

Pair-aidance et réseau (Bruxelles)



Introduction

Le travail présenté ne prétend à aucune exhaustivité et assume pleinement le côté subjectif lié à la vision par un pair-aidant du réseau de soins, lato sensu, développé à l'intention de personnes présentant un trouble d'usage de l'alcool.

S'inscrivant délibérément dans cette approche particulière, le propos est aussi circonscrit à la Région de Bruxelles-Capitale. Si quelques similitudes peuvent exister avec d'autres régions proches ou plus lointaines (Wallonie, Flandre, France, Canada, ...), le but est de rester au plus près d'une connaissance intime, personnelle et non pas de dégager de grands axes de recherche, d'éventuels invariants ou des théories générales.

Nous nous excusons par ailleurs de la concision de certains propos et de l'apparant survol de certaines notions. Le lecteur curieux ou désireux d'approfondir certains points insuffisamment développés à son goût, peut se reporter à la bibliographie où sont répertoriés un ensemble d'ouvrages, de liens internet et autres références qui nous ont semblé utiles.

Le but est donc ici de proposer une approche permettant de croiser le travail de pair-aidant et le réseau de soins de la Région de Bruxelles-Capitale.

Il nous a semblé important de travailler cette idée de réseau puisque, comme illustré sur la page de couverture, le trouble de l'usage de l'alcool ayant une origine multiple (image de la complexité des « racines » (mycélium) du trouble de l'usage de l'alcool reprise de celle évoquée par le Dr Ben Sessa lors de la conférence du 30 septembre 2022 à Flagey – Innovations dans les politiques et les pratiques), les réponses qui peuvent y être apportées sont nécessairement plurielles.

Les trois grands axes repris, bio-psycho-social, ne prétendent aucunement être originaux. Mais c'est, nous semble-t-il en s'appuyant sur une approche holistique basée aussi bien sur ces trois axes que sur la temporalité nécessairement à prendre en compte et enfin, surtout sur la personne elle-même considérée comme telle et non pas réduite à sa maladie, que les chances de lui proposer une aide efficace seront les plus importantes.

C'est en quelque sorte d'un plaidoyer pour le travail en commun, la connaissance réciproque des intervenants (famille, proches, groupes, professionnels, ...) et l'implication de la personne elle-même qu'il s'agit.

Pour terminer cette courte introduction, j'insisterai sur l'importance pour le pair-aidant de non seulement se baser sur son savoir expérientiel, parfois durement acquis, mais également de le compléter par une formation continue qui implique une connaissance intime et théorique de sa maladie et des divers outils existants pour vivre une vie satisfaisante.

La pair-aidance

Le pair-aidance a sans doute existé de tout temps. Pour une mise en perspective historique et géographique, nous proposons de se référer au travail accompli par le SMES (Allart M, 2020, p. 7)

Il existe presque autant de définitions de la pair-aidance que de pair-aidants. Chacun ayant son propre vécu, sa propre sensibilité, il est normal que les points de vue soient différents. Pour ce travail, nous nous sommes basés sur le power point mis au point au sein de l'asbl En Route et qui sert lors des sensibilisations.

La pair-aidance :
lié à des problèmes

- C'est une pratique d'accompagnement par des personnes qui ont un vécu de santé mentale, d'addictions ou de précarité
- Elle s'appuie sur une connaissance du rétablissement avec la conviction que s'en sortir est possible

Bien entendu , nous parlons avant tout de personnes, alors voici une approche qui définit le moins maladroitement possible celles et ceux qui empruntent ce chemin :

Un.e pair-aidant.e :

- a une expérience en santé mentale, précarité, assuétude, ...
- témoigne qu'il est possible de s'en sortir (espoir)
- suffisamment rétabli.e (prise de distance suffisante)
- a tiré un savoir de son expérience, a mobilisé des ressources personnelles
- met ses ressources au service de personnes en voie de rétablissement

Tout cela est bel et bien joli mais au fond quel est son rôle, quelles sont concrètement ses actions ?

Qua fait un.e pair-aidant.e ?
les familles)

- soutien à ses pairs (groupes de parole, rencontres individuelles, rencontres avec les familles)
- sensibilisation, déstigmatisations
- porter la voix des personnes accompagnées (administrations, monde médical, instances politiques, ...)
- missions différentes en fonction du contexte dans lequel il/elle va travailler et de ses compétences

Toute personne qui est rétablie (nous reviendrons plus loin sur cette notion centrale), ne désire pas ou ne possède pas les outils pour être pair-aidant.

Ses compétences ?

- empathie, bienveillance, tolérance
- expérience du vécu de la souffrance psychique et/ou sociale
- habilités sociales, aisance relationnelle
- bonne connaissance de soi : forces et limites
- recul par rapport à sa propre histoire
- discrétion (secret professionnel)

Le ou la pair.e-aidant.e présente des spécificités qui font que son action sera différente de celles des professionnel.le.s, de la famille, de l'entourage,...

Ses spécificités ?

