque sorte un « cadeau ».

Un inconvénient dans l'entretien peut être une minimisation d'un problème réaliste, et la culpabilisation qui peut l'accompagner.

Dans le rôle du PPSM, il s'agit de rehausser les ressources de la personne, lui donner information et orientation, veiller à lui passer les bons outils d'aide au bon moment. PPSM, un métier qui demande beaucoup de pertinence.

Un petit travail complémentaire pourrait être fait pour définir les notions de contemplation et d'ambivalence...

Références (approximatives) :

- L'alliance thérapeutique, Charles Cungi, éd. Retz

FIN

Carnet de route

13.12.21

Je suis bien arrivé, ce matin, avant l'heure, histoire de boire un café avant le cours.

J'ai croisé l'intervenant pour notre journée, bonjour, bonjour. Les autres étudiants sont arrivés, la doyenne également, pour nous communiquer quelques nouvelles. Des étudiants suivront le cours par internet, un cours en hybride.

Approche relation d'aide et entretien motivationnel au menu. Psychiatre de métier, notre intervenant veut nous initier à la technique et aux outils du dialogue avec le patient, pour nous avec le pair-aidé, mais peut-être aussi le patient, pour un métier de PPSM, de pair-praticien, pour qui le client n'est pas vraiment un pair...

Je suis mal à l'aise, je ne participe pas à l'exercice pratique de mise en jeu des attitudes professionnelles dispensées aujourd'hui. Je m'écarte, mais je m'en sens coupable, je ne profite pas assez de l'enseignement prodigué.

Mais je ressens confusément une justesse de mon geste, préserver ma vision de mon futur métier, sous des critiques de l'application de telles techniques. Sans doute, je rate quelque chose. Mais j'écris un peu, un temps parallèle à l'exercice pratique de la technique de relation d'aide et d'entretien motivationnel.

13.12.21

Quelques lignes rapides pour aujourd'hui, je dois préserver mes heures de sommeil.

Journée ennuyeuse, avec un psychiatre essayant de passer l'arsenal du psychothérapeute aux futurs PPSM que nous sommes. Nous devenons des professionnels du médical.

Encore une fois le pouvoir de la psychiatrie n'est pas partagé, pas ouvert à d'autres horizons, des alternatives, du culturel, tout juste à du psychosocial, il nous est imposé comme une évidence de notre pratique, notre modèle professionnel.

Mais qu'est un PPSM ? On se le demande encore. Les différents profilages ne se retrouvent pas. Chacun tire la couverture à soi. Bien sûr, des outils utiles, une certaine manière d'aborder le dialogue, l'autre, le pair.

J'ai refusé un exercice pratique, j'ai écrit une page à la place. Étais-je à ma place ? Peut-être, mais indifférent. La journée a été longue. Mais à midi, je me suis ouvert à un camarade de mon projet de stage, l'invitant à venir peut-être co-animer avec moi un atelier écriture-lecture. Un moment à part, deux autres camarades étaient présentes. Le soir venu, mon projet, envoyé le matin, a été validé par un mail de ma maître de stage, à quelques détails près.

Demain, une demi-journée avec les Curriculum Vitae, les compétences, les parcours de vie, cours donné par une autre intervenante.

14.12.21

Montagnes russes, up and down, euphorie et dépression. Succession trop rapide, fatigue, pensées radicales, tout-puissant, suicidé, un temps, pas de gestes, heureusement. Penser à tout quitter, cet espace formation PPSM et la santé mentale, déçu par un mauvais profil de ce métier auquel je sacrifie près de trois ans de ma vie. Ce n'est pas seulement ça, la militance, l'engagement, d'une vie en somme, semble bafoué d'un professionnalisme vil, d'une récupération psychiatrique. Hier déjà, aujourd'hui encore, que dire de moi, à côté de la plaque sans doute, de mes camarades friands de discours psychiatriques et psychologiques, de profils de compétences à l'identique, rien à voir avec des compétences intégrables à un fonctionnement en emploi.

Savoir-faire d'infirmiers, de psychologues, de travailleurs sociaux, de quoi se faire bien des ennemis.

Je l'écris, mais à quoi je ressemble ainsi, énervé.

Au calme me revient du bénéfice de mon implication en cours hier et cette après-midi.

