Les pairs-aidants, pseudo générosité et dérives sur la psychiatrie, en réponse à Pluriels

06 Février 2011 Par [guy Baillon](http://www.mediapart.fr/blog/66105" \o "<div class=´bulle_utilisateur bulle_membre´><div class=´photo´><img src=\"http://static.mediapart.fr/files/imagecache/photo_utilisateur_petite/\" alt=\"\" title=\"\"  class=\"imagecache imagecache-photo_utilisateur_petite\" /></div><div class=´infos´><div class=´nom´>guy Baillon</div><div class=´inscrit_depuis´>Inscrit(e) depuis Jan. 2009</div></div></div>)

Edition : [**Contes de la folie ordinaire**](http://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire)

Docteur Guy Baillon, Psychiatre des Hôpitaux                               Paris le 6 février 2011

**Les pairs-aidants, pseudo générosité et dérives sur la psychiatrie en réponse à Pluriels**

Un texte d’accès facile (sur le site internet « mission nationale d’appui en santé mentale », organe d’Etat, n° 85 de leur revue Pluriels) et qui risque de passer inaperçu, doit être dénoncé vivement car il propose avec une violence délibérée de manipuler les usagers de la santé mentale, ce qui aura pour conséquence de dévaloriser psychiatrie.

Nous sommes stupéfaits de tant d’affirmations gratuites, sans preuve, ni fondements, d’une totale naïveté au départ, si ce n’est qu’elles débouchent sur une tentative de mainmise sur les usagers et l’envie d’écarter les soignants de la psychiatrie, puisque celle-ci peut être faite, et mieux, par les malades, du moins par les malades ‘bons’, ceux qui savent bien se soigner !

Ces malades sont appelés ‘pairs-aidants’ ou ‘médiateurs de santé/pairs’ dans cette revue.

Nous voudrions au moins des définitions claires, nous n’en aurons pas. Essayons pourtant :

Qu’est-ce qu’un ‘PAIR’ ? Pour nous c’est un malade présentant un trouble psychique grave et subissant de ce fait un handicap psychique, c’est-à-dire les conséquences sociales de ses troubles et de ses traitements (définition de la loi du 11-2-2005, cette loi qui porte une vraie révolution n’est pas même mentionnée ici, ignorance navrante).

Alors d’où vient ce terme ? Il a été utilisé par les membres des GEM (groupe d’entraide mutuelle créé par cette loi) aimant bien s’appeler ainsi entre eux, par extension il est devenu la dénomination des malades entre eux. Nous l’avons tous adopté.

Ici nous voyons des professionnels s’approprier ce terme et l’associer au mot ‘aidant’, ce qui pourrait dénoter une idée au départ généreuse.

Qu’est-ce qu’un ‘AIDANT’ ? Ce terme est employé par de nombreux textes officiels à l’égard de populations en difficultés (personnes âgées, handicapées), sur le plan psychique nous avons d’emblée quelque doute sur son bien-fondé, dans la mesure où ce que nous espérons c’est que la personne retrouve son estime d’elle-même en s’appuyant sur sa propre énergie. Malheureusement le mot ‘aidant’ établit une hiérarchie entre une personne aidante donc supérieure et une personne aidée donc inférieure, et **installe une relation de dépendance**, qui est le danger pour le trouble psychique, c’est le contraire de ce que nous espérons.

Qu’est-ce qu’un ‘PAIR-AIDANT’ ? C’est là où tout se corse : ce serait selon nos auteurs un malade qui s’est ‘bien soigné’ et qui en tire un ‘savoir expérientiel’ ; il est évident pour les promoteurs généreux que ce savoir doit être partagé avec quelques heureux élus pour qu’ensemble ils puissent réussir là où les soignants normaux (non-malades) échouent et donc  d’une part ‘aider’ à soigner les autres malades en difficulté de guérison, d’autre part éduquer les soignants qui soignent mal !  Que de belles affirmations gratuites.