- complémentarité avec les professionnels
- facilitateur/trice (interprète)
- il y a mise en place d'une relation horizontale (égal à égal)
- incarne l'espoir
- partage son histoire
- moindre distance thérapeutique (juste présence)
- connaît des réseaux d'aide plus informels

Enfin , nous aimerions insister particulièrement sur la notion de rétablissement. Afin que les choses soient bien claires, la pair-aidance refuse de s'inscrire dans la notion de rétablissement qui équivaldrait à une guérison et elle pose aussi le fait que le rétablissement n'implique pas non plus un retour au travail, à la réinsertion obligatoire dans la société telle qu'elle se présente actuellement. Pour un développement de ces notions « La Fleur de Patricia » offre de belles pistes (Fransolet P, 2020, pp. 41-43).

Nous avons souligné les points suivants dans le power point de sensibilisation :

La rétablissement :

- travailler sur les ressources, compétences, rêves, projets personnels
- cheminement, processus continu, non linéaire
- transformation (pas de retour à l'état antérieur)
- voyage unique pour chacun
- croire sans réserve au potentiel des gens

Enfin , il est nécessaire aussi de parler de la formation des pairs-aidants. S'il n'existe en Belgique francophone qu'une formation dédiée à la pair-aidance (Certificat de l'U-Mons), nous pensons qu'au delà du vécu, un approfondissement de sa problématique propre mais également d'une curiosité pour ce qui touche au secteur psycho-social au sens large sont les bienvenus. Pour synthétiser mon propos, nous pouvons citer Jean Oury :

Il me semble nécessaire d'élaborer sa propre théorie, à condition qu'elle soit ancrée dans une praxis, toujours à faire, à élaborer, à tisser, base de tout travail concret, de toute « formation », si l'on veut, jamais finie. (Oury J., 2008, p.45)

Il y aurait encore beaucoup de choses à dire, bien des nuances à apporter mais le but de ce travail n'est pas la pair-aidance au sens strict. Si un rapide survol nous a paru nécessaire afin de fixer le cadre, il nous apparaît utile de passer à un bref survol de l'alcoolisme et plus largement des addictions avant de se pencher rapidement sur les effets induits par la covid 19 et surtout le confinement en ce qui concerne le vécu des personnes accompagnées. Le réseau et sa mise en résonance avec la pair-aidance seront ensuite abordés.

Le trouble de l'usage de l'alcool

Il est utile de constater que les définitions, les approches, les points de vue sur l'alcoolisme sont aussi variés que ceux concernant la pair-aidance. C'est que la problématique est complexe, les questions foisonnent de même que les réponses qui y sont apportées. Suivant l'approche adoptée, celle du/de la patiente (au sens étymologique), du médecin, de l'O.M.S., de l'entourage, de l'assistant.e social.e, de la société, ... la réponse peut varier énormément.

Quand y a-t-il alcoolisme (addiction ou pas) ? Comment répondre ? Que faire face au déni ? Pourquoi devient-on/est-on alcoolique ? Faut-il proner l'abstinence , la réduction de risques? Est-ce toujours, parfois lié à des co-mobirdités ? La rechute est-elle inévitable ?...

Toutes ces interrogations trouvent parfois une réponse mais celle-ci est toujours individuelle et c'est ce qui fait des alcooliques et des personnes en situation d'addiction les « mal-aimé.e.s » des milieux de soin. Les rechutes, les promesses non tenues, le déni, ... font que cette route est semée d'embûches et c'est à chacun.e, individuellement, mais aussi collectivement, à mettre en place son chemin de rétablissement.

Le seule chose qui semble faire l'unanimité est la reconnaissance d'une grande souffrance que ce soit de la personne touchée mais aussi de son entourage au-delà des coûts sociétaux importants (deuxième cause de mortalité).

Nous ne souhaitons pas rentrer dans les définitions plus ou moins pointues concernant cette maladie. Pour de plus amples informations le mieux est se reporter aux quelques ouvrages repris dans la bibliographie (de Timary Ph, 2014 - de Timary Ph, 2016 – Menecier P, 2020 – Nougé Y, 2017 – Orban Th, 2022) ou à la pléiade d'articles disponibles sur le net.

Toutefois, nous pensons qu'il est opportun ici de tenter notre propre définition car c'est à partir d'elle que notre travail de pair-aidant s'articule.

En ce qui nous concerne, l'alcoolisme (ou plus largement les addictions) répondent à ces quelques points : la souffrance (psychologique, sociale), la perte de contrôle (la vie tourne autour du produit), les problèmes somatiques. Si ces caractéristiques, nous avons pu les retrouver chez nos pairs (et chez moi, bien entendu), nous trouvons important de dire qu'il existe des différences à titre individuel (co-morbidités comme trouble border line, psychose, dépression, sexualité, polyaddictions...) et surtout, et c'est un point capital, qu'aucune des personnes concernées ne se résume à sa maladie. Cela peut ressembler à une lapalissade mais souvent le/la patient.e, son entourage, les soignant.e.s, les divers intervenants le perdent de vue.

Pour en terminer avec ce point, et c'est sans doute un des effets du confinement, l'accès aux produits a beaucoup changé pendant le confinement. Si avant, l'alcool était un produit d'accès facile puisque légal et en vente à peu près partout et qu'il l'est resté (les commerces d'alimentation étant restés ouverts), les autres produits stupéfiants, en plus de la possibilité de les commander facilement par Internet, sont de plus en plus livrés à domicile. Les dealers battant même le rappel si les commandes s'espacent ou proposent des « offres spéciales » (5 doses au prix de 4). Enfin, n'oublions pas que l'alcool est rentré dans certains foyers, via les « apéros Zoom » là où il était avant évité.