Mais quels creux, quels doutes, quelles remises en cause. Le trac, sans doute, mais comment...

À chaque fois c'est pareil, le dégoût à la gorge, il faudra bien y donner une fin, non ?

Ce n'est pas ce que je voulais écrire, donner des détails, des commentaires de derniers cours. Les dernières nouvelles. Manque de place, manque de temps.

30.12.21

Un peu de temps. Je suis bien occupé par mon projet pour le stage de formation PPSM. J'y ai même des creux dans la confiance en moi d'y arriver. Mais j'avance, avec mes idées, même si elles ne répondent pas à une ligne PPSM, et existe-t-elle ?

Une ligne de conduite, aussi appelée posture professionnelle, je crois, j'ai cette dimension, mais en clair-obscur, peut-être faut-il la révéler ? Elle ne va pas sans le corollaire du lien aux autres, et là je suis seul dans ma classe, aucun jeu n'est donné à la pair-aidance, le cœur du métier et mon credo.

Est-ce que je comprends la formation qui m'est donnée depuis près de trois ans, le professionnalisme m'est devenu une chose obscure, le lieu d'un positionnement sur l'échelle sociale, de loin pas une assurance d'être juste, et avec quoi ?

Une expérience de plus de vingt ans qui ne sert à rien, une militance et un bénévolat juste bons à jeter à la poubelle ? Je m'escrime à suivre les recommandations de l'école, j'arrive juste à ne pas répondre aux devoirs écrits qu'aussi je m'impose. Pour ne pas perdre cette épreuve scolaire, ce parcours de transformation, cette entrée dans le moule, le savent déjà ceux qui nous attendent à la sortie... Ou les séduire en passant, pas mon truc, je garde des traces, et le trouble psychique m'a déjà suffisamment transformé...

30.12.21

Se sentir soi en étant professionnel.

Je suis content d'apprendre qu'on ne renonce pas à soi pour devenir professionnel.

Engagé en stage PPSM, j'en viens à me dire que ma situation est professionnelle, mais que j'ai tout loisir d'agir selon mon fonctionnement (déjà professionnel ?) et d'être simplement moi-même, sans m'embarrasser de posture, de situation, de rôle, de gestes, et de paroles qui ne m'appartiennent pas...

Bien sûr, j'ai tout un parcours, avec des compétences diverses à rassembler, déjà des éléments de professionnalisme, ça aide à poser peut-être les enjeux ailleurs.

Bien sûr, les codes de conduite, mais ils changent d'un emploi à l'autre...

J'ai parfois peur d'être incompetent à tel ou tel moment, une première fois insurmontable, l'échec de l'essai, il me faudra une bonne dose de courage, et aujourd'hui j'anticipe la peur, je veux arrêter, par honnêteté... Cela ne dure pas, mais cela revient. Ne rien décider tout de suite. Mais le sentiment est pénible, à supporter un temps. Mais si ÇA ne revenait pas ? Quand préparer le changement ? Comment retrouver l'équilibre qui s'est perdu ?

FIN

17-1 Enjeux juridiques de la pair-aidance, droits des patients, cadre légal et convention

10.01.22

Les trois pouvoirs sont : le législatif, l'exécutif (gouvernement), le judiciaire.

Les validations d'actes peuvent être : juridiques, morales, déontologiques, de politesse, de convenance, etc.

Les normes suivent une pyramide en plusieurs niveaux : fondamental (la Constitution fédérale, cantonal, communal).

Le contenu des règles de droit suit la « morale ».

Champ du droit : par exemple pour PPSM, le Code Civil (et voir PAFA), ou le droit administratif.

On parle de corps social. Une atteinte personnelle est aussi une atteinte au corps social.

En regard de l'art. 10 de la Constitution fédérale, on peut dire : on ne peut pas décider pour quelqu'un qui ne parle pas, et de l'aide peut être donnée par exemple au travers de directives anticipées écrites.

Le droit des patients est cantonal et règle notamment les liens du patient avec l'extérieur de l'hôpital psychiatrique, et son droit à l'information, y compris concernant les traitements.

L'art. 378 du Code Civil (CC) règle le droit des directives anticipées.

La loi règle aussi la notion de consentement libre et éclairé (pour le patient ou son représentant).