Bien évidement les choses ne sont pas dites avec cette clarté, d’emblée c’est l’idée généreuse qui est mise en avant, avec l’interdit tacite de critiquer cette générosité ce qui ouvre la porte à tous les excès. Le terme choisi pour le remplacer ‘médiateur de santé’ est encore plus flou.

D’emblée on perçoit que l’outil essentiel est l’intimidation du public, nous y reviendrons.

Rien n’est dit de précis sur ce qu’est ‘se soigner bien’ (les pairs-aidants en auraient le secret), ni soigner ‘mal’ (c’est le lot des soignants, sont-ils tous concernés ?).

Il est expliqué longuement et laborieusement que ces personnes ont l’avantage d’avoir la connaissance de « l’empowerment » et de la « recovery » ? Ceci nous aide seulement à comprendre qu’il s’agit d’une importation des USA (le premier intraduisible, le second serait le ‘rétablissement’). Cela nous invite à apprécier le poids qu’a la culture d’un pays sur la psychiatrie de ce pays (aucune psychiatrie ne peut être comprise si elle n’est référée à la culture du pays où elle se développe : ici on ne rappelle pas que la culture nord américaine a une histoire, une civilisation, une organisation des soins et de la psychiatrie très distante de ce que nous avons acquis avec l’histoire de notre pays, et sa pratique depuis 60 ans de la psychiatrie de secteur et de la psychothérapie institutionnelle).

Il y a au moins deux erreurs autour de ce terme de ‘rétablissement-recovery’ :

-d’une part il renvoie à l’idée que l’on peut guérir en psychiatrie (on sait que ‘guérir’ ici est ambigu puisque c’est notre personnalité qui est en difficulté, guérir serait abandonner celle-ci, il n’en est pas question), mais surtout une des spécificités des troubles psychiques graves (point difficile et donc central de la psychiatrie), c’est que même traité et bien traité, il est impossible d’affirmer que le malade n’aura plus aucun trouble, car son évolution passe de façon imprévisible par de courtes phases aigues et de longues phases non aigues ; ce n’est pas tout : la France est le seul pays non seulement à avoir créé la psychiatrie de secteur (c'est-à-dire nouant un lien avec la même équipe de soin et son lieu de citoyenneté, l’adresse sur sa carte d’électeur) mais aussi à avoir promulgué une loi définissant le handicap psychique (loi du 11-2-2005 dite de l’égalité des chances et la participation à la citoyenneté), cela veut dire que notre pays a compris (à la demande des familles et des usagers) que les malades subissent aussi les conséquences sociales de leurs troubles psychiques graves et de leur traitement ; celles-ci sont le produit de deux facteurs un trouble interne et les réactions de l’environnement relationnel, en interaction constante ; ceci explique la non fixité du handicap et son évolution  non parallèle aux troubles : il constitue la « **vulnérabilité** », la fragilité spécifique de ces personnes ; le terme de ‘rétablissement’ n’a pas de pertinence dans notre culture française ;

-d’autre part si on examine ce terme de plus près, même dans le contexte des USA, nous sommes obligés de remarquer qu’il a été créé par des non-malades puis transmis aux malades comme un concept, alors que ce n’est qu’une notion vague ; ou alors s’il désigne le **désir de guérir,** il n’y a rien que nous ne connaissions déjà : ce désir est présent chez tout être humain, certes il vacille chez chacun en fonction d’un certain nombre de données internes et environnementales. Ce n’est pas une donnée mineure et à part ! Elle est au cœur de la démarche de soin en psychiatrie (et en médecine aussi). Elle est tout simplement déterminante pour l’avenir. Elle est l’âme de la psychothérapie (même si le terme ‘guérir’ est à discuter). Nous sommes saisis du peu de connaissance ici des apports de la psychanalyse sur ce point central de notre fonctionnement psychique, tout cela aussi est inconnu des promoteurs !