Le réseau

La définition de réseau est complexe puisque liée au point de vue adopté. Pour des raisons de simplification et d'opérabilité, nous ferons l'impasse sur une vue exhaustive et même historique (avec entre autres la cybernétique, l'école de Palo Alto, ...) pour partir de la définition suivante :

« Le réseau se définit comme une trame ou une structure composée d'éléments ou de points, souvent qualifiés de nœuds ou de sommets, reliés entre eux par des liens ou liaisons, assurant leur interconnexio ou leur interaction et dont les variations obéissent à certaines règles de fonctionnement » (F. Ost M. van de Kerkhove, De la pyramide au réseau ? Pour une théorie dialectique du droit, Publication des Facultés universitaires Saint-Louis, n° 14, Bruxelles, 2002, p. 24)

Dans le cadre de l'activité de pair-aidant, le réseau (comme notion et réalité)est un point central de l'approche.

Afin d'approfondir la connaissance de cette notion , j'ai eu l'occasion d'avoir des échanges fructueux avec Pablo Nicaise, François Wijngaerden et Hélène Garin dont les références

sont reprises dans la bibliographie et qui ont nourri ma réflexion.

La brièveté de ce travail ne permet pas de développer leurs trois approches que l'on pourrait qualifier, très rapidement, de macro, méso et micro, et la personne curieuse de se faire une idée par elle-même pourra faire la demande des enregistrements (les enregistrements des entretiens se trouvent sous format informatique). Toutefois, et parce que cela a une implication directe dans le présent travail, la remarque de Pablo Nicaise sur le fait que le système belge de soins en santé mentale est essentiellement basé sur une approche de personne à personne, de connaissance interindividuelle et non pas institutionnelle comme par exemple le modèle anglo-saxon, nous semble importante puisqu'elle va orienter la recherche de solutions.

Le réseau et le pair-aidant

Nous vous proposons de partir d'une vue aussi exhaustive que possible du réseau tel que développé en Région de Bruxelles-Capitale et basé sur la publication de la Plateforme Bruxelloise Pour la Santé Mentale.

Au travers de cinq grands axes (Me soigner/Être accompagné – Renouer des liens/Me rétablir – Rechercher un logement – Trouver entraide et solidarité – Développer un projet de réhabilitation psycho-sociale), eux-mêmes subdivisés en différents points, cette approche propose de se faire une idée du réseau développé pour venir en aide aux personnes en demande de soins au sens large et cette vue synthétique sera utilisée afin d'illustrer la nécessaire pluridisciplinarité de l'approche adoptée en vue d'accompagner la personne présentant des troubles de l'usage de l'alcool.

Bien entendu tous les aspects repris ne sont pas à mettre en action pour chaque personne, toutefois leur connaissance intime est indispensable pour le pair-aidant, nous semble-t-il.

Cette approche n'est pas la seule existante, même si elle a été choisie ici pour des questions de clarté. N'oublions pas qu'il existe d'autres mises en réseau tels que l'application développée par Dune (Le Bon Plan), le site de Réseau Alcool, celui du R.A.T., du Pélican, ... Vous trouverez, dans la bibliographie les liens nécessaires.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, une dernière précision sur la démarche choisie : dans la présentation des cinq grands axes, nous avons délibérément opté pour une présentation mixte. Une première présentation plus descriptive suivie parfois d'un témoignage plus personnel issu soit d'une expérience personnelle lorsqu'elle est pertinente et, à défaut, celle issue d'échanges avec d'autres personnes. Le but n'est pas de prétendre à une quelconque objectivité mais de mettre en lumière les apports et les obstacles rencontrés.

Me soigner/Être accompagné

En consultation

Dans le long parcours suivi par la personne souffrant d'un trouble d'usage de l'alcool,

souvent au sortir du déni mais parfois aussi comme aide à cette sortie, la consultation joue un rôle de premier pas. Bien entendu le suivi nécessaire à ce parcours peut aussi être assuré par ce biais.

Le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue, le SSM, les soins psychologiques de première ligne, les maisons médicales ont un rôle central à jouer.

Toutefois, il convient d'être très clair : tous les intervenants cités doivent être formés pour accueillir une personne aux prises avec l'alcool.

Une autre remarque qui nous semble importante est d'insister sur le lien thérapeutique et sa qualité. Sans celui-ci tous les efforts seront vains. La « spécialité » de l'intervenant, son orientation thérapeutique éventuelle produiront beaucoup moins d'effets que le lien qui se noue. Il ne s'agit pas de créer une dépendance affective ou autre mais offrir à travers une écoute vraie et non jugeante les conditions du soin (quel qu'il soit)

Aux fins d'illustration, mon parcours m'a fait croiser un médecin généraliste peu au fait de cette maladie. Sa bonne foi et son désir de bien faire ne sont absolument pas remis en cause, soyons clair. Toutefois, la prescription de Valium avec laquelle j'ai quitté son cabinet, sans mise en garde sévère et sans contrôle par le pharmacien au niveau des quantités, m'ont permis de mélanger de l'alcool avec du valium avec les effets connus. Ce qui est mis en lumière ici c'est la nécessité absolue d'information sur les risques auprès des professionnels de la santé.