Le discernement, au sens juridique, est différent de celui au sens médical.

L'incapacité de discernement est à prouver.

L'incapacité de discernement peut être relative à un acte.

Discerner, c'est avoir la faculté d'agir raisonnablement, c'est comprendre et vouloir.

Dans le droit des patients, on peut trouver : ce qui concerne les mesures de contrainte, l'accès au dossier (et la protection des données), la protection de la personnalité, la confidentialité, l'accès aux voies de droit.

PLAFA, avant 2013, signifiait Privation de Liberté à des Fins d'Assistance. À la révision de la loi sur la tutelle, cette appellation a été remplacée par PAFA, Placement à des Fins d'Assistance.

Loi de protection de l'adulte et de l'enfant : aujourd'hui, on ne parle plus de tutelle, elle a été remplacée par la curatelle, qui peut s'établir à plusieurs degrés, jusqu'à une curatelle de portée générale. En option, une curatelle peut être menée en mandat pour cause d'inaptitude.

À noter qu'en tant qu'auxiliaire d'un médecin (il est assimilé à cela), le PPSM est soumis au secret professionnel.

Le patient sous PAFA est en droit de faire appel à une personne de confiance (tels les Conseillers Accompagnants à Genève), et de recevoir toute information utile.

Sauf à Genève, le curateur de soins manque dans le droit des patients. Il s'agit d'une personne de confiance qui permet au patient, dans certains cas, de ne pas se retrouver seul face à l'équipe médicale.

La question de la prise en charge ambulatoire de certains traitements est posée.

La relation patient-soignant pourrait faire l'objet d'une réglementation, d'un code éthique, de l'association Re-pairs (idée de l'intervenante) ?

La confidentialité est à traiter.

Loi sur la Protection des Données (LPD) : comment traite-t-on des données personnelles, des données sensibles, comment protéger la sphère intime ?

Toute donnée doit être licite.

Par rapport au secret professionnel, il se peut qu'une situation soit dérangeante, mais suis-je alors autorisé à divulguer des données ? (Attitude vis-à-vis de la loi, et aussi du patient).

Il peut y avoir, de la personne, un consentement à divulguer, en formalisant un consentement explicite.

Le secret partagé est également un outil dans tel cas.

On fera encore cependant attention à l'obligation d'aviser (employeur).

Pour le PPSM, la loyauté à l'employeur peut l'empêcher d'avoir une attitude militante, et de défendre le droit des patients...

On s'en retournera à la définition du PPSM, et aux règles régissant la profession.

FIN

17-2 Enjeux juridiques de la pair-aidance, droit des patients, cadre légal et convention

11.01.22

En emploi, on peut être soumis soit au droit privé, dans le cas d'institutions privées ou de fondations, régies par le Code des Obligations (CO), soit au droit public, dans le cas d'hôpitaux et autres établissements publics, qui suivent des règlements administratifs.

Le contrat de travail est oral ou écrit. Il comprend un salaire, un temps de travail qui, en Suisse, ne peut excéder 50h par semaine, sauf exception, et généralement de 42,5h hebdomadaire, et des vacances payées de 4 semaines minimum (ou plus), ou de 8,33% d'un salaire à l'heure.

Il faut savoir que l'assurance perte de gain maladie n'est pas obligatoire, il faut poser la question à l'employeur.

L'employeur a le devoir de respecter les compétences de l'employé, ni au-dessus, ni au-dessous.

Pour discuter dans le cadre du droit du travail, en entreprise, un membre de l'équipe, ce pourrait être un assistant social par exemple, sera la personne de confiance désignée à cet effet.

Cela va de pair avec l'obligation qui est faite à l'employeur de résoudre les conflits du personnel.

En emploi, il est attendu un lien de subordination, et de fidélité, qui peut être quelque peu contraire à une voix dissidente du PPSM, cherchant à défendre les pairs, et s'opposant à l'équipe soignante.

Avec l'obligation de fidélité, de loyauté, si une situation critiquable survient, on n'en fera pas de publicité extérieure, on utilisera d'abord la voie hiérarchique.

Il existe un droit de directives, et aussi certaines institutions sont particulières.

C'est peut-être à leurs limites que se trouve le cœur de métier du PPSM.