Un autre argument est désigné comme majeur : le fait que cette initiative existe dans d’autres pays ! C’est d’une légèreté navrante : ainsi ce projet serait valable au point d’être indiscutable parce que notre grand frère et ami le Canada l’a lui-même réalisé ! Mais cette antériorité n’a aucune valeur d’exemplarité ni de validation ! C’est tout le contraire !

Nous avons dit que toute psychiatrie est le reflet de la culture ‘du’ pays qui l’abrite. Les pays étrangers évoqués n’ont pas expérimenté pendant 60 ans la psychiatrie de secteur ni la psychothérapie institutionnelle, ils n’ont pas promulgué de loi inventant le handicap psychique et créant les compensations sociales qui lui sont proposées. Comment comparer ?

Cette revue entièrement dédiée à encenser ce concept de pairs-aidants peut nous conduire à penser que notre culture aurait besoin de cette idée et de ces faux concepts creux ; bien au contraire nos outils (secteur, psy institutionnelle, et compensations sociales) sont la traduction d’une ‘philosophie’ qui se veut solidaire (ce qui va plus loin que l’aide et la seule générosité), intelligente, basée sur une autre notion de la folie, incluant à tout niveau ‘le groupe’, les liens de la personne, et travaillant sur la notion de ‘collectif’. Tout au long de ces pages sont balayés en quelques mots les travaux de la psychiatrie, des neurosciences à la psychanalyse ! Certes la complexité actuelle de nos connaissances et le témoignage des usagers justifie de revisiter l’ensemble de l’édifice psychiatrique, les balayer ainsi est d’une rare stupidité.

La lacune la plus grave du projet (tout est basé sur ce point) est la non définition de ce qu’est ‘soigner bien’.Voilà la porte ouverte à l’arbitraire pour désigner l’élu ‘pair-aidant’.

D’autant que rien n’est dit sur ‘qui’ recrute ? Ni sur ‘quel critère’ ? Ce serait un ‘plus’ ?

Surtout la notion de ‘savoir expérientiel’ d’une personne, invoquée comme valeur supérieure, ne lui apprend que sa seule souffrance, mais en aucun cas ne la rend ‘experte en pathologie psychiatrique’. S’il est simple névrosé anxieux ‘bien guéri’ « il ne sait rien d’autre » : il ne sait rien du vécu subjectif, ni des données objectives des autres, que ce soit d’un trouble schizophrénique, ou d’un trouble maniaco-dépressif, d’un trouble névrotique ou dépressif grave ( : questions fortes sur lesquelles s’est bâtie la psychiatrie) ; il ne saura jamais faire autre chose que ‘projeter’ sur les autres ce qu’il a appris de son expérience : cette prise de conscience de notre propension à ‘projeter’ sur l’autre nos pensées et nos actes est au cœur de la difficulté des professions psychiques. L’expérience d’un malade est limitée à sa propre pathologie. Ce ‘plus’ est en réalité un ‘moins’. L’expérience’ l’a appris aux soignants.

L’allusion faite par le CCOMS à l’expérience de la toxicomanie et l’abus d’alcool est une confusion supplémentaire. Ces troubles-là en effet se déroulent chez des personnes ayant une pleine conscience de leurs actes. Ce sont ceux pris justement ici comme exemple. Piège !

 La « méconnaissance » que les patients psy ont de la réalité de leurs troubles est au contraire la spécificité du noyau dur des troubles psychiques graves, c’est le point opaque essentiel que l’on retrouve tout au long de la trajectoire de vie de ces personnes et qui constitue la difficulté la plus forte de la psychiatrie (cette méconnaissance amène certains à des dérives, tel notre Etat voulant imposer aux psychotiques « l’aveu de leur maladie » au décours d’une garde à vue de 72h, avec à la clé en cas de refus une suite de mesures de contrainte inhumaines !). Cette expérience de la méconnaissance de ses propres troubles est certainement de l’ordre de l’indicible, la méconnaitre à notre tour ne peut se faire qu’au prix d’une méprise totale de la réalité de la clinique psychiatrique, ignorée dans l’exposé des motifs de ce projet.