À l'hôpital (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques)

L'hôpital, qu'il soit général ou psychiatrique (avec la stigmatisation potentielle liée à l'imaginaire collectif liée à ce dernier) est indiqué lorsque l'ambulatoire a échoué, lorsque les effets de l'alcool sont trop présents (tremblements, produit devenu obsessionnel, dégâts somatiques importants, ...).

La cure est d'environ 3 semaines (selon des modalités qui peuvent différer) mais vise avant tout un sevrage somatique et un bilan de santé approfondi.

C'est une étape importante mais non suffisante. C'est aussi le lieu où peuvent se mettre en place les différentes stratégies visant à éviter, gérer la rechute. Il n'y pas de parcours unique et là où certains trouveront de l'aide auprès des A.A., des N.A., de Vie Libre, etc., d'autres choisiront la post-cure ou tout autre moyen qu'ils jugeront approprié.

Pour être passé plusieurs fois par la case hôpital et au-delà du sevrage physique, je pense que la pause offerte par ces moments est tout à fait appropriée à la mise en place de stratégies visant, dans mon cas, à une abstinence satisfaisante.

La Post-cure

Les lieux de post cure sont, eux aussi, très divers et les approches choisies font qu'ils peuvent correspondre à une personne à un moment donné. Cette offre, hélas trop restreinte en termes de places, permet, dans le meilleur des cas une nouvelle pause, un

moment de réflexion, de découverte et de mise en action de stratégies en vue d'un sevrage psychologique.

Il est important que le pair-aidant connaisse bien ces lieux, soit en étant passé par ceux-ci (Sans Souci et Fond' Roy dans mon cas), soit en recueillant et recoupant les informations auprès d'anciens patients.

En suivi à domicile (équipes mobiles)

Le terme domicile est, dans notre propos, à prendre dans le sens de milieu de vie. Les habitants de la rue ou SDF ont leur propre réseau de suivi, soit sur leur lieu de vie (Infirmiers de rue, Dune, ...), soit en se déplaçant vers certains lieux (Dune, Transit, Doucheflux...).

En ce qui concerne les personnes qui ont un domicile plus ou moins fixe (soit en propre, soit chez une autre personne), divers services proposent un suivi en fonction de divers critères. Les besoins étant multiples, les réponses apportées se doivent d'être multiples elles aussi.

Ces différents équipes mobiles (Équipe Mobile de Crise, Tractor, Interligne, ...) interviennent sur le lieu de vie et de façon individualisée. Elles soutiennent et accompagnent l'usager dans divers aspects de son existence, collaborent avec les autres intervenants ou proches et peuvent être spécialisées en fonction de l'âge, de la pathologie, du territoire couvert, ...

Au cours d'une immersion effectuée au sein de l'équipe Tela, nous avons pu nous rendre compte de la multiplicité mais aussi de la difficulté des interventions. Cela inclut la « sélection » des personnes qui seront suivies, le temps nécessaire, les diverses démarches d'accompagnement (psychologiques, sociales, médicales)

En urgence/En crise

L'urgence (absolue en cas de tentative de suicide) ou la crise en cas de rechute sévère doivent être traitées comme des priorités évidemment.

Les différentes ressources (amis, famille, pair-aidant, médecin, équipe mobile de crise, urgences de l'hôpital ...) sont à mobiliser afin de gérer de la meilleure des façons ces moments très difficiles.

Ce n'est pas un secret que les patients alcooliques en crise ne sont pas toujours les bienvenus ni les plus faciles à « gérer ». Cette fois encore une meilleure information des professionnels, des lieux plus adaptés (comme les urgences psychiatriques) se mettent tout doucement en place.

Ressources internet

L'internet, avec ses limites mais aussi ses avantages (accessibilité étendue, anonymat, renseignements, ...), peut prendre une place dans le parcours de soin sans se limiter à cet aspect puisque son utilité sera grande dans les autres domaines également (logement, entraide, liens, ...).

Les diverses applications (Le bon plan), les sites (Réseau Alcool, Aide Alcool.be) mettent à disposition des outils de connaissance, de travail, de contact fortement utiles.

La pandémie que nous venons de traverser, en brisant les liens interpersonnels physiques, a mis en lumière l'utilité d'outils tels que ceux évoqués.

Pour donner un exemple, les A.A. ont mis au point des réunions en visioconférence. À telle enseigne que je m'en suis servi pour une personne lusophone qui avait des difficultés de prise de parole à Bruxelles. Les A.A. ont des groupes dans quelques langues autre que celles pratiquées communément en Belgique (il existe des groupes en anglais, russe, polonais) mais ne peuvent offrir des réunions dans toutes les langues parlées par les personnes en difficulté avec l'alcool.

Renouer des liens/Me rétablir

Structures d'accueil de jour

Les structures d'accueil de jour (e.a. Centre Antonin Artaud, Le Canevas, Wops de jour, La Maison d'En Face), qui se différencient des lieux de liens par la visée thérapeutique mise en avant, sont réparties dans toute la région de Bruxelles.