Une vignette est décrite collectivement, sur une situation autour de la porte du pavillon à tenir fermée, et engageant deux intervenants, dont un PPSM.

Il est question de loyauté, de directives non-respectées, de personnalités, et de défendre les compétences propres du PPSM, ne pas partir...

Le cahier des charges du PPSM, à définir par soi-même, comprend ses compétences et les règles qu'il s'est fixé.

Attention, se soustraire à une directive entraîne des sanctions.

Les lanceurs d'alertes le sont pour des constats licites et d'intérêt général, et ils utilisent la voie hiérarchique.

La messagerie est protégée légalement.

L'employeur assume la responsabilité des actes de l'employé dans le cadre successif de l'engagement, de l'instruction, de la surveillance. En dehors d'actes de négligence.

En droit, la responsabilité est soit pénale, soit civile.

La fin de contrat de travail est réglementée, et elle ne peut avoir lieu en temps inopportun.

Une vignette est présentée, sur les accès au dossier médical.

On voit que l'accès peut être restreint, qu'il doit suivre un but de soins, qu'il doit y avoir une pesée entre les intérêts du patient, et ceux de l'employeur.

Le contenu du dossier médical se compose de notes personnelles des médecins, et aussi de tiers.

Pour la routine, il est important de noter que les observations quotidiennes doivent avoir un intérêt médical.

À noter, l'obligation de conserver les dossiers patients au moins 20 ans.

Le PPSM peut être un accompagnant ou un intervenant de soins.

Se pose encore la question de l'opposition entre le militant et le professionnel : comment défendre les droits et les intérêts des patients ?

Concernant le dossier électronique du patient, la confidentialité semble ne pas être suffisamment assurée.

Le PPSM peut travailler en indépendant, il aura son autonomie (horaires, ressources, etc.), mais il devra assumer un risque entreprise.

Une vignette encore : il s'agit de présenter un cas devant l'équipe : faut-il anonymiser ? a-t-on l'accord du patient ? quelles sont les précautions à prendre ?

FIN

Développer une approche critique, et enjeu autour du rétablissement (sociologique)

10.01.22

Le schéma de départ d'une approche critique est le suivant : d'abord on a une réflexion d'ensemble du sujet considéré, puis on réfléchit sur les points forts et les points faibles, et ensuite sur le contexte ; on peut faire preuve d'un désaccord bienveillant. Cela conduit à déconstruire pour améliorer, c'est la pensée critique.

De manière classique, on définira le rétablissement comme la recherche de bien-être et d'une bonne qualité de vie. C'est un chemin, un équilibre, une dynamique. On utilisera des images comme le cycliste, l'équilibriste.

On se redresse, on ne revient pas « comme avant », on est « comme après ».

A posteriori d'une crise, on peut réfléchir aux apports de celle-ci, quelle est la reprise du pouvoir sur soi, au-delà des fragilités et des vulnérabilités, il peut y avoir des ressourcements.

Pour le rétablissement, on passe de l'étiquette diagnostique à l'acceptation, et à la différenciation. Puis, on peut se dissocier de l'état de maladie, c'est-à-dire prendre une distance avec le trouble et avec son histoire de vie.

Peut-être le rétablissement est-il une recherche, une enquête sur les moyens d'un mieux-être.

L'antipsychiatrie est née de la contestation de la psychiatrie, puis des usagers ont suivi ce mouvement, en y développant le concept d'empowerment.

Cela a conduit à définir ce qu'est le rétablissement, enseigné dans différentes écoles, comme par exemple notre formation PPSM.

Le rétablissement passe par différentes dimensions, dont la redéfinition et l'expansion de soi, le pouvoir d'agir, la relation à l'espace temporel, la relation aux autres.

La redéfinition et l'expansion de soi comprend un processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental, un processus de découverte d'un nouveau soi, et le sentiment de la complexité du soi.

Le pouvoir d'agir, c'est un processus, une construction, la transformation du sentiment d'impuissance. Les niveaux du pouvoir d'agir sont :

- Le niveau psychologique, avec des composantes intrapersonnelles, interactionnelles, comportementales.
- Le niveau organisationnel.
- Le niveau communautaire.

La relation à l'espace temporel intègre les valeurs d'espoir et de spiritualité.