Ce qui est le plus douloureux dans cette lecture c’est de découvrir sous la plume de soignants les méthodes des promoteurs (falsification de l’histoire, intimidations et manipulation) et leurs buts (malmener les GEM, détruire les associations d’usagers, tout particulièrement la FNAPSY qui les dérange beaucoup, dégrader l’image des soignants de la psychiatrie, qui n’ont pas besoin de cela aujourd’hui après l’attaque sauvage du chef de l’Etat le 2-12-2008, affaiblissant la psychiatrie au pire moment de son histoire, la nouvelle loi d’enfermement) :

-falsifications : Bonnafé est cité mal à propos, pour impressionner ! La naissance de la psychiatrie dans les années 1800 est massacrée, alors qu’il suffit de lire les travaux magnifiques de Gladys Swain et Marcel Gauchet  (que nous avons repris dans « Les usagers au secours de la folie. » Chez Erès). Pussin n’est pas un malade psychique, mais un ancien tuberculeux, il s’est institué le premier infirmier psychiatrique, Pinel était d’abord horticulteur puis généraliste à Montpellier, ici premier psychiatre ; ensemble ils ont préfiguré la première équipe de secteur et de psychothérapie institutionnelle en créant les méthodes qui seront reprises avec l’éclairage de la psychanalyse 150 ans plus tard ; ils créent la psychothérapie, appelée d’abord ‘traitement moral’, par opposition aux traitements physiques et à la contention sauvage (qui réapparaissent aujourd’hui sous la menace du Président) ; ils auront beaucoup d’influence jusqu’à la répression de l’enfermement et des classifications des maladies mentales privilégiant les causes organiques, donc à distance de la parole. Surtout ni Pinel ni Pussin n’ont affirmé, comme il est dit ici, qu’il faut être malade pour ‘bien’ soigner. Suivent une suite d’autres interprétations fallacieuses de la pratique psychiatrique, nous laissons chacun étudier cette revue en détail pour les dépister, sur le secteur, sur les GEM, …

-l’intimidation y est un outil majeur du texte : comment résister aux fausses affirmations si on n’est pas informé ? Comment résister aux démonstrations de générosité ? Comment résister devant l’exemple de si nombreux pays, plus de 50 ? Comment résister devant les affirmations de l’OMS (aux ordres des USA et des laboratoires pharmaceutiques) ? Comment résister à des expériences ‘randomisées’ (dont les références ne sont pas données, donc non vérifiables, et très floues) ? Comment résister puisque l’Etat et la CNSA ont donné leur accord (ceci est en effet très inquiétant) ? Comment résister lorsqu’on apprend que tant d’acteurs de la santé, malades et soignants, ont été contactés, on laisse entendre que s’ils ont accepté les échanges cela veut dire qu’ils l’approuvent ! Bel exemple d’un raisonnement faussement logique. …

Surtout nous sommes vraiment scandalisés d’apprendre que deux usagers cités dans ces pages ont démissionné et de voir que cela n’est pas dit. **Plus encore le scandale est extrême avec la dérision dont est l’objet la Présidente de la FNAPSY.**Celle-ci avec courage avait  accepté de s’engager dans l’examen concret du programme ‘pour voir elle-même’ ce qu’il en était ; cette revue reproduit le seul document où elle dit qu’elle s’engage, mais elle y évoque ‘sa peur’ et sa volonté d’être très ‘vigilante’. Le lecteur en conclut à cette lecture qu’elle la cautionne de bout en bout, d’autant que cette caution est rappelée plusieurs fois par page. En réalité nous apprenons par un communiqué officiel du 4 janvier 2011 que la Présidente  de la FNAPSY a arrêté l’expérimentation depuis novembre et démissionné du programme ; décision approuvée par la FNAPSY en décembre. Rien n’en est dit (aujourd’hui) sur le site !