Le programme thérapeutique vise une réinsertion sociale via un programme personnalisé qui se met en place au cours de plusieurs journées par semaine.

Qu'ils prennent la forme de clubs, d'hôpitaux de jour, ces structures sont souvent adossées à des structures plus larges et peuvent être vécues comme une sorte de continuité dans le soin.

Lieux de liens/Espaces communautaires

Les lieux de liens, les espaces communautaires ne revendiquent pas de visée thérapeutique. Toutefois, il est évident que le lien, les liens sont thérapeutiques. Leur but est de renouer, nouer des relations, des liens perdus, distendus, brisés, à construire afin de redonner un sens, parfois perdu de vue, à l'existence.

En ce qui concerne les personnes aux prises avec l'alcool, ces lieux peuvent être d'un grand apport dans la reconstruction d'une vie sociale. De plus l'immense majorité (hormis le Pianoc'tail) ne tolère pas la présence d'alcool sur place ce qui met parfois la tentation à distance dans une société où ce produit est non seulement largement disponible mais l'objet d'une publicité massive.

Les structures d'accueil, comme les lieux de liens ou communautaires, proposent une large gamme d'activités permettant de combler ce temps occupé auparavant par la consommation. L'aspect financier n'étant pas à négliger, les coûts liés à la fréquentation de ces lieux sont modestes et souvent négociables.

Rechercher un logement

Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)

Ces habitations collectives destinées aux personnes souffrant d'un trouble mental chronique et pour qui un entourage thérapeutique non hospitalier est indispensable, peuvent répondre aux besoins de certaines personnes dont le parcours lié à l'alcool est sous-tendu par un trouble psychique sous-jacent ou consécutif au produit (Korsakoff e.a.).

Il s'agit d'une solution à long terme qui permet une existence aussi satisfaisante que possible pour qui ne peut pas, plus être complètement autonome.

De notre expérience en accompagnement des résidents de la MSP Sanatia lors de camps sous tente, si l'autonomie totale n'est parfois plus une option, les capacités des personnes concernées peuvent être valorisées, mises en lumière et ceci dans le but de responsabiliser, autonomiser le plus possible. Ce n'est pas le lieu de s'étendre sur la psychothérapie institutionnelle, mais les méthodes issues de cette approche se sont révélées fructueuses et inspirantes.

Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)

Les IHP sont en quelque sorte un pont entre les MSP et une totale autonomie. Les logements, collectifs ou individuels, sont idéalement gérés par les personnes elles-mêmes même si une équipe pluridisciplinaire (bio-psycho-sociale) est disponible. Souvent des entretiens individuelles ou collectives obligatoires viennent soutenir ce passage.

Leur accès, difficile du fait d'une forte demande et d'une offre insuffisante, peut être encore rendu plus problématique dans le cadre de dépendances. Lors de notre propre parcours, un refus a été essuyé au motif que « vous ne souffrez que d'alcoolisme ». Ce qui nous fait dire que cette maladie est encore mal connue même parmi les professionnels du soin.

Autres dispositifs d'aides au logement

Il existe encore d'autres dispositifs d'aide au logement. Il est important de rappeler que la situation dans la Région de Bruxelles-Capitale est difficile même pour des personnes ayant un revenu et ne présentant pas de « faiblesses » mentales, sociales, physiques.

Les réponses apportées sont de différents ordres et, même imparfaites, elles peuvent apporter une solution.

Citons, sans pouvoir développer, les Agences Immobilières Sociales, les logements

sociaux (10 ans d'attente en moyenne), Housing First (pour les SDF), les logements d'accueil, les squats plus ou moins permanents ou tolérés, les initiatives de type Community Land Trust (voir Calico à Forest)

Trouver entraide et solidarité

Télé-écoute

Ces dispositifs permettent non seulement une écoute (comme leur nom l'indique) mais sont également une source de renseignements une porte d'entrée possible dans le parcours de soins. Leur diversité, une fois encore, rend bien compte de la pluralité de(s) demande(e).

Ces services vont donc d'une écoute plus généraliste (Télé-Accueil), à de l'aide en cas de crise (SOS Suicide) mais aussi, dans notre cadre, à des problématiques plus ciblées (Ligne des A.A.)

L'anonymat et la disponibilité 24h/24h en font un outil dont il ne faut pas sous-estimer la portée.

Associations

Les associations actives dans le champ de la santé mentale, des addictions, de la précarité recouvrent aussi une multiplicité de domaines. En ce qui à trait à notre propos, le trouble de l'usage de l'alcool ayant, comme déjà dit, des répercussions dans divers champs, les associations susceptibles d'apporter une aide existent bien entendu à des niveaux divers.

Par exemple, les pairs-aidants sont actuellement fédérés (côté francophone) au sein de l'ASBL En Route.

Les proches, l'entourage peuvent s'adresser aux AIAnon, Similes, Aidants-Proches, ...

Sans doute que la multiplicité des intervenants peut être un frein ou à tout le moins paraître confuse. C'est pourquoi, le pair-aidant se doit de connaître les missions, les manières de travailler de chacune et ce afin d'orienter au mieux la personne en souffrance et son entourage.