Et la relation aux autres, c'est avec les membres de la famille, ou avec les pairs, ou les intervenants, ou encore les services de santé et de soutien.

Le concept du rétablissement a subi une appropriation par le monde médical professionnel, qui l'a schématisé, et qui, dans l'actualité institutionnelle, sert à « faire du rétablissement ».

Cette version du rétablissement n'est pas celle du PPSM aujourd'hui, qui comprend une plus-value de compétence expérientielle, qui n'est pas une valeur théorique.

Cependant, le PPSM prend garde de considérer sa propre expérience à l'égal de celle des autres.
Un principe de relativité bienvenu.

Un appel à débat est lancé, pour envisager l'ensemble du processus de rétablissement, un holisme pouvant inclure espoir et spiritualité.

Une question est posée, sur ce qu'est se rétablir, pour qui, pour quoi ? Sans finalité le rétablissement n'est rien ?

Question : que peut apporter le PPSM professionnel aux autres professionnels de l'aide et du soin ?

Des domaines plus spécifiques au PPSM sont : la spiritualité, la médication, l'écoute, etc.

Le glissement qui s'effectue d'une réappropriation professionnelle et institutionnelle du concept de rétablissement soulève plusieurs questions, notamment celle de la place de la militance et son esprit critique.

Sont complémentaire l'érudition et l'intellectualité, la première représentant une somme de connaissances, la seconde exerçant la réflexion critique.

Si dans une équipe il y a un manque de parole, et qu'une pensée critique se heurte à un conflit de loyauté, cela peut conduire à l'épuisement.

Dans le manque d'énergie de l'épuisement, le manque de parole ne doit pas être considéré comme un échec, la pensée critique peut être vue comme une ressource possible.

Le PPSM peut représenter un danger pour des collègues professionnels : va-t-il vouloir s'engager sur du soin, par exemple ?

Pour le PPSM, il est bon de sentir et de savoir ce qu'il est prêt à partager avec les patients.

Personnellement, il doit faire attention à toute volonté de déstabiliser des collègues, et d'avoir une posture professionnelle.

De même, il y a un respect mutuel entre les différentes générations de PPSM.

Existe-t-il des modèles, des icônes de rétablissement pour les PPSM ?

Question : est-ce que dans les positions, les pratiques et les postures de la psychiatrie, le PPSM pourrait être appelé à apporter des modifications ?

On peut opposer une vie chez soi (cocon) à la vie en institution publique (plus fruste).

En institution, les aspects d'intervention du PPSM peuvent être la diététique, le quotidien, les sorties.

Références (approximatives) :

- Patricia Deegan
- Luc Vigneault, Cap sur le rétablissement
- Linder et Bussy, 2014, pp. 48-49 (Revue Santé Mentale No 191 ?)
- H. Provencher, Le paradigme du rétablissement, 2007, p. 8
- Darryl Cunningham, Psychiatric tales
- Poulin et Massé, Divers
- Émilie Bovet, psyphonie.ch

FIN

Valorisation de l'expérience, bilan de compétences, CV 1, CV 2, CV 3

23.08.21 / 05.10.21 / 14.12.21

Des trois demi-journées consacrées à ce sujet, je n'ai que des notes de la troisième.

Des supports de cours ont été distribués, pour étudier les différents aspects de la construction d'un CV (Curriculum Vitae).

Dans cette troisième demi-journée, la discussion a porté autour des expériences et des compétences, du travail de la posture (posture PPSM).

Autour de la posture, on voit graviter d'abord des valeurs, puis des compétences de savoir, de savoir-faire, de savoir-être, ensuite un questionnaire de personnalité pour évaluer l'attitude et le fonctionnement, et enfin des forces, que l'on peut déterminer grâce à un jeu de cartes, ou d'autres jeux.

On définit la posture selon deux axes : d'abord véhiculer la fonction de PPSM, ensuite se former.

En classe, il est proposé de définir un profil collectif du PPSM, sur la base de son savoir expérientiel. Entre le savoir, le savoir-faire, et le savoir-être, c'est ce dernier qui semble être le plus important pour le PPSM.

Dans le savoir, on trouve le savoir expérientiel, le rétablissement, l'animation de groupe, les connaissances de la maladie, des médicaments, du jargon.