C’est d’autant plus inacceptable qu’elle en donne les raisons qui sont graves : avec le collègue qui l’accompagnait ils ont compris qu’ils n’étaient pas respectés et ils en ont souffert, ils ont constaté que le statut d’usager n’était pas reconnu et ils ont vécu une perte d’identité, tous constats qui leur ont montré que les usagers en sortiraient blessés. D’où leur refus, clair, net.

Cette revue triomphaliste tout au long de ses 32 pages, -satisfecit basé sur un prétendu accord des usagers et le bienfait qu’ils en tirent-, ni ne dit mot des débats houleux qui ont eu lieu depuis le début deux ans avant, avec la FNAPSY, ni surtout **informe de la rupture et du départ définitif de la FNAPSY, ce qui doit invalider ce programme en France !**

Le problème est que, malgré toutes les mises en garde de la FNAPSY depuis le début, le CCOMS s’est profondément engagé sans faire aucune analyse solide sur sa pertinence en France, se bornant à ‘copier’ le Québec, et qu’il a obtenu l’accord de la CNSA !

Nous avons des raisons de craindre que la seule solution pour le CCOMS serait la destruction de la FNAPSY ! Ce serait dramatique pour la France et pour l’ensemble de la santé mentale.

De toute façon ce qu’ont vécu les membres de la FNAPSY c’est la manipulation dont ils étaient l’objet constamment, c’est bien le constat général que l’on tire aussi de l’ensemble de cette lecture, l’outil majeur est la manipulation.

Ce qui suivra ne sera pas meilleur pour la psychiatrie, car les soignants de la psychiatrie sont constamment dévalorisés tout au long des articles. Il est affirmé que ‘les pairs-aidants vont savoir obtenir les changements de culture professionnels que les soignants ne savent réaliser’ !

Nous ne manquons pas d’être impressionnés par le travail de ‘Lobbying’ qui est exposé et qui accompagne le projet (toujours univoque, sans débat), il semble que ce soit le même que l’on retrouve dans le rapport Couty et dans l’élaboration de la loi répressive actuelle et sa fausse prise en compte des usagers, s’appuyant sur le double discours des familles coincées entre deux dangers : la répression qui rassure les familles n’obtenant certes pas l’écoute suffisante des services, l’attente du bon vouloir des psychiatres qui sont ici encore dévalorisés.

Les images des pairs-aidants qui se profilent en conclusion ne manquent pas d’inquiéter : au pire on voit arriver des ‘milices’ (qui sont les appuis de tous les pouvoirs tyranniques, les voici démasquées en ce moment dans le monde entier) et les tristes souvenirs des camps et des asiles (j’ai échappé aux camps, mais j’ai l’expérience pendant mon internat de ces ‘bons malades’ alcooliques qui  permettaient aux soignants qui les avaient recrutés de s’alcooliser à leur tour, déprimés de se voir abandonnés par les psychiatres).

Pour conclure : allons jusqu’au bout de ce qui est affirmé : si la non professionnalité des soignants est telle qu’elle est décrite et si les pairs-aidants ont une telle valeur il faut limoger aussitôt les soignants et recruter les pairs-aidants sans craindre de difficulté de recrutement : le nombre de malades le permet. … Aberration non anticipée par les promoteurs !

Ne peut-on revenir à l’affirmation de principes simples comme : **Générosité ne suffit pas**. **Etre malade ne nous octroie pas un diplôme de soignant**. Les familles vont-elles demander à être payées parce qu’elles se jugent professeur ou éducateur de leur enfant ? Certes la psychiatrie doit être ‘revisitée’, mais cela ne permet pas de sombrer dans la confusion des genres et des rôles, la compétence des usagers ne saurait se substituer à la connaissance et l’expérience qui font la spécificité des professionnels de la psychiatrie.

Solidarité, fraternité, citoyenneté sont-ils des mots vides de sens ? Ne peuvent-ils rassembler ?