Groupes de parole

Les groupes peuvent grossièrement être subdivisés en deux : les groupes « entre pairs » (groupes de soutien) et ceux accompagnés par des professionnels (groupes thérapeutiques). Ils ont leurs caractéristiques propres et leur apport pour la personne sont bien entendu dépendant de divers aspects déjà évoqués.

Les apports de ces groupes, même s'ils sont répartis de façon différente entre les deux types, sont importants voir cruciaux. Le développement du sentiment d'espoir, l'universalité, le partage d'information, l'altruisme, l'apprentissage par l'interaction, l'amélioration de la connaissance de soi, la cohésion, la révélation de soi, la catharsis, la

récapitulation corrective de la famille, la conscience existentielle en sont les principaux.

Pour avoir fréquenté les A.A. et participé aux divers groupes thérapeutiques (Sans Souci, Fond' Roy, Sanatia), notre approche, en tant que pair-aidant, est que ce sont des points d'appui incontournables auprès desquels la personne en cheminement trouvera aide, non-jugement et lien(s).

La spiritualité

Cela peut sembler quelque peu surprenant de trouver ici ce point. Toutefois, notre propos est de tenter une approche aussi complète que possible de l'individu souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool et du réseau de soin.

Ce point est aussi l'occasion de mettre en lumière le fait que l'alcool lorsqu'il devient problématique, ne connaît aucune frontière, qu'elle soit de genre, sociale, religieuse, etc. Donc l'approche ethnopsychologique/psychiatrique est aussi un outil du pair-aidant.

En ce qui concerne plus spécifiquement la religion, un exemple valant parfois mieux qu'un long développement théorique, il nous a été donné de rencontrer une personne (ici le produit était la cocaïne) qui avait trouvé dans la foi la force de s'en sortir.

Si la spiritualité, la religion peut être un moteur puissant de rétablissement, ne perdons pas de vue qu'un pilier unique est toujours à double face. La perte du pilier en question menaçant l'édifice entier.

Remarque : Dans le cadre de notre travail, nous nous basons sur une approche « parasismique ». Rapidement dit, cette approche, basée sur le vécu personnel d'un ami (atteint de sclérose en plaque, il a vécu cette nouvelle comme un séisme), préconise de se baser sur l'architecture japonaise pensée pour faire face aux séismes. Il s'agit d'allier la souplesse face aux événements (la rechute sera prise comme un apprentissage par exemple) et la multiplication des appuis (groupes de parole, médecin, psychologue, amis, ...) afin de pouvoir mener une vie satisfaisante.

Développer un projet de réhabilitation psycho-sociale

Dispositifs en santé mentale

Ces dispositifs visent à une réinsertion dans la société. Il ne s'agit pas de faire rentrer la personne dans une société dont certains aspects peuvent être pathogènes, mais de lui trouver un rôle satisfaisant lui permettant de sortir de l'exclusion.

Des structures comme Le Gué, l'Équipe entre autres, allient les compétences permettant d'accompagner la personne désireuse de s'insérer dans le tissu social à la connaissance aussi bien du vécu de ces personnes et des attentes de la société.

Dispositifs non spécialisés en santé mentale

Lorsque la santé mentale strictu sensu n'est pas centrale mais que les aspects plus sociaux sont impliqués, des structures comme Actiris, les Missions Locales pour l'Emploi, les centres de formation peuvent être activés. Il ne faut pas perdre de vue que l'aspect financier est très souvent présent dans le parcours de même qu'une revalorisation par l'emploi, l'utilité sociale sont de puissants leviers de rétablissement.

Centres de rééducation psycho-sociale

Parfois, le parcours lié à l'alcool peut conduire à la perte des compétences sociales. « Je veux sortir de la psychiatrie » est une phrase souvent entendue. Mais comment faire ?

Il existe différentes façons de faire, qu'elle soient « bricolées » (aide de proches, d'amis, de la famille) et/ou plus institutionnelles.

Le Canevas, Le Wops de jour ou de nuit, l'Équipe et autres ont dans leurs mission une aide dans ce chemin.

Pour être passé par le Wops de nuit, le fait de devoir avoir une activité en journée (travail, volontariat ou autre) amène peu à peu à se repositionner comme acteur de la société