On trouve aussi la connaissance du réseau en santé mentale, des types de thérapies, ainsi qu'une connaissance de l'institution, du cahier des charges, des limites déontologiques.

L'expérience de vie est un plus.

Pour les savoir-faire, il y a l'écoute active, la gestion de conflits, organiser, encourager, soutenir, s'affirmer, animer, négocier, être dans l'acceptation et savoir demander de l'aide, faciliter le lien interpersonnel, trouver la bonne distance aux vécus des pairs.

Et encore, pouvoir faire des témoignages, s'occuper d'administration auprès d'offices, être dans la transmission, être neutre, pouvoir extérioriser des points négatifs, et être attentif aux transferts et contre-transferts.

Le savoir-être se conjugue par l'humilité, la bienveillance, l'empathie, la résilience, l'adaptabilité, l'authenticité, être à l'aise avec son introspection, être disponible, agréable, autonome, rigoureux, organisé, être maître de soi.

Mais le savoir peut aussi être défini par l'humanisme, la connaissance de soi et de son style, des valeurs, apprendre le métier de PPSM et le transmettre.

Le savoir-faire se définira par la capacité de s'observer et d'anticiper la rechute, faire des interventions et des supervisions, accompagner, résoudre des problèmes, savoir se présenter.

Et le savoir-être sera là résumé par la finesse, la subtilité, la débrouille, la bonne humeur et la bonne distance, avec une capacité d'auto-dérision, de la confiance en soi, et enfin aimer les gens et les problèmes.

FIN

Carnet de route

06.04.22

Hier, demi-journée de cours sur l'analyse de pratique. Trois situations ont été présentées, application du schéma d'analyse, participation de chacun, regard professionnel, un apprentissage supplémentaire.

J'ai débuté humeur basse, puis elle est remontée un peu. Mon discours, ce qu'on peut en supposer, n'était pas fluide, je me heurtais à d'anciens travers, ma communication n'était pas bonne.

J'ai évité de parler de la difficulté de mon stage, le règlement est en cours.

Une demi-journée m'a épuisé, en fin de cours ma tête chauffait.

Rentré chez moi, c'est le constat d'un effort pénible encore pour terminer cette formation, doublé par la situation de mon stage. J'ai fait mon devoir scolaire, j'ai déjà cette satisfaction-là.

Encore une autre demi-journée de cours dans trois semaines, et c'en sera terminé des cours...

29.05.22

Un bout de temps sans écrire dans le journal. De multiples choses se passent.

Finalement, après une pénible attente, mon stage de formation s'est terminé. Il a été validé pour le certificat. Près de trois mois d'attente. Mais le soulagement est là, avant c'était les nausées, la fatigue. Un manque de confiance qui décourage.

Du naufrage, reste le projet d'atelier écriture et la lecture-débat, qui se poursuivent pour une présentation vendredi prochain.

Un travail de groupe s'est fait avec trois camarades pour l'école et la formation, à être présenté en classe mardi qui vient. Il y aura aussi deux experts. Le groupe a bien fonctionné depuis janvier, c'est une ressource précieuse pour moi, une compensation...

Il y a L'Expérience, un soutien dans mes difficultés, il y a aussi la commission de politique sociale à laquelle je participe, où je me maintiens à flot pour assumer ma fonction.

Bref, je suis bien occupé, quelques raisons d'être satisfait, l'attente que finisse la formation, dans deux jours. Être libéré pour des projets d'avenir, du temps pour le métier, où on verra, quand, après une bonne pause...

04.09.22

Maintenant, la chose est faite, j'ai obtenu mon certificat de PPSM.

Mais dans le fond, je n'ai pas réussi à atteindre mes objectifs de départ, à savoir de m'organiser un discours, une posture, de la pair-aidance, et l'exercice de l'élocution, une facilité de parole.

Ce professionnalisme manque, l'aisance dans les échanges et la communication.

Mais c'est peut-être un problème lié à la condition de souffrant psychique, cette voix qu'on n'entend pas.

Sinon, l'objectif global est atteint, faire la formation PPSM et obtenir le certificat.

Donc je réussis, j'en suis fier, ma condition de souffrant psychique se transforme, j'ai maintenant métier et licence de mon expérience psychiatrique, et de mon expérience tout court.

FIN