La formation du PA

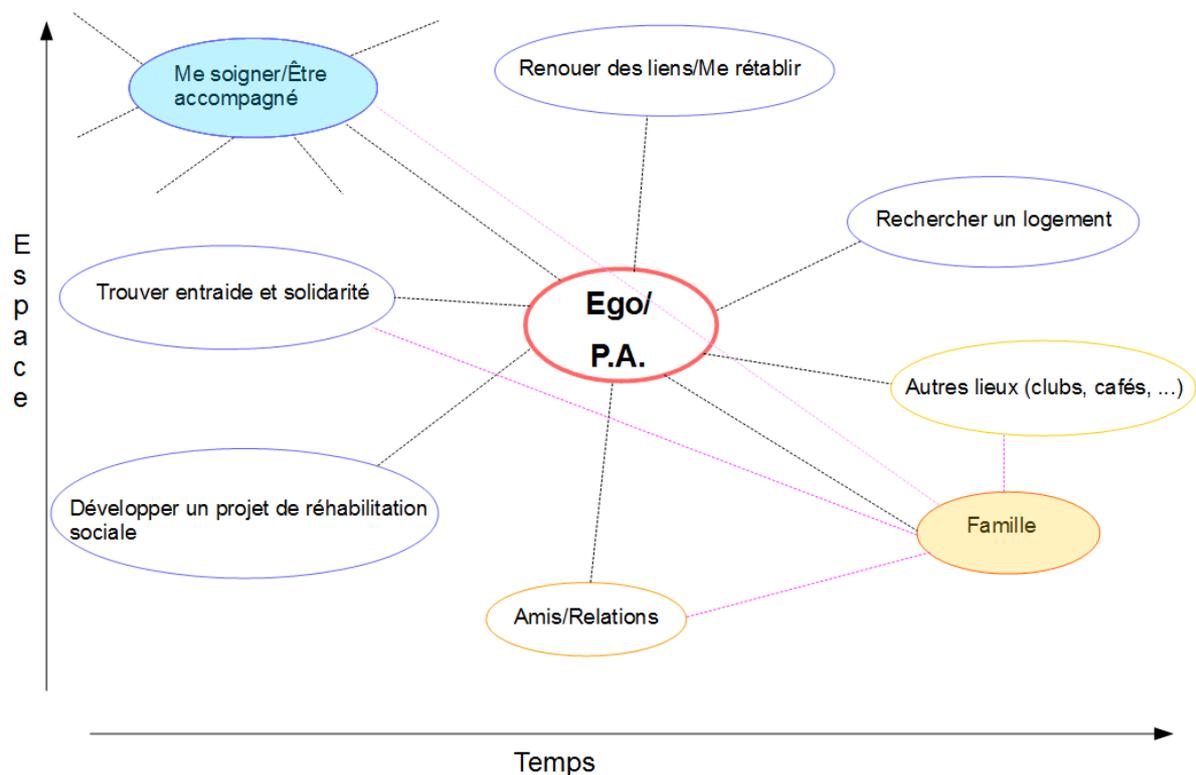
Notre propos n'est pas de proposer un chemin unique de formation mais de soulever certains points qui nous semblent importants.

Si la personne qui se positionne comme paire et comme aidante se légitime d'un savoir expérentiel et d'une forme de résilience, ces caractéristiques, et c'est un point de vue personnel, nous semblent insuffisantes.

Sans plaider pour une impossible formation qui prendrait en compte tous les aspects du soin, le propos ici est d'insister sur la nécessaire formation théorique (liée à/aux affections dont souffre, a souffert, le pair-aidant) et pratique (témoignage, accompagnement, ...) qui permet d'élargir ses possibilités d'action. Le savoir expérentiel, comme tout savoir, ayant ses limites (en termes de connaissance mais aussi de temps), l'approche préconisée insiste sur l'aspect continu de la formation.

Nous insisterons sur les points suivants qui, selon nous, doivent sous-tendre le rôle, l'action du pair-aidant : écoute (active), humilité, humanité. Il nous semble évident que sans cela la démarche entreprise est stérile, voir nocive.

Conclusion



Nous avons souhaité terminer ce travail par un schéma intégratif qui se veut synthétiser le propos.

Pour une meilleure lisibilité, il a été fort simplifié.

Les deux axes (espace et temps) sont placés afin de souligner le fait que le réseau se développe à la fois dans un espace donné (ici Bruxelles) mais également dans un/des temps différents (le réseau par exemple institutionnel changeant dans le temps, mais la personne, reprise comme Ego, ayant sa temporalité propre). Les couleurs entourant les divers points (bleu et orange) n'ont d'autre but que de signaler ce qui vient de la Plateforme Bruxellois pour la Santé Mentale (bleu) et ce que nous avons ajouté (orange).

Ego (la personne) a été couplée avec le pair aidant puisque le pair-aidant est aussi Ego en tant que patient mais se doit aussi d'appréhender le réseau de la personne qu'il

accompagne. En complément, le schéma a volontairement été amputé, en ce qui concerne le pair-aidant, d'un réseau qui lui est propre, distinct de celui d'Ego. Étant à cheval sur deux mondes, celui des soignants et celui des patients, il lui faut aussi se créer son propre réseau pour ce qui a trait à l'intervision, la supervision et la formation.

Les deux ellipses en colorées pleinement sont des exemples, en bleu, d'un sous-réseau établi sur base de Me soigner/Être accompagné (soit Consultation, Hôpital, Post-Cure, Suivi à domicile, Urgence/Crise), et en orange des liens entre les différents points du réseau ne passant pas par Ego directement (par exemple lien entre famille et soignants, famille et amis, ...)

Comme il s'agit d'un modèle théorique, la qualité des liens n'a pas été figurée. À cette fin, nous employons la technique du génogramme qui permet de visualiser assez rapidement la qualité de ces liens et leurs aspects soutenant, neutre, « nocif ». Ces trois catégories étant mouvantes. Lors de la discussion évoquée avec François Wijngaerden (voir sa thèse), la taille, la forme et le moment du réseau sont décrits comme changeants et méritent que l'on se penche finement sur leurs actions. Un exemple nous vient tout particulièrement à l'esprit: un réseau dense sera opérant dans certaines circonstances et pour certaines personnes (besoin de suivi en cas de crise, rechute, déficience mentale, ...) alors qu'il sera contre-productif dans d'autres circonstances et pour d'autres personnes. Il s'agit encore et toujours de faire un suivi aussi près de la personne (dans sa globalité) que possible.

Ce travail est loin d'avoir exploré toutes les facettes impliquées par la relation entre réseau et pair-aidance, toutefois les pistes dégagées, brièvement parcourues et les ouvrages, liens proposés dans le bibliographie permettent, nous l'espérons, de pousser plus loin la nécessaire réflexion entreprise.

Bibliographie

Ouvrages

Allart M, Lo Sardo S, 2020, La pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles – État des lieux, Bruxelles

(<https://smes.be/fr/la-pair-aidance-en-federation-wallonie-bruxelles/>)

Aouattah A, 1993, Ethnopsychiatrie maghrébine, Paris, L'Harmattan

Cyrulnik B, 2016, Sous le signe du lien, Pluriel, Fayard

de Timary Ph(Éd), 2014, Sortir l'alcoolique de son isolement, Louvain-la-Neuve, De Boeck

de Timary Ph, 2016, L'alcoolisme est-il une fatalité ?, Bruxelles, Mardaga

Fransolet P, 2018, La fleur de Patricia, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin

Frisina M, 2020, Sur le bord du chaos, Psychologiques, L'Harmattan

Hermesse J, Laugrand F, Laurent P-J, Mazzocchetti J, Servais O, Vuillemenot A-M., 2020, Masquer le monde, Louvain-la-Neuve, Academia, L'Harmattan

Morin E, 2020, Changeons de voie, Paris, Denoël

Menecier P, (Éd), 2020, Psychoalcoologie fondamentale et théorique, Paris, In Press

Nougué Y, 2017, Psychanalyse et alcoolisme, Paris, Economica

Orban Th, Liévin V, Alcool. Ce qu'on ne vous a jamais dit, Bruxelles, Mardaga

Ost F. , van de Kerkhove M., De la pyramide au réseau ? Pour une théorie dialectique du droit, Publication des Facultés universitaires Saint-Louis, n° 14, Bruxelles, 2002,

Oury J., 2008, Itinéraires de formation, Paris, Psychanalyse, Hermann

Sites internet

SMES Santé Mentale et Exclusion Sociale

<https://www.smes.be>

En Route (pair-aidance : asbl de promotion, gestion, sensibilisation)

<https://enrouteweb.org/>

Le Bon plan (dans cette application sont reprises les coordonnées de divers acteur tels les A.A., AIAnon, N.A., Pelican, les hôpitaux, ...):

www.dune-asbl/le-bon-plan

Réseau Alcool

www.reseualcool.be

Aide Alcool

www.aide-alcool.be

Calico (Care and Living Community)

<https://calico.brussels>

Lieux de lien :

<https://mail.google.com/mail/u/0?ui=2&ik=a6451f8b78&attid=0.1&permmsgid=msg-f:1744482935803638779&th=1835a5fcc94e73fb&view=att&disp=inline>

https://lbsm.be/IMG/pdf/lieux_de_liens_v2.pdf

Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale

www.platformbxl.brussels

Liens vidéo sur internet

La pair aidance: mettre son vécu au service des autres

<https://m.youtube.com/watch?v=Z8R7WTCuhVo&feature=share>

<https://www.facebook.com/watch/?v=775897019878483>

Témoignage Marco Willems

<https://www.facebook.com/watch/?v=775897019878483>

Autres (lieux de formation, de ressourcement, personnes)

Pablo Nicaise (chargé de cours invité – chercheur qualifié)

IRSS et FSP

Enregistrement d'échanges au sujet du réseau (disponible sur demande)

François Wyngaerden (maître de conférences invité)

IRSS et FSP

Thèse : https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A251806/datastream/PDF_01/view

Enregistrement d'échanges au sujet du réseau (disponible sur demande)

Hélène Garin (en thèse à l'IRSS)

Projet Egonet : <https://youtu.be/AVoQaxS3H88>

Enregistrement d'échanges au sujet du réseau V

Formation accueil auprès du RAT (réseau d'aide aux toxicomanes)

<https://www.rat-asbl.be/>

Certificat Santé Mentale en Contexte Social (LAAP / UCL)

Certificat interuniversitaire en Alcoologie (ULB – UCL – ULG -SSMG)

Immersion au sein de l'équipe mobile Tela - avril 2021

<http://www.chjt.be/patients-et-proches/equipes-mobiles/tela>

L'appétit des indigestes (troupe de théâtre)

<http://lappetitdesindigestes.be/>

Parasismique (pièce de théâtre et projet sociétal basé sur la souplesse et sur la multiplication des appuis)

<https://www.collectif1984.net/spectacles-professionnels/parasismique/>

Toutella (hippothérapie, conte, création artistique)

<https://m.facebook.com/Toutella-104754014449812/>

U-Mons (formation à la pair-aidance)

<https://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